

FORMULIR PENGKAJIAN KELUARGA**A. Identitas klien /keluarga:**

Nama: _____
 Umur: _____
 Jenis Kelamin: _____
 Suku : _____
 Alamat: _____
 No. Telp _____

B. Riwayat Perkembangan Keluarga

Tahap Perkembangan Klg Saat Ini

Tugas Perkembangan Keluarga:

Dapat dijalankan Tdk Dpt Dijalankan

Bila Tdk dijalankan, sebutkan :

Daftar Anggota keluarga :

No	Nama (Inisial)	Umur	Gender (L/P)	Hubungan Dg KK	Pendidikan	Pekerjaan
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Tipe Keluarga :

Keluarga Inti
 Keluarga Besar
 Keluarga Campuran
 Single Parent

F. Pola Aktifitas sehari-hari:

Pola Makan baik / kurang
 Pola Minum baik / kurang
 Istirahat baik / kurang
 Pola BAK baik / kurang
 Pola BAB baik / kurang
 Pola Kebersihan diri baik / kurang
 Olahraga baik / kurang
 Tingkat kemandirian baik / kurang

G. Perilaku Tidak sehat:

Merokok Ya / Tidak
 Minum kopi Ya / Tidak
 Mengkonsumsi garam berlebih Ya / Tidak
 Mengkonsumsi gula berlebih Ya / Tidak
 Minuman beralkohol/obat dan zat adiktif Ya / Tidak

Sarana Kesehatan Yang digunakan: _____

Keluhan utama yang dirasakan:

C. Fungsi Keluarga

Fungsi Afektif : Berfungsi Tdk Berfungsi
 Fungsi Sosial : Berfungsi Tdk Berfungsi
 Fungsi Ekonomi : Baik Kurang Baik

Fungsi Perawatan Kesehatan :

- Pengetahuan Tentang Masalah Kes : Baik/ Tdk
- Pencegahan penyakit : Baik/ Tdk
- Perawatan penyakit : Baik/Tdk
- Pemanfaatan layanan Kesehatan : Baik/Tdk

D. Pola Koping Keluarga :Efektif Tidak Efektif

Stressor yg dihadapi keluarga :

H. Spiritual:

Taat beribadah Ya / Tidak
 Kepercayaan yg berlawanan dengan kesehatan Ya / Tidak
 Distress Spiritual Ya / Tidak

I. Psikososial:

Keadaan emosi pada saat ini:

- Marah Ya / Tidak
- Sedih Ya / Tidak
- Ketakutan Ya / Tidak
- Putus asa Ya / Tidak
- Stres Ya / Tidak

Kurang interaksi dg orang lain Ya / Tidak

Menarik diri dg lingkungan Ya / Tidak

Konflik dengan keluarga Ya / Tidak

Penurunan harga diri Ya / Tidak

Gangguan gambaran diri Ya / Tidak

J. Faktor resiko masalah kesehatan:

Tidak pernah/jarang periksa kes. Ya / Tidak
 Sosial ekonomi kurang Ya / Tidak
 Rumah/lingkungan tdk sehat Ya / Tidak
 Hubungan klg tidak harmonis Ya / Tidak
 Obesitas Ya / Tidak
 Status gizi kurang Ya / Tidak

K. PEMERIKSAAN FISIK

Tanda vital:

TD: _____ Nadi : _____
 RR : _____
 BB dan TB _____ Suhu : _____

Pemeriksaan Laboratorium :

- Gula darah Puasa/2 Jam PP/ Acak :
- Hb : _____ - Kadar Asam Urat:
- Colesterol :
- Hasil pemeriksaan BTA bulan ke-1:
- Hasil pemeriksaan BTA bulan ke-2:
- Hasil pemeriksaan BTA bulan ke-3:
- Hasil Rontgen :

Status mental:
 Bingung : _____
 Cemas : _____
 Disorientasi : _____
 Depresi : _____
 Menarik diri : _____

Sistem kardiovaskuler:
 Aritmia _____
 Nyeri dada _____
 Distensi vena jugularis _____
 Jantung berdebar _____

Nyeri spesifik:

Lokasi
 Tipe
 Durasi
 Intensitas

Sistem Pernafasan
 Stridor
 Wheezing
 Ronchi
 Akumulasi Sputum

Sistem integumen:
 Cianosis
 Akral Dingin
 Diaporesis
 Jaundice
 Luka
 Mukosa mulut
 Kapiler refill time :
 lebih 2 dtk

Sistem perkemihan:
 Disuria
 Hematuria
 Frekuensi
 Retensi
 Inkontinensia

Sistem muskuloskeletal:
 Tonus otot kurang
 Paralisis
 Hemiparesis
 ROM kurang
 Gangg.Keseimbangan

Sistem pencernaan:
 Intake cairan kurang
 Mual/muntah
 Nyeri perut
 Muntah darah
 Flatus
 Distensi abdomen
 Colostomy
 Diare
 Konstipasi
 Bising usus
 Terpasang Sonde

Sistem persyarafan:
 Nyeri kepala
 Pusing
 Tremor
 Reflek pupil anisokor
 Paralisis : Lengan kiri/ Lengan kanan/ Kaki kiri/ kaki kanan
 Anestesi daerah perifer

Riwayat pengobatan

Alergi Obat Sebutkan : _____
 Jenis obat yang dikonsumsi: _____
 Waktu mulai minum obat : _____
 Efek samping/reaksi : _____
 Pengelolaan sputum : _____
 Teknik Batuk : _____

L. Tingkat Kemandirian Dalam Kehidupan Sehari-hari, dengan memberikan tanda \checkmark pada kolom yang sesuai.

No.	Jenis kegiatan sehari-hari	Mandiri	Dengan bantuan
1.	Makan & minum		
2.	Berpindah dari kursi ke tempat tidur dan sebaliknya		
3.	Kebersihan diri; cuci muka, menyisir, mencukur dan aktifitas di kamar mandi.		
4.	Berjalan di jalan yang datar		
5.	Naik turun tangga		
6.	Berpakaian termasuk mengenakan sepatu		
7.	Mengontrol buang air besar		
8.	Mengontrol buang air kecil		
9.	Olahraga/latihan fisik		
10.	Pemanfaatan waktu luang/rekreasi		

M. PENGKAJIAN LINGKUNGAN :

1. Ventilasi : (1) < 10 % luas lantai (2) 10 % luas lantai dibuka/tidak
2. Pencahayaan : (1) Baik (2) kurang
3. Lantai : (1) semen (2) tegel (3) keramik (4) tanah (5) lainnya, Lembab/tidak
4. Kebersihan rumah : (1) baik (2) kurang
5. Jenis bangunan : (1) Permanen (2) Semi permanen (3) non permanen

N. FORM NUTRISI

N O	MAKANAN DIANJURKAN	NO	PANTANGAN MAKANAN
1.	Sayur (Bayam, Kangkung, Kubis, dll)	1.	Saus
2.	Buah (Alpukat, dll yg tidak manis)	2.	Gula halus
3.	Susu putih (tidak terlalu manis)	3.	Roti putih
4.	Ikan	4.	Sereal
5.	Kacang-kacangan	5.	Puding
		6.	Teh kental manis
		7.	Kopi
		8.	Acar
		9.	Minuman beralkohol
		10.	Kue manis
		11.	Makanan dan minuman manis

Malang, Tgl.
Nama Perawat/Tanda tangan

2. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Penyebab	Masalah
1			
2			
3			
4			
5			

2. RUMUSAN DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

NO	Diagnosa Keperawatan Keluarga (P E S)
1	
2	
3	
4	
5	

II. PERENCANAAN

1. Prioritas diagnosa keperawatan keluarga (Perhitungan skor terlampir)

Prioritas	Diagnosa keperawatan keluarga	Skor
1		
2		
3		
4		
5		

SKORING PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

Diagnosa Keperawatan keluarga:

.....

.....

KRITERIA	SKORE	PEMBENARAN
<p>1. Sifat masalah (bobot 1)</p> <p>Skala : 3 = aktual 2 = risiko 1 = sejahtera</p>		
<p>2. Kemungkinan masalah dapat diubah (bobot 2)</p> <p>Skala : 2 = Mudah 1 = Sebagian 0 = Tidak dapat</p>		
<p>3. Potensi masalah untuk dicegah (bobot 1)</p> <p>Skala : 3 = Tinggi 2 = Cukup 1 = Rendah</p>		
<p>4. Menonjolnya masalah (bobot 1)</p> <p>Skala : 2 = Berat , segera ditangani 1 = Tidak perlu segera ditangani 0 = Tidak dirasakan</p>		
Jumlah Skore		

2. FORMAT RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

No Diagnosis	Tujuan umum dan khusus	Kriteria hasil	Rencana tindakan

3. FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN/ KEMAJUAN KEPERAWATAN (SOAPIE)

No Diagnosis	Tanggal	Perkembangan (SOAP)	Tanda Tangan

