**INSTRUMEN PENGKAJIAN**

**LEMBAR WAWANCARA**

1. **Biodata Klien**

1. Nama Klien :

2. Jenis kelamin :

3. Agama :

4. Alamat :

5. Suku/bangsa :

6. Pekerjaan :

7. Tanggal masuk RS :

8. Tanggal pengkajian :

9. Diagnose medik :

1. **Biodata Penanggung jawab**

1. Nama :

2. Tempat tanggal lahir :

3. Umur :

4. Pekerjaan :

5. Hubungan dengan klien :

6. Agama :

1. **Riwayat kesehatan saat ini:**
2. Bagaimana perasaan klien sekarang ?
3. Bagaimana keluhan yang pertama klien rasakan masuk di RS ?
4. Apakah keluhan lain yang klien rasakan saat ini ?
5. Setelah di rumah sakit apa ada keluhan lain yang dirasakan ?
6. **Riwayat penyakit dahulu**
	1. Apakah klien memiliki riwayat penyakit sebelumnya misalanya
	2. Kalau misalnya pernah berapa lama anda menderita penyakit itu ?
	3. Apakah dari penyakit itu anda pernah dirawat di Rumah sakit ?
	4. Apakah klien pernah mengalami kontak dengan penderita tuberkulosis paru ?
7. **Riwayat kesehatan keluarga**
8. Apakah ada keluarga yang menderita penyakit Tuberculosis ?
9. Penyakit yang pernah dialami oleh keluarga seperti Hipertensi Diabetes Mellitus dan HIV ?
10. Apakah ada anggota keluarga merokok ?
11. **Pola nutrisi**
12. Bagaiamana selera makan sebelum sakit dan saat sakit ?
13. Apakah sama atau ada perubahan selera makan ?
14. Perubahan seperti apa itu ?
15. Menu apa saja yang anda konsumsi selama 24 jam selama dirumah sakit?
16. Berapa frekuensi makan anda selama 24 jam ?
17. Apakah selama 24 jam itu anda menghabiskan setiap porsi makanan yang anda konsumsi ?
18. Kalau tidak ? berapa sendok yang anda habiskan ?
19. Apa makanan yang anda sukai sebelum dan sesudah masuk rumah sakit
20. Apakah ketika anda disuguhkan makanan kesukaan anda Apakah anda menghabiskan atau tidak ?
21. Jenis makanan apa yang biasa anda konsumsi ?
22. Apakah ada makanan pantangan yang tidak bisa dimakan ?
23. Sebutkan makanan seperti apa itu ?
24. Apakah ada pembatasan pola makan dari tim gizi yang ada di rumah sakit ?
25. Apakah anda mengalami perubahan berat badan selama dirawat di rs ?
26. Apakah anda pernah mengalami gangguan pencernaan ?
27. Berapa kali BAB dalam setiap hari ?
28. Apakah selama mengonsumsi obat OAT anda mengalami perubahan ? dalam hal peningkatan nafsu makan ?
29. **Proses digestive**
30. Apakah anda mengalami kesulitan mengunya ?
31. Apakah anda sering mersakan mual dan muntah ?
32. Apa yang menyebabkan anda mual dan muntah ?
33. Apakah ini ada hubungannya dengan obat tuberculosis yang anda konsumsi?
34. Apakah anda mengalami kesulitan menelan ?
35. Apakah terjadi peradangan pada tenggorokan anda ?
36. Apakah merasakan nyeri pada lambung atau ulu hati ?
37. Kalau misalnya nyeri ? nyerinya skala berapa ? diarea mana ? dan seperti apa ?
38. **Psikososial**
39. Bagaimana keadaan tempat tinggal ?
40. Bagaimana keadaan lingkungan disekitar ?
41. Apa kegiatan sosial dimasyarakat yang sering diikuti?

**LEMBAR OBSERVASI**

Isilah lembar observasi berikut ini dengan tanda √

1. Nama :
2. Tempat, Tanggal Lahir :
3. No.RM :
4. Keluhan Utama :
5. Riwayat Kesehatan :

|  |  |
| --- | --- |
| Kehilangan nafsu makan  | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Tidak dapat mencerna makanan dengan baik | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Penurunan Berat Badan :  Sebelum sakit : Kg Sesudah sakit : Kg |  |
| Kenaikan berat badan : Kg |  |

1. Riwayat Diet :

|  |  |
| --- | --- |
| Kesulitan mengunyah  | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Kesulitan Menelan  | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Anoreksia | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Mual & muntah | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Minum Alkohol | : Ya ( ) Tidak ( ) |

1. Pemeriksaan Fisik
2. Keadaan Umum

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Lemah
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Lesu
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Dehidrasi
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Konstipasi
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Diare
 | : Ya ( ) Tidak( ) |

1. Rambut

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Warna
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Kusam
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Bercahaya
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Kuat
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Rontok
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Kering
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Tipis
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Mudah patah
 | : Ya ( ) Tidak( ) |

1. Mata

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Konjungtiva Anemis
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Kantung mata berwarna hitam
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Exoftalmus
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Tanda – tanda infeksi
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Mata cerah
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Terasa perih
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Penonjolan pembuluh darah mata
 | : Ya ( ) Tidak( ) |

1. Bibir

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Kering
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Lembab
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Pecah-pecah
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Lesi
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Stomatitis
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Membrane mukosa pucat
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Membrane mukosa merah muda
 | : Ya ( ) Tidak( ) |

1. Gusi

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Perdarahan
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Peradangan
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Lembab
 | : Ya ( ) Tidak( ) |

1. Gigi dan mulut

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Mulut bersih
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Karies pada gigi
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Lubang pada gigi
 | : Ya ( ) Tidak( ) |

1. Lidah

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Kotor
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Edema & hiperemis
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Lembab
 | : Ya ( ) Tidak( ) |

1. Kulit

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Kering
 | : Ya ( ) Tidak( ) |
| 1. Luka
 | : Ada ( ) tidak ada ( ) |
| 1. Lembab
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| 1. Lemak subkutan
 | : Ada ( ) tidak ada ( ) |

1. Kuku

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Mudah patah
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| 1. Melengkung seperti sendok
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| 1. Finger Clubbing
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| 1. Lesi
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| 1. Koilonikia
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| 1. Brittel nail sindrom
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| 1. Membrane mukosa merah muda
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |

1. Faring

|  |  |
| --- | --- |
| Peradangan  | : Ya ( ) Tidak ( ) |

1. Otot

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Flaksid
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| 1. Tonus lemah
 | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| 1. Kekuatan otot
 | : Kuat ( ) Lemah ( ) |

1. Data Pola Nutrisi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Sebelum Sakit | Saat sakit dan dirawat |
| Jenis makanan |  |  |
| Frekuensi  |  |  |
| Jumlah porsi |  |  |
| Makanan yang disukai |  |  |
| Makanan yang tidak disukai |  |  |
| Selera makan |  |  |
| Diet  |  |  |
| Kesulitan makan |  |  |

1. Asupan Makanan

|  |  |
| --- | --- |
| Tidak berubah | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Kurang dari biasanya | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Lebih dari biasanya | : Ya ( ) Tidak ( ) |

1. Makanan yang dikonsumsi sekarang

|  |  |
| --- | --- |
| Makanan normal tapi porsi sesuai kebutuhan | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Sedikit makanan padat | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Hanya cairan  | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Hanya Suplemen Nutrisi | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Semua Makanan dalam jumlah sedikit | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Makanan yang dimasukkan melalui selang NGT | : Ya ( ) Tidak ( ) |
| Nutrisi via intravena | : Ya ( ) Tidak ( ) |

1. Pengukuran Antropometri

|  |  |
| --- | --- |
| TB : Cm | LILA : Cm |
| BB : Kg | BBI : Kg |
| IMT : Kg M2 |  |

1. Pemeriksaan
2. Laboratorium

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Albumin :
 | e) limfosit : |
| 1. Hemoglobin :
 | f). Elektrolit : |
| 1. Hematokrit:
 | g) Kreatinin:  |
| 1. Transferrin:
 |  |