

FORMAT PENGKAJIAN

IDENTITAS

1. Nama pasien :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Status perkawinan :
5. Orang yang berarti : suami/istri/anak/ibu
6. Pekerjaan : TNI/Polisi/PNS/Swasta
7. Pendidikan :
8. Tanggal masuk :
9. Tanggal pengkajian :
10. Diagnosis medik :

Keluhan Utama Klien dan Keluarga:

.....

Faktor predisposisi:

- a. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?
? Ya ? Tidak
- b. Pengobatan sebelumnya
? Berhasil ? Kurang berhasil ? Tidak berhasil

Petunjuk

1. Tanyakan bagaimana pengobatan (minum obat dan perawatan di rumah oleh keluarga) apakah ada yang membantu untuk mengingatkan minum obat dan mengajarkan perawatan di rumah
2. Bila kurang /tidak berhasil, kenapa ?

c. Riwayat Penganiayaan

Pelaku/Usia Korban/Usia Saksi/Usia

1. Aniaya fisik ? /..... ? /..... ? /.....
2. Aniaya seksual ? /..... ? /..... ? /.....
3. Penolakan ? /..... ? /..... ? /.....
4. Kekerasan dalam keluarga ? /..... ? /..... ? /.....

5. Tindakan kriminal ? /..... ? /..... ? /.....

Jelaskan No. 1, 2, 3 : :.....

.....

Masalah Keperawatan:

.....

d. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?

? Ya ? Tidak

Hubungan keluarga :

Gejala :

Riwayat pengobatan :

Masalah keperawatan :

e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan,

Jelaskan :

.....

.....

Masalah keperawatan :

.....

Fisik.

a. Tanda vital :

TD:..... Nadi:..... Suhu:..... Pernafasan:.....

b. Ukur : TB.....

c. Keluhan fisik :

? Ya ? Tidak

Jelaskan :

.....

.....

.....

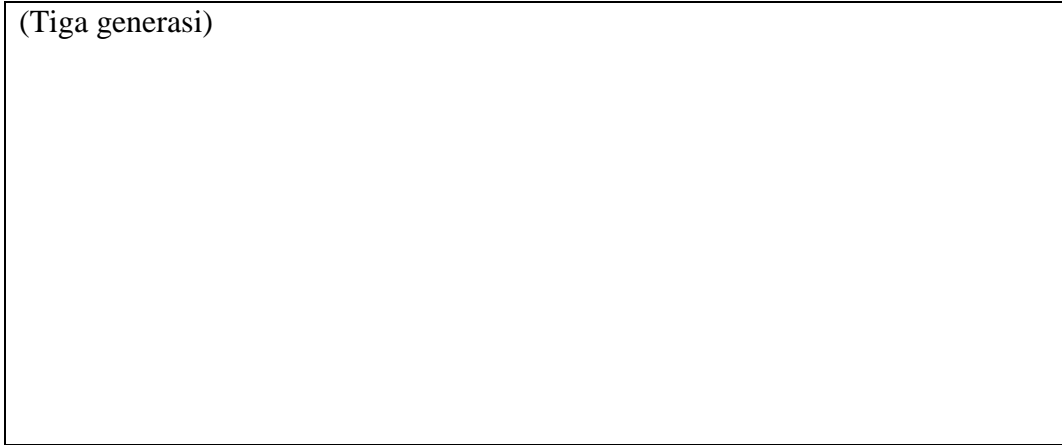
Masalah keperawatan :

.....

.....

Genogram

(Tiga generasi)



Jelaskan :

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

Konsep diri

- a. Gambaran diri :
- b. Identitas :
- c. Peran :
- d. Ideal diri :
- e. Harga diri :

Jelaskan :

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

Hubungan sosial.

- a. Orang yang berarti :.....
- b. Peran serta dalam kelompok :.....
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:.....

Masalah keperawatan :.....

Spiritual.

- a. Nilai dan keyakinan :.....
- b. Kegiatan Ibadah :.....

Status mental.

- a. Penampilan.
 - ? Rapih ? Tidak rapi
 - ? Penggunaan pakaian tidak sesuai
 - ? Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan (dengan terperinci)

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

- b. Pembicaraan
 - ? Cepat ? Keras ? Gagap ? Inkoheren
 - ? Apatis ? Lambat ? Membisu

Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : (dengan terperinci)

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

c. Aktivitas Motorik

? Lesu ? Tegang ? Agitasi

? Tremor ? Gelisah

Jelaskan : (dengan terperinci)

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

d. Interaksi selama wawancara

? Bermusuhan ? Tidak kooperatif ? Defensif

? Mudah tersinggung ? Kontak mata kurang ? Curiga

Jelaskan (dengan terperinci)

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

e. Alam Perasaan

? Sedih ? Ketakutan ? Putus asa

? Khawatir ? Gembira berlebihan

Jelaskan : (dengan terperinci)

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

f. Daya tilik diri

? Mengingkari penyakit yang di derita

? Menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Jelaskan :

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

g. Persepsi

Halusinasi/Ilusi

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan :

.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

h. Isi Pikir

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Obsesi | <input type="checkbox"/> Depersonalisasi |
| <input type="checkbox"/> Phobia | <input type="checkbox"/> Ide yang terkait |
| <input type="checkbox"/> Hipokondria | <input type="checkbox"/> Pikiran magis |

Waham :

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agama | <input type="checkbox"/> Nihilistik |
| <input type="checkbox"/> Somatik | <input type="checkbox"/> Sisip pikir |
| <input type="checkbox"/> Kebesaran | <input type="checkbox"/> Siar pikir |
| <input type="checkbox"/> Curiga | <input type="checkbox"/> Kontrol pikir |

Jelaskan :

.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

i. Proses pikir

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sirkumstansial | <input type="checkbox"/> Flight of idea |
| <input type="checkbox"/> Tangensial | <input type="checkbox"/> Blocking |
| <input type="checkbox"/> Kehilangan asosiasi | <input type="checkbox"/> Pengulangan pembicaraan/
perseverasi |

Jelaskan :

.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

j. Tingkat kesadaran

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Binggung | <input type="checkbox"/> Disorientasi waktu |
| <input type="checkbox"/> Sedasi | <input type="checkbox"/> Disorientasi orang |
| <input type="checkbox"/> Stupor | <input type="checkbox"/> Disorientasi tempat |

Jelaskan :

.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

k. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang
- Gangguan daya ingat jangka pendek
- Gangguan daya ingat saat ini
- Konfabulasi

Jelaskan :

.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berehitung sederhana

Jelaskan :

.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

1. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan :

.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

m. Daya Tilik Diri

Daya titik diri

- Mengingkari penyakit yang diderita
- Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

Analisis Data

No	Data	Masalah
1.	Data Subjektif: Data Objektif:	
2.	Data Subjektif: Data Objektif:	

Pohon Masalah

Rencana Keperawatan

Tgl/Hari	No. Dx	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan		
			Tujuan	Kriteria	Intervensi

Implementasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
			S : O: A: P:

Petunjuk

Boleh dibuat landscape jk perlu

1. Kolom diagnosis

Tulis nomor dan rumusan diagnosis keperawatan.

2. Kolom Implementasi.

a. Tulis tanggal dan jam dilakukan tindakan keperawatan.

b. Tulis semua tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana :

- Tindakan perawat.
- Tindakan perawat bersama pasien.
- Tindakan perawat bersama keluarga.
- Tindakan perawat bersama pasien dan keluarga.

3. Kolom evaluasi

a. Tulis semua respons pasien/keluarga terhadap tindakan yang dilaksanakan baik objektif maupun subjektif.

b. Analisis respons pasien dengan mengaitkan pada diagnosis, data, dan tujuan. Jika ditemukan masalah baru maka dituliskan apakah akan dirumuskan diagnosis baru.

c. Tuliskan rencana lanjutan, dapat berupa:

- Rencana dilanjutkan jika evaluasi sesuai dengan harapan.
- Selesai jika tujuan telah tercapai.
- Modifikasi tindakan keperawatan jika semua rencana telah dilaksanakan tetapi tujuan belum tercapai.
- Batal jika hasil evaluasi kontradiksi dengan diagnosis yang ada.

4. Tulis nama jelas dan tanda tangan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi