**INSTRUMEN**

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

# PENGKAJIAN

# 1. Pengumpulan data

1. Identifikasi data
   1. Nama KK :
   2. Umur :
   3. Pendidikan :
   4. Pekerjaan :
   5. Agama :
   6. Suku :
   7. Alamat :
   8. Komposisi Keluarga

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Nama | Sex | Hub.dg KK | Umur | Pendidikan | Pekerjaan |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

* 1. Genogram
  2. Tipe Keluarga
  3. Latar Belakang Budaya
  4. Identifikasi Agama
  5. Status kelas sosial
  6. Rekreasi keluarga

# Tahap perkembangan dan sejarah keluarga

* 1. Tahapperkembangankeluargasaatini
  2. Tahapperkembangankeluarga yang belumterpenuhi
  3. Riwayatkesehatankeluargainti
  4. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

# Data Lingkungan

* 1. KarakteristikRumahdandenahrumah :

1. Karakteristikrumah :
   * 1. LuasRumah.
     2. Ventilasi
     3. Pemanfaatan halamanRumah
     4. PenataanRuangan.
     5. MCK
     6. Sumber Air Minum
     7. Jaraksumber air minumdenganseptictank.
     8. Data SPAL.
2. Denahrumah
   1. KarakteristikTetanggadanKomunitas :
   2. MobilitasGeografisKeluarga :
   3. PerkumpulanKeluargadanInteraksidenganMasyarakat :
   4. SistemPendukungKeluarga :
3. Struktur Keluarga
4. PolaKomunikasiKeluarga :
5. StrukturKekuatanKeluarga :
6. Struktur Peran (peran masing-masing anggota keluarga) :
7. Nilai- nilaiKeluarga :

# Fungsi keluarga

1. FungsiAfektif :
2. Fungsi ekonomi :
3. FungsiSosialisasi :
4. FungsiPerawatanKesehatan :
5. FungsiReproduksi :

# Koping keluarga

1. Stressor yang dirasakankeluarga :
2. Responkeluargaterhadapstressor :
3. Strategikoping :
4. Strategi adapatasidisfungsional:

# Pemeriksaan Fisik

| Pemeriksaan | AnggotaKeluarga | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Kepala |  |  |  |  |
| Mata |  |  |  |  |
| Telinga |  |  |  |  |
| Hidung |  |  |  |  |
| Mulut&gigi |  |  |  |  |
| Leher&tenggorokan |  |  |  |  |
| Dada  Jantung |  |  |  |  |
| Abdomen |  |  |  |  |
| Kulit  Turgor |  |  |  |  |
| Tangan |  |  |  |  |
| Kaki |  |  |  |  |
| BB/TB |  |  |  |  |
| TD |  |  |  |  |
| Nadi |  |  |  |  |
| Suhu |  |  |  |  |
| Pernapasan |  |  |  |  |
| Keadaanumum |  |  |  |  |

# Harapan Keluarga

1. **DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA**
   * + 1. Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Masalah | Penyebab |
| 1 | DS dan DO Jelas |  |  |
| 2 | Ds dan DO jelas |  |  |

1. Perumusan Diagnosa Keperawatan keluarga

|  |  |
| --- | --- |
| No | Diagnosa keperawatan ( P, E, S ) |
| 1 |  |
| 2 |  |

1. Penilaian (skoring) diagnosa Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | KRITERIA | SKALA | BOBOT | SKORING | PEMBENARAN |
| 1 | Sifat masalah | 1/3 | 1 | 1/3 |  |
| 2 | Kemungkinan untuk diubah | 0/2 | 2 | 0 |  |
| 3 | Potensial masalah untuk diubah | 2/3 | 1 | 2/3 |  |
| 4 | Menonjolnya masalah | 2/2 | 1 | 1 |  |
|  | Total |  |  | 2 |  |

1. Skalaprioritasmasalahkeluarga

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Criteria | Skor | Bobot |
| 1. Sifat maslah 2. Aktual (tidak / kurangsehat 3. Ancaman kesehatan 4. Keadaan sejahtera | 3  2  1 | 1 |
| 1. Kemungkinan masalah dapat diubah 2. Mudah 3. Sebagian 4. Tidak dapat | 2  1  0 | 2 |
| 1. Potensimasalahuntukdicegah 2. Tinggi 3. Cukup 4. Rendah | 3  2  1 | 1 |
| 1. Menonjolnya masalah    1. Berat segera    2. Ada masalah tapi tidak perlu segera ditangani    3. Masalah Tidak dirasakan | 2  1  0 | 1 |

1. **RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | DX.Kep  Keluarga | Tujuan | | Kriteria Evaluasi | | Intervensi Keperawatan |
| Umum | Khusus | Kriteria | Standar |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **IMPLEMENTASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari,Tanggal dan waktu | Dx | Implementasi |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **EVALUASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari, tanggal dan waktu | Dx | Evaluasi |
|  |  | S:  O:  A:  P: |
|  |  | S:  O: A:  P: |

**FORMAT AWANCARA PENGKAJIAN NYERI**

1. RIWAYAT NYERI
2. Lokasi : Di mana nyeri anda?
3. Intensitas : Pada skala 1 sampai 10 (dengan menunjukkan tingkat nyeri rendah), berapa nilai yang anda berikan pada derajat ketidaknyamanan yang anda rasakan.
4. Kualitas : Katakan pada saya bagaimana rasanya nyeri anda?
5. Pola
6. Waktu : kapan nyeri dimulai?
7. Durasi : Berapa lama anda merasakan atau berapa lama biasanya nyeri berlangsung?
8. Konstan : Apakan anda mempunyai periode bebas nyeri?, dan berapa lama?
9. Faktor pencetus : apa yang mencetuskan rasa nyeri atau memperburuknya
10. Faktor pereda : apa upaya atau apa metode yang anda lakukan dalam mengurangi atau meredakan nyeri? Apa obat yang anda gunakan?
11. Gejala penyerta : apakah anda mempuyai gejala lain? (Misalnya : mual, pusing, pandangan kabur, dan sesak nafas) sebelum atau sesudah nyeri?
12. Efek pada ADL : bagaimana rasa nyeri yang mempengaruhi kehidupan anda sehari-hari (Misalnya : makan, bekerja, tidur dan aktivitas sosial serta rekreasi)?
13. Pengalaman nyeri dimasa lalu : katakana kepada saya mengenai pengalaman nyeri di masa lalu yang pernah anda miliki dan efektifitas pereda nyeri?
14. Makna nyeri : bagaimana anda menginterpretasikan nyeri anda? Apa hasil yang anda harapkan dari nyeri ini? Apa yang paling anda takutkan pada nyeri ini?
15. Sumber koping : apa yang biasanya anda lakukan untuk membantu mengatasi rasa nyeri?
16. Respon aktif : rasa nyeri membuat perasaan anda seperti apa? Cemas? Depresi? Takut?