

DAFTAR PUSTAKA

- Adele Pilliteri (1999). *Child Health Nursing Care of The Child and Family*. New York. Philadelphia.
- Burhan Bungin (2003). *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Ed. 1. Cet. 1. Jakarta. Penerbit PT. Raja Grafindo Persada.
- Barbara Bates (1997). *Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan*. Jakarta. EGC.
- Carpenito (1999). *Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan*. Penerbit : Buku Kedokteran.
- Donna L Wong (2003). *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatric*. Alih bahasa : Sarikurnia Ningsi. Jakarta. EGC.
- Iyer & Camp (1999). *Dokumentasi Keperawatan, Suatu Pendekatan Proses Keperawatan, Edisi 3*, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Jurnal : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Vol. 2 No. 1. Penerbit Yayasan Sudama Sehat
- Jurnal : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Vol. 2 No. 3. Penerbit Yayasan Sudama Sehat
- Joye Engel (1998). *Pengkajian Pediatric* Jakarta. EGC.
- Margaret G. Marks (1999). *Introductory Pediatric Nursing*. New York Lippincott. Philadelphia.
- Nursalam (2001). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Ngastiyah (1997). *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran. EGC.
- Nursalam (2001). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Nursalam (2002). *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta.
- PSIK FKUA (2004). *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya
- Reni Akbar (2001). *Psikologi Perkembangan Anak*. Jakarta. PT. Gramedia Widya Sarana Indonesia.

- Ratna S. (1998). *Pengembangan Model Praktek Keperawatan Profesional. Jurnal Keperawatan Indonesia II*. Jakarta. FKUI.
- Ratna S. (2004). *Pengembangan Format Asuhan Keperawatan di Ruang Neonatus, Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Surabaya. Yayasan SDM Bidang Kesehatan.
- Marhabang (2004). *Pengembangan Model Asuhan Keperawatan. Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Vol II*. Surabaya Yayasan SDM Bidang Kesehatan.
- Soetjiningsih (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta. EGC.
- Supartini (2004). *Konsep Dasar Keperawatan Anak*, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Suriadi, Rita Yuliani (2001). *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta. PT. Fajar Interpratama
- Wong (1998). *Maternal Child Nursing Care*. New York, Mosby.
- Zaidin Ali (2001). *Dasar – dasar Keperawatan Profesional*. Jakarta.



LAMPIRAN



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN
Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131
Telp : (031) 5012496 - 5014067 Fax : 031- 5022472

86

Surabaya, Desember 2004

Nomor : 4702/J03.1.17/PSIK & DIV PP/
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

Direktur RSIA Aisyiyah

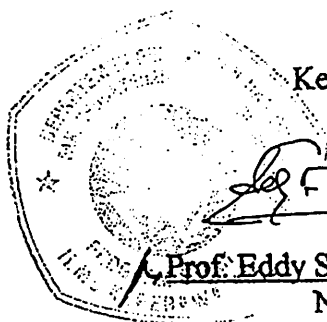
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal penelitian terlampir.

Nama : Hasmi, Madij
NIM : 010330658.E
Judul Penelitian : Rancangan Model Format asuhan keperawatan anak di ruang anak RSIA Aisyiyah
Tempat : Ruang anak RSIA Aisyiyah

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Ketua Program Studi

Prof. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD, KTI
NIP.: 130 325 831



RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK
' AISYIYAH

Jalan P. Hidayatullah 64 Telp. 734533 - 741961
SAMARINDA

87

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

SURAT KETERANGAN

No. 221/III.D/5.2/I/2005

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : ***Hasmi Madjid***
NIM : ***010330658.B***
Program Studi : ***S1 Ilmu Keperawatan***

Adalah benar mahasiswa tersebut telah melaksanakan penelitian pada Rumah Sakit Ibu Dan Anak 'Aisyiyah Samarinda dengan judul penelitian :

Rencana pengembangan model format asuhan keperawatan anak sebagai upaya efektivitas efisiensi dalam pendokumentasian aspek anak.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 07 Dzulhijjah 1425 H
18 Januari 2005 M

Kasubag Personalia,



Damingun, SE, MM

NIK : 030.0104.96

Lampiran 3: Model format asuhan keperawatan anak lama

RSIA AISYIYAH SAMARINDA

PENGKAJIAN KEPERAWATAN	NAMA : _____ L/P	NO. REG <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
	UMUR : _____	NO. RM <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
	RUANG KELAS	DOKTER	PERAWAT KETUA : Pwt. PELAKSANA 1.....2.....3.....4.....

TGL MRS :

1. KELUHAN UTAMA :
2. RIWAYAT PENYAKIT :

TANDA VITAL SIGN

SUHU	N A D I	PERNAPASAN	TD	BB
------	---------	------------	----	----

- a. Tingkat Sakit berat sedang ringan
- b. Kesadaran CM apatis som nollen sopor
 Soropus Comatus Coma

4. DADA / PARU	5. JANTUNG / PEMBULU DARAH
<input type="checkbox"/> Cuping Hidung <input type="checkbox"/> Ronchi <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Retraksi Dada <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Dispneu Masalah Keperawatan 1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Ortopneu <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Rales <input type="checkbox"/> Vokal premitus <input type="checkbox"/> Peningkatan vena juguler <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Kelelahan <input type="checkbox"/> Hepatomegale <input type="checkbox"/> Cordio Megale <input type="checkbox"/> Kapiler refile > 2 detik Masalah Keperawatan 1. 2. 3.
6. USUS DAN SALURAN CERNA	7. PERKEMIHAN / GENITALIA
<input type="checkbox"/> Lidah Radang <input type="checkbox"/> Gusi Radang <input type="checkbox"/> Tonsil Radang <input type="checkbox"/> Perut Kembung <input type="checkbox"/> Nyeri Epigastrium <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Caries Masalah Keperawatan 1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Obstipsi <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Nyeri spasme <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Hematuri <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> In Kontinensia <input type="checkbox"/> Retensia Masalah Keperawatan 1. 2. 3.
8. KULIT / MUKOSA	9. OTOT TULANG
<input type="checkbox"/> Kebersihan <input type="checkbox"/> Integritas	<input type="checkbox"/> Tonus Lemah <input type="checkbox"/> Luka

<p>Asi</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak pernah</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak adekuat</p> <p>Masalah Keperawatan</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	<p>Sosial / Komunikasi</p> <p><input type="checkbox"/> Bicara lambat</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak kooperatif</p> <p>Masalah Keperawatan</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
---	---

C. DATA PSIKOSOSIAL (KELUARGA / ORANG TUA)

<p>1. Dampak Dirawat</p> <p><input type="checkbox"/> Cemas</p> <p><input type="checkbox"/> Frustrasi</p> <p><input type="checkbox"/> Marah</p> <p>Masalah Keperawatan</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	<p>2. Pengetahuan terhadap penyakit</p> <p><input type="checkbox"/> Baik</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang</p> <p>Masalah Keperawatan</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
<p>3. Pengetahuan terhadap program terapi (Obat)</p> <p><input type="checkbox"/> Baik</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang</p> <p>Masalah Keperawatan</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	<p>4. Pengetahuan terhadap program Perawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Baik</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang</p> <p>Masalah Keperawatan</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>

D. DATA SPIRITUAL

<p>1. Keyakinan terhadap kejadian sakit terkait dengan spiritual yang diyakini</p> <p><input type="checkbox"/> Baik</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang baik</p> <p>Masalah Keperawatan</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>

E. LABORATORIUM YANG MENUNJANG DX PENYAKIT

Darah	Urine	Refes
.....
Ro.	Ctscan	USG
.....

<input type="checkbox"/> Turgor <input type="checkbox"/> Kering Masalah Keperawatan 1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Fraktur Masalah Keperawatan 1. 2. 3.
---	---

B. DATA KESEHATAN

Imunisasi <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DPT (I, II, III, IV) <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hepatitis Masalah Keperawatan 1. 2. 3.	Motorik <input type="checkbox"/> Berguling lambat <input type="checkbox"/> Duduk lambat <input type="checkbox"/> Berjalan lambat Masalah Keperawatan 1. 2. 3.
--	---

F. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL. TERATASI	PARAF

Samarinda,

Perawat

(_____)

RSIA AISYIYAH SAMARINDA

REKAMAN ASKEP CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN			Nama		L/P	No. Register				
			Umur	Dokter	Ruang Kelas	Nomor RM				
			Perawatan, Ketua Tim :					1	2	3
Tanggal	JAM	No. DX	IMPLEMENTASI				EVALUASI (SOAP)			

Pengkajian tgl	:	Jam	:
Tanggal MRS	:	No. RM	:
Ruang/Kelas	:	Dx.Masuk	:

I. Identitas

Nama lengkap	:	Nama Ayah	:
Nama panggilan	:	Nama Ibu	:
Tanggal lahir	:	Pekerjaan Ayah/Ibu	:
Jenis kelamin	:	Agama	:
Alamat	:	Suku/Bangsa	:
Telp	:	Alamat	:
Penyedia informasi :	<input type="checkbox"/> ibu	<input type="checkbox"/> ayah	lain-lain:
			Telp :

II. Riwayat Keperawatan

1. Riwayat keperawatan sekarang

a. Keluhan Utama :

b. Riwayat penyakit saat ini :

2. Riwayat keperawatan sebelumnya :

a. *Riwayat kehamilan*

Perdarahan ya tidak Ket:

Penyakit Infeksi ya tidak Ket:

Obat-obatan :

b. *Riwayat kelahiran:*

Jenis persalinan: BB: PB: A/S: Tempat lahir: Ditolong oleh :
cyanosis ikterus Lain-lain:

demam batuk pilek Lain-lain:

c. *Penyakit yang pernah diderita:* campak

d. *Pernah operasi* ya tidak Jenis operasi:

e. *Pernah cedera* ya tidak Jenis cedera :

f. *Riwayat alergi* Obat-obatan Makanan Tidak pernah Lain-lain:

f. *Obat-obatan* Nama/jenis: Dosis: Alasan pemberian:

h. *Pernah masuk RS* ya tidak Tahun/Bln:

3. Riwayat Imunisasi:

Jenis/jumlah pembr.	I	II	III	IV	Keterangan
BCG					
DPT					
Polio					
Campak					
Hepatitis					

Jika imunisasi tidak diberikan/tidak lengkap, alasan:

Masalah :

4. Riwayat Nutrisi

a. Riwayat berat badan Usia 1 bln: BB /kg 6 bulan:BB k/g. 1 tahun: BB /kg.

a. ASI ya tidak Sampai usia : bl/th

b. PASI ya tidak Mulai usia : Sampai usia :

c. Pemberian Makanan tambahan : Mulai usia : Jenis makanan tambahan :

d. Pantangan makan :

Status nutrisi saat ini:

a. Nafsu makan baik menurun Konjungtiva : pucat ikterik kemerahan

b. Porsi makan dihabiskan habis 1/2 porsi 1/4 porsi tidak dimakan

c. Pola makan 2 kali 3 kali 4 kali tidak tentu

c. Makanan kesukaan:

d. Jenis minuman: ASI Susu formula Teh Lain-lain: Jumlah: cc/hr

Masalah : Resiko/gangguan* nutris (lebih/kurang*) dari kebutuhan tubuh

Lain-lain

5. Riwayat kesehatan keluarga

- a. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga:
 b. Keadaan lingkungan rumah :
 c. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan:
 d. Persepsi keluarga terhadap penyakit anak :
 e. Genogram :

Masalah:

- Resiko penularan penyakit
 Lain-lain

6. Pertumbuhan dan Perkembangan**1) Pertumbuhan**

a. BB : kg TB: cm Lk: cm LLA: cm LD: cm
 Usia tumbuh gigi :

Masalah : Perubahan pertumbuhan
 Lain-lain:

2) Perkembangan :

a. Miring: bl. Merangkak: bl. Duduk: bl. Merangkak : bln.
 Berdiri: bl/lth Berjalan: bl/th
 b. Mampu melihat, umur: bln. Tersenyum: bln.
 c. Mengenal orang, umur : bln. Interaksi dengan teman sebaya: bln/thn.
 Mengucapkan kata/kalimat : bln.

Masalah : Gangguan perkembangan
 Lain-lain:

7. Pola Kebiasaan sehari-hari/ADL :

a. Mandi : x/hari Sikat gigi: x/hari Keramas: x/minggu
 Memotong kuku:
 b. Tidur Malam: mulai tidur pkl: Bangun tidur pkl: teratur tidak
 Siang: mulai tidur pkl: Bangun tidur pkl: teratur tidak
 Keluhan tidur:
 c. Permainan yang disukai:
 c. Toilet training
 Usia mulai toilet training : Mampu toilet training: bln/thn
 Pola defikasi teratur tidak
 Feces: Konsistensi: Warna:

Masalah : Kurang perawatan diri Gangguan istirahat/tidur
 Perubahan pola eliminasi Lain-lain:

8. Pengkajian Fisik**A. Pernafasan**

Frekuensi : x/mnt Irama : Teratur Tidak teratur
 Jenis : Dispnoe Kusmaul Ceyne Stokes Lain-lain :
 Suara nafas : Vesikuler Stridor Wheezing Ronchi Lain-lain :
 Sesak nafas: Ya Tidak Batuk : Ya Tidak

Masalah : Bersihan jalan nafas tidak efektif
 Gangguan pertukaran gas
 Pola nafas tidak efektif
 Lain-lain:

B. Kardiovaskuler

Frekuensi : x/mnt
 Irama jantung : Reguler Irreguler S1/S2 tunggal ya tidak
 Nyeri dada : Ya Tidak
 Bunyi jantung : Normal Murmur Gallop Lain-lain:
 CRT : < 3 dt > 3 dt
 Akral : Hangat Dingin
 Cyanosis: ya tidak Clubbing finger ya tidak

Masalah : Nyeri dada
 Resiko penurunan curah jantung
 Lain-lain:

C. Persyarafan

Kesadaran: CM Somnolen Delirium Bopor Koma Lain-lain: GCS: E: V: M:
 Refleks fisiologis: patella triceps biceps Lain-lain:
 Refleks Patologis Babinsky Budzinsky Kernig Lain-lain:
 Lain-lain:

Masalah: Defisit persepsi sensori
 Resiko peningkatan TIK
 Lain-lain:

D. Perkemihan

Kebersihan: Bersih Kotor
 Frekuensi: x/hr Urin Jumlah: cc/hr Warna: Bau:
 Alat bantu (kateter, dll): Ya Tidak
 Kandung kencing: Teraba Ya Tidak
 Nyeri tekan Ya Tidak
 Gangguan: Anuria Oliguri Retensi: Inkontinensia
 Nokturia Inkontinensia Lain-lain:

Masalah: Resiko/defisit/kelebihan* volume cairan
 Perubahan eliminasi (retensi/inkontinensia*)
 Lain-lain:

E. Pencernaan**Mulut dan Tenggorokan**

Mulut: Bersih Kotor Berbau
 Jumlah gigi Incisivus: bh. Caninus: bh Premolar: bh Molar: bh
 Ada karies Ya Tidak
 Mukosa: Lembab Kering Stomatitis
 Tenggorokan: Sakit menelan/nyeri tekan Kesulitan menelan
 Pembesaran tonsil Lain-lain:

Abdomen

Perut: tegang Kembung Ascites Nyeri tekan, lokasi:
 Peristaltik:x/mnt
 Pembesaran hepar: Ya Tidak
 Pembesaran lien: Ya Tidak
 Lain-lain:

Masalah: Resiko defisit volume cairan
 Perubahan eliminasi fecal
 Lain-lain:

F. Muskuloskeletal & Integumen

Kemampuan pergerakan sendi: Bebas Terbatas

Kekuatan otot:



Kulit: Suhu: C
 Warna kulit: Ikterus Sianosis Kemerahan Pucat Hiperpigmentasi Lokasi:
 Turgor: Baik Sedang Jelek
 Oedema: Ada Tidak ada Lokasi:
 Lain-lain:

Masalah: Gangguan integritas kulit
 Hipertermi/Hipotermi*
 Resiko cedera
 Lain-lain:

G. Penginderaan**Penglihatan (Mata)**

Pupil: Isokor anisokor Lain-lain:
 Sklera/konjungtiva: Anemis Ikterus Lain-lain:
 Lain-lain:

Pendengaran/Telinga

Gangguan Pendengaran: Ya Tidak Jelaskan:
 Lain-lain:

Penciuman (Hidung)

Bentuk : Normal Tidak Sekret Ya Tidak
 Gangguan penciuman : Ya Tidak Jelaskan :
 Lain-lain :

Masalah : Perubahan sensori persepsi (pendengaran/penglihatan*)
 Resiko tinggi cedera
Lain-lain:

l. Endokrin

Tyroid Membesar: Ya Tidak
 Keluhan :

Masalah : Resiko/gangguan pertumbuhan
 Resiko cedera
Lain-lain:

k. Psikososial & spiritual anak

Orang yang paling dekat :

Hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar :

Tampak ketakutan bila didekati: Ya Tidak
 Sudah mengenal lingkungan Ya Tidak
 Dampak dirawat : Malas bermain Cemas Takut Marah

Masalah : Cemas
 Regresi
Lain-lain:

l. Psikososial & spiritual keluarga

Khawatir karena anak dirawat: Ya Tidak
 Dapat menjalankan ibadah dengan baik Ya Tidak
 Merasa tidak dapat mengatasi penyakit anak Ya Tidak

Masalah:
 Koping keluarga tidak efektif
 Cemas

laboratorium:

Photo/USG:

CT Scan/lain-lain:

terapi:

Daftar Masalah Keperawatan.

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI							
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Malam
	Resiko infeksi b.d	Mandiri <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Pertahankan tehnik sterilisasi <input type="checkbox"/> Isolasi anak sesuai indikasi <input type="checkbox"/> Berikan istirahat yang adekuat <input type="checkbox"/> Berikan nutrisi yang optimal Kolaborasi <input type="checkbox"/> Beri anti biotik sesuai indikasi 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> Lain-lain.....			S : O :				S : O :		S : O :

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI							
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Malam
	Hipertemi b.d	Mandiri <input type="checkbox"/> Observasi tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Kompres <input type="checkbox"/> Atur suhu ruangan <input type="checkbox"/> Beri minum cukup <input type="checkbox"/> Motivasi pada orang tua untuk memberikan pakai baju tipis <input type="checkbox"/> Lain - lain Kolaborasi <input type="checkbox"/> Beri Antipiretik/antibiotik 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Lab <input type="checkbox"/>		S :				S :			S :
				O :				O :			O :

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUAS								
				Jam	pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Malam	
	Nyeri b.d	Mandiri <input type="checkbox"/> Minta anak melokalisasi nyeri dengan menandai bagian tubuh/boneka Monitor nyeri <input type="checkbox"/> libatkan orangtua dalam pemberian posisi yang nyaman <input type="checkbox"/> Kaji respon terhadap tindakan pengendalian nyeri <input type="checkbox"/> Beri kompres dingin /hanyat pada area yang sakit bila tidak ada kontra indikasi <input type="checkbox"/> Lain-lain..... Kolaborasi <input type="checkbox"/> Pemberian Analgesik: <input type="checkbox"/>			S O :				S : O :			S : O :

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI						
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam
	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d	Mandiri <input type="checkbox"/> Timbang BB <input type="checkbox"/> Diet porsi kecil tapi sering <input type="checkbox"/> Catat respon terhadap pemberian makan/ minum <input type="checkbox"/> Observasi intake & output <input type="checkbox"/> Motivasi orang tua tentang kebersihan mulut klien <input type="checkbox"/> Libatkan orang tua dalam pemberian diit yang tepat Kolaborasi <input type="checkbox"/> Berikan cairan IV/nutrisi sesuai indikasi <input type="checkbox"/> Antiemetik/biotik/mikroba 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> Lab Albumin, Hb, <input type="checkbox"/> Lain-lain.....		S : O :				S : O :		S : O :

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI								
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Malam	
	Gangguan keseimbangan cairan & elektrolit (kurang dari kebutuhan) b.d	Mandiri <input type="checkbox"/> Observasi tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Monitor intake & output cairan (<i>balance cairan</i>) <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda dehidrasi <input type="checkbox"/> Berikan cairan oral sedikit sedikit & sering <input type="checkbox"/> Gunakan tehnik bermain dalam pemberian minum Kolaborasi <input type="checkbox"/> Terapi cairan IV sesuai indikasi <input type="checkbox"/> Antibiotik/mikroba/ emetik 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> Monitor Loboratorium <input type="checkbox"/> Lain-lain.....		S :				S :			S :	
				O :				O :			O :	

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI							
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Malam
	Gangguan integritas kulit / jaringan b.d	Mandiri <input type="checkbox"/> lakukan perawatan kulit dengan hati - hati <input type="checkbox"/> Ruba posisi sesering mungkin <input type="checkbox"/> Observasi daerah yang sering terjadi lecet, bokong, perinium <input type="checkbox"/> Berikan diit TKTP <input type="checkbox"/> Ganti popok sesering mungkin Kolaborasi <input type="checkbox"/> Terapi Antibiotik/ anti jamur/salep 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> Lain-lain:		S : O :				S : O :			S : O :

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI								
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Malam	
	Pola nafas tidak efektif b.d	Mandiri <input type="checkbox"/> Bebaskan jalan nafas <input type="checkbox"/> Berikan posisi yang nyaman <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Hindari pakaian yang ketat <input type="checkbox"/> Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan <input type="checkbox"/> Lain-lain: Kolaborasi <input type="checkbox"/> lakukan fisioterapi dada sesuai indikasi <input type="checkbox"/> Lakukan suction bila perlu. <input type="checkbox"/> Beri terapi sesuai advis 1..... 2.....		S :				S :				S :
				O :				O :				O :

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI						
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam
	Gangguan pola eliminasi BAB(diare) b.d	Mandiri <input type="checkbox"/> Pertahankan cairan IV sesuai indikasi <input type="checkbox"/> Hindari makanan yang menyebabkan respon alergi <input type="checkbox"/> Observasi & catat respon terhadap pemberian makanan <input type="checkbox"/> Timbang berat badan <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Libatkan keluarga dalam memberikan diet yang tepat Kolaborasi <input type="checkbox"/> Beri antimikroba sesuai indikasi 1. 2. <input type="checkbox"/>		S : O :				S : O :		S : O :

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI							
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Malam
	Gangguan pola eliminasi BAB (konstipasi) b.d	Mandiri <input type="checkbox"/> Modifikasi diit yang tepat, tinggi serat <input type="checkbox"/> Berikan intake cairan yang adekuat <input type="checkbox"/> Tingkatkan aktifitas fisik anak sesuai kemampuan <input type="checkbox"/> Tetapkan waktu eliminasi yang teratur <input type="checkbox"/> Lain-lain: Kolaborasi <input type="checkbox"/> Beri pelunak feses indikasi <input type="checkbox"/> Beri terapi sesuai advis 1..... 2.....		S :				S :			S :
				O :				O :			O :

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI								
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Malam	
	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan.	Mandiri <input type="checkbox"/> Kaji tingkat toleransi fisik anak <input type="checkbox"/> Bantu anak dalam aktivitas sehari - hari <input type="checkbox"/> Berikan aktifitas bermain sesuai usia dan penyakitnya <input type="checkbox"/> Anjurkan istirahat diantara aktifitas <input type="checkbox"/> Berikan lingkungan yang tenang dengan mengatur jadwal kunjungan Kolaborasi: <input type="checkbox"/> Berikan sedatif dan analgetik sesuai program 1. 2. <input type="checkbox"/>		S :					S :			S :
				O :					O :			O :

CATATAN KEPERAWATAN

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

EVALUASI

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI				Jam	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Mlalan
				Jam	Pagi	Paraf	Jam							
	Gangguan pertumbuhan berhubungan dengan	Mandiri <input type="checkbox"/> Beri nutrisi yang seimbang <input type="checkbox"/> Pantau tinggi badan & berat badan <input type="checkbox"/> Dorong aktivitas sesuai usia <input type="checkbox"/> Berikan intervensi perkembangan sesuai usia Kolaborasi :		S :				S :					S :	
				O :				O :					O :	

CATATAN KEPERAWATAN

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI							
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Mlala
	Cemas/takut berhubungan dengan	Mandiri: <input type="checkbox"/> Jelaskan prosedur, alat, dalam bahasa dan metode sesuai dengan tingkat perkembangan anak <input type="checkbox"/> Tenangkan anak dan ulangi penenangan bila perlu <input type="checkbox"/> Minta anak untuk menjelaskan alasan hospitalisasi dan perbaiki bila perlu <input type="checkbox"/> Libatkan orang tua dalam perawatan anak <input type="checkbox"/> Dorong anak untuk memegang alat – alat yang dianggap aneh/menakutkan <input type="checkbox"/> Berikan dorongan yang positif atau pujian setiap pemberian tindakan		S :				S :			S :
				O :				O :			O :

Nama/ umur :/.....tahun
 Kamar :
 No Tempat tidur :

Ruang :
 Kelas :
 No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI								
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Malam	
	Kecemasan keluarga bd.	Mandiri <input type="checkbox"/> Bantu keluarga mengekspresikan perasaan tentang hospitalisasi anak & sakit yang diderita anak <input type="checkbox"/> Berikan penjelasan tentang kondisi anak, prosedur, terapi yang dianjurkan serta prognosanya <input type="checkbox"/> Ulangi informasi sesering mungkin <input type="checkbox"/> Libatkan keluarga dalam perencanaan dan pemecahan masalah		S :				S :				S :
				O :				O :				O :

Nama/ umur :/.....tahun

Kamar :

No Tempat tidur :

Ruang :

Kelas :

No Reg. :

Tgl	Masalah	Intervensi	Tgl	EVALUASI							
				Jam	Pagi	Paraf	Jam	Sore	Paraf	Jam	Mala
	Kurang perawatan diri berhubungan dengan	Mandiri : <input type="checkbox"/> Dorong perawatan diri sesuai dengan kemampuan anak <input type="checkbox"/> Pertahankan rutinitas yang serupa dengan yang dilakukan dirumah <input type="checkbox"/> Libatkan anak dalam perencanaan perawatan sesuai kemampuannya <input type="checkbox"/> Berikan kesempatan untuk bersosialisasi dengan anak tidak terinfeksi <input type="checkbox"/> Bantu anak sesuai indikasi pada saat berpakaian, mandi		S :				S :			S :
				O :				O :			O :

UNDANGAN

Perihal : Evaluasi Format Asuhan Keperawatan Anak

Kepada Yth,

Teman – teman sejawat

Di –

Samarinda

Bismillahirrahmanirahim

Assalaamualaikum, Wr. Wb

Sehubungan dengan perihal di atas maka diadakan forum diskusi tentang MODEL FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DI RUANG ANAK RSIA AISYIYAH SAMARINDA untuk memberikan masukan dan saran.

Adapun pertemuan akan dilaksanakan pada :

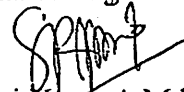
Hari / Tanggal : Kamis, ~~22~~²¹-NOV- 2004
Pukul : 12. 00 Wita
Tempat : Ruang Anak
Acara : 1. Evaluasi format Asuhan Keperawatan
2. Hal – hal yang dianggap perlu

Demikianlah undangan ini disampaikan, atas kehadirannya diucapkan terima kasih.

Wassalaamualaikum, Wr. Wb.

Samarinda, ~~21~~²¹ November 2004

Mengetahui,
Ka. Ruang Anak



Sri Yana, A.Md.Kep.

NIK :

Perihal : Evaluasi Format Asuhan Keperawatan Anak

Kepada Yth,

Bapak/Ibu/sdr/i... *Sehubungan... A. Ni Keg.*

Di -

Samarinda

Bismillahirrahmanirrahim

Assalaamualaikum, Wr, Wb.

Sehubungan dengan perihal di atas maka diadakan forum diskusi tentang MODEL FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DI RUANG ANAK RSIA AISYIYAH SAMARINDA untuk memberikan masukan atau saran.

Adapun pertemuan akan dilaksanakan pada :

Hari / Tanggal : Jum'at, 3 Desember 2004

Pukul : *09.30 (Pada persiapan...)*

Tempat : Mushollah

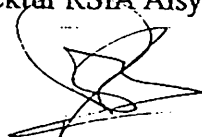
Acara : 1. Evaluasi format Asuhan Keperawatan
2. Hal - hal yang dianggap perlu

Demikianlah undangan ini sampaikan, atas kehadirannya diucapkan terima kasih.

Wassalaamualaikum, Wr, Wb

Samarinda, 1 Desember 2004

Mengetahui,
Direktur RSIA Aisyiyah,



dr. H. Mudamin
NIK : 077.0102.01

Perihal : Evaluasi Format Asuhan Keperawatan Anak

Kepada Yth,

Bapak/Ibu/sdr/i..... Dwi, Linda Nabilah Fitri, S.Kp.

Di -

Samarinda

Bismillahirrahmanirrahim

Assalaamualaikum, Wr, Wb.

Sehubungan dengan perihal di atas maka diadakan forum diskusi tentang MODEL FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DI RUANG ANAK RSIA AISYIYAH SAMARINDA untuk memberikan masukan atau saran.

Adapun pertemuan akan dilaksanakan pada :

Hari / Tanggal : Jum'at, 3 Desember 2004

Pukul : 09⁰⁰ (sore pengajian)

Tempat : Mushollah

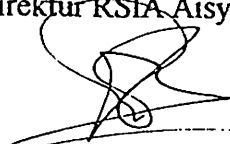
Acara : 1. Evaluasi format Asuhan Keperawatan
2. Hal - hal yang dianggap perlu

Demikianlah undangan ini sampaikan, atas kehadirannya diucapkan terima kasih.

Wassalaamualaikum, Wr, Wb

Samarinda, 1 Desember 2004

Mengetahui,
Direktur RSIA Aisyiyah,



dr. H. Mudamin
NIK. 077.0102.01

NO.	NAMA	JABATAN	TTD	
1.	<i>M. K. M. M. M.</i>		1.	
2.	<i>Damiryan</i>			2.
3.	<i>Rasman</i>		3.	
4.				4.
5.	<i>Drs. Suprayitno, M.Kel</i>		5.	
6.	<i>SITI HIDAYATI</i>	<i>Perawat pelaksana.</i>		6.
7.	<i>SUHELMAH.</i>	<i>---</i>	7.	
8.	<i>KAMIDA</i>	<i>PLT Karu paedriahk.</i>		8.
9.	<i>SITI MAESAROH</i>	<i>Perawat pelaksana</i>	9.	
10.	<i>Siti Soimatul Aziza</i>	<i>Perawat pelaksana</i>		10.
11.	<i>Dwi Erwin</i>	<i>---</i>	11.	
12.	<i>Wiwile Olety Hertina</i>	<i>---</i>		12.
13.	<i>Maspals</i>	<i>---</i>	13.	
14.	<i>Siti Widayati</i>	<i>---</i>		14.
15.	<i>Munawir</i>	<i>---</i>	15.	

Samarinda, Desember 2004


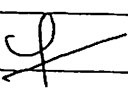
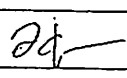

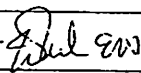
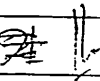
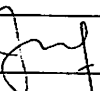

Peneliti,

Mengetahui,
 Direktur RSIA Aisyiyah
 Samarinda

dr. H. Mudamin
 NIK : 077.0102.01

Hasmi Madjid
 NIM : 010330658.B

DAFTAR HADIR FGD II

NO.	NAMA	JABATAN	TTD	
1.	St. Shoimata A		1. 	
2.	Sri Yana			2. 
3.	Kamida		3. 	
4.	St. Hibayah			4. 
5.	Wiwik OH		5. 	
6.	Wiwik Schieliny			6. 
7.	Sri Widayati		7. 	
8.	Rita Rahmawati			8. 
9.			9.	
10.				10.
11.			11.	
12.				12.
13.			13.	
14.				14.
15.			15.	

Samarinda, Desember 2004

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada psikososial spiritual anak

12. Pengkajian psikososial spiritual keluarga

Khawatir karena anak dirawat

Dapat menjalankan ibadah dengan baik

Merasa tidak dapat mengatasi penyakit anak

13. Data penunjang

Didokumentasi tentang hasil dari pemeriksaan penunjang (laboratorium, hasil foto : USG dll)

14. Terapi

Diisi nama obat yang didapat, dosis, cara pemberian.

15. Daftar Masalah Keperawatan

Diisi masalah keperawatan yang ditemukan pada awal pengkajian.

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PENGAJIAN ANAK

1. Pengisian tanggal pengkajian, tanggal MRS, jam masuk ruangan, no register, diagnosa medis, ruang kelas perawatan.
2. Identitas diisi sesuai dengan identitas klien, informasi identitas klien atau keterangan lainnya berdasarkan keterangan dari klien / keluarga / catatan dan identitas resmi, sumber pemberi informasi.
3. Riwayat keperawatan sekarang.
Klien masuk MRS, tanyakan keluhan / hal yang menjadi sebab utama klien atau alasan klien datang ke rumah sakit.
4. Riwayat keperawatan sebelumnya
Pengisian terhadap riwayat kehamilan ibunya, riwayat kelahiran klien, penyakit yang pernah diderita oleh klien seperti campak, demam, batuk pilek.. apakah klien pernah operasi, pernah cedera, riwayat alergi dengan obat atau makanan, apakah klien pernah MRS alasannya.
5. Riwayat imunisasi
Jenis imunisasi yang pernah diberikan dan jumlah pemberian dan jika imunisasi tidak diberikan / tidak lengkap ditanyakan alasan.
Masalah diisi masalah yang ditemukan pada riwayat imunisasi
6. Riwayat nutrisi
Dikaji riwayat BB kesesuaian dengan usia , Pemberian ASI/PASI serta pemberian makanan tambahan sampai pada usia berapa, makanan pantangan.
Status nutrisi saat ini/ saat MRS dikaji nafsu makan, porsi makan, pola makan, makanan kesukaan, jenis minuman.

Dikaji tentang frekuensi, pemeriksaan terhadap suara jantung (S1/S2, irama, bunyi jantung tambahan), pengukuran capiler revil time (CRT) apakah normal (3 dtk) atau tidak normal (.3 dtk), keluhan nyeri dada, akral hangat atau dingin, apakah ada cyanosis, cubbing finger.

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada sistem kardiovaskuler.

c. Sistem persarafan

Dikaji tingkat kesadaran, jumlah GCS, refleks fisiologis, refleks patologis jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain.

Masalah diisi yang ditemukan pada sistem persarafan

d. Sistem perkemihan

Dikaji kebersihan, frekuensi dan jumlah urine, warna, bau, penggunaan kateter, kandung kencing membesar/tidak, ada nyeri tekan/tidak, adakah gangguan dalam berkemih. Jika ada keluhan data penunjang lain ditulis dalam kolom lain – lain

Masalah diisi yang ditemukan pada sistem perkemihan

e. Sistem pencernaan

Pada mulut dan tenggorokan dikaji kebersihan mulut, bau, jumlah gigi, ada karies/tidak, mukosa lembab/tidak, tenggorokan nyeri menelan/tidak. Pemeriksaan abdomen adakah tegang, nyeri tekan, lokasi, kembung, asites, bunyi pristaltik, pembesaran hepar, lien. Jika ada keluhan data penunjang lain ditulis dalam kolom lain – lain.

Masalah diisi yang ditemukan pada sistem pencernaan.

f. Sistem muskuloskeletal dan integumen

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada riwayat nutrisi.

7. Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji tentang penyakit yang pernah diderita oleh keluarga, keadaan lingkungan rumah, perilaku anggota keluarga yang mempengaruhi kesehatan, persepsi keluarga terhadap penyakit anak, genogram.

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada riwayat kesehatan keluarga.

8. Pertumbuhan dan perkembangan

Pertumbuhan dikaji BB, TB, lingkaran kepala, lingkaran lengan atas, lingkaran dada, usia tumbuh gigi.

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada masalah pertumbuhan.

Perkembangan dikaji usia mulai merangkak, miring, duduk, berdiri, berjalan, melihat, mengenal orang, tersenyum, interaksi dengan teman sebaya, mengucapkan kalimat/kata.

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada masalah perkembangan.

9. Pola kebiasaan sehari – hari/ADL

Dikaji pola mandi, sikat gigi, keramas, memotong kuku. Kebiasaan tidur, permainan yang disukai, toilet training.

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada masalah pola kebiasaan.

10. Pengkajian fisik

a. Sistem pernafasan

Dikaji tentang frekuensi, jenis pernafasan, suara nafas, keluhan sesak, batuk jika ada keluhan data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain.

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada sistem pernafasan.

b. Sistem Kardiovaskular

Dikaji tentang kemampuan pergerakan sendi, kekuatan otot, kulit, suhu, warna kulit, turgor, adanya oedema atau tidak. Jika ada keluhan data penunjang lain ditulis dalam kolom lain – lain.

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada sistem muskuloskeletal dan integumen.

g. Sistem penginderaan.

Penglihatan (mata) dikaji pupil isokor/anisokor. Sklera ikterus/tidak, konjungtiva anemis/tidak. Jika ada keluhan data penunjang lain ditulis dalam kolom lain – lain.

Pendengaran (telinga) dikaji apakah ada gangguan pendengaran atau tidak. Jika ada keluhan data penunjang lain ditulis dalam kolom lain – lain

Penciuman (hidung) dikaji bentuk, apa ada gangguan penciuman atau tidak. Jika ada keluhan data penunjang lain ditulis dalam kolom lain – lain.

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada sistem penginderaan

h. Sistem endokrin

Dikaji kelenjar tiroid membesar atau tidak, jika ada keluhan data penunjang lain ditulis dalam kolom lain – lain

Masalah diisi masalah yang ditemukan pada sistem endokrin

11. Pengkajian psikososial dan spiritual anak

Dikaji orang yang paling dekat, hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar, apakah tampak ketakutan bila didekati, apakah sudah mengenal lingkungan sekitarnya, dampak dirawat (apakah malas bermain, cemas, takut, marah)