

# 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. H i d u n g

- 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. L e h e r :

- a. Posisi Trakhea : .....
- b. Tiroid : .....
- c. Suara : .....
- d. Kelenjar Lymph : .....
- 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.

Auskultasi

- 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 : .....
- .....
- 4. Fungsi Motorik : .....
- .....
- 5. Fungsi Sensorik : .....
- .....





2. Rontgen : .....  
.....  
.....  
.....

3. ECG : .....  
.....  
.....  
.....

4. USG : .....  
.....  
.....

5. Lain – lain : .....  
.....  
.....

**PENATALAKSANAAN DAN TERAPI**

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

....., .....

Mahasiswa,

NIM :

\_\_\_\_\_

KLASIFIKASI DAN ANALISA DATA

Nama Pasien : \_\_\_\_\_

No. Reg. : \_\_\_\_\_

| Tanggal | Kelompok Data | Kemungkinan<br>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**

| <b>Tanggal</b> | <b>Diagnosa Keperawatan</b> | <b>Tujuan Dan Kriteria hasil (NOC)</b> | <b>Rencana Tindakan (NIC)</b> | <b>Rasional</b> | <b>Ttd.</b> |
|----------------|-----------------------------|--|-------------------------------|-----------------|-------------|
|                |                             |  |                               |                 |             |

**TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama Pasien : \_\_\_\_\_

No. Reg. : \_\_\_\_\_

| <b>Diagnosa Keperawatan</b> | <b>Tanggal<br/>/ Jam</b> | <b>Tindakan Keperawatan</b> | <b>Ttd.</b> |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|
|                             |                          |                             |             |



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

**EVALUASI**

**Nama Pasien :** \_\_\_\_\_

**No. Reg. :** \_\_\_\_\_

| <b>Tanggal/<br/>Jam</b> | <b>Diagnosa Keperawatan</b> | <b>Evaluasi</b> | <b>Ttd.</b> |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|
|-------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|

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

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

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

| <b>Tanggal</b> | <b>Diagnosa Keperawatan</b> | <b>Tujuan Dan Kriteria hasil (NOC)</b> | <b>Rencana Tindakan (NIC)</b> | <b>Rasional</b> | <b>Ttd.</b> |
|----------------|-----------------------------|--|-------------------------------|-----------------|-------------|
|                |                             |  |                               |                 |             |

