

# LAMPIRAN

LAMPIRAN 1



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPURUN  
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPURUN  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

JL. SOEKARNO HATTA NO. 1 HAJIMENA BANDAR LAMPUNG TELP. (0721) 703580 FAX. (0721) 703580



### INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *Tn. S*  
Umur : *28 th*  
Jenis Kelamin : *Laki - laki*

dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan di atas dan yang telah dijelaskan oleh tim peneliti.
2. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Termoregulasi Pada Anak Demam Thypoid di Ruang Anak RSUD Jend. Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung Tahun 2020"

Bandar Lampung, februari 2020

Peneliti,

*Milati*  
(MILATI)

Saksi,

*Desi*  
(.....)

Subjek,

*Suprianto*  
(.....)

Keterangan \*): Coret yang tidak perlu

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

A. Identitas

Nama :  
Umur :  
Nama ayah :  
Nama Ibu :  
Pekerjaan ayah :  
Pekerjaan ibu :  
Alamat :  
Suku :  
Agama :  
Pendidikan :

B. Keluhan utama

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. Riwayat kehamilan dan kelahiran

1. Prenatal :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Natal :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Postnatal :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. Riwayat kesehatan masa lampau

1. Penyakit waktu kecil

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Riwayat dirawat di rumah sakit

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Obat-obat yang digunakan

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Tindakan (operasi)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Alergi

\_\_\_\_\_

6. Kecelakaan

-----  
-----

7. Imunisasi

-----  
-----

E. Riwayat keluarga  
Genogram

F. Riwayat social

1. Yang mengasuh

-----  
-----

2. Hubungan dengan anggota keluarga

-----  
-----

3. Hubungan dengan teman sebaya

-----  
-----

4. Pembawaan secara umum

-----  
-----

5. Lingkungan rumah

-----  
-----

G. Kebutuhan dasar

1. Makanan

a. Makanan yang disukai

-----  
-----

b. Selera

\_\_\_\_\_

c. Alat makan yang dipakai

\_\_\_\_\_

d. Pola makan/ jam:

\_\_\_\_\_

2. Pola tidur

a. Kebiasaan sebelum tidur (perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa tidur).

\_\_\_\_\_

b. Tidur siang:

\_\_\_\_\_

3. Kebersihan diri (mandi) :

\_\_\_\_\_

4. Aktivitas bermain :

\_\_\_\_\_

5. Eliminasi

\_\_\_\_\_

H. Keadaan kesehatan saat ini :

1. Diagnosa Medis : \_\_\_\_\_

2. Tindakan Operasi : \_\_\_\_\_

3. Status Cairan : \_\_\_\_\_

4. Status Nutrisi : \_\_\_\_\_

5. Obat-obatan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Aktivitas : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Hasil Laboratorium : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Foto rontgen : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Hasil pemeriksaan penunjang lain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum : \_\_\_\_\_

2. Tanda vital : \_\_\_\_\_  
a. RR : \_\_\_\_\_ x/menit (regular/ irreguler)  
b. HR : \_\_\_\_\_ x/menit (regular/ irreguler)  
c. TD : \_\_\_\_\_ mmHg  
d. Suhu : \_\_\_\_\_ °C

3. TB / BB : \_\_\_\_\_

4. Lingkar kepala : \_\_\_\_\_

5. Kepala : \_\_\_\_\_

6. Mata : \_\_\_\_\_

7. Leher : \_\_\_\_\_

8. Telinga : \_\_\_\_\_

9. Hidung : \_\_\_\_\_

10. Mulut : \_\_\_\_\_

11. Dada : \_\_\_\_\_

12. Paru-paru : \_\_\_\_\_

- 13. Jantung : .....
- 14. Perut : .....
- 15. Punggung : .....
- 16. Genitalia : .....
- 17. Ekstremitas atas : .....
- 18. Ekstremitas bawah: .....

J. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

1. Kemandirian dan sosialisasi:

.....  
.....  
.....  
.....

2. Motorik halus

.....  
.....  
.....

3. Motorik Kasar

.....  
.....  
.....

4. Kemampuan bicara dan bahasa

.....  
.....  
.....

## **PENJELASAN SEBELUM PROSEDUR**

### **(PSP)**

1. Saya adalah Milati, mahasiswa politeknik kesehatan tanjungkarang jurusan keperawatan Program studi DIII keperawatan tanjungkarang dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam laporan tugas akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Gangguan Termoregulasi Pada Anak Demam Thypoid di Ruang Anak RSUD. Jend. Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung Tahun 2020”
2. Tujuan dari penelitian Laporan Tugas Ahir ini adalah menggambarkan Asuhan Keperawatan Gangguan Termoregulasi Pada Anak Demam Thypoid Di Ruang Anak RSUD. Jend. Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung Thun 2020. Yang dapat memberi manfaat untuk mendapatkan asuhan keperawatan gangguan termoregulasi yang baik serta menambah pengetahuan pasien dan keluarga.
3. Prosedur pengumpulan data dengan cara pemberian asuhan keperawatan selama tiga hari.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Tidak ada resiko dalam pemberian asuhan keperawatan ini. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena ini untuk kepentingan pengembangan pemberian asuhan keperawatan.
6. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
7. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi penulis pada nomor HP 085896883975

Penulis

**(MILATI)**





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURUN**



Jalan Soekarno - Hatta No. 6 Bandar Lampung  
Telp : 0721 - 783 852 Faxsimile : 0721 - 773 918  
Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id> E-mail : [direktorat@poltekkes-tjk.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-tjk.ac.id)

10 Februari 2020

Nomor : PP.03.01/I.1/.....0622.../2020  
Lampiran : 1 Eks  
Hal : Izin Penelitian

Yang terhormat :

1. Direktur RSUD Jend.A.Yani Kota Metro
2. Direktur RSUD Sukadana Kabupaten Lampung Timur
3. Direktur RSUD Pringsewu Kabupaten Pringsewu


Di-  
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa semester VI Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Tanjungkarang Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang Tahun Akademik 2019/2020 maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan Penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan nama Mahasiswa dan institusi yang terkait dengan proposal penelitian.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Tembusan :  
1. Ka. Jurusan Keperawatan  
2. Kepala Bagian Diklat .....

	POLTEKES TANJUNGGARANG	Kode	:
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tgl	:
	Format Surat Keterangan	Revisi	:
	Telah Melakukan Asuhan Keperawatan	Halaman : 1 dari 1 Halaman	

### SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : MILATI  
 NIM : 174401076  
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Termoregulasi  
 Pada Anak Demam Typhoid di Ruang Anak  
 RSUD. Jend. Ahmad Yani Metro

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 24 s/d 29 bulan Februari tahun 2020 di Ruang Anak RSUD. Jend. Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

Metro, 27 / Februari / 2020

Yang Menerangkan  
 ( Kepala Ruangan / Pembimbing / .....\* )



Fathoni Aziz, Amd. Keper.

**Keterangan:**

- Coret/isi sesuai keperluan



POLTEKKES TANJUNGGARANG  
PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG

Kode  
Tanggal  
Revisi  
Halaman

Lembar Konsultasi Bimbingan  
Laporan Tugas Akhir

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR  
PEMBIMBING UTAMA


Nama Mahasiswa : MILATI  
NIM : 1714401076  
Pembimbing Utama : DR. ANITA, M. KEP., SP. MAT

Judul Tugas Akhir :  
Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Termoregulasi Dengan  
Masalah Hipertermi Pada Anak Demam Typhoid Di Ruang Anak  
RSUD Jend. Ahmad Yani Metro.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	22/2020 /01	ACC Judul		
2	29/2020 /01	Perbaiki BAB I		
3	08/2020 /02	Perbaiki penulisan		
4	12/2020 /02	Tambahkan jurnal terkait BAE II		
5	17/2020 /02	ACC ambil kasus		
6	02/2020 /03	Perbaiki BAB IV dan V		
7	10/2020 /03	perbaiki penulisan		
8	23/2020 /03	Tambahkan format pengkajian anak		
9	24/2020 /03	perbaiki penulisan dan spasi		
10	27/2020 /03	Perbaiki BAB IV		
11	30/2020 /03	perbaiki BAB V		
12	04/2020 /04	ACC seminar		

Bandar Lampung, 4/4/2020.  
Pembimbing Utama  
DR. ANITA, M. KEP., SP. MAT



	POLTEKES TANJUNGPURWATI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURWATI	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR  
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : MILATI  
 NIM : 1714401076  
 Pembimbing Pendamping : Purwati, S.Pd., MAP

Judul Tugas Akhir :  
 Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan Termoregulasi dengan  
 Masalah Hipertermi pada Anak Demam Typhoid di Ruang Anak  
 RSUD. Jend. Ahmad Yani Metro.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	28/2020 /21	ACC Judul	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	09/2020 /02	perbaikan penulisan judul gambar	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	13/2020 /03	perbaikan BAB I dan II	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	19/2020 /02	ACC ambil kasus	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	06/2020 /04	perbaikan BAB IV dan V	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	10/2020 /04	perbaikan penulisan dan spasi	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	11/2020 /04	perbaikan BAB V	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	12/2020 /04	perbaikan penulisan daftar pustaka	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	14/2020 /04	ACC Seminar kasus	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 4/4/2020  
 Pembimbing Pendamping

*[Signature]*  
 Purwati, S.Pd., MAP

 <b>POLTEKES TANJUNGPURBAN KEMENKES RI</b> <b>PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURBAN</b> <b>Formulir</b> <b>Lembar Masukan dan Perbaikan</b>	Kode	
	Tanggal	
	Revisi	
	Halaman	

### LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Milati  
 NIM : 1714401076  
 Tanggal : 17 april 2020  
 Judul LTA : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Termoregulasi Dengan Masalah Hipertermi Pada Anak Demam Thypoid Di Rumah Sakit Umum Daerah Jend. Ahmad Yani Kota Metro Provinsi Lampung Tahun 2020

No	Masukan/Perbaikan	Ket. Perbaikan	
		Sudah	Belum
1.	Perbaiki spasi pada judul	✓	
2.	Perbaiki penulisan dan spasi pada abstrak	✓	
3.	Buat tabel diagnosis keperawatan	✓	
4.	Tambahkan rasional pada intervensi	✓	
5.	Perbaikan penulisan nama gelar dosen	✓	
6.	Perhatikan dan sesuaikan data-data dengan SDKI sebagai	✓	
7.	Buat bold setiap sub sub sudut	✓	
8.	Buat implementasi terintegrasi	✓	
9.	ACC	✓	

Bandar Lampung, .....

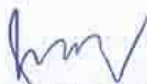
Pengesahan setelah perbaikan oleh :

Ketua Penguji



**Ns. Sunarsih, S. Kep., MM.**  
 NIP. 196808271987112001

Anggota Penguji 1



**Purwati, S. Pd., MAP.**  
 NIP. 196304271984022001

Anggota Penguji 2



**Dr. Anita, M. Kep., Sp. Mat.**  
 NIP. 196902101992122001