

FORMAT PENGKAJIAN

3.1 Pengumpulan Data.

3.1.1 Identitas Klien.

Nama :
Umur :
Pendidikan :
Agama :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
No. Reg :
MRS :
Diagnosa Medis :

3.1.2 Riwayat Kesehatan.

1) Keluhan Utama :

2) Riwayat Penyakit Sekarang:

3) Riwayat Penyakit Dahulu:

4) Riwayat Penyakit Keluarga:

3.1.3 Pola –pola Fungsi Kesehatan.

1) Pola Tatalaksana Hidup Sehat:

2) Pola Nutrisi Metabolisme:

3) Pola Aktifitas:

4) Pola Eliminasi:

5) Pola Istirahat dan Tidur:

6) Pola Sensorik Kognitif:

7) Pola Persepsi Diri:

8) Pola Hubungan dan Peran:

9) Pola Reproduksi dan Seksual:

10) Pola Penanggulangan Stress:

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan:

3.1.4 Pemeriksaan Fisik.

1) Keadaan umum klien :

2) Pemeriksaan system integument :

3) Pemeriksaan kepala dan leher :

4) Pemeriksaan sistem respirasi :

5) Pemeriksaan system kardiovascular :

6) Pemeriksaan gastro intestinal :

7) Pemeriksaan system genital urinaria :

8) Pemeriksaan system muskoleskeletal :

9) Pemeriksaan system endokrin :

10) Pemeriksaan system persyarafan :

3.1.5 Pemeriksaan Penunjang (Diagnostik).

1) Pemeriksaan kimia darah.

2) Pemeriksaan hematologi.

3) Urine.

3.2 Penatalaksanaan / terapi.

3.3 Analisa Data.

Tanggal	Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab	Nama & Paraf

3.3.1 Daftar Masalah / Diagnosa Keperawatan.

Nama / umur :

No. Reg :

Ruangan :

NO	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		Masalah yang pernah dialami	Nama & Paraf
		Ditemukan	Diatasi		

3.3.2 Rencana Keperawatan.

Nama :

No. Reg :

Ruangan :

Prioritas Nomor :

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang diharapkan (tujuan & criteria hasil)	Rencana tindakan	Rasional	Evaluasi	Paraf & Nama

--	--	--	--	--	--	--

3.3.3 Catatan Keperawatan

Nama / Umur :

Nama Mahasiswa :

Nomor Reg :

Tingkat :

Ruangan :

Tanggal Praktek :

Tanggal	Jam	Catatan	Paraf

--	--	--	--

3.3.4 Catatan Perkembangan.

Nama Pasien ;

Ruangan :

No. Kamar :

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perkembangan	Paraf

--	--	--	--

