

LEMBAR PENGKAJIAN

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA _____ DENGAN DIAGNOSA MEDIS**

DI RUANG _____ RS _____

Oleh:

Nama : _____

NIM : _____

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG**

2011

FORMAT PENGUMPULAN DATA UMUM KEPERAWATAN

Tgl. Pengkajian : Jam Pengkajian : Ruang/Kelas :	No. Register : Tgl. MRS :
--	------------------------------

I. IDENTITAS

1. Identitas Pasien

N a m a :
U m u r :
Jenis Kelamin :
A g a m a :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Gol. Darah :
A l a m a t :

2. Identitas Penanggung Jawab

N a m a :
U m u r :
Jenis Kelamin :
A g a m a :
Pekerjaan :
A l a m a t :
Hubungan dengan Klien :

II. KELUHAN UTAMA

1. Keluhan Utama Saat MRS

2. Keluhan Utama Saat Pengkajian

III. DIAGNOSA MEDIS

IV. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat Penyakit Sekarang

2. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

V. RIWAYAT KEPERAWATAN KLIEN

1. Pola Aktifitas Sehari-hari (ADL)

ADL	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan (Makan dan Minum)		
Pola Eliminasi BAK :		
BAB :		
Pola Istirahat Tidur		
Pola Kebersihan Diri (PH)		
Aktivitas Lain		

2. Riwayat Psikologi

3. Riwayat Sosial

4. Riwayat Spiritual

VI. PEMERIKSAAN FISIK

A. Keadaan Umum

B. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

SAAT SEBELUM SAKIT	SAAT PENGKAJIAN

C. Pemeriksaan Wajah

D. Pemeriksaan Kepala Dan Leher

E. Pemeriksaan Thoraks/dada

F. Pemeriksaan Abdomen

G. Pemeriksaan Genitalia dan Rektal

H. Pemeriksaan Punggung Dan Tulang Belakang

I. Pemeriksaan Ektremitas/Muskuloskeletal

J. Pemeriksaan Fungsi Pendengaran/Penghidu/tenggorokan

K. Pemeriksaan Fungsi Penglihatan

L. Pemeriksaan Fungsi Neurologis

M. Pemeriksaan Kulit/Integument

N. Pemeriksaan Penunjang/Diagnostik Medik

VII. TINDAKAN DAN TERAPI

TTD PERAWAT

(Nama Lengkap)

PETUNJUK PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN

I. IDENTITAS

Identitas klien dan identitas penanggung jawab klien ditulis lengkap seperti nama (gunakan initial bukan nama asli), Usia dalam tahun, Jenis kelamin (L untuk laki-laki dan P untuk perempuan dengan mencoret salah satunya), Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Golongan darah, dan Alamat serta hubungan penanggung jawab dengan klien.

II. KELUHAN UTAMA

1. Keluhan utama saat MRS (Masuk Rumah Sakit) :

Ditulis keluhan utama (satu keluhan saja) yang dirasakan atau dialami klien yang menyebabkan klien atau keluarga mencari bantuan kesehatan/ masuk rumah sakit.

2. Keluhan Utama saat Pengkajian :

Diisi dengan keluhan yang dirasakan oleh klien saat pengkajian dilakukan. Tanyakan pada klien keluhan apa yang dirasakan, jika keluhan yang dirasakan klien lebih dari 1, tanyakan satu saja keluhan yang sangat mengganggu klien.

III. DIAGNOSA MEDIS

Diisi dengan diagnose (penyakit) yang ditegakkan oleh dokter.

IV. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Adalah Kronologis dari penyakit yang diderita saat ini mulai awal hingga di bawa ke RS secara lengkap. Tindakan apa saja yang sudah dilakukan oleh klien untuk mengobati sakitnya sebelum ke RS.

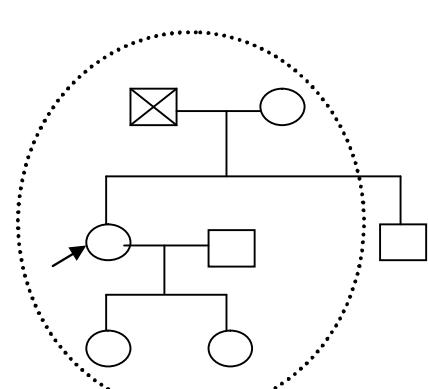
2. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Tanyakan riwayat penyakit yang pernah dialami klien beberapa waktu sebelumnya. Berapa kali klien pernah sakit sebelum sakit yang sekarang? Bagaimana cara klien mencari pertolongan? Apakah klien pernah menderita sakit DM (Diabetes Mellitus), HT (Hipertensi), TBC (Tuberkulosis Paru), Kanker dan lain-lain.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tanyakan pada klien atau keluarga mengenai penyakit yang pernah diderita anggota keluarga. Jika memungkinkan buatlah genogram atau gambaran garis keturunan beserta penyakit yang pernah diderita terutama untuk penyakit-penyakit yang sifatnya diturunkan atau penyakit menular.

Contoh genogram :



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

..... : Orang yang tinggal serumah

34 : Usia

→ : Klien

V. RIWAYAT POLA PEMELIHARAAN KESEHATAN KLIEN

1. Pola Aktivitas Sehari-Hari

ADL	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan	Makan / Minum Jumlah : Jenis : - Nasi : - Lauk : - Sayur : - Minum : Pantangan : Kesulitan Makan / Minum : Usaha Mengatasi kesulitan :	Makan / Minum Jumlah : Jenis : - Nasi : - Lauk : - Sayur : - Minum/Infus : Pantangan : Kesulitan Makan / Minum : Usaha Mengatasi kesulitan :
Pola Eliminasi BAK : Jumlah, Warna, Bau, Masalah, Cara Mengatasi. BAB : Jumlah, Warna, Bau, Konsistensi, Masalah, Cara Mengatasi.		
Pola Istirahat Tidur - Jumlah/Waktu - Gangguan Tidur - Upaya Mengatasi gangguan tidur - Hal-hal yang mempermudah tidur - Hal-hal yang mempermudah bangun		
Pola Kebersihan Diri (PH) - Frekuensi mandi - Frekuensi Mencuci rambut - Frekuensi Gosok gigi - Keadaan kuku		
Aktivitas Lain Aktivitas apa yang dilakukan klien untuk mengisi waktu luang ?		

2. Riwayat Psikologi

a. Status Emosi

- Bagaimana ekspresi hati dan perasaan klien?
- Tingkah laku yang menonjol ?
- Suasana yang membahagiakan klien ?
- Stressing yang membuat perasaan klien tidak nyaman ?

b. Gaya Komunikasi

- Apakah klien tampak hati-hati dalam berbicara (ya / tdk), Apakah pola komunikasinya (spontan / lambat), Apakah klien menolak untuk diajak komunikasi (ya / tdk), Apakah komunikasi klien jelas (ya / tdk), Apakah klien menggunakan bahasa isyarat (ya / tdk).
- Apakah tipe kepribadian klien (terbuka / tertutup)?

c. **Pola Pertahanan**

Bagaimana mekanisme kopping klien dalam mengatasi masalahnya ?

d. **Dampak di Rawat di Rumah Sakit**

Apakah ada perubahan secara fisik dan psikologis selama klien di rawat di RS ?

e. **Kondisi emosi / perasaan klien**

Apa suasana hati yang menonjol pada klien (sedih / gembira) ?

Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya (ya / tdk) ?

3. **Riwayat Sosial**

Bagaimana Pola Interaksi klien : Kepada siapa klien berspon? Siapa orang yang dekat dan dipercaya klien ? Bagaimanakah klien dalam berinteraksi (aktif / pasif)? Kegiatan sosial apa yang selama ini diikuti oleh klien ?

4. **Riwayat Spiritual**

Kebutuhan untuk beribadah (terpenuhi / tidak terpenuhi)? Masalah- masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual ? Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual ?

VI. PEMERIKSAAN FISIK

1. **Keadaan Umum**

Keadaan secara umum yang tampak dari fisik klien ketika perawat melakukan pengkajian misalnya, pasien tampak lemah, tampak kotor, dan lain-lain.

Kesadaran secara kualitatif (composmentis, somnolen, apatis dll) termasuk dalam pemeriksaan keadaan umum.

2. **Pemeriksaan Tanda-tanda Vital**

Pengkajian Tanda-tanda vital sebelum pasien sakit(berdasarkan wawancara pada klien atau catatan kesehatan sebelumnya) dan tanda-tanda vital saat pengkajian.

Tanda-tanda vital (TTV) yang diperiksa meliputi

- Tekanan Darah (TD) : mmHg
- Nadi :.....x/minit
- Suhu :.....°C
- Respiratory Rate (RR) :.....x/minit

3. **Pemeriksaan Wajah**

a. **Mata**

Kelengkapan dan kesimetrisan mata(+ / -), Kelopak mata/palpebra oedem (+ / -), ptosis/dalam kondisi tidak sadar mata tetap membuka (+ / -), peradangan (+ / -), luka(+ / -), benjolan (+ / -), Bulu mata rontok atau tidak, Konjunctiva dan sclera perubahan warna (anemis / an anemis), Warna iris (hitam, hijau, biru), Reaksi pupil terhadap cahaya (miosis/midriasis), Pupil (isokor / an isokor), Warna Kornea

b. **Hidung**

Inspeksi dan palpasi : Amati bentuk tulang hidung dan posisi septum nasi (adakah pembengkokan atau tidak). Amati meatus : perdarahan (+ / -), Kotoran (+ / -), Pembengkakan (+ / -), pembesaran / polip (+ / -)

c. **Mulut**

Amati bibir : Kelainan konginetal (labioscisis, palatoscisis, atau labiopalatoscisis), warna bibir, lesi (+ / -), Bibir pecah (+ / -), Amati gigi ,gusi, dan lidah : Caries (+ / -), Kotoran (+/-), Gigi palsu (+ / -), Gingivitis (+ / -), Warna lidah, Perdarahan (+ / -) dan abses (+ / -).

Amati orofaring atau rongga mulut : Bau mulut, Benda asing : (ada / tidak)

d. **Telinga**

Amati bagian telinga luar: Bentuk ...Ukuran ... Warna ..., lesi (+ / -), nyeri tekan (+ / -), peradangan (+ / -), penumpukan serumen (+ / -). Dengan otoskop periksa membran tympany amati, warna, transparansi, perdarahan (+ / -), perforasi (+ / -).

4. Pemeriksaan Kepala, Dan Leher

a. Kepala

Inspeksi : bentuk kepala (dolicephalus/lonjong, Brakhioccephalus/ bulat), kesimetrisan (+/-).

Hidrocephalus (+ / -), Luka (+ / -), darah (+ / -), Trepanasi (+ / -).

Palpasi : Nyeri tekan (+ / -), fontanella / pada bayi (cekung / tidak)

b. Leher

Inspeksi : Bentuk leher (simetris atau asimetris), peradangan (+ / -), jaringan parut (+ / -), perubahan warna (+ / -), massa (+ / -)

Palpasi : pembesaran kelenjar limfe (+ / -), pembesaran kelenjar tiroid (+ / -), posisi trachea (simetris/tidak simetris), pembesaran Vena jugularis (+ / -)

5. Pemeriksaan Thoraks/dada

a. PEMERIKSAAN PARU

INSPEKSI

- Bentuk torak (Normal chest / Pigeon chest / Funnel chest / Barrel chest),
- Susunan ruas tulang belakang (Kyphosis / Scoliosis / Lordosis),
- Bentuk dada (simetris / asimetris),
- keadaan kulit ?
- Retraksi otot bantu pernafasan : Retraksi intercosta (+ / -), retraksi suprasternal (+ / -), Sternomastoid (+ / -), pernafasan cuping hidung (+ / -).
- Pola nafas : (Eupnea / Takipneu / Bradipnea / Apnea / Chene Stokes / Biot's / Kusmaul)
- Amati : cianosis (+ / -), batuk (produktif / kering / darah).

PALPASI

Pemeriksaan taktil / vocal fremitus : getaran antara kanan dan kiri teraba (sama / tidak sama).

Lebih bergetar sisi

PERKUSI

Area paru : (sonor / Hipersonor / dullnes)

AUSKULTASI

- Suara nafas Area Vesikuler : (bersih / halus / kasar) , Area Bronchial : (bersih / halus / kasar) Area Bronkovesikuler (bersih / halus / kasar)
- Suara Ucapan Terdengar : Bronkophoni (+ / -), Egophoni (+ / -), Pectoriloqui (+ / -)
- Suara tambahan Terdengar : Rales (+ / -), Ronchi (+ / -), Wheezing (+ / -), Pleural friction rub (+ / -), bunyi tambahan lain
- Keluhan lain yang dirasakan terkait Px. Torak dan Paru :

b. PEMERIKSAAN JANTUNG

INSPEKSI

Ictus cordis (+ / -), pelebarancm

PALPASI

Pulsasi pada dinding torak teraba : (Lemah / Kuat / Tidak teraba)

PERKUSI

Batas-batas jantung normal adalah :

Batas atas : (N = ICS II)

Batas bawah : (N = ICS V)

Batas Kiri : (N = ICS V Mid Clavikula Sinistra)

Batas Kanan : (N = ICS IV Mid Sternalis Dextra)

AUSKULTASI

BJ I terdengar (tunggal / ganda, (keras / lemah), (reguler / irreguler)

BJ II terdengar (tunggal / ganda), (keras / lemah), (reguler / irreguler)

Bunyi jantung tambahan : BJ III (+ / -), Gallop Rhythm (+ / -), Murmur (+ / -)

Keluhan lain terkait dengan jantung :

6. Pemeriksaan Abdomen

INSPEKSI

Bentuk abdomen : (cembung/cekung/datar), Massa/Benjolan (+/-), Kesimetrisan (+ / -), Bayangan pembuluh darah vena (+ / -)

AUSKULTASI

Frekuensi peristaltic usus x/menit (N = 5 – 35 x/menit, Borborygmi (+ / -)

PALPASI

Palpasi Hepar : diskripsikan :Nyeri tekan (+ / -), pembesaran (+ / -), perabaan (keras / lunak), permukaan (halus / berbenjol-benjol), tepi hepar (tumpul / tajam) . (N = hepar tidak teraba).

Palpasi Lien : Gambarkan garis bayangan Schuffner dan pembesarannya Dengan Bimanual lakukan palpasi dan diskripsi nyeri tekan terletak pada garis Scuffner ke berapa ?(menunjukan pembesaran lien)

Palpasi Appendik : Buatlah garis bayangan untuk menentukan titik Mc. Burney. nyeri tekan (+ / -), nyeri lepas (+ / -), nyeri menjalar kontralateral (+ / -).

Palpasi Ginjal : Bimanual diskripsi nyeri tekan(+ / -), pembesaran (+ / -). (N = ginjal tidak teraba).

PERKUSI

Normalnya hasil perkusi pada abdomen adalah tympani.

Keluhan lain yang dirasakan terkait dengan Px. Abdomen :

7. Pemeriksaan Genitalia dan Rektal

a. Genitalia Pria

Inspeksi :

Rambut pubis (bersih / tidak bersih), lesi (+ / -), benjolan (+ / -) Lubang uretra : penyumbatan (+ / -), Hipospadia (+ / -), Epispadia (+ / -)

Palpasi

Penis : nyeri tekan (+ / -), benjolan (+ / -), cairan Scrotum dan testis : beniolan (+ / -), nyeri tekan (+ / -),

Kelainan-kelainan yang tampak pada scrotum :

Hidrochele (+ / -), Scrotal Hernia (+ / -), Spermatochele (+ / -) Epididimal Mass/Nodularyti (+ / -) Epididimitis (+ / -), Torsi pada saluran sperma (+ / -), Tumor testicular (+ / -)

Inspeksi dan palpasi Hernia :

Inguinal hernia (+ / -), femoral hernia (+ / -), pembengkakan (+ / -)

b. Pada Wanita

Inspeksi

Kebersihan rambut pubis (bersih / kotor), lesi (+ / -), eritema (+ / -), keputihan (+ / -), peradangan (+ / -).Lubang uretra : stenosis / sumbatan (+ / -)

8. Pemeriksaan Punggung Dan Tulang Belakang

Periksa ada tidaknya lesi pada kulit punggung, Apakah terdapat kelainan bentuk tulang belakang, Apakah terdapat deformitas pada tulang belakang, apakah terdapat fraktur atau tidak, adakah nyeri tekan.

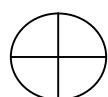
9. Pemeriksaan Ektremitas/Muskuloskeletal

a. Inspeksi

Otot antar sisi kanan dan kiri (simetris / asimetris), deformitas (+ / -), fraktur (+ / -) lokasi fraktur ..., jenis fraktur..... kebersihan luka....., terpasang Gib (+ / -), Traksi (+ / -)

b. Palpasi

Oedem :



Lingkar lengan :Lakukan uji kekuatan otot :



10. Pemeriksaan Fungsi Pendengaran/Penghidu/tenggorokan

Uji ketajaman pendengaran :Tes bisik, Dengan arloji, *Uji weber* : seimbang / lateralisisasi kanan / lateralisisasi kiri, *Uji rinne* : hantaran tulang lebih keras / lemah / sama dibanding dengan hantaran udara, *Uji swabach* : memanjang / memendek / sama

Uji Ketajaman Penciuman dengan menggunakan rangsang bau-bauan.

Pemeriksaan tenggorokan: lakukan pemeriksaan tonsil, adakah nyeri telan.

11. Pemeriksaan Fungsi Penglihatan

- Pemeriksaan Visus Dengan Snellen's Cart : OD OS
- Tanpa Snellen Cart : Ketajaman Penglihatan (Baik / Kurang)
- Pemeriksaan lapang pandang : Normal / Haemi anoxia / Haemoxia

- Pemeriksaan tekanan bola mata Dengan tonometri , dengan palpasi taraba

12. Pemeriksaan Fungsi Neurologis

- a. Menguji tingkat kesadaran dengan GCS (Glasgow Coma Scale)
Menilai respon membuka mata
Menilai respon Verbal
Menilai respon motorik
Setelah dilakukan scoring maka dapat diambil kesimpulan : (Compos Mentis / Apatis / Somnolen / Delirium / Sporo coma / Coma)
- b. Memeriksa tanda-tanda rangsangan otak
Penigkatan suhu tubuh (+ / -), nyeri kepala (+ / -), kaku kuduk (+ / -), mual –muntah (+ / -) kejang (+ / -) penurunan tingkat kesadaran (+ / -)
- c. Memeriksa nervus cranialis
Nervus I - Olfaktorius (pembau), Nervus II - Opticus (penglihatan), Nervus III - Oculomotorius, Nervus IV- Throclearis, Nervus V – Trigeminus, Nervus VI-Abduzens, Nervus VII – Facialis, Nervus VIII- Auditorius, Nervus IX- Glosopharyngeal, Nervus X – Vagus, Nervus XI- Accessorius, Nervus XII- Hypoglossal
- d. Memeriksa fungsi motorik
Ukuran otot (simetris / asimetris), atropi (+ / -) gerakan-gerakan yang tidak disadari oleh klien (+ / -)
- e. Memeriksa fungsi sensorik
Kepakaan saraf perifer : benda tumpul , benda tajam. Menguji sensasi panas / dingin, kapas halus, minyak wangi.
- f. Memeriksa reflek kedalaman tendon
Reflek fisiologis : R.Bisep, R. Trisep, R. Brachioradialis, R. Patella, R. Achilles
Reflek Pathologis, Bila dijumpai adanya kelumpuhan ekstremitas pada kasus-kasus tertentu. Yang diperiksa adalah R. Babinski, R. Chaddock, R.Schaefer, R. Oppenheim, R. Gordon, R. Bing, R.Gonad.
- g. Keluhan lain yang terkait dengan Px. Neurologis :

13. Pemeriksaan Kulit/Integument

a. Integument/Kulit

Inspeksi : Adakah lesi (+ / -), Jaringan parut (+ / -), Warna Kulit, Bila ada luka bakar dimana saja lokasinya, dengan luas : %

Palpasi : Tekstur (halus/ kasar), Turgor/Kelenturan(baik/jelek), Struktur (keriput/tegang), Lemak subcutan (tebal / tipis), nyeri tekan (+ / -) pada daerah mana?

Identifikasi luka / lesi pada kulit

1. Tipe Primer : Makula (+ / -), Papula (+ / -) Nodule (+ / -) Vesikula (+ / -)

2. Tipe Sekunder : Pustula (+/-), Ulkus (+/-), Crusta (+/-), Exsoriasi (+/-), Scar (+/-), Lichenifikasi (+ / -)

Kelainan- kelainan pada kulit : Naevus Pigmentosus (+ / -), Hiperpigmentasi (+ / -), Vitiligo/Hipopigmentasi (+/ -), Tatto (+ / -), Haemangioma (+/-), Angioma/toh(+ / -), Spider Naevi (+ / -), Striae (+ / -)

b. Pemeriksaan Rambut

Ispeksi dan Palpasi : Penyebaran (merata / tidak), Bau rontok (+/-), warna

Alopecia (+ / -), Hirsutisme (+ / -), alopecia (+ / -)

c. Pemeriksaan Kuku

Inspeksi dan palpasi : warna, bentuk, dan kebersihan kuku.

14. Pemeriksaan Penunjang/Diagnostik Medik

A. DARAH LENGKAP :

Leukosit	:	(N : 3.500 – 10.000 / μ L)
Eritrosit	:	(N : 1.2 juta – 1.5 juta μ L)
Trombosit	:	(N : 150.000 – 350.000 / μ L)
Haemoglobin	:	(N : 11.0 – 16.3 gr/dl)
Haematokrit	:	(N : 35.0 – 50 gr / dl)

B. KIMIA DARAH :

Ureum	:	(N : 10 – 50 mg / dl)
Creatinin	:	(N : 07 – 1.5 mg / dl)
SGOT	:	(N : 2 – 17)

SGPT	:	(N : 3 – 19)
BUN	:	(N : 20 – 40 / 10 – 20 mg / dl)
Bilirubin	:	(N : 1,0 mg / dl)
Total Protein	:	(N : 6,7 – 8,7 mg / dl)
GD puasa	:	(N : 100 mg/dl)
GD 2 jpp	:	(N : 140 – 180 mg / dl)

C. ANALISA ELEKTROLIT :

Natrium	:	(N : 136 – 145 mmol / l)
Kalium	:	(N : 3,5 – 5,0 mmol / l)
Clorida	:	(N : 98 – 106 mmol / l)
Calsium	:	(N : 7,6 – 11,0 mg / dl)
Phospor	:	(N : 2,5 – 7,07 mg / dl)

D. PEMERIKSAAN RADIOLOGI :

Jika ada jelaskan gambaran hasil foto Rongent, USG, EEG, EKG, CT-Scan, MRI, Endoscopy dll.

VII. TINDAKAN DAN TERAPI

Tindakan apa saja yang sudah dilakukan untuk menolong keselamatan klien dan terapi farmakologis (obat-obatan) apa saja yang sudah diberikan.

TTD PERAWAT

(Nama Lengkap)