

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

Jadwal Kegiatan

| No. | Jadwal Kegiatan | Maret | | | | April | | | | Mei | | | | | Juni | | | |
|-----|---------------------|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|---|------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Penyusunan proposal | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| 2. | Pengambilan data | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Penyusunan laporan | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | |
| 4. | Ujian | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | |
| 5. | Revisi laporan | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | |

Lampiran 2. Surat Ijin Studi Kasus

SURAT IJIN STUDI KASUS



YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)
 Jl. Raya Kaligawe Km.4 Semarang 50112 Telp.(024) 6583584 (8 Sal) Fax.(024) 6582455
 email: informasi@unissula.ac.id web : www.unissula.ac.id



PRODI FARMASI FK

Bismillah Membangun Generasi Khaira Ummah

Nomor : 229/KTI/SA-K-Fa/X/2018

FORM-SA-K-FARMASI-024

Lampiran : -

Perihal : Surat Pengantar

Kepada : **Yth. Kepala Puskesmas Kaliori**
Rembang

Assalamu'alaikum wr. wb.

Dengan ini kami hadapkan mahasiswa Fakultas Kedokteran Prodi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang berikut :

Nama : **Eko Prandika**
 N.I.M. : **33101300177**
 Semester : **IX (Sembilan)**

Mohon diijinkan untuk melakukan penelitian berupa mengambil data pasien rawat jalan sebagai bahan penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

Peran Apoteker Dalam Pemberian Konseling Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien DM Type 2 Di Puskesmas Kaliori Tahun 2018

Dengan Pembimbing I : **Abdur Rosyid, M.Sc., Apt**

Pembimbing II : **Farrah Bintang Sabiti, M.Farm., Apt**

Demikian atas bantuan serta kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Semarang, 3 Oktober 2018
 Ka. Prodi Farmasi

 Abdur Rosyid, M.Sc., Apt



**YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Po Box. 1054 Telp. (024) 6583584 psw 266, 6581278 Semarang 50112

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 168/ F.D3 / FIK-SA / V / 2018
Lamp : - Lembar
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Kepada Yth.
Direktur RS Islam Sultan Agung Semarang
Di
Semarang

Assalamu'alaikum Wr Wb

Berkenaan dengan tugas penyusunan karya tulis ilmiah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang, untuk itu kami mohon ijin mahasiswa Sbb :

Nama : Okta Suryaningtiyas
NIM : 48933201657
Semester : VI

Untuk melakukan pengambilan data di RS Islam Sultan Agung Semarang mulai Tanggal 5 – 16 Maret 2018

Demikian Permohonan ini kami buat, Atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

**Billahittaufiq Wal Hidayah,
Wassalamu'alaikum Wr Wb.**

Semarang, 8 Ramadhan 1439 H
24 Mei 2018 M

Universitas Islam Sultan Agung
Fakultas Ilmu Keperawatan
Prodi D-III Keperawatan

Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep
Ka.Prodi

Lampiran 3. Surat Permohonan Menjadi Responden

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Orang tua responden
Di Semarang

Dengan Hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Okta Suryaningtiyas
NIM : 48933201657

Merupakan mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang akan mengadakan studi kasus dengan judul **“Penerapan Water Tepid Sponge Pada Pasien Anak Dengan High Febrile”**. Studi kasus ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi siapapun. Kerahasiaan seluruh informasi akan dijaga dan hanya digunakan untk kepentingan studi kasus. Tidak ada paksaan dalam keikutsertaan untuk menjadi responden studi kasus. Untuk itu saya mohon kesediaan anda untuk berpartisipasi menjadi responden dalam studi kasus ini. Atas perhatian dan partisipasi Anda, saya ucapkan terima kasih.

Semarang, Maret 2018
Hormat saya

Okta Suryaningtiyas

Lampiran 4. Persetujuan Menjadi Responden

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Inisial :

Jenis Kelamin :

Umur :

Setelah mendapatkan penjelasan tentang maksud dan tujuan studi kasus ini, dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden yang akan dilakukan oleh saudari Fatkhiyah Hanim mahasiswa jurusan DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan studi kasus yang berjudul **“Penerapan Water Tepid Sponge Pada Pasien Anak Dengan High Febrile”**

Saya memahami bahwa studi kasus ini tidak akan berakibat buruk terhadap saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini.

Semarang, Maret 2018
Responden

(.....)

Lampiran 5. Lembar Proses Bimbingan**LEMBAR PROSES BIMBINGAN****NAMA MAHASISWA** : Okta Suryaningtiyas**PEMBIMBING** : Ns. Nopi Nur Khasanah, M.Kep. Sp.Kep,An

| HARI/ TGL | MATERI KONSULTASI | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

Identitas Pasien

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 6 Maret 2018 pada pukul 09.00 WIB di Ruang Baitunnisa 1 RSI Sultan Agung Semarang pada pasien bernama An. N berusia 2,5 tahun berjenis kelamin laki-laki. An. N ini bertempat tinggal di Demak dan seorang muslim. An. N dibawa ke RSI Sultan Agung Semarang dibawa oleh Ny. W (ibunya) pada tanggal 5 maret 2018 dengan diagnosa medis hiperpireksi dengan dehidrasi dengan nomor Rekam Medik 01256904.

3.5.2 Pengkajian

1. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama : ibu dari An. N mengatakan bahwa demam pada An. N naik turun.

b. Status Kesehatan Saat ini

Ny. W membawa An. N ke IGD RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 5 Maret 2018 pukul 21. 20 dengan keluhan demam naik turun sejak 2 hari yang lalu, apabila diberi makanan selalu dimuntahkan. Suhu badannya saat di IGD 40,8°C. Pada saat di IGD mendapatkan obat rectal paracetamol 100 mg dan An. N dipindahkan ke ruang Baitunnisa 1 suhu klien 38,8 °C untuk dilakukan perawatan . Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 6 maret 2018 pukul 09.00 Ny. W mengatakan suhu tubuh anaknya 38,8. An. N belum BAB sejak dirawat, tidak muntah, bibir kering, sering rewel, S : 38,8°C, BB : 10 kg, N : 120 x/menit, RR : 22 x/menit, akral teraba hangat, terpasang infus RL 14 tpm ditangan kiri.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

Ny. W mengatakan bahwa An. N pernah menderita diare. Tidak ada alergi obat ataupun yang lainnya.

D. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ny. W mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat Hipertensi, TB ataupun penyakit lainnya.

E. Riwayat Kehamilan

Ny. W selalu memeriksakan kehamilannya di bidan terdekat dan saat hamil tidak pernah menderita penyakit apapun.

F. Riwayat Persalinan

Ny. W mengatakan An. N anak kedua, lahir pada tanggal 16 juni 2015 dengan usia kehamilan 9 bulan. Klien lahir secara sesar di sebuah Rumah Sakit dengan BB 3300 gram PB 50 cm dengan menangis keras saat lahir.

G. Riwayat Imunisasi

Ny. W mengatakan anaknya sudah mendapatkan imunisasi lengkap seperti Hb O, BCG, DPT I II III, Polio I II III, campak.

H. Riwayat Tumbuh Kembang

Personal Sosial : dari hasil pengkajian ini An. N mampu menyebutkan nama kakaknya, nama temannya, tetapi belum bisa memakai pakaian sendiri.

Adaptif – motorik halus : klien belum bisa menulis garis horizontal.

Motorik kasar : klien sangat aktif dan suka lari kesana kemari.

Bahasa : An. A dapat mengerti apa yang ditanyakan oleh perawat, dapat menyebutkan warna.

2. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Ibu klien mengatakan apabila ada anggota keluarganya yang sakit langsung dibawa ke layanan kesehatan terdekat.

b. pola nutrisi dan metabolik

sebelum dirawat Ny. W mengatakan bahwa An. N makan sehari 3x dengan porsi 1 piring menggunakan nasi, sayur, lauk dan minum air putih 3-6 gelas sehari, BB sebelum sakit 11 kg. Sedangkan selama dirawat An. N makan hanya $\frac{1}{4}$ porsi atau 3-4 sendok per jadwal makan dari RS dan minum 3-6 gelas sehari, BB sekarang 10 kg.

c. pola eliminasi

Ny. W mengatakan bahwa An. N sebelum dirawat BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, warnanya kuning dan BAK kurang lebih 4-6 kali sehari dengan warna jernih. Selama dirawat An. N BAB 1 kali selama dirawat, berwarna kuning, An. N memakai pampers kurang lebih BAK 4-6 kali sehari berwarna kuning.

d. pola aktivitas dan latihan

Ny. W mengatakan sebelum dirawat An. N sering bermain dengan kakaknya dan terkadang bermain dengan eyangnya dirumah. Selama dirawat An. N tampak terbaring ditempat tidur, terlihat lemas dan pucat.

e. pola istirahat dan tidur

Ny. W mengatakan bahwa An. N tidur malam 8-9 jam, tidur siangnya 1-2 jam setiap harinya. Selama dirawat An. N tidur malam 6-7 jam dan jarang tidur siang karena rewel.

f. pola kognitif – perseptual

Ny. W mengatakan bahwa An. N sangat aktif sebelum dirawat, selama dirawat terdapat gangguan aktifitasnya karena tangan kirinya terpasang infus.

g. pola persepsi diri dan konsep diri

Ny. W mengatakan agar anaknya segera sembuh, agar bisa kembali beraktivitas seperti biasa.

h. pola peran dan hubungan

Ny. W mengatakan bahwa An. N merupakan anak kedua dan memiliki peran sebagai anak laki-laki. Klien sangat dilindungi oleh keluarganya, terlihat dalam pengawasan orangtua saat dilakukan pengkajian.

i. Pola seksual reproduksi

klien berjenis kelamin laki-laki.

j. pola pertahanan diri

An. N belum dapat menjaga dirinya dan masih dalam pengawasan orang tuanya.

k. pola nilai/kepercayaan

An. N beragama islam.

3. pemeriksaan fisik

Pasien dalam keadaan composmentis, keadaan umum cukup, pemeriksaan GCS : E4M6V5. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan, S : 38,8°C, BB : 10 kg, N : 120 x/menit, RR : 22 x/menit.

Bentuk kepala mesosepal, warna rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak ada luka, bentuk mata simetris, reaksi terhadap cahaya positif, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak memakai alat bantu, bentuk hidungnya simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip, bernafas secara spontan dengan

RR : 22x/menit. Bentuk telinganya simetris kanan kiri, tidak menggunakan alat bantu dengar, fungsi pendengaran baik, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan, gigi berwarna putih.

Pemeriksaan jantung, inspeksi : ictus cordis tidak nampak, palpasi : teraba ictus cordis di ics ke 5 midclavikula, perkusi : terdengar pekak, auskultasi : irama jantung reguler. Pemeriksaan paru-paru, inspeksi : tidak ada luka, tidak ada tarikan dinding dada kedalam, palpasi : tidak ada nyeri tekan pada dada, vocal vremitus bergetar kanan dan kiri seimbang, perkusi : sonor, auskultasi vesikuler.

Pemeriksaan abdomen, inspeksi : bentuk simetris, tidak ada luka, auskultasi : terdengar bising usus 10 x/menit, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : bunyi timpani, cubitan kulit perut kembali cepat <2 detik. Pemeriksaan genetalia bersih karena sering dibersihkan oleh ibunya, tidak terpasang kateter. Ekstremitas atas dan bawah, kuku bersih, tangan kiri terpasang infus, tidak ada edema, kekuatan otot ekstremitas atas 4, kekuatan ekstremitas bawah 4. Kulit bersih, tidak ada edema.

Program Terapi

Tanggal 6 maret 2018

1. IVFD DS $\frac{1}{4}$ 14 tpm
2. multivitamin anabion 2x1 sendok teh

3.5.3 Analisa Data

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 6 maret 2018, penulis menganalisa data dan didapatkan masalah keperawatan yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Masalah tersebut ditandai dengan data subyektif Ny. W

mengatakan anaknya masih demam, dan data obyektif yaitu S : 38,8°C, N : 120 x/menit, RR : 22 x/menit, An. N nampak rewel.

3.5.4 intervensi

Masalah keperawatan yang muncul pada 6 maret 2018 tersebut, selanjutnya disusun intervensi sebagai tindak lanjut pelaksanaan asuhan keperawatan pada An. N. Diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses penyakit setelah dilakukan tindakan selama 3x7 jam diharapkan masalah hipertermi teratasi dengan kriteria hasil, suhu tubuh normal, tidak ada perubahan warna kulit.

Intervensi pertama yang dilakukan adalah observasi tanda-tanda vital dan suhu. Rasionalnya untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital pasien. Intervensi selanjutnya memandikan pasien dengan spons hangat dengan hati-hati (WTS) rasionalnya untuk mengetahui pengaruh WTS terhadap demam pasien. Pada hari pertama 6 maret 2018 suhunya 38,8°C , setelah dilakukan WTS suhunya 38,4°C, pada hari kedua 7 maret 2018 suhunya 37,8°C setelah dilakukan WTS suhunya 37,5°C, pada hari ketiga 8 maret suhunya 37°C.

3.5.5 implementasi

Intervensi sudah disusun berdasarkan masalah, lalu dilakukan implementasi sebagai tindak lanjut pelaksanaan asuhan keperawatan pada An. N. Implementasi yang dilakukan guna mengatasi pasien dengan diagnosa hipertemi berhubungan dengan proses penyakit pada tanggal 6 maret 2018, yaitu mengobservasi tanda-tanda vital dan suhu pasien pada pukul 09.30 WIB dengan respon pasien bersedia, dan hasil pemeriksaan suhunya setelah dilakukan tindakan WTS didapat 38,4°C, RR : 21 x/menit.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 7 maret 2018 adalah penulis kembali mengobservasi tanda-tanda vital dan suhu pasien pada pukul 09.00 dan setelah dilakukan tindakan WTS didapatkan hasil S : 37,5°C, RR : 21 x/menit, N : 120 x/menit.

Implementasi yang dilakukan 8 maret 2018 pukul 09.00 penulis tidak melakukan tindakan WTS didapatkan suhu normal 37°C.

3.5.6 Evaluasi

Evaluasi berguna untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan perkembangan pasien terhadap kemajuan tujuan. Diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit pada tanggal 8 maret 2018 pukul 10.00 WIB dilakukan evaluasi keperawatan dengan evaluasi subyektif Ny. W mengatakan klien sudah tidak demam. Evaluasi obyektifnya didapatkan S : 37°C, RR : 21 x/menit, N : 120 x/menit, klien tertidur di bed, Ny W mengatakan nafsu makan anaknya kembali normal seperti semula, kulit tidak kemerahan, cubitan kulit perut kembali cepat <2 detik. Dapat disimpulkan bahwa masalah hipertermi teratasi. Dan penulis menghentikan intervensi.