

FORMAT PENGKAJIAN

BIODATA

Nama :
JenisKelamin :
Umur :
Status Perkawinan :
Pekerjaan :
A g a m a :
Pendidikan Terakhir :
Alamat :
No.Regester :
Tanggal MRS :
Tanggal Pengkajian :

RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan Utama / Alasan Masuk Rumah Sakit :

a. Saat masuk rumah sakit
.....
.....
b. Saat pengkajian
.....

2. Riwayat Penyakit Sekarang :

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

3. Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

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

4. Riwayat Kesehatan Keluarga :

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

5. Genogram :

POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

A. POLA TIDUR/ISTIRAHAT :

- 1. Waktu tidur :
- 2. Waktu Bangun :
- 3. Masalah tidur :
- 4. Hal-hal yang mempermudah tidur :
.....
.....
.....
- 5. Hal-hal yang mempermudah Klien terbangun :
.....
.....
.....

B. POLA ELIMINASI :

- 1. BAB :
- 2. BAK :
- 3. Kesulitan BAB/BAK :
- 4. Upaya/ Cara mengatasi masalah tersebut :
.....
.....
.....

C. POLA MAKAN DAN MINUM :

- 1. Jumlah dan jenis makanan :
- 2. Waktu Pemberian Makan :
- 3. Jumlah dan Jenis Cairan :
- 4. Waktu Pemberian Cairan :

5. Pantangan :
6. Masalah Makan dan Minum :
 - a. Kesulitan mengunyah :
 - b. Kesulitan menelan :
 - c. Mual dan Muntah :
 - d. Tidak dapat makan sendiri :
7. Upaya mengatasi masalah :

D. KEBERSIHAN DIRI/PERSONAL HYGIENE :

1. Pemeliharaan Badan :
2. Pemeliharaan Gigi dan Mulut :
3. Pemeliharaan Kuku :

E. POLA KEGIATAN/AKTIVITAS LAIN :

DATA PSIKOSOSIAL

- A. Pola Komunikasi :
- B. Orang yang paling dekat dengan Klien :
- C. Rekreasi :
 - Hobby :
 - Penggunaan waktu senggang :
- D. Dampak dirawat di Rumah Sakit :
- E. Hubungan dengan orang lain / Interaksi sosial :

F. Keluarga yang dihubungi bila diperlukan :
.....
.....

DATA SPIRITUAL

A. Ketaatan Beribadah :
.....
.....

B. Keyakinan terhadap sehat / sakit :
.....
.....

C. Keyakinan terhadap penyembuhan :
.....
.....

PEMERIKSAAN FISIK :

A. Kesan Umum / Keadaan Umum :
.....
.....
Tinggi badan : Berat Badan :

B. Tanda-tanda Vital
Suhu Tubuh : Nadi :
Tekanan darah : Respirasi :

C. Pemeriksaan Kepala dan Leher :

- 1. Kepala dan rambut
 - a. Bentuk Kepala :
 - Ubun-ubun :
 - Kulit kepala :
 - b. Rambut :
 - Penyebaran dan keadaan rambut :
 - Bau :
 - Warna :
 - c. Wajah :
 - Warna kulit :
 - Struktur Wajah :

- 2. M a t a
 - a. Kelengkapan dan Kesimetrisan :
 - b. Kelopak Mata (Palpebra) :
 - c. Konjunctiva dan sclera :
 - d. P u p i l :
 - e. Kornea dan Iris :
 - f. Ketajaman Penglihatan / Visus : *)
.....

g. Tekanan Bola Mata :*)

.....

3. Hidung

a. Tulang Hidung dan Posisi Septum Nasi :

.....
.....

b. Lubang Hidung :

.....

c. Cuping Hidung :

.....

4. Telinga

a. Bentuk Telinga :
Ukuran Telinga :
Ketegangan telinga :

b. Lubang Telinga :
.....

c. Ketajaman pendengaran :

.....
.....

5. Mulut dan Faring :

a. Keadaan Bibir :
.....

b. Keadaan Gusi dan Gigi
.....

c. Keadaan Lidah :
.....

6. Leher :

a. Posisi Trakhea :
b. Tiroid :
c. Suara :
d. Kelenjar Lymphhe :
e. Vena Jugularis :
f. Denyut Nadi Coratis :

D. Pemeriksaan Integumen (Kulit) :

a. Kebersihan :
b. Kehangatan :
c. Warna :
d. Turgor :
e. Tekstur :
f. Kelembapan :
g. Kelainan pada kulit :

E. Pemeriksaan Payudara dan Ketiak :

a. Ukuran dan bentuk payudara :
.....

b. Warna payudara dan Areola :

.....
.....

c. Kelainan-kelainan Payudara dan Puting :

.....
.....

d. Axila :

.....
.....

F. Pemeriksaan Thorak / Dada :

1. Inspeksi Thorak

a. Bentuk Thorak :

b. Pernafasan

- Frekuensi :

- Irama :

c. Tanda-tanda kesulitan bernafas :

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

2. Pemeriksaan Paru

a. Palpasi getaran suara (vokal Fremitus)

.....
.....

b. Perkusi :

.....
.....

c. Auskultasi

- Suara nafas :

.....

- Suara Ucapan :

.....
.....

- Suara Tambahan :

.....
.....

3. Pemeriksaan Jantung

a. Inspeksi dan Palpasi

- Pulpasi :

- Ictus Cordis :

b. Perkusi :

Batas-batas Jantung :

.....

c. Aukultasi

- Bunyi Jantung I :

- Bunyi Jantung II :

- Bising/murmur :

- Frekuensi Denyut Jantung :

G. Pemeriksaan Abdomen

a. Inspeksi

- Bentuk Abdomen :

- Benjolan/massa :

.....
.....

- b. Auskultasi
 - Peristaltik Usus :
 - Bunyi Jantung Anak/BJA :
- c. Palpasi
 - Tanda nyeri tekan :
 - Benjolan /massa :
 - Tanda-tanda Ascites :
 - Hepar :
 - Lien :
 - Titik Mc. Burne :
- d. Perkusi
 - Suara Abdomen :
 - Pemeriksaan Ascites :

H. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya

- 1. Genetalia
 - a. Rambut pubis :
 - b. Meatus Urethra :
 - c. Kelainan-kelainan pada Genetalia Eksterna dan Daerah Inguinal :
- 2. Anus dan Perineum
 - a. Lubang Anus :
 - b. Kelainan-kelainan pada anus :
 - c. Perenium :

I. Pemeriksaan Muskuloskeletal (Ekstrimis)

- a) Kesimestrisan otot :
- b) Pemeriksaan Oedema :
- c) Kekuatan otot :
- d) Kelainan-kelainan pada ekstremitas dan kuku :
- e) CRT :

J. Pemeriksaan Neorologi

- 1. Tingkat kesadaran (secara kualitatif) :
- 2. Tanda-tanda rangsangan Otak (Meningeal Sign) :
- 3. Tingkat kesadaran (secara kwantitatif)/ GCS :

KLASIFIKASI DAN ANALISA DATA

Nama Pasien : _____

No. Reg. : _____

Tanggal	Kelompok Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah	Ttd.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Daftar Diagnosa Keperawatan Prioritas (A. Maslow)

Nama Pasien : _____

No.Reg.: _____

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal Teratasi	TTD

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria hasil (NOC)	Rencana Tindakan (NIC)	Rasional	Ttd.

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : _____

No. Reg. : _____

Diagnosa Keperawatan	Tanggal / Jam	Tindakan Keperawatan	Ttd.

EVALUASI

Nama Pasien : _____

No. Reg. : _____

Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Ttd.

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria hasil (NOC)	Rencana Tindakan (NIC)	Rasional	Ttd.

