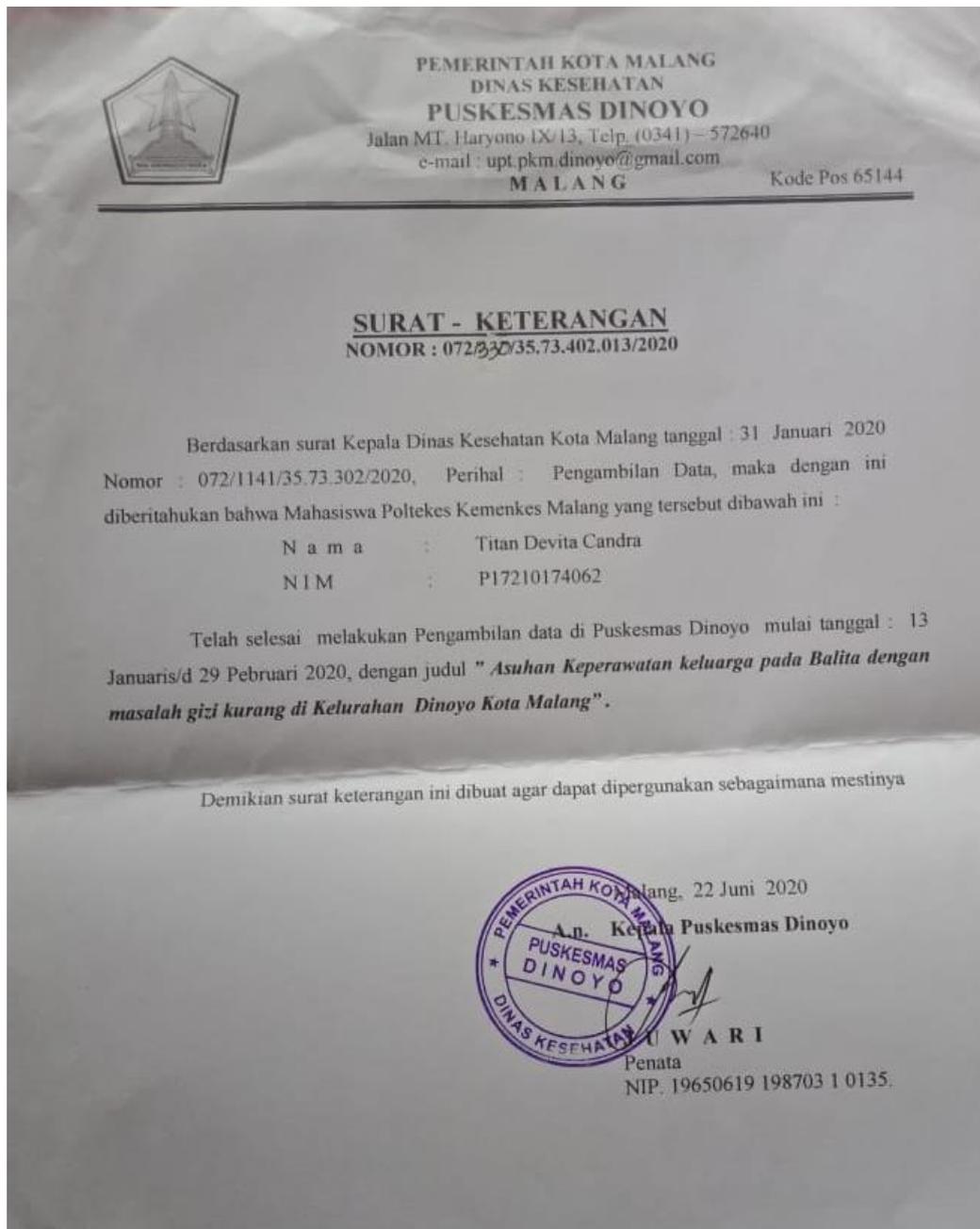


Lampiran 2

Surat Keterangan Telah Melakukan Pengambilan Data



Lampiran 3

Lembar Permohonan Responden

Kepada :Yth. Bapak/Ibu

Di Tempat

Bapak/Ibu yang saya hormati.

Saya mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D-III Keperawatan Malang sedang dalam proses penyelesaian tugas akhir sebagai syarat kelulusan di Politeknik Kesehatan kemenkes Malang. Oleh karena itu, mohon kesediaan dan keikhlasannya untuk menjadikan anak bapak/ibu sebagai responden pada penelitian saya.

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga pada batita dengan masalah gizi kurang di kelurahan Dinoyo kota Malang. Untuk maksud tersebut saya harap kesediaan untuk menjawab pertanyaan yang saya ajukan guna memperoleh data yang berhubungan dengan tujuan penelitian ini.

Data yang bapak/ibu berikan hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian. Kerahasiaan identitas anak bapak/ibu akan dijamin sepenuhnya.

Atas bantuan dan perhatiannya saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya

Tintan Devita Candra

Lampiran 4

Informed Consent

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama :

Usia :

Jenis kelamin :

Alamat :

Merupakan orang tua dari :

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Telah mendapatkan penjelasan serta manfaat tentang penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga pada balita dengan masalah gizi kurang di kelurahan Dinoyo kota Malang” dengan ini menyatakan **BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA***) untuk ikut serta sebagai responden dalam penelitian, dengan catatan bila suatu saat merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Saya percaya apa yang saya informasikan akan dijamin kerahasiaannya.

*) coret yang tidak perlu

Malang, 2019

Peneliti

Responden

Tintan Devita Candra

Saksi

Lampiran 5

FORMAT PENGAJIAN KELUARGA

FORMULIR PENGAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

A. Identitas klien /keluarga:

Nama: _____

Umur: _____

Jenis Kelamin: _____

Suku : _____

Alamat: _____

No. Telp _____

B. Riwayat Perkembangan Keluarga

Tahap Perkembangan Klg Saat Ini

Tugas Perkembangan Keluarga:

Dapat dijalankan Tdk Dpt Dijalankan

Bila Tdk dijalankan, sebutkan :

C. Struktur Keluarga

Pola Komunikasi : Baik

Disfungsional

Peran Dlm Keluarga : Tdk Ada
Masalah

Ada

Masalah

Nilai/Norma Klg : Tdk ada

konflik nilai

Ada Konflik

D. Fungsi Keluarga

Fungsi Afektif : Berfungsi

Tdk Berfungsi

Fungsi Sosial : Berfungsi

Tdk Berfungsi

Fungsi Ekonomi : Baik

Kurang Baik

Fungsi Perawatan Kesehatan :

- Pengetahuan Tentang Masalah Kes : Baik/ Tdk
- Pencegahan penyakit :
Baik/ Tdk
- Perawatan penyakit :
Baik/Tdk
- Pemanfaatan layanan Kesehatan : Baik/Tdk
-

E. Pola Koping Keluarga :Efektif Tidak Efektif Stressor yg dihadapi
keluarga :

Daftar Anggota keluarga :

No	Nama (Inisial)	Umur	Gender (L/P)	Hubungan Dg KK	Pendidikan	Pekerjaan
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Tipe Keluarga :Keluarga Inti Keluarga Besar Keluarga Campuran Single Parent **H. Spiritual:**

Taat beribadah

Kepercayaan yg berlawanan
dengan kesehatan

Distress Spiritual

Ya / Tidak

F. Pola Aktifitas sehari-hari:Pola Makan baik / kurangPola Minum baik / kurangIstirahat baik / kurangPola BAK baik / kurangPola BAB baik / kurangPola Kebersihan diri baik / kurangOlahraga baik / kurang**I. Psikososial:**Keadaan emosi pada saat
ini:

- Marah Ya / Tidak
- Sedih Ya / Tidak
- Ketakutan Ya / Tidak
- Putus asa

Tingkat kemandirian	baik / kurang	Ya / Tidak
G. Perilaku Tidak sehat:		• Stres
Merokok	Ya / Tidak	Ya / Tidak
Minum kopi	Ya / Tidak	Kurang interaksi dg orang lain
Mengonsumsi garam berlebih	Ya / Tidak	Ya / Tidak
Mengonsumsi gula berlebih	Ya / Tidak	Menarik diri dg lingkungan
Minuman beralkohol/obat dan zat adiktif	Ya / Tidak	Ya / Tidak
		Konflik dengan keluarga
		Ya / Tidak
		Penurunan harga diri
		Ya / Tidak
		Gangguan gambaran diri
		Ya / Tidak
Sarana Kesehatan Yang digunakan: _____		J. Faktor resiko masalah kesehatan:
Keluhan utama yang dirasakan: _____		Tidak pernah/jarang periksa kes. Ya / Tidak
		Sosial ekonomi kurang
		Ya / Tidak
		Rumah/lingkungan tdk sehat
		Ya / Tidak
		Hubungan klg tidak harmonis
		Ya / Tidak
		Obesitas
		Ya / Tidak
		Status gizi kurang
		Ya / Tidak

K. PEMERIKSAAN FISIK

Tanda vital:

TD: _____ Nadi : _____

Laboratorium :

RR : _____

PP/ Acak :

Pemeriksaan

- Gula darah Puasa/2 Jam

BB dan TB _____ Suhu : _____ - Hb : _____ - Kadar Asam Urat:

- Colesterol :

Status mental:

Bingung

: _____

Cemas

: _____

Disorientasi

: _____

Depresi

: _____

Menarik diri

Sistem kardiovaskuler:

Aritmia

Nyeri dada

Distensi vena jugularis

Jantung berdebar

Nyeri spesifik:

Lokasi

Tipe

Durasi

Intensitas

Sistem Pernafasan

Stridor

Wheezing

Ronchi

Akumulasi Sputum

Sistem integumen:

Cianosis

Akral Dingin

Diaporesis

Jaundice

Luka

Mukosa mulut

Kapiler refil time :

lebih 2 dtk

Sistem perkemihan:

Disuria

Hematuria

Frekuensi

Retensi

Inkontinensia

Sistem pencernaan:

Sistem muskuloskeletal:

Intake cairan kurang

Tonus otot kurang	<input type="checkbox"/>	Mual/muntah	<input type="checkbox"/>
Paralisis	<input type="checkbox"/>	Nyeri perut	<input type="checkbox"/>
Hemiparesis	<input type="checkbox"/>	Muntah darah	<input type="checkbox"/>
ROM kurang	<input type="checkbox"/>	latus	<input type="checkbox"/>
Gangg.Keseimbangan	<input type="checkbox"/>	Distensi abdomen	<input type="checkbox"/>
		Colostomy	<input type="checkbox"/>
<i>Sistem persyarafan:</i>	<input type="checkbox"/>	Diare	<input type="checkbox"/>
Nyeri kepala	<input type="checkbox"/>	Konstipasi	<input type="checkbox"/>
Pusing	<input type="checkbox"/>	Bising usus	<input type="checkbox"/>
Tremor	<input type="checkbox"/>	Terpasang Sonde	<input type="checkbox"/>
Reflek pupil anisokor			

Paralisis : Lengan kiri/ Lengan kanan/ Kaki kiri/ kaki kanan

Anestesi daerah perifer

Riwayat pengobatan

Alergi Obat Sebutkan : _____

Jenis obat yang dikonsumsi: _____

L. Tingkat Kemandirian Dalam Kehidupan Sehari-hari, dengan memberikan tanda ✓ pada kolom yang sesuai.

No.	Jenis kegiatan sehari-hari	Mandiri	Dengan bantuan
1.	Makan & minum		
2.	Berpindah dari kursi ke tempat tidur dan sebaliknya		
3.	Kebersihan diri; cuci muka, menyisir, mencukur dan aktifitas di kamar mandi.		
4.	Berjalan di jalan yang datar		

5.	Naik turun tangga		
6.	Berpakaian termasuk mengenakan sepatu		
7.	Mengontrol buang air besar		
8.	Mengontrol buang air kecil		
9.	Olahraga/latihan fisik		
10.	Pemanfaatan waktu luang/rekreasi		

M. PENGKAJIAN LINGKUNGAN :

1. Ventilasi : (1) < 10 % luas lantai (2) 10 % luas lantai
2. Pencahayaan : (1) Baik (2) kurang
3. Lantai : (1) semen (2) tegel (3) keramik (4) tanah (5) lainnya,
4. Kebersihan rumah : (1) baik (2) kurang
5. Jenis bangunan : (1) Permanen (2) Semi permanen (3) non permanent

Malang,

Tintan Devita Candra

2. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Penyebab	Masalah
1			
2			
3			
4			
5			

3. RUMUSAN DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

NO	Diagnosa Keperawatan Keluarga (P E S)
1	
2	
3	
4	
5	

II. PERENCANAAN

1. Prioritas diagnosa keperawatan keluarga (Perhitungan skor terlampir)

Prioritas	Diagnosa keperawatan keluarga	Skor
1		
2		
3		
4		

SKORING PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

Diagnosa Keperawatan keluarga:

.....

KRITERIA	SKORE	PEMBENARAN
<p>1. Sifat masalah (bobot 1)</p> <p>Skala :</p> <p>3 = aktual</p> <p>2 = risiko</p> <p>1 = sejahtera</p>		
<p>2. Kemungkinan masalah dapat diubah (bobot 2)</p> <p>Skala :</p> <p>2 = Mudah</p> <p>1 = Sebagian</p> <p>0 = Tidak dapat</p>		
<p>3. Potensi masalah untuk dicegah (bobot 1)</p> <p>Skala :</p> <p>3 = Tinggi</p> <p>2 = Cukup</p> <p>1 = Rendah</p>		

4. Menonjolnya masalah (bobot 1) Skala : 2 = Berat , segera ditangani 1 = Tidak perlu segera ditangani 0 = Tidak dirasakan		
Jumlah Skor		

2. FORMAT RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

No Diagnosis	Tujuan umum dan khusus	Kriteria hasil	Rencana tindakan

3. FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN/ KEMAJUAN KEPERAWATAN (SOAPIE)

No Diagnosis	Tanggal	Perkembangan (SOAP)	Tanda Tangan

Lampiran 6

	POLTEKKES KEMENKES MALANG	No. Dokumen : SOP.ANAK.006
	STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR	No. Revisi : 00
	MENGUKUR BB, TB, LINGKAR KEPALA, LINGKAR LENGAN DAN LINGKAR DADA	Tanggal Terbit : Halaman :
Unit : Laboratorium Keperawatan		Petugas / pelaksana: Perawat, dosen, CI, Mhs.
Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui status antropometri pada bayi	
Indikasi	Anak	
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui status antropometri 2. Mendeteksi dini adanya kelainan kongenital 	
Persiapan tempat dan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat ukur panjang badan* 2. Alat ukur lingkaran kepala* 3. Alat ukur lingkaran lengan* 4. Alat ukur lingkaran dada* 	
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pasien/keluarga dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan 2. Melepas jaket, topi, alas kaki 3. Mengatur posisi senyaman mungkin 	
Persiapan Lingkungan	Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman.	
Pelaksanaan	Menyiapkan alat Perawat cuci tangan 1. Menimbang berat badan <ul style="list-style-type: none"> • Letakkan timbangan di lantai yang datar • Lihat posisi jarum di angka 0 • Usahakan anak menggunakan baju yang tipis, tidak memakai sepatu, topi, jam tangan dan tidak memegang sesuatu • Anak berdiri di atas timbangan tanpa dipegangi • Lihat jarum timbangan sampai berhenti • Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan • Bila anak terus bergerak perhatikan gerakan jarum, baca angka ditengah-tengah antara gerakan jarum kekanan dan ke kiri • Catat hasil penimbangan 2. Mengukur panjang badan <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan topi, pengikat rambut dan alas kaki yang 	

	<p>digunakan anak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berdiri tegak menghadap lurus kedepan • Bagian tubuh : punggung, pantat dan tumit menempel pada tiang pengukur atau tembok • Turunkan batas pengukur sampai ke ubun-ubun • Baca skala pada batas tersebut <p>3. Mengukur lingkar kepala</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan topi dan ikatan rambut • Beri posisi yang nyaman • Alat pengukur dilingkarkan pada kepala anak melewati dahi, menutupi alis mata, diatas dua telinga dan bagian belakang kepala yang menonjol, tarik agak kencang • Baca angka pada pertemuan angka 0 • Tanyakan tanggal lahir anak atau tanyakan usia anak • Hasil pengukuran catat pada grafik lingkar kepala berdasarkan umur dan jenis kelamin • Buat garis yang menghubungkan antara ukuran yang lalu dengan sekarang <p>4. Mengukur lingkar lengan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beri posisi yang nyaman pada anak • Ukur panjang antara bahu sampai siku • Hasil ukuran dibagi dua untuk menetapkan titik ukur • Pada titik ukur lingkarkan pita pengukur lingkar lengan atas • Baca pertemuan pita pengukur • Lakukan dokumentasi <p>5. Mengukur lingkar dada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan anak dalam posisi duduk • Buka baju anak atau gunakan baju seminimal mungkin • Lingkarkan pita pengukur melalui puting susu kiri ke kanan lalu ke belakang dan kembali ke puting kiri (lebih baik pengambilan saat pertengahan inspirasi) • Mendokumentasikan hasil pengukuran <p>Alat dibereskan</p>
Sikap Selama Pelaksanaan :	Sabar, teliti, hati-hati, ramah dan sopan
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi keadaan pasien setelah tindakan 2. Mengobservasi hasil pengukuran
Penutup	<p>Memberi salam</p> <p>Merapikan alat</p>

Lampiran 7

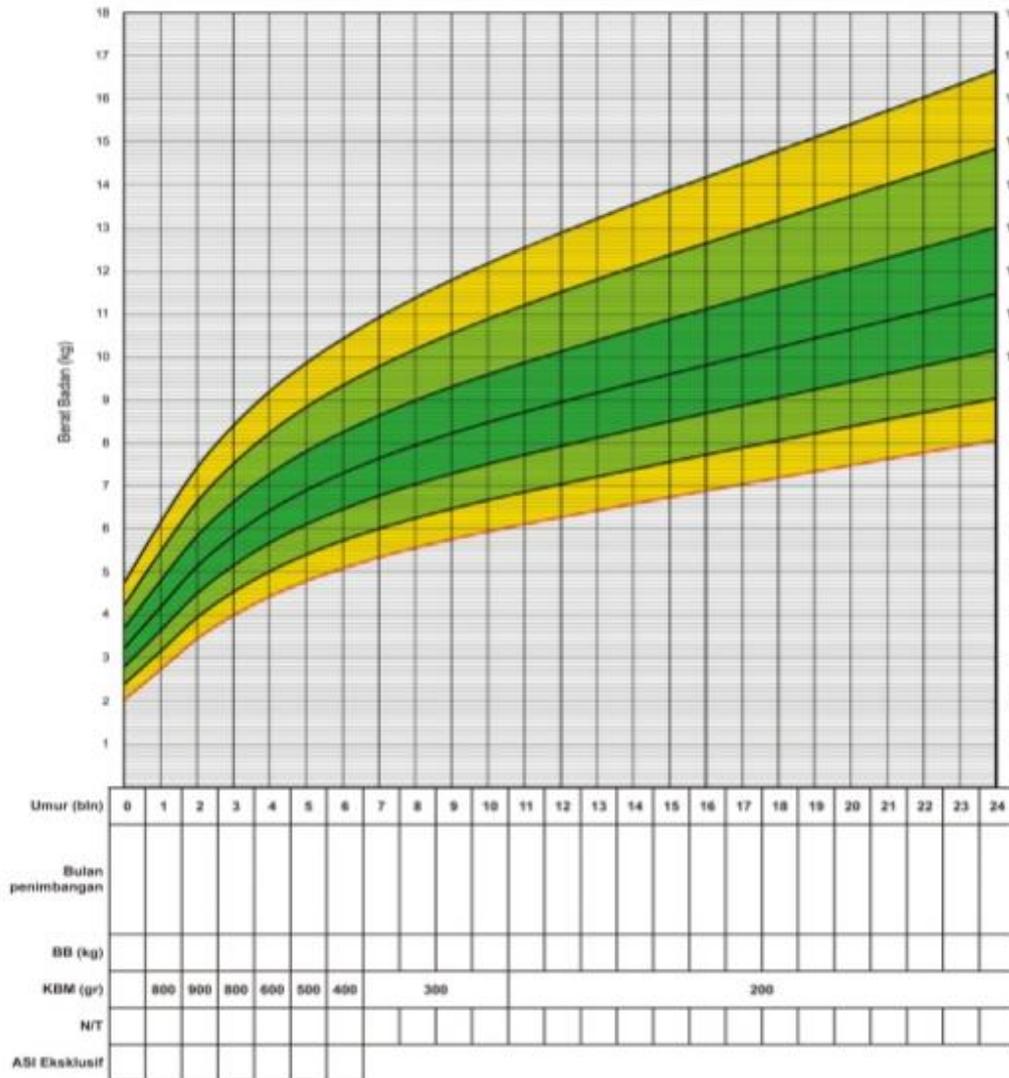


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Perempuan

Nama Anak : _____

Nama Penyandu : _____

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



NAIK (N)
Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan atau
Kenakan BB sama dengan KBM
(Kenakan BB Minima) atau lebih

TIDAK NAIK (T)
Grafik BB mendatar atau menurun
memotong garis pertumbuhan dibawahnya
atau
Kenakan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

- Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

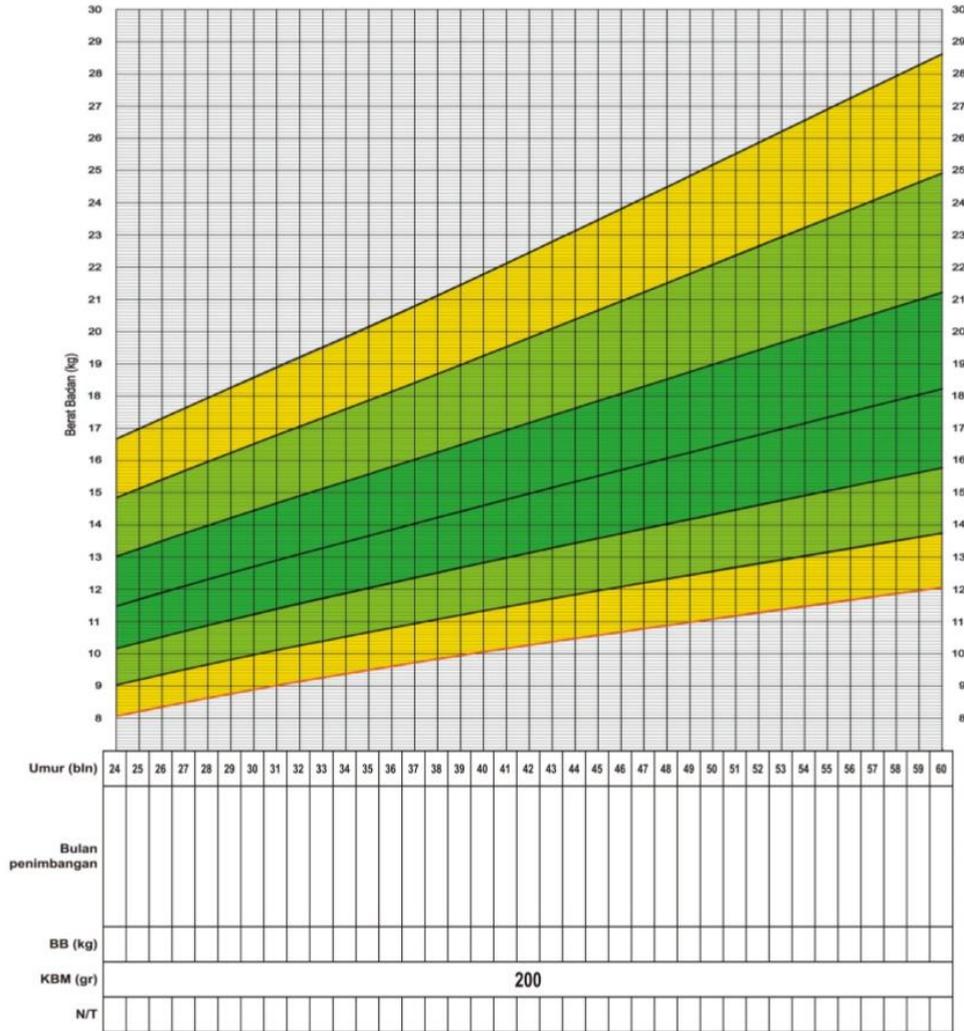


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Perempuan

Nama Anak :

Nama Posyandu :

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



NAIK (N)

Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan atau
Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan BB Minimal) atau lebih

TIDAK NAIK (T)

Grafik BB mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau
Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

- Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

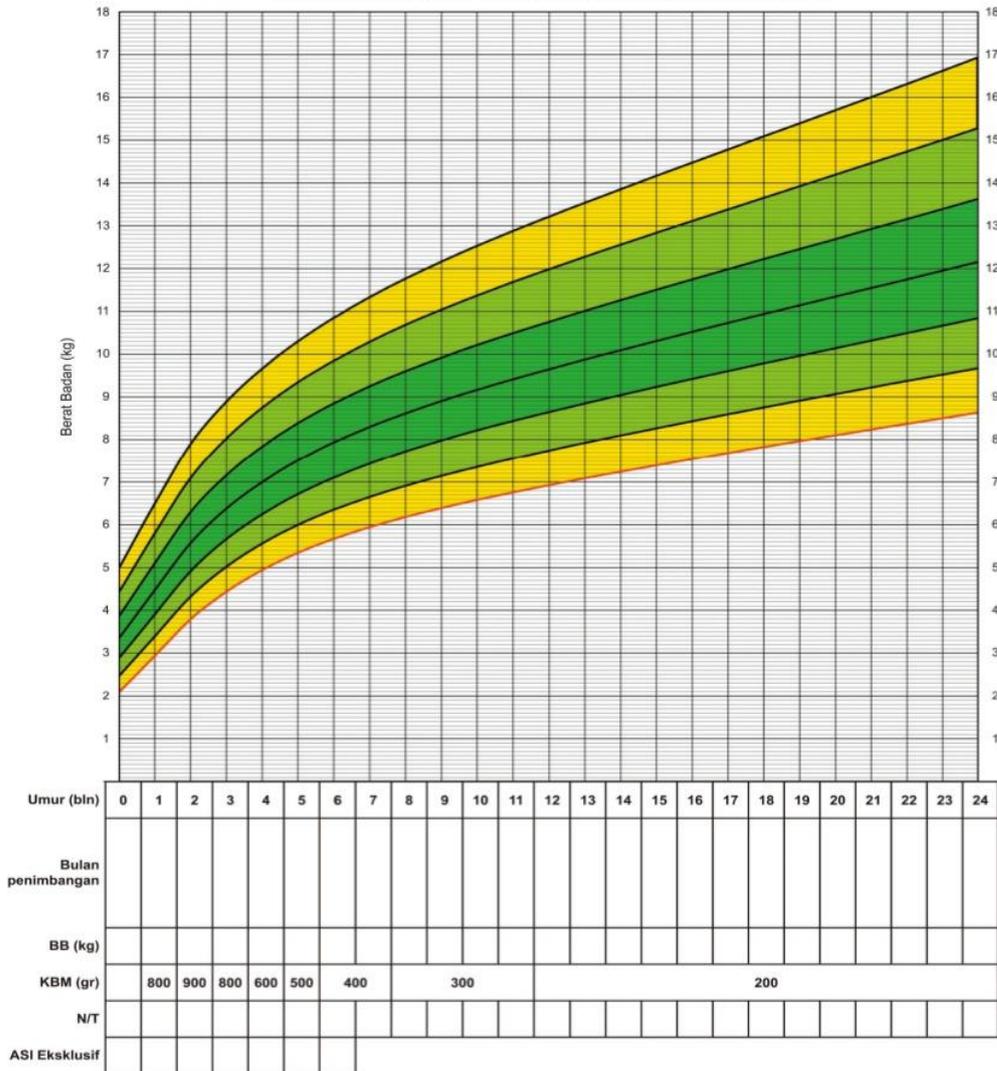


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki

Nama Anak :

Nama Posyandu :

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



NAIK (N)
 Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan atau
 Kenaikan BB sama dengan KBM
 (Kenaikan BB Minimal) atau lebih

TIDAK NAIK (T)
 Grafik BB mendatar atau menurun
 memotong garis pertumbuhan dibawahnya
 atau
 Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

• Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

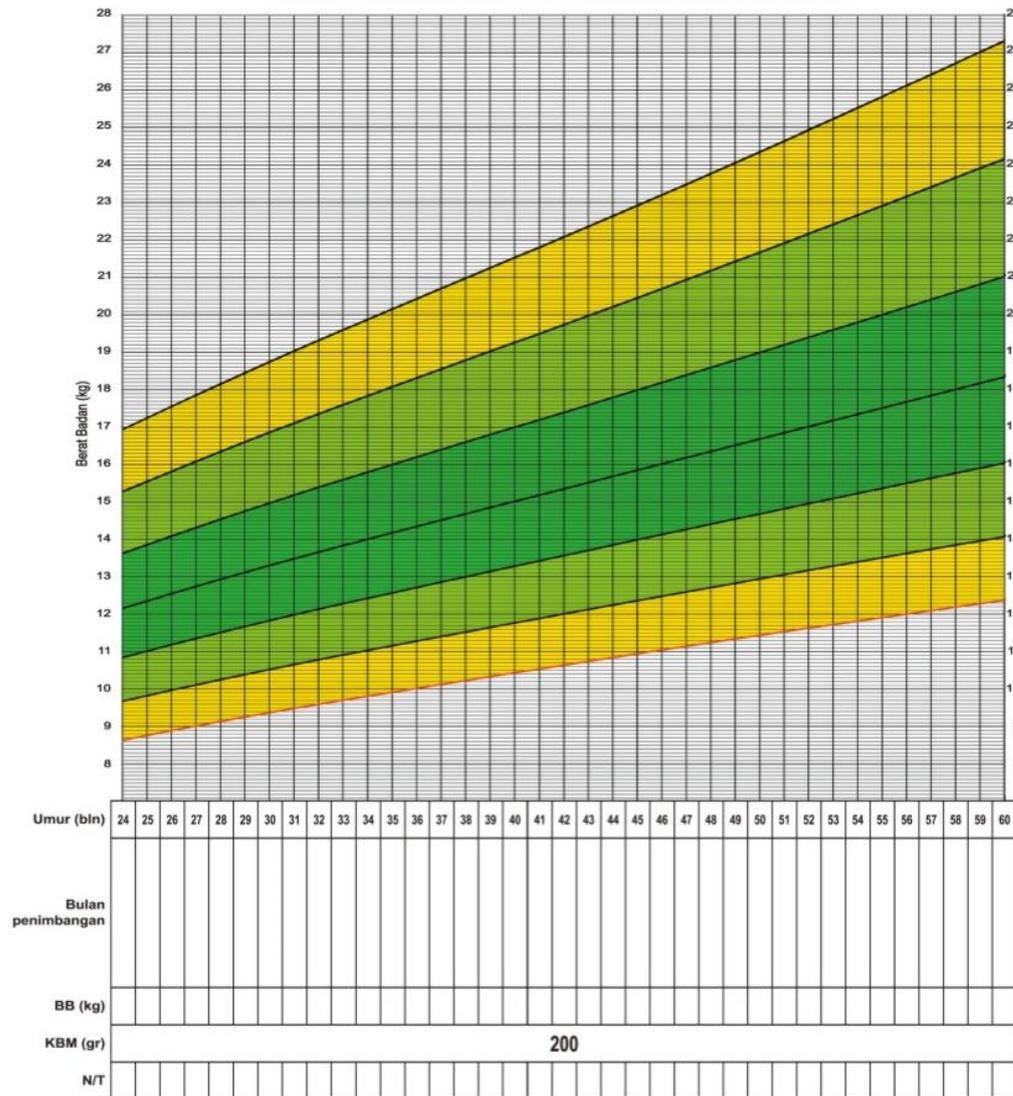


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki

Nama Anak :

Nama Posyandu :

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



NAIK (N)

Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan
atau
Kenaikan BB sama dengan KBM
(Kenaikan BB Minimal) atau lebih

TIDAK NAIK (T)

Grafik BB mendatar atau menurun
memotong garis pertumbuhan dibawahnya
atau
Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

• Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

Lampiran 8

Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5 – 18 Tahun	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

