

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Surat Izin Penelitian/ Pengambilan Data



Fakultas Sekolah Vokasi
Program Studi D-3 Keperawatan

Tegal, 28 Mei 2026

Nomor : 074.03/KTI/D-3KEP.HN/VI/2026
Lampiran : -
Hal : Surat Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth:
Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal
Di
Tempat

Sehubungan dengan dilaksanakan Karya Tulis Ilmiah (KTI) di program Studi D III Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Harkat Negeri, dengan ini kami mengajukan permohonan pengambilan data untuk mahasiswa kami yaitu :

NAMA : FENTY ZIA NISMARA
NIM : 23130045
SEMESTER : VI (ENAM)
JUDUL : IMPLEMENTASI *WATER TEPID SPONGE* DENGAN
PENGUKURAN SUHU MENGGUNAKAN TERMOMETER TIMPANI
PADA PASIEN TIFOID

DATA YANG DIAMBIL : DATA PASIEN TIFOID ATAU HIPERTERMI

Demikian surat permohonan ini kami ajukan, mohon kiranya dapat dibantu bagi mahasiswa yang bersangkutan dalam melaksanakan kegiatan ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi D III Keperawatan



Ns. Ardhi Henda Karmandika, M. Kep
NIPY. 09.020.453

Lampiran 2. Surat Balasan Ijin Penelitian

INSTALASI DIKLAT

Hal : Ijin Studi Penelitian

Tegal, 06 Juni 2026

Kepada Yth.

Ka. Ruang Cendana 3

Dengan hormat,

Menindak lanjuti disposisi Direktur RSUD Kardinah pada surat dari

Nama Institusi : Universitas Harkat Negeri
Nomor surat : 057.03/KTI/D-3KEP.HN/V/2026
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian
bersama ini kami mohon dapat diperkenankan kepada

NAMA : FENTY ZIA NISMARA
Program Studi : D-III Keperawatan
NIM : 23130045

untuk mendapatkan data sesuai dengan keperluan dalam rangka penyusunan KTI/Skripsi/tesis dengan Judul :

*"IMPLEMENTASI WATER TEPID SPONGE DENGAN PENGUKURAN SUHU
MENGUNAKAN TERMOMETER TIMPANI PADA PASIEN ANAK TIFOID"*

Adapun persyaratan kelengkapan administrasi di RSUD Kardinah sudah dipenuhi.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas kerjasamanya terima kasih.

Ka. Sub. Bagian Kepegawaian & Pengembangan SDM
RSUD Kardinah Kota Tegal



DESI ERINI, A.Md.

PENATA TK. I

NIP. 19821220 200604 2 011

Lampiran 3. SOP *Water Tepid Sponge*

A. Standar Operasional Prosedur *Water Tepid Sponge*

Persiapan Alat

1. Baskom berisi air hangat
2. Thermometer Timpani
3. Thermometer Suhu Untuk Air
4. Handuk
5. Waslap 5 buah
6. Sarung tangan
7. Perlak

Prosedur tindakan : berikan tanda (✓) pada kolom penilaian

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan tindakan tepid sponge		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Ukur suhu tubuh pasien		
9	Letakkan banta tahan air dan perlak di bawah		
10	Lepaskan pakaian pasien		
11	Ganti selimut dengan selimut mandi		
12	Pertahankan selirnut mandi di atas bagian tubuh		
13	Periksa suhu air hangat (27° - 37°c)		

14	Celupkan waslap atau lap mandi ke dalam air hangat dibasahi dengan air hangat		
15	Taruh di masing-masing ketiak dan lipat paha		
16	Seka/lap ekstremitas, punggung dan bokong setiap 3 sampai 5 menit. Keringkan dengan handuk.		
17	Kaji ulang suhu tiap 15 menit.		
18	Ganti air, dan kompres kembali ketiak dan lipat paha sesuai kebutuhan		
19	Jika suhu sudah turun, keringkan ekstremitas dan tubuh secara menyeluruh		
20	Ganti selimut mandi dengan selimut, pakaikan pakaian pasien		
21	Angkat perlak dan ganti linen tempat tidur bila basah		
Tahap terminasi			
22	simpulkan kegiatan		
23	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
24	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
25	Bereskan alat		
26	Cuci tangan		
27	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Lampiran 4. Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(*Informed Consent*)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) : Ny. R (Ibunda An. A. 2)

Usia : 8 thn

Alamat : Jl. Apasia raya no-34

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Diploma III Keperawatan Universitas Harkat Negeri Tegal yang bernama Fenty Zia Nismara dengan judul:

“STUDI KASUS: IMPLEMENTASI *WATER TEPID SPONGE* DENGAN PENGUKURAN SUHU MENGGUNAKAN TERMOMETER TIMPANI PADA PASIEN TIFOID”

Saya memahami bahwa informasi yang akan saya berikan bersifat rahasia dan hanya dipergunakan untuk keperluan pengembangan ilmu keperawatan serta tidak merugikan bagi saya. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dan akan mengikuti prosedur penelitian ini tanpa tekanan dari manapun.

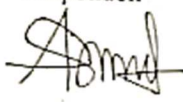
Tegal,

Mengetahui,

Peneliti

(Fenty Zia Nismara)

Responden


(Rizqi)

Lampiran 5 Data Hasil Penelitian/Pengkajian

Hari pertama

LEMBAR OBSERVASI

Implementasi *Water Tepid Sponge* (WTS) dengan Pengukuran Suhu Termometer Timpani pada Pasien Demam Tifoid

A. Identitas Responden

No	Identitas	Keterangan
1	Kode Responden NO. RM.	0101XXXX
2	Inisial Nama	An. A
3	Usia	8 th 12 Desember 2017.
4	Jenis Kelamin	☒ L ☐ P
5	Tanggal Observasi	19 Juli Jam 12.10.
6	Ruang Perawatan	Cendana.

B. Lembar Observasi Suhu Tubuh (WAJIB DIISI)

No	Waktu Pengukuran	Suhu (°C)	Kategori
①	Sebelum WTS	38.4°C	☐ Normal ☐ Subfebris ☒ Hipertermia
②	Setelah WTS (0 menit)	37.7°C	☐ Normal ☒ Subfebris ☐ Hipertermia
3	Setelah WTS (15 menit)		☐ Normal ☐ Subfebris ☐ Hipertermia
4	Setelah WTS (30 menit)		☐ Normal ☐ Subfebris ☐ Hipertermia

Kesimpulan:

- ☒ Terjadi penurunan suhu
☐ Tidak terjadi penurunan suhu

G. Catatan Tambahan

Suhu tubuh menurun dari 38.4°C menjadi
 37.7°C , Namun ps. tampak lemas & kulit
terasa hangat

Hari kedua

LEMBAR OBSERVASI

Implementasi *Water Tepid Sponge* (WTS) dengan Pengukuran Suhu Termometer Timpani pada Pasien Demam Tifoid

A. Identitas Responden

No	Identitas	Keterangan
1	Kode Responden NO. RM.	01 01 xxxx
2	Inisial Nama	An. A.2
3	Usia	8th (12 Desember 2017)
4	Jenis Kelamin	☒ L ☐ P
5	Tanggal Observasi	20 Juni 2026 (15.53)
6	Ruang Perawatan	Cendana 3

B. Lembar Observasi Suhu Tubuh (WAJIB DIISI)

No	Waktu Pengukuran	Suhu (°C)	Kategori
1	Sebelum WTS	37,3 °C	☒ Normal ☒ Subfebris ☐ Hipertermia
2	Setelah WTS (0 menit)	37,0 °C	☒ Normal ☐ Subfebris ☐ Hipertermia
3	Setelah WTS (15 menit)		☐ Normal ☐ Subfebris ☐ Hipertermia
4	Setelah WTS (30 menit)		☐ Normal ☐ Subfebris ☐ Hipertermia

C. Kriteria Suhu

- Normal : 36 – 37,5°C
- Subfebris : 37,6 – 37,9°C
- Hipertermia : $\geq 38^\circ\text{C}$

D. Observasi Respon Pasien (CENTANG ✓)

No	Aspek yang Diamati	Ya	Tidak
1	Pasien tampak lebih nyaman	✓	
2	Kulit terasa tidak terlalu panas (<i>hangat</i>)	✓	
3	Keringat mulai muncul	✓	
4	Tidak ada menggigil	✓	
5	Pasien tampak rileks	✓	

E. Observasi Pelaksanaan WTS (CENTANG ✓)

No	Tindakan	Ya	Tidak
1	Mengukur suhu sebelum tindakan	☒	☐
2	Menggunakan suhu air hangat ($27^\circ - 37^\circ\text{C}$)	☒	☐
3	Kompres pada leher	☒	☐
4	Kompres pada aksila	☒	☐
5	Kompres pada lipat paha	☒	☐
6	Durasi 15–20 menit	☒	☐
7	Mengukur suhu setelah tindakan	☒	☐

F. Interpretasi (WAJIB DIISI)

- Penurunan suhu : *0,3* °C

Kesimpulan:

☒ Terjadi penurunan suhu

☐ Tidak terjadi penurunan suhu

G. Catatan Tambahan

Pasien tampak lebih rileks dibandingkan hari sebelumnya, mulai mulai beresung, napas makin sedikit meningkat. Suhu tubuh menurun dari 37.3°C menjadi 37.0° . terjadi penurunan sebesar 0.3°C .

Hari Ketiga

Lampiran 3. Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Implementasi *Water Tepid Sponge* (WTS) dengan Pengukuran Suhu Termometer Timpani pada Pasien Demam Tifoid

A. Identitas Responden

No	Identitas	Keterangan
1	~~Kode Responden~~ No. RM	0101 xxxx
2	Inisial Nama	An. A.2
3	Usia	8 thn. (12 Des 2017)
4	Jenis Kelamin	☒ L ☐ P
5	Tanggal Observasi	21 Juni (15 - 40 wnb)
6	Ruang Perawatan	Candara 3

B. Lembar Observasi Suhu Tubuh (WAJIB DIISI)

No	Waktu Pengukuran	Suhu (°C)	Kategori
①	Sebelum WTS	40.0 °C	☐ Normal ☐ Subfebris ☒ Hipertermia
②	Setelah WTS (0 menit)	39.2 °C	☐ Normal ☐ Subfebris ☒ Hipertermia
3	Setelah WTS (15 menit)		☐ Normal ☐ Subfebris ☐ Hipertermia
4	Setelah WTS (30 menit)		☐ Normal ☐ Subfebris ☐ Hipertermia

C. Kriteria Suhu

- Normal : 36 – 37,5°C
- Subfebris : 37,6 – 37,9°C
- Hipertermia : $\geq 38^\circ\text{C}$

D. Observasi Respon Pasien (CENTANG ✓)

No	Aspek yang Diamati	Ya	Tidak
1	Pasien tampak lebih nyaman	✓	
2	Kulit terasa tidak terlalu panas (Hangat)	✓	
3	Keringat mulai muncul		✓
4	Tidak ada menggigil	✓	
5	Pasien tampak rileks	✓	

E. Observasi Pelaksanaan WTS (CENTANG ✓)

No	Tindakan	Ya	Tidak
1	Mengukur suhu sebelum tindakan	☒	☐
2	Menggunakan suhu air hangat (27° - 37°C)	☒	☐
3	Kompres pada leher	☒	☐
4	Kompres pada aksila	☒	☐
5	Kompres pada lipat paha	☒	☐
6	Durasi 15–20 menit	☒	☐
7	Mengukur suhu setelah tindakan	☒	☐

F. Interpretasi (WAJIB DIISI)

- Penurunan suhu : 39,2 °C

Lampiran 6. Surat Keterangan Plagiarisme/ Similarity Check

KTI frnty.docx			
ORIGINALITY REPORT			
31%	27%	10%	17%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah	Student Paper	3%
2	repository.stikesrpadgs.ac.id	Internet Source	2%
3	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan	Student Paper	1%
4	repositori.ubs-ppni.ac.id	Internet Source	1%
5	eprints.poltektegal.ac.id	Internet Source	1%
6	repository.universitaspahlawan.ac.id	Internet Source	1%
7	repository.polteksepang.ac.id	Internet Source	1%
8	repository.poltekkes-medan.ac.id	Internet Source	1%
9	Submitted to Universitas Muslim Indonesia	Student Paper	1%
10	sejurnal.com	Internet Source	1%
11	repository.poltekkesbengkulu.ac.id	Internet Source	1%
12	Submitted to FAKULTAS KEPERAWATAN	Student Paper	<1%
13	Submitted to Universitas Sains Alquran	Student Paper	<1%
14	Submitted to PoltekNIK Kesehatan Kemenkes Padang	Student Paper	<1%

Lampiran 7. Jadwal Penelitian

LEMBAR OBSERVASI JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN

Nama (Inisial) : An. A. Z.

Usia : 8 thn

Alamat : Jl. Akasia raya no. 34

HARI/TANGGAL	JAM PELAKSANAAN		KETERANGAN
	PAGI	SORE	
Jumat, 19 Juni 2026	11.48 – 12.28	-	Pengkajian, pengukuran suhu sebelum tindakan, implementasi <i>Water Tepid Sponge</i> , pengukuran suhu setelah tindakan, dan evaluasi.
Sabtu, 20 Juni 2026	-	15.53 – 16.40	Implementasi <i>Water Tepid Sponge</i> , pengukuran suhu sebelum dan sesudah tindakan, serta evaluasi.
Minggu, 21 Juni 2026	-	15.40 – 16.35	Implementasi <i>Water Tepid Sponge</i> , pengukuran suhu sebelum dan sesudah tindakan, serta evaluasi.

Lampiran 8. Asuhan Keperawatan

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Data Penelitian

Pengumpulan data pada studi kasus ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kardinah Kota Tegal yang beralamat di Jalan KS Tubun No. 4, Kota Tegal, Jawa Tengah.

Studi kasus ini dilakukan di Ruang Cendana 3 RSUD Kardinah Kota Tegal terhadap seorang pasien anak dengan diagnosis medis Febris. Pengumpulan data dilaksanakan selama tiga hari, yaitu mulai tanggal 19 Juni 2026 sampai dengan 21 Juni 2026. Selama periode tersebut dilakukan proses asuhan keperawatan secara menyeluruh yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, penyusunan intervensi, implementasi tindakan *Water Tepid Sponge* dengan pengukuran suhu menggunakan termometer timpani, serta evaluasi terhadap perubahan suhu tubuh pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

B. Pengkajian Pasien

Data diambil tanggal : 19 Juni 2026 Pukul. 11.48 WIB.

Ruang rawat/kelas : Cendana 3

No. Rekam medik : 010xxxxx

1. IDENTITAS ANAK

Nama : An. A.z
Tanggal lahir : 12 desmber 2017
Jenis kelamin : Laki-laki
swasta

Tanggal MRS : 18 Juni 2026
Alamat : Jl. Akasia raya no. 34
Diagnosa medis : Febris
Sumber informasi : Ayah dan Ibu pasien
raya no. 34

IDENTITAS ORANG TUA

Nama ayah : Tn. A
Nama ibu : Ny. R
Pekerjaan ayah/ibu : Karyawan

Pendidikan ayah/ibu : SMA/S1
Agama : Islam
Suku/bangsa : Inndonesia
Alamat : Jl. Akasia

2. RIWAYAT KEPERAWATAN

a) Riwayat Keperawatan Sekarang

- 1) Keluhan Utama : Demam naik turun selama 2 hari.
- 2) Riwayat Penyakit Saat Ini : Pasien datang ke IGD hari sebelum masuk ke rumah sakit dengan keluhan demam tinggi sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Demam dirasakan terus menerus. Keluhan disertai muntah, mual lebih dari 5 kali berupa cairan bercampur makanan..

3) Riwayat Persalinan :

Antenatal : Ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan. tidak terdapat penyakit selama kehamilan, tidak terdapat perdarahan selama kehamilan, kehamilan berlangsung hingga usia ± 36 minggu

Pre Natal : Ibu mengalami induksi sebanyak dua kali selama dua hari, Pembukaan hanya mencapai delapan sentimeter, dilakukan tindakan Sectio Caesarea (SC)

Post natal : Bayi lahir dengan berat badan 3000 gram (3 kg) dan panjang badan lahir 50 cm. Ibu dirawat selama empat hari sedangkan bayi dirawat selama tiga hari. Berdasarkan keterangan orang tua, setelah lahir pasien didiagnosis mengalami infeksi kongenital Toxoplasmosis dan Cytomegalovirus (CMV).

b) Riwayat Keperawatan Sebelumnya :

- 1) Riwayat Kesehatan Ibu :
- 2) Riwayat Kesehatan Keluarga : Pasien tinggal bersama kedua orang tua dalam keluarga inti. Tidak terdapat riwayat penyakit keturunan seperti diabetes mellitus, hipertensi, asma, epilepsi, maupun penyakit menular pada anggota keluarga.

c. Riwayat nutrisi

Status nutrisi : Status nutrisi pasien dalam kategori cukup. Sebelum sakit pasien mengonsumsi makanan keluarga sebanyak 3 kali sehari. Saat sakit

pasien mengalami penurunan nafsu makan dan minum disertai muntah 1x dan mual lebih dari 5 kali.

d. Riwayat Immunisasi

NO.	Jenis immunisasi	Waktu pemberian	Reaksi setelah pemberian
1.	BCG	Usia 1 bulan (Januari 2018)	Tidak ada reaksi yang bermakna.
2.	DPT (I,II,III)	Usia 2, 3, dan 4 bulan	Setelah imunisasi anak mengalami demam yang membaik setelah diberikan obat penurunan panas.
3.	Polio (I,II,III,IV)	Sesuai jadwal usia 1, 2, 3, dan 4 bulan	Tidak ada reaksi yang bermakna.
4.	Campak	Usia 9 bulan	Tidak ada reaksi yang bermakna.
5.	Hepatitis	Saat lahir (HB-0) dan dilanjutkan dalam kombinasi DPT-HB-Hib	Tidak ada reaksi yang bermakna.

e. Riwayat Tumbuh Kembang

1) Pertumbuhan Fisik

a). BB saat ini: 21 kg,

b) TB = 126 cm,

c). LK = 34 cm

d) LLA = 18 cm

e). BB Lahir = 3000 gram (3 kg), Panjang Lahir = 50 cm

f) Waktu tumbuh gigi: 8 bulan,

g) Tanggal gigi : 3 tahun

2) Perkembangan Tiap tahap Usia anak saat

a) Berguling : Pasien mulai dapat berguling pada usia 4 bulan.

b) Duduk : Pasien mulai dapat duduk mandiri pada usia 3 tahun.

c) Merangkak : Pasien mulai dapat merangkak pada usia 3 tahun setelah menjalani terapi.

d) Berdiri : Pasien mulai dapat berdiri pada usia sekitar 3 tahun 6 bulan.

e) Berjalan : Pasien mulai dapat berjalan mandiri pada usia 4 tahun.

f) Senyum kepada orang lain pertama kali : Pasien mulai memberikan senyum sosial pada usia sekitar 2 bulan.

g) Bicara pertama kali : Orang tua mengatakan keterlambatan bicara mulai terlihat sejak usia sekitar 2 tahun karena pasien belum mampu mengucapkan kata bermakna seperti anak seusianya. Pasien baru mulai mengucapkan kata "mama" dan "papa" sekitar usia 4 tahun, kemudian mengalami kejang pada usia sekitar 4 tahun 6 bulan sehingga kemampuan bicara menghilang. Pada usia sekitar 5 tahun kemampuan bicara mulai muncul kembali, namun hingga saat ini pasien masih mengalami speech delay dan belum mampu berkomunikasi verbal secara efektif.

h) Berpakaian tanpa bantuan: Pasien belum mampu berpakaian secara mandiri dan masih memerlukan bantuan dari orang tua dalam mengenakan maupun melepas pakaian.

3) Riwayat Nutrisi

a) Pemberian ASI

(1) Pertama kali disusui : Saat lahir

(2) Cara pemberian : Terjadwal

(3) Lama pemberian : 1 bulan

b) Pemberian susu formula

(1) Alasan pemberian : Ibu bekerja sebagai guru pada saat pasien lahir dan pasien tidak mau menyusu langsung

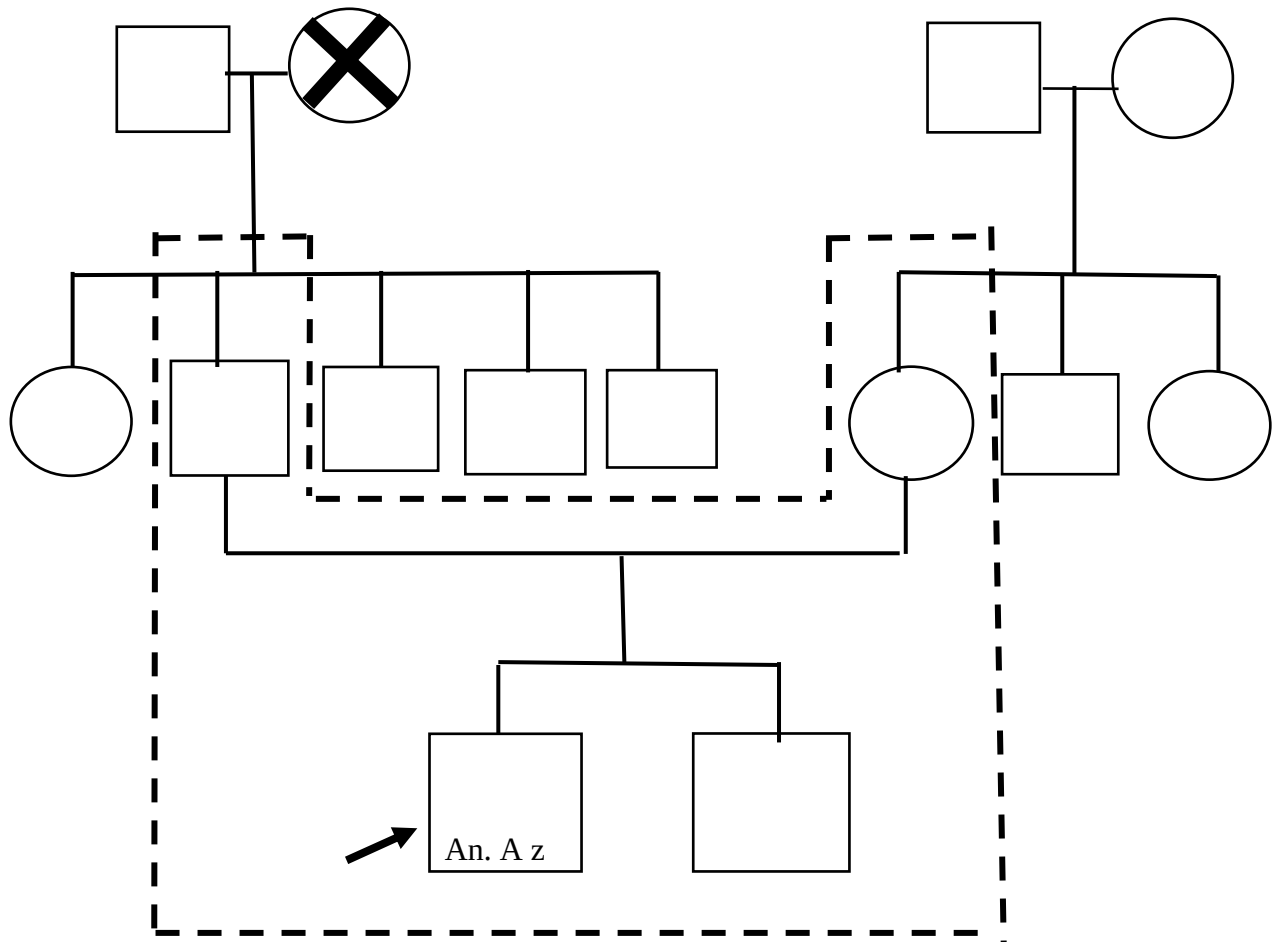
(2) Jumlah pemberian : $\pm$ 6–8 kali/hari, setiap pemberian sekitar 60–120 ml

(3) Cara pemberian : menggunakan botol dot

c) Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

NO.	USIA	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
1.	0 – 6 Bulan	ASI + susu formula.	6 bulan
2.	6 – 12 Bulan	Susu formula dan MPASI tekstur halus	6 bulan
3.	Saat ini	Makanan keluarga, sebelumnya makanan diblender sampai usia 4 tahun	Sampai sekarang

4) Genogram



Keterangan :

	: laki-laki
	: perempuan
	: meninggal
	: klien
	: garis pernikahan
	: garis keturunan
	: tinggal serumah

Penjelasan :

Berdasarkan genogram, keluarga An. A.Z terdiri atas tiga generasi. An. A.Z merupakan anak pertama dari dua bersaudara yang tinggal serumah bersama ayah, ibu, dan satu saudara kandungnya. Ayah pasien merupakan anak kedua dari empat bersaudara, sedangkan ibu pasien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Pada generasi di atas orang tua pasien, diketahui bahwa ibu dari ayah pasien (nenek dari pihak ayah pasien) telah meninggal dunia, sedangkan anggota keluarga lainnya masih hidup. Berdasarkan hasil pengkajian tidak ditemukan riwayat penyakit keturunan yang berkaitan dengan kondisi pasien saat ini.

3. OBSERVASI DAN PENGKAJIAN FISIK (BODY OF SYSTEM)

a) Capillary Refill Time (CRT) : <2 detik.

Keadaan Umum : baik . compos mentis

TD = tidak terkaji N = 130 x/menit. S = 38,4°C RR 23
x/mnt

1) Pernafasan

- a) Bentuk dada: Simetris, tidak terdapat deformitas dada.
- b) Pola nafas : Reguler, tidak sesak.
- c) Retraksi otot bantu nafas : Tidak terdapat retraksi otot bantu napas.
- d) Perkusi thorax : Sonor pada kedua lapang paru.
- e) Alat bantu pernafasan : Tidak menggunakan alat bantu pernapasan.
- f) Batuk : Tidak terdapat keluhan batuk.

2) Kardiovaskuler

- b) Irama jantung : Reguler/teratur.
- c) Pulsasi : Pulsasi perifer teraba kua
- d) Bunyi jantung : Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar jelas, reguler, tidak terdengar murmur maupun gallop.

3) Persyarafan

- a) Kesadaran : compos mentis E4 M5 V6

- b) Reflek – reflek: tidak terkaji karena pasien sudah berusia 8 tahun.

Menghisap	:	✓	Ada		Tidak, jelaskan
Menoleh	:	✓	Ada		Tidak, jelaskan
Menggenggam	:	✓	Ada		Tidak, jelaskan
Moro	:	✓	Ada		Tidak, jelaskan

- c) Istirahat Tidur : Pola tidur pasien baik, tidur malam $\pm 8-10$ jam per hari dan tidur siang $\pm 1-2$ jam per hari. Selama perawatan di rumah sakit pasien tidak mengalami gangguan tidur yang bermakna.

4) Genitourinaria

- a) Bentuk alat kelamin : Laki-laki, bentuk normal.
- b) Urethae : Tidak terdapat kelainan, lubang uretra tampak normal.
- c) Kebersihan alat kelamin : Kebersihan alat kelamin pasien tampak cukup baik. Orang tua pasien mengatakan bahwa kebersihan area genital pasien rutin dijaga selama menjalani perawatan di rumah sakit.
- d) BAK= 5 x/hr Warna = kuning Konsistensi = cair

5) Pencernaan

a) Mulut

- Mukosa mulut = Mukosa mulut tampak sedikit kering.
- Bibir = Bibir tampak sedikit kering.
- Kebersihan rongga mulut = Kebersihan rongga mulut tampak cukup baik, tidak ditemukan luka ataupun lesi pada mukosa mulut.

b) Abdomen

- Bentuk = Abdomen tampak datar dan simetris.
- Bising usus = Bising usus terdengar normal sekitar 10–12 kali per menit.
- BAB = 1 x/sehari Konsistensi = padat Warna = kecoklatan

6) Muskuloskeletal dan Integumen

- a) Kemampuan pergerakan sendi lengan dan tungkai = Pasien mampu menggerakkan seluruh ekstremitas atas maupun bawah, namun aktivitas tampak berkurang dan pasien lebih banyak berbaring akibat kondisi demam yang dialami.
- b) Kekuatan otot = Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah dalam batas normal dengan nilai 5/5.
- c) Akral = Akral teraba hangat.
- d) Turgor kulit = Turgor kulit baik.
- e) Kelembaban kulit = Kulit terasa hangat dan sedikit lembab akibat peningkatan suhu tubuh.
- f) Lain – lain = Tidak ditemukan edema, sianosis, maupun lesi pada kulit.

7) Endokrin

- a) Pembesaran kelenjar tiroid : tidak
- b) Pembesaran kelenjar parotis : tidak
- c) Hiperglikemi : tidak dikaji
- d) Hipoglikemi : tidak

8) Penginderaan

a) Mata

- (1) Bentuk = Kedua mata tampak simetris, tidak ditemukan adanya kelainan bentuk maupun pembengkakan pada daerah sekitar mata.
- (2) Pergerakan bola mata = Pergerakan bola mata baik, pasien mampu mengikuti objek ke segala arah dan tidak tampak adanya keterbatasan gerakan bola mata.
- (3) Pupil = Pupil tampak isokor, ukuran pupil kanan dan kiri sama serta memberikan refleks cahaya positif.
- (4) Konjungtiva = Konjungtiva tampak merah muda, lembab, dan tidak menunjukkan tanda-tanda anemia maupun

perdarahan.

- (5) Sklera = Sklera tampak putih, bersih, dan tidak ditemukan adanya ikterus.
- (6) Palpebra = Palpebra tampak normal, dapat menutup sempurna, serta tidak ditemukan edema maupun kelainan lainnya.

b) Hidung

- (1) Bentuk = Hidung tampak simetris, tidak terdapat deformitas maupun pembengkakan.
- (2) Lubang hidung = Kedua lubang hidung tampak bersih, paten, tidak terdapat sekret, perdarahan, maupun sumbatan yang dapat mengganggu pernapasan.

c) Telinga

- (1) Bentuk = Kedua telinga tampak simetris, berada pada posisi normal, dan tidak ditemukan adanya kelainan bentuk.
- (2) Tulang rawan = Tulang rawan telinga teraba elastis, tidak ditemukan tanda-tanda peradangan, pembengkakan, maupun deformitas.

9) Aspek Psikososial

- (1) Ekspresi afek dan emosi = Pasien tampak tenang selama proses pengkajian dan perawatan, kooperatif, serta dapat berinteraksi dengan orang tua dan tenaga kesehatan. Pasien tidak tampak gelisah, menangis, maupun menunjukkan perilaku agresif selama menjalani perawatan.
- (2) Dampak hospitalisasi bagi anak = Hospitalisasi menyebabkan aktivitas bermain pasien berkurang dan pasien lebih banyak beristirahat di tempat tidur. Pasien masih memerlukan pendampingan dan bantuan orang tua dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, namun tampak dapat beradaptasi dengan lingkungan perawatan dan tidak menunjukkan tanda-tanda penolakan terhadap tindakan keperawatan.

- (3) Dampak hospitalisasi bagi keluarga = Orang tua, terutama ibu pasien, tampak memiliki kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan anaknya, terutama terkait demam yang dialami serta riwayat keterlambatan tumbuh kembang. Meskipun demikian, keluarga tampak kooperatif, aktif mendampingi pasien, serta mengikuti anjuran dan tindakan yang diberikan oleh tenaga kesehatan selama masa perawatan.

4. THERAPI MEDIS DAN KEPERAWATAN

No	Terapi	Dosis	Tujuan
1	RL Infus	20 tpm	Memenuhi kebutuhan cairan
2	Cefotaxime injeksi	3 × 500 mg	Terapi infeksi bakteri
3	Paracetamol injeksi	3 × 250 mg	Menurunkan suhu tubuh
4	Ondansetron injeksi	2 × 2 mg	Mengurangi mual dan muntah
5	<i>Water Tepid Sponge</i>	1×/hari	Menurunkan suhu tubuh secara nonfarmakologis

5. PEMERIKSAAN PENUNJANG

▪ Pemeriksaan Hematologi

Nama : An. A.z

No. Rm : 010xxxxx

Tgl. Pemeriksaan : 18 juni 2026, pukul 23.58 WIB.

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
Hemoglobin	12,0 g/dL	10,8–15,6 g/dL	Normal

Leukosit	$11,74 \times 10^3/\mu\text{L}$	$4,5\text{--}13,5 \times 10^3/\mu\text{L}$	Normal (cenderung batas atas)
Hematokrit	35%	35–45%	Normal
Eritrosit	$4,30 \times 10^6/\mu\text{L}$	$3,8\text{--}5,8 \times 10^6/\mu\text{L}$	Normal
Trombosit	$302 \times 10^3/\mu\text{L}$	$150\text{--}521 \times 10^3/\mu\text{L}$	Normal
RDW	14,7%	11,5–14,5%	Meningkat
MCV	81,3 fL	80–96 fL	Normal
MCH	27,8 pg	28–33 pg	Menurun
MCHC	34,2 g/dL	33–36 g/dL	Normal

▪ **Pemeriksaan Urine Lengkap**

Nama : An. A.z

No. Rm : 010xxxxx

Tgl. Pemeriksaan : 18 juni 2026, pukul 23.55 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
Warna	Kuning	Kuning	Normal
Kejernihan	Jernih	Jernih	Normal
pH	6,0	6,0–9,0	Normal
Protein	Negatif	Negatif	Normal
Reduksi	Negatif	Negatif	Normal
Sedimen Leukosit	3–4/LPB	0–4/LPB	Normal
Sedimen Eritrosit	3–4/LPB	0–4/LPB	Normal
Sedimen Epitel	1+	Sedikit	Normal
Sedimen Silinder	Negatif	Negatif	Normal

Sedimen Bakteri	Negatif	Negatif	Normal
Sedimen Kristal	Kalsium Oksalat (+)	Tidak ada	Ditemukan kristal kalsium oksalat
Sedimen Jamur	Negatif	Negatif	Normal
Berat Jenis	1.010	1.005–1.030	Normal
Bilirubin	Negatif	Negatif	Normal
Urobilinogen	Normal	Normal	Normal
Keton	1+	Negatif	Positif
Nitrit	Negatif	Negatif	Normal
Eritrosit (strip)	2+	Negatif	Meningkat
Leukosit (strip)	Negatif	Negatif	Normal

Hasil pemeriksaan hematologi menunjukkan kadar hemoglobin, hematokrit, eritrosit, trombosit, dan leukosit masih berada dalam rentang normal. Nilai RDW meningkat (14,7%) dan MCH sedikit menurun (27,8 pg) yang dapat menggambarkan variasi ukuran eritrosit dan kecenderungan perubahan indeks eritrosit, namun tidak menunjukkan anemia berdasarkan kadar hemoglobin yang masih normal.

Pada pemeriksaan urinalisis didapatkan warna urin kuning dan jernih dengan pH 6,0, protein, glukosa, nitrit, leukosit, serta bilirubin negatif. Ditemukan eritrosit urine 2+ dan keton 1+, yang dapat berkaitan dengan kondisi demam, asupan nutrisi yang menurun, atau dehidrasi ringan sehingga tetap perlu dipantau selama perawatan.

6. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1) ANALISIS DATA

Nama Klien : An. A z

No. Rekam Medik : 010xxxxxx

Ruang Rawat : Cendana 3

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: Ibu pasien mengatakan anak mengalami demam naik turun selama 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Demam dirasakan terus-menerus dan tubuh anak tampak panas. Ibu ps. juga mengatakan anak terlihat lemas dan lebih banyak berbaring saat demam meningkat DO: 1) Suhu tubuh 38,4°C. 2) Akral teraba hangat. 3) Kulit terasa hangat dan sedikit lembab. 4) Nadi 130 x/menit.	Hipertermia	Proses penyakit (infeksi)
2.	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya mual dan sebelum masuk rumah sakit sempat muntah, dan mual lebih dari 5 kali berupa cairan bercampur makanan. Selama sakit nafsu makan dan minum juga menurun, bahkan pasien hanya mampu makan beberapa sendok. DO:	Nausea	Iritasi lambung akibat proses penyakit

	1) Nafsu makan menurun. 2) Mukosa mulut tampak sedikit kering. 3) Bibir tampak kering. 4) Keton urine 1+. 5) Pasien tampak lemas.		
3.	DS: Ibu mengatakan selama pasien mengalami demam, pasien tampak lemas, lebih sering berbaring, aktivitas bermain berkurang, dan terlihat kurang nyaman karena kepanasan. Dikarenakan pasien mengalami <i>speech delay</i>, keluhan pasien diperoleh berdasarkan hasil observasi dan informasi dari ibu sebagai <i>caregiver</i> utama DO: 1) Suhu tubuh 38,4°C. 2) Kulit dan akral teraba hangat. 3) Pasien tampak lemas, aktivitas menurun, dan lebih banyak beristirahat di tempat tidur. 4) Wajah tampak lesu selama proses pengkajian.	Gangguan Rasa Nyaman	Gejala penyakit

2) PERUMUSAN MASALAH

Nama Klien : An. A.z
 No. Rekam Medik : 010xxxxx
 Ruang Rawat : Cendana 3

No. Dx	Diagnosa Keperawatan
1.	D.0130 Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) ditandai dengan suhu tubuh , kulit terasa hangat, akral hangat
2.	D.0076 Nausea berhubungan dengan iritasi lambung akibat prosespenyakit di tandai dengan mengeluh mual, merasa ingin muntah, Tidak berminat makan
3.	D.0074 Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan mengeluh kepanasan, mengeluh mual, dan mengeluh lelah.

3) PERENCANAAN KEPERAWATAN

Nama Klien : An. A.z
 No. Rekam Medik : 010xxxxx
 Ruang Rawat : Cendana 3

No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	TTD
1.	Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×8 jam, diharapkan termoregulasi membaik. dengan kriteria hasil : Suhu tubuh membaik. 1) Suhu kulit membaik. 2) Menggigil menurun	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi a. Identifikasi penyebab hipertermia. b. Monitor suhu tubuh. c. Monitor komplikasi akibat hipertermia. Terapeutik a. Sediakan lingkungan yang nyaman. b. Kompres hangat c. Berikan cairan oral sesuai toleransi. Edukasi a. Anjurkan tirah baring. b. Anjurkan keluarga meningkatkan asupan cairan. Kolaborasi	

		a. Kolaborasi pemberian antipiretik sesuai program terapi medis.	
2.	Tingkat Nausea (L.08065) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×24 jam, diharapkan tingkat nausea menurun. dengan kriteria hasil: 1) Nafsu makan meningkat. 2) Keluhan mual menurun. 3) Perasaan ingin muntah menurun	Manajemen (I.03117) Observasi a. Identifikasi pengalaman mual. b. Monitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan). c. Monitor asupan nutrisi. Terapeutik a. Berikan makanan dalam jumlah kecil tetapi sering. b. Berikan makanan yang mudah dicerna sesuai toleransi. Edukasi a. Anjurkan istirahat yang cukup. b. Anjurkan membersihkan mulut	Mual

		setelah muntah atau saat mual. Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian antiemetik sesuai program terapi medis.	
3.	Status Kenyamanan (L.08064) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×24 jam, diharapkan status kenyamanan meningkat. dengan kriteria hasil : 1) Keluhan tidak nyaman menurun. 2) Lelah menurun. 3) Pasien tampak lebih rileks.	Perawatan Kenyamanan (I.08245) Observasi a. Identifikasi masalah yang menyebabkan ketidaknyamanan. b. Identifikasi tingkat kenyamanan pasien. Terapeutik a. Berikan posisi yang nyaman. b. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang. c. Minimalkan faktor yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan. Edukasi a. Jelaskan kepada keluarga mengenai tindakan yang dilakukan untuk	

		meningkatkan kenyamanan pasien. b. Libatkan keluarga dalam upaya meningkatkan kenyamanan pasien. Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian terapi sesuai program medis	
--	--	--	--

4) IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. A.z
 No. Rekam Medik : 010xxxxx
 Ruang Rawat : Cendana 3

Tgl.	Diagnosa Keperawatan	Jam	Tindakan Keperawatan	Hasil (Evaluasi Formatif)	TTD
19 juni 2026	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) (D.0130)	13.00	- Mengidentifikasi penyebab hipertermia berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosis medis serta memonitor suhu tubuh pasien menggunakan termometer timpani sebelum dilakukan tindakan.	S: Ibu pasien mengatakan anak mengalami demam naik turun sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit. Demam dirasakan terus-menerus dan tubuh pasien masih terasa panas. Ibu juga mengatakan pasien tampak lemas, lebih banyak berbaring di tempat tidur, dan aktivitas bermain berkurang dibandingkan biasanya. O: Pasien tampak lemah dengan kesadaran compos mentis. Kulit dan akral teraba hangat.	

				Suhu tubuh sebelum tindakan 38,4°C, frekuensi nadi 130 kali/menit, pasien tampak lebih banyak beristirahat di tempat tidur dan didiagnosis medis Febris ec Bacterial Infection.	
		13.15	- Menjelaskan kembali tujuan dan prosedur tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> kepada ibu pasien serta memastikan pasien dalam kondisi siap untuk dilakukan tindakan. - Menyiapkan alat yang diperlukan berupa baskom berisi air hangat dengan suhu 36,9°C, termometer timpani, waslap, handuk, pakaian ganti pasien, serta menjaga privasi	S: Ibu pasien mengatakan bersedia pasien kembali dilakukan tindakan <i>Water Tepid Sponge</i>. Selama tindakan berlangsung pasien tampak lebih tenang dan kooperatif. O ; Tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> dilakukan selama kurang lebih 20 menit sesuai SOP. Pasien tampak kooperatif selama tindakan. Suhu tubuh menurun dari 38,4°C menjadi 37,7°C. Kulit masih terasa hangat tetapi suhu tubuh lebih stabil	

			pasien selama tindakan. - Melakukan cuci tangan sesuai prosedur sebelum melakukan tindakan. - Memposisikan pasien dalam posisi terlentang dengan nyaman di atas tempat tidur. - Mengukur suhu tubuh sebelum tindakan menggunakan termometer timpani. - Membasahi waslap menggunakan air hangat, kemudian melakukan penyekaan secara perlahan pada daerah dahi, leher, aksila kanan dan kiri, dada, abdomen, punggung, lipat paha kanan dan	dibandingkan sebelum tindakan.	
--	--	--	--	---------------------------------------	--

			kiri, serta ekstremitas atas dan bawah selama kurang lebih 20 menit, dengan membasahi kembali waslap apabila suhu air mulai menurun. . - Meringkan tubuh pasien menggunakan handuk bersih, memakaikan kembali pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kemudian mengukur kembali suhu tubuh setelah tindakan selesai. - Merapikan alat dan melakukan cuci tangan setelah tindakan selesai. . -		
--	--	--	---	--	--

		13.40	- Menganjurkan ibu meningkatkan pemberian cairan oral sesuai toleransi pasien untuk membantu mengganti kehilangan cairan akibat demam. - Menganjurkan pasien untuk tirah baring serta menggunakan pakaian yang tipis dan mudah menyerap keringat selama suhu tubuh masih meningkat.. - .	S: Ibu pasien mengatakan memahami edukasi yang diberikan dan bersedia memberikan cairan lebih sering serta menjaga pasien tetap beristirahat selama proses penyembuhan. O: Ibu mampu mengulangi kembali informasi yang diberikan mengenai pentingnya meningkatkan asupan cairan dan tirah baring. Pasien tampak beristirahat di tempat tidur dengan didampingi ibu. .	
	Nausea (D.0076)	14.10	- Mengidentifikasi pengalaman mual dan memonitor frekuensi serta tingkat keparahan mual yang dirasakan pasien..	S: Ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami muntah 1 kali berupa cairan bercampur makanan. Selama dirawat pasien masih	

			- . - . - .	kadang tampak mual beberapa kali dan nafsu makan menurun sehingga hanya mampu menghabiskan beberapa sendok makanan setiap kali makan. O: Pasien tampak lemas, nafsu makan menurun, makanan yang disajikan tidak habis, mukosa mulut tampak sedikit kering, dan bibir tampak kering.	
		14.15	- Menganjurkan pemberian makanan dalam porsi kecil tetapi sering serta memilih makanan yang mudah dicerna sesuai toleransi pasien.. - Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian	S: Ibu pasien mengatakan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan dan akan memberikan makanan sedikit demi sedikit agar pasien lebih mudah menerimanya. O: Ibu tampak memahami edukasi yang diberikan. Pasien	

			terapi antiemetik sesuai program pengobatan. - .	masih mampu menerima makanan meskipun dalam jumlah sedikit dan tidak terjadi muntah selama dilakukan observasi.	
	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)	14.23	- Mengidentifikasi penyebab ketidaknyamanan dan mengkaji tingkat kenyamanan pasien berdasarkan hasil observasi serta informasi dari ibu pasien.. - . - . - .	S: Ibu pasien mengatakan selama demam pasien tampak kurang nyaman, lebih sering berbaring, aktivitas bermain berkurang, dan terlihat lemas. Karena pasien mengalami <i>speech delay</i>, informasi mengenai kondisi pasien diperoleh dari hasil wawancara dengan ibu sebagai <i>caregiver</i> utama. O: Pasien tampak lebih banyak berbaring di tempat tidur, wajah terlihat lesu, aktivitas menurun, kulit teraba hangat, dan suhu tubuh masih berada di	

				atas batas normal.	
		14.25	- Mengatur posisi pasien senyaman mungkin, menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta melibatkan ibu dalam memberikan pendampingan selama pasien menjalani perawatan.	S: Ibu pasien mengatakan setelah dilakukan tindakan dan posisi pasien diatur senyaman mungkin, pasien tampak lebih tenang dan dapat beristirahat dengan lebih nyaman. O: Pasien tampak lebih rileks, tetap berbaring dengan posisi nyaman, didampingi oleh ibu selama perawatan, dan tidak tampak gelisah.	
20 juni 202 6	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) (D.0130)	15.48	- Mengidentifikasi perkembangan penyebab hipertermia berdasarkan kondisi klinis pasien dan hasil observasi selama perawatan.	S: Ibu pasien mengatakan suhu tubuh pasien masih naik turun, namun tidak setinggi hari sebelumnya. Ibu juga mengatakan pasien sudah tampak lebih segar dibandingkan kemarin, meskipun	

			- Memonitor suhu tubuh pasien menggunakan termometer timpani sebelum dilakukan tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> . . - . -	tubuhnya masih terasa hangat dan pilek masih dialami pasien. O: Keadaan umum pasien tampak cukup baik dibandingkan hari sebelumnya. Pasien tampak lebih responsif dan tidak selemas saat pengkajian hari pertama. Suhu tubuh sebelum tindakan 37,3°C, kulit masih teraba hangat, pilek masih tampak dengan sekret bening keluar dari hidung, dan pasien masih menjalani terapi medis sesuai program.	
		15.53	- Menjelaskan kembali tujuan dan prosedur tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> kepada ibu pasien serta memastikan pasien dalam kondisi siap	S: Ibu pasien mengatakan bersedia pasien kembali dilakukan tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> . Selama tindakan berlangsung pasien tampak lebih tenang dan kooperatif.	

			untuk dilakukan tindakan. - Menyiapkan alat yang diperlukan berupa baskom berisi air hangat dengan suhu 37,7°C, termometer timpani, waslap, handuk, pakaian ganti pasien, serta menjaga privasi pasien selama tindakan. - Melakukan cuci tangan sesuai prosedur sebelum melakukan tindakan. - Memposisikan pasien dalam posisi terlentang dengan nyaman di atas tempat tidur. - Mengukur suhu tubuh sebelum tindakan menggunakan	O ; Tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> dilakukan selama kurang lebih 20 menit sesuai SOP. Pasien tampak kooperatif selama tindakan. Suhu tubuh menurun dari 37,3°C menjadi 37,0°C. Kulit masih terasa hangat tetapi suhu tubuh lebih stabil dibandingkan sebelum tindakan.	
--	--	--	--	---	--

			termometer timpani. - Membasahi waslap menggunakan air hangat, kemudian melakukan penyekaan secara perlahan pada daerah dahi, leher, aksila kanan dan kiri, dada, abdomen, punggung, lipat paha kanan dan kiri, serta ekstremitas atas dan bawah selama kurang lebih 20 menit, dengan membasahi kembali waslap apabila suhu air mulai menurun. . - Mengeringkan tubuh pasien menggunakan handuk bersih, memakaikan kembali pakaian yang tipis dan menyerap keringat,	
--	--	--	--	--

			kemudian mengukur kembali suhu tubuh setelah tindakan selesai. - Merapikan alat dan melakukan cuci tangan setelah tindakan selesai. .		
		16. 15	- Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan cairan pasien sesuai toleransi dan mempertahankan tirah baring selama kondisi demam belum sepenuhnya membaik. - Mengedukasi ibu agar tetap memantau suhu tubuh pasien secara berkala serta segera melaporkan apabila terjadi peningkatan suhu tubuh kembali..	S: Ibu pasien mengatakan akan terus memberikan cairan sesuai kemampuan pasien dan memahami pentingnya memantau suhu tubuh selama proses perawatan. O: Ibu mampu mengulangi kembali edukasi yang diberikan. Pasien tampak beristirahat di tempat tidur dengan didampingi ibu.	

			-		
	Nausea (D.0076)	16.23	- Mengidentifikasi perkembangan keluhan mual dan memonitor frekuensi mual yang masih dirasakan pasien.. -	S: Ibu pasien mengatakan mual masih dirasakan pasien, tetapi sudah tidak sesering hari sebelumnya. Nafsu makan pasien mulai membaik walaupun masih belum mampu menghabiskan satu porsi makanan. O: Pasien tampak lebih segar dibandingkan hari pertama. Nafsu makan mulai meningkat, pasien mampu menghabiskan makanan lebih banyak dibandingkan hari sebelumnya, dan tidak ditemukan muntah selama observasi.	

		16.28	- Menganjurkan pemberian makanan dalam porsi kecil tetapi lebih sering serta memilih makanan yang lunak dan mudah dicerna sesuai toleransi pasien. - Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi antiemetik sesuai program terapi.	S: Ibu pasien mengatakan bersedia melanjutkan anjuran yang diberikan dan akan memberikan makanan sedikit demi sedikit sesuai kemampuan pasien. O: Pasien mampu menerima makanan lebih baik dibandingkan hari sebelumnya, tidak tampak muntah selama observasi, dan kondisi umum pasien tampak lebih baik.	
	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)	16.32	- Mengidentifikasi perkembangan tingkat kenyamanan pasien berdasarkan hasil observasi serta informasi yang diberikan oleh ibu pasien.	S: Ibu pasien mengatakan kondisi pasien sudah tampak lebih nyaman dibandingkan hari sebelumnya. Pasien sudah tidak terlalu lemas, namun masih tampak kurang nyaman ketika suhu tubuh mulai meningkat. O: Pasien tampak lebih rileks dibandingkan	

				hari pertama. Aktivitas mulai meningkat walaupun masih lebih banyak beristirahat di tempat tidur. Kulit masih teraba hangat dan pilek masih tampak.	
		16.35	- Mengatur posisi pasien senyaman mungkin, menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta melibatkan ibu dalam memberikan pendampingan selama pasien menjalani perawatan.	S: Ibu pasien mengatakan pasien dapat beristirahat lebih nyaman setelah posisi pasien diatur dan lingkungan sekitar dibuat lebih tenang. O: Pasien tampak tenang, dapat beristirahat dengan nyaman, didampingi oleh ibu selama perawatan, serta tidak tampak gelisah.	

21 juni 202 6	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) (D.0130)	15.34	- Mengidentifikasi perkembangan penyebab hipertermia berdasarkan kondisi klinis pasien, hasil observasi, dan respons pasien terhadap terapi yang telah diberikan. - Memonitor suhu tubuh pasien menggunakan termometer timpani sebelum dilakukan tindakan <i>Water Tepid Sponge</i>.	S: Ibu pasien mengatakan sejak malam hari suhu tubuh pasien kembali meningkat meskipun sebelumnya sempat menurun setelah dilakukan kompres hangat. Ibu juga mengatakan pasien tampak kembali lemas, tubuh terasa sangat panas, namun masih mau minum walaupun nafsu makan belum kembali seperti biasanya. O: Keadaan umum pasien tampak lemah. Suhu tubuh sebelum tindakan 40,0°C, kulit dan akral teraba sangat hangat, wajah tampak kemerahan, pasien lebih banyak berbaring di tempat tidur, dan sekret bening masih tampak keluar dari hidung.
------------------------	---	-------	---	--

		15.40	- Menjelaskan kembali tujuan, manfaat, prosedur, serta lama tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> kepada ibu pasien dan memastikan pasien dalam kondisi siap untuk dilakukan tindakan. - Menyiapkan alat yang diperlukan berupa baskom berisi air hangat dengan suhu 36,6°C, termometer timpani, waslap, handuk, pakaian ganti pasien, serta menjaga privasi pasien selama tindakan berlangsung. - Melakukan cuci tangan sesuai prosedur sebelum tindakan. - Memposisikan pasien dalam posisi	S: Ibu pasien mengatakan bersedia pasien kembali dilakukan tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> dan berharap suhu tubuh pasien dapat kembali menurun. Selama tindakan berlangsung pasien tampak tenang meskipun masih terlihat lemas. O: Tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> dilakukan sesuai SOP selama kurang lebih 20 menit. Pasien tampak kooperatif selama tindakan berlangsung. Suhu tubuh setelah tindakan menurun dari 40,0°C menjadi 39,2°C. Kulit masih teraba hangat, wajah tampak tidak terlalu kemerahan dibandingkan sebelum tindakan, namun suhu tubuh pasien masih berada di atas batas	
--	--	-------	---	--	--

			terlentang yang nyaman di atas tempat tidur. - Mengukur suhu tubuh awal menggunakan termometer timpani sebelum tindakan dilakukan. - Membasahi waslap menggunakan air hangat, kemudian melakukan penyekaan secara perlahan pada daerah dahi, leher, aksila kanan dan kiri, dada, abdomen, punggung, lipat paha kanan dan kiri, lengan, serta kedua tungkai secara bergantian selama kurang lebih 20 menit. Waslap kembali dibasahi menggunakan air hangat apabila	normal.	
--	--	--	---	---------	--

			suhu air mulai menurun agar suhu tetap stabil selama tindakan. - Meringkan tubuh pasien menggunakan handuk bersih, memakaikan kembali pakaian pasien yang tipis dan menyerap keringat, kemudian mengukur kembali suhu tubuh menggunakan termometer timpani setelah tindakan selesai. - Merapikan alat dan melakukan cuci tangan setelah tindakan selesai.		
		16.05	- Menganjurkan ibu untuk tetap meningkatkan pemberian cairan oral sesuai toleransi pasien guna membantu mencegah	S: Ibu pasien mengatakan memahami edukasi yang diberikan dan bersedia tetap memberikan cairan secara bertahap serta memantau suhu tubuh	

			kehilangan cairan akibat demam. - Mengedukasi ibu agar tetap melakukan pemantauan suhu tubuh secara berkala, mempertahankan tirah baring, serta segera melaporkan kepada perawat apabila suhu tubuh kembali meningkat atau muncul tanda bahaya lainnya.S	pasien selama menjalani perawatan. O: Ibu mampu menjelaskan kembali informasi yang diberikan mengenai pentingnya pemantauan suhu tubuh, peningkatan asupan cairan, dan istirahat yang cukup. Pasien tampak beristirahat di tempat tidur didampingi oleh ibu.	
	Nausea (D.0076)	16.12	- Mengidentifikasi perkembangan keluhan mual dan memonitor frekuensi serta tingkat keparahan mual yang masih dirasakan pasien.	S: Ibu pasien mengatakan pasien masih kadang-kadang tampak mual, namun tidak mengalami muntah selama menjalani perawatan. Nafsu makan pasien belum kembali normal dan masih menghabiskan makanan dalam jumlah sedikit. O: Pasien tampak masih lemas. Nafsu makan	

				belum optimal, makanan yang disajikan hanya dihabiskan sebagian, bibir tampak sedikit kering, dan mukosa mulut tampak agak kering.	
		16.18	- Menganjurkan pemberian makanan dalam porsi kecil tetapi lebih sering serta memilih makanan yang lunak dan mudah dicerna sesuai toleransi pasien. - Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi antiemetik sesuai program terapi.	S: Ibu pasien mengatakan akan tetap memberikan makanan sedikit demi sedikit sesuai kemampuan pasien agar kebutuhan nutrisi tetap terpenuhi. O: Pasien mampu menerima makanan meskipun dalam jumlah sedikit, tidak tampak muntah selama observasi, dan ibu kooperatif mengikuti anjuran yang diberikan.	
	Gangguan Rasa Nyaman berhubun	16.25	- Mengidentifikasi perkembangan tingkat kenyamanan pasien berdasarkan hasil	S: Ibu pasien mengatakan pasien kembali tampak kurang nyaman ketika suhu tubuh	

	gan dengan gejala penyakit (D.0074)		observasi dan informasi yang diberikan oleh ibu pasien.	meningkat. Pasien terlihat lebih banyak berbaring, aktivitas bermain menurun, dan tampak lebih lemas dibandingkan hari sebelumnya. Karena pasien mengalami <i>speech delay</i> , informasi mengenai kondisi pasien diperoleh melalui hasil wawancara dengan ibu sebagai <i>caregiver</i> utama. O: Pasien tampak lebih banyak berbaring di tempat tidur, wajah terlihat lesu, kulit masih teraba hangat, aktivitas menurun, dan pasien tampak kurang bersemangat dibandingkan hari sebelumnya.	
		16.30	-Mengatur posisi pasien senyaman mungkin, menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta melibatkan ibu	S: Ibu pasien mengatakan setelah posisi pasien diatur lebih nyaman dan lingkungan dibuat lebih tenang, pasien	

			dalam memberikan pendampingan selama proses perawatan. -Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi sesuai program pengobatan.	tampak lebih rileks meskipun suhu tubuh masih belum kembali normal. O: Pasien tampak dapat beristirahat dengan posisi yang nyaman, didampingi oleh ibu selama perawatan, tidak tampak gelisah, namun masih terlihat lemas akibat peningkatan suhu tubuh.	
--	--	--	--	---	--

5) EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An. A.z
 No. Rekam Medik : 010xxxxx
 Ruang Rawat : Cendana 3

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi Sumatif	TTD
19 juni 2026	1. Hipertermia	14.05	S: Ibu mengatakan tubuh pasien sudah tidak sepanas sebelum dilakukan tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> . Pasien masih tampak lemas namun lebih nyaman dibandingkan sebelum tindakan. O: - Suhu tubuh turun dari 38,4°C menjadi 37,7°C. - Kulit masih teraba hangat. - Akral hangat. - Pasien tampak lebih tenang. A: Masalah keperawatan Hipertermia teratasi sebagian ditandai dengan penurunan suhu tubuh setelah tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> , namun suhu tubuh belum mencapai rentang normal. P: Lanjutkan Intervensi - Monitor suhu tubuh. - Lanjutkan <i>Water Tepid Sponge</i> sesuai indikasi.	

			- Tingkatkan asupan cairan. - Kolaborasi antipiretik.	
	2. Nausea	14.20	S: Ibu mengatakan pasien masih mengeluh mual namun tidak muntah selama perawatan hari ini. O: - Nafsu makan masih menurun. - Pasien hanya menghabiskan beberapa sendok makanan. - Mukosa mulut sedikit kering. - Bibir sedikit kering. A: Masalah keperawatan Nausea belum teratasi ditandai keluhan mual masih ada dan nafsu makan masih menurun. P: Lanjutkan Intervensi - Monitor mual. - Anjurkan makan sedikit tetapi sering. - Kolaborasi antiemetik.	
	3. Gangguan Rasa Nyaman	14.28	S: Ibu mengatakan pasien tampak lebih nyaman setelah suhu tubuh mulai menurun. O: - Pasien tampak lebih tenang. - Aktivitas masih terbatas. - Kulit masih hangat.	

			A: Masalah keprawatan Gangguan rasa nyaman teratasi sebagian ditandai pasien tampak lebih tenang, namun masih lemas akibat demam. P: Lanjutkan intervensi kenyamanan. -	
20 juni 2026	1. Hipertemi	16.20	S: Ibu mengatakan suhu tubuh pasien masih naik turun tetapi sudah lebih baik dibandingkan hari sebelumnya. O: - Suhu turun 37,3°C → 37,0°C. - Kulit masih hangat. - Pasien tampak lebih segar. A: Masalah Keperawatan Hipertermia teratasi sebagian ditandai suhu tubuh menurun dan kondisi umum membaik, namun suhu belum stabil sepenuhnya. P: Lanjutkan intervensi -	
	2. Nausea	16.30	S: Ibu mengatakan mual sudah berkurang dan pasien mulai mau makan lebih banyak. O: - Nafsu makan meningkat. - Tidak muntah.	

21 juni 2026			- Kondisi umum lebih baik. A: Masalah Keperawatan Nausea teratasi sebagian ditandai keluhan mual berkurang dan nafsu makan mulai meningkat. P: Lanjutkan intervensi.	
	3. Gangguan rasa nyaman	16.40	S: Ibu mengatakan pasien tampak lebih nyaman dibandingkan hari sebelumnya. O: - Pasien tampak tenang. - Aktivitas meningkat walaupun masih banyak istirahat. A: Masalah Keperawatan Gangguan rasa nyaman teratasi sebagian ditandai pasien tampak lebih nyaman dan aktivitas mulai meningkat. P: Lanjutkan intervensi. -	
	1. Hipertermia	16.10	S: Ibu mengatakan suhu tubuh pasien kembali meningkat sejak malam hari meskipun sebelumnya sempat menurun setelah dilakukan <i>Water Tepid Sponge</i> . O:	

			- Suhu turun 40,0°C → 39,2°C. - Kulit masih hangat. - Pasien tampak lemas. A: Masalah Keperawatan Hipertermia belum teratasi ditandai suhu tubuh masih di atas rentang normal meskipun terjadi penurunan setelah tindakan <i>Water Tepid Sponge</i> . P: - Monitor suhu tubuh. - Lanjutkan <i>Water Tepid Sponge</i> sesuai SOP. - Tingkatkan asupan cairan. - Kolaborasi antipiretik.	
	2. Nausea	16.20	S: Ibu mengatakan pasien masih kadang mengeluh mual tetapi tidak muntah. O: - Nafsu makan belum optimal. - Bibir dan mukosa mulut tampak sedikit kering A: Masalah Keperawatan Nausea teratasi sebagian ditandai keluhan mual berkurang, namun nafsu makan belum kembali optimal. P: Lanjutkan intervensi.	

	3. Gangguan rasa nyaman	16.35	S: Ibu mengatakan pasien kembali tampak kurang nyaman karena suhu tubuh meningkat. O: - Pasien tampak lemas. - Aktivitas menurun. - Pasien lebih banyak berbaring di tempat tidur. A: Masalah Keperawatan Gangguan rasa nyaman belum teratasi ditandai pasien masih tampak lemas dan kurang nyaman akibat peningkatan suhu tubuh. P: - Lanjutkan perawatan kenyamanan. - Monitor tingkat kenyamanan pasien. - Libatkan keluarga dalam perawatan.	

Lampiran 9. Dokumentasi Kegiatan Penelitian
Hari pertama



Hari kedua

Hari ketiga

Lampiran 10. Lembar Bimbingan Tugas Akhir

FORM BIMBINGAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING 1

Identitas Mahasiswa:

Nama : Fenty Zora Nursmara

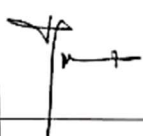
NIM : 23130045

Judul TA : "IMPLEMENTASI WATER TEPID SPONGE DENGAN PENGUKURAN SUHU MENGGUNAKAN TERMOMETER TIMPANI PADA PASIEN ANAK TIFOID"

Identitas Pembimbing 1:

Nama : Us. Ibnu Hasan M. Iqbal

NIDN : 062 29069 103

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Paraf Pembimbing 1
05 Des 2025	Konsultasi judul	
10 Des 2025	GAP + Materi	
22 Des 2025	Referensi jurnal + pemilihan judul yang lebih spesifik.	
25 Des. 2025	Perbaikan urutan latar belakang BAB I	
9 Jan 2026	Perbaikan Materi BAB I	

FORM BIMBINGAN
TUGAS AKHIR PEMBIMBING 2

Identitas Mahasiswa:

Nama : Fenty Zita Nismara

NIM : 23130045

Judul TA : "IMPLEMENTASI WATER TEPID SPONGE

DENGAN PENGUKURAN SUHU MENGGUNAKAN TERMOMETER TIMPANI
PADA PASIEN ANAK TIFOID

Identitas Pembimbing 2:

Nama ^{Dn} : Evi Zulfrana, S.SiT., MH

NIDN : 0615048901

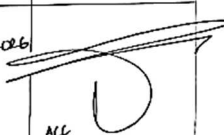
Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Paraf Pembimbing 2
13 Januari 2026.	Judul, Latar belakang BAB I	
06 Mei 2026.	Konsul BAB I - III + Perbaikan Tabel	
08 Mei 2026.	BAB	
11 Mei 2026	AEC	

29 Juli 2026	Perbaiki sistemkan penulisan meter yang ada di bab 4 huruf ada di bab 2.	J.
30 Juli 2026	penggunaan tanda notation diperbaiki.	J.
01 Agustus 2026	Acc	J.

Lampiran 11: Form Revisi Naskah Tugas Akhir

LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR (TA)
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI UNIVERSITAS HARKAT NEGERI
AKADEMIK 2025/2026

Nama Mahasiswa : Fenty Zia Nismara
 NIM : 23130045
 Jenis Tugas Akhir : KTI / Tm Riset (Dosen / Publikasi)
 Judul Tugas Akhir : Implementasi water proof frange dengan pengukuran suhu
 Tanggal Sidang TA : 02 September 2026
 Ketua / Penguji 1 / Penguji 2 : Ns. Nanda Bachtiar, m. Kep

NO.	REVISI	TANGGAL REVISI	TANDA TANGAN PENGUJI
1.	Permanen Bab I	5/Oktober/2026	 ALL
2.	Permanen Bab II		
3.	Permanen Bab III		
4.	Permanen Bab IV		
5.	Cek kembali penulisan		
6.	Keanggunan		

Tegal, 05 October 2026

Mahasiswa,

(Fenty Zia Nismara)
 NIM. 23130045

*Coret salah satu

Lampiran 11: Form Revisi Naskah Tugas Akhir
**LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR (TA)
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI UNIVERSITAS HARKAT NEGERI
AKADEMIK 2025/2026**

Nama Mahasiswa : Fenty Lia Nismara
 NIM : 22130045
 Jenis Tugas Akhir : KTI/ Tim Riset Dosen / Publikasi*
 Judul Tugas Akhir : Implementasi water proof sponge dengan pengukuran suhu
kehidupan termometer timpani pada pasien Anak dengan
Nikotina di RUMAH KASIH KASIH
 Tanggal Sidang TA : 01 September 2026
 Ketua / Penguji 1/ Penguji 2 : As. Ardhi Henda Karmadika, m. Kep

NO.	REVISI	TANGGAL REVISI	TANDA TANGAN PENGUJI
1.	Perbaikan BAB I	22/10/2026	
2.	Perbaikan BAB II		
3.	Perbaikan BAB III		
4.	Perbaikan BAB IV		
5.	Cek kembali penulisan		
6.	Penyempurnaan		

Tegal, 5 Oktober 2026

Mahasiswa

 (...Fenty Lia Nismara...)
 NIM. 22130045

*Coret salah satu

Lampiran 11: Form Revisi Naskah Tugas Akhir

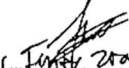
LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR (TA)
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI UNIVERSITAS HARKAT NEGERI
AKADEMIK 2024/2025

Nama Mahasiswa : Fenty Lia Nismara
 NIM : 27130045
 Jenis Tugas Akhir : KTJ/ Tim Riset Dosen / Publikasi*
 Judul Tugas Akhir : Implementasi water proof sponge dengan pengukuran suhu
kelembaban termometer tempati pada tubuh Anak dengan
hipertensi di RUMAH KOGINAK
 Tanggal Sidang TA : 02 September 2026
 Ketua / Penguji 1/ Penguji 2*) : Ns. Muhamad Ibnu H, M. Kep

NO.	REVISI	TANGGAL REVISI	TANDA TANGAN PENGUJI
1.	Perbaikan BAB I	5 Oktober 2026 ACU	 M. Ibnu H.
2.	Perbaikan BAB II		
3.	Perbaikan BAB III		
4.	Perbaikan BAB IV		
5.	Cek secara keseluruhan		
6.	Keayaman		

Tegal, 5 - Oktober - 2026

Mahasiswa,


 (..... Fenty Lia Nismara)
 NIM. 27130045

*Coret salah satu