

Dian Novita

# BUKU AJAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN



Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 SindangBarang  
Bogor Barat

Phone : 0251-8327396 / 0251-8327399

Mobile: 0852-1670-1658 / 0812-9581-9088

Email: [wijayahusada@gmail.com](mailto:wijayahusada@gmail.com)

Website: [www.wijayahusada.com](http://www.wijayahusada.com)



# **DOKUMENTASI KEPERAWATA**

**DISUSUN OLEH :**

Ns. Dian N, S.Kep,M.Kep, Sp.Kep.M.B



## **PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR**

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang  
Bogor Barat

Phone : 0251-8327396 / 0251-8327399

Mobile: 0852-1670-1658 / 0812-9581-9088

Email: [wijayahusada@gmail.com](mailto:wijayahusada@gmail.com)

Website: [www.wijayahusada.com](http://www.wijayahusada.com)

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan hidayahNya kami dapat menyelesaikan Bahan Ajar DOKUMENTASI KEPERAWATAN ini. Buku ajar ini disusun dengan harapan dapat dijadikan sebagai bahan ajar untuk Mata Kuliah DOKUMENTASI KEPERAWATAN bagi mahasiswa yang mengikuti pendidikan S1 Keperawatan.

Pada kesempatan ini tidak lupa kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ajar ini. Kami menyadari keterbatasan kami selaku penulis, oleh karena itu demi pengembangan kreatifitas dan penyempurnaan buku ajar ini, kami mengharapkan saran dan masukan dari pembaca maupun para ahli, baik dari segi isi, istilah serta pemaparannya. Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan buku ajar ini. Akhir kata, semoga buku ajar ini dapat memberi manfaat bagi para pembaca. Amin.

**Ketua STIKes Wijaya Husada Bogor**

**dr. Pridady, Sp.PD KGEH**

## DAFTAR ISI

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| Kata Pengantar .....                                           | ii  |
| Daftar Isi .....                                               | iii |
| Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan.....                      | 1   |
| Materi 1 DOKUMENTASI SOR (SOURCE ORIENTED RECORD) .....        | 2   |
| Materi 2 DOKUMENTASI POR (PROBLEM ORIENTED RECORD).....        | 5   |
| Materi 3 DOKUMENTASI FORMAT FOKUS (DAR).....                   | 13  |
| Materi 4 DOKUMENTASI CBE (CHARTING BY EXEPTION) .....          | 15  |
| Materi 5 DOKUMENTASI PIE (PROBLEM INTERVENSI EVALUATION) ..... | 17  |
| Materi 6 DOKUMENTASI POS (PROCESS ORIENTED SYSTEM).....        | 19  |
| Materi 7 DOKUMENTASI POS(PROCESS ORIENTED SYSTEM).....         | 19  |
| Materi 8 FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN MATERNITAS.....        | 34  |
| Materi 9 FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN GAWAT DARURAT .....    | 49  |
| Materi 10 FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN KRITIS .....          | 54  |
| Materi 11 FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN KELUARGA.....         | 61  |
| Materi 12 FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA .....             | 75  |
| Materi 13 FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN BEDAH.....             | 91  |
| Materi 14 FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KOMUNITAS.....         | 99  |
| Materi 15 FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KOMUNITAS.....         | 99  |
| Daftar Pustaka .....                                           |     |

# **KONSEP DASAR**

## **DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

### **A. DEFINISI**

Dokumentasi keperawatan adalah suatu yang ditulis atau dicetak kemudian diandalkan sebagai catatan bukti bagi orang yang berwenang, dan merupakan bagian dari praktik profesional. ( Deswani, 2011 ).

Dokumentasi keperawatan merupakan informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. ( Setiadi , 2012 ).

### **B. AREA DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

1. Dokumentasi ditempat khusus meliputi dokumentasi :
  - a. Perawatan akut
  - b. Perawatan jangka panjang
  - c. Perawatan komunitas
2. Dokumentasi diarea perawatan khusus ini mencakup sistem dokumentasi :
  - a. Dokumentasi preoperatif
  - b. Dokumentasi intra operatif
  - c. Dokumentasi pasca operatif

### **C. SEJARAH DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

Proses keperawatan merupakan lima tahap yang konsisten sesuai dengan perkembangan profesi perawatan. Tahap tersebut pertama kali dijabarkan oleh Hall (1995). Pada tahun 1967, Yura dan Walsh menjabarkan menjadi 4 tahap yaitu pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Proses keperawatan yang semakin meningkat dipublikasikan pada pertengahan tahun 1970-an dengan perkembangannya waktu, proses keperawatan telah dianggap sebagai suatu dasar hukum dalam praktik keperawatan. Pada tahun 1973, *American Nursing Association* (ANA) menggunakan proses keperawatan sebagai pedoman dalam pengembangan standar praktik keperawatan dan digunakan sebagai suatu kerangka konsep kurikulum pendidikan keperawatan

# Materi I

## *DOKUMENTASI SOR (SOURCE ORIENTED RECORD)*

Model dokumentasi SOR (*source-oriented-record*) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan menjadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa bergantung dengan anggota tim kesehatan yang lain. Misalnya, kumpulan dokumentasi yang bersumber dari dokter, bidan, perawat, fisioterapi, ahli gizi, dan lain-lain. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit. Bidan menggunakan catatan kebidanan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing. Model ini dapat diterapkan pada pasien rawat inap, yang didalamnya terdapat catatan pesan Dokter yang ditulis oleh Dokter, dan riwayat keperawatan yang ditulis oleh perawat. Namun demikian, secara umum catatan ini berupa pesan Dokter. Catatan-catatan dalam model ini ditempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengolah pendokumentasian.

Model dokumentasi SOR ini dapat dibuat dengan formulir grafik, format pemberian obat, format catatan perawat termasuk riwayat penyakit klien, riwayat perawatan perawat dan perkembangan pasien, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik, formulir masuk Rumah sakit dan formulir untuk tindakan operasi yang ditandatangani oleh pasien dan keluarga. Model dokumentasi SOR terdiri dari 5 komponen, yaitu:

1. Lembar penerimaan berisi biodata.
2. Lembar instruksi Dokter.

3. Lembar riwayat medis atau penyakit.
4. Catatan perawat.
5. Catatan dan laporan khusus.

Format model dokumentasi SOR (*source-oriented-record*)

| Tanggal                     | Waktu               | Sumber  | Catatan Perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|---------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tanggal/<br>Bulan/<br>Tahun | Waktu<br>Intervensi | P/D/F/G | <p>Meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pengkajian Keperawatan</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnosa Keperawatan</li> <li><input type="checkbox"/> Rencana Keperawatan</li> <li><input type="checkbox"/> Tindakan Keperawatan</li> <li><input type="checkbox"/> Evaluasi Keperawatan</li> </ul> <p>Tanda Tangan</p> |

Sumber : P : perawat

D : dokter

F : fisioterapi

G : ahli gigi

Keuntungan model dokumentasi SOR (*source-oriented-record*) adalah:

1. Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi.
2. Memudahkan perawat melakukan cara pendokumentasian.
3. Proses pendokumentasian menjadi sederhana.

Kerugian model dokumentasi SOR (*source-oriented-record*) adalah:

1. Sulit untuk mencari data sebelumnya.
2. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan memerlukan waktu yang banyak.
3. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akan diberikan kepada klien.

4. Perkembangan klien sulit dipantau.

### **Tugas Praktikum 1 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan dalam bentuk SOR !**

## **Materi 2**

### *DOKUMENTASI POR PROBLEM ORIENTED RECORD*

#### **PENGERTIAN PROBLEM ORIENTED RECORD (POR)**

Problem Oriented Record (POR) adalah suatu model pendokumentasian yang memusatkan data tentang klien dan di dokumentasikan dan di susun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan data mengenai masalah yang di kumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan layanan kepada klien.

#### **KOMPONEN MODEL PROBLEM ORIENTED RECORD (POR)**

Komponen utama POR antara lain :

##### 1. Data Base (basis data)

Basis data adalah kumpulan segala informasi pasien yang berobat ke institusi pelayanan kesehatan dan dapat digunakan oleh semua pihak. Informasi atau data mengenai pasien dapat dikategorikan menjadi 2, yaitu:

- a. Data Sosial atau Informasi Umum dari Pasien Merupakan informasi mengenai data sosial dari pasien yang isinya menyangkut kelompok demografi: nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, agama, status perkawinan, dll. Sedangkan informasi yang bersifat umum yang dilakukan pada setiap orang adalah sekrening pada bayi yang baru lahir, pemeriksaan rutin pada kaum lanjut usia seperti misalnya EKG, dll.
- b. Data Medis atau Informasi Khusus terhadap Masalah Informasi lebih spesifik adalah sesuai dengan masalah yang ada pada setiap pasien itu sendiri. Dari keluhan utama yang dikemukakan oleh pasien, harus dengan sengaja dicari apa masalah yang sesungguhnya dan

kelainan apa yang diharapkan, oleh sebab itu perlu pengetahuan yang memadai untuk menemukan hematomegali. Pada anamnese dilengkapi selengkap-lengkapunya sehingga anamnese yang dilakukan untuk mendapat informasi lengkap dituntun oleh masalah utama yang ada dan masalah yang timbul selanjutnya. Basis data yang lengkap mengandung keluhan utama, riwayat penyakit, review sistem, riwayat penyakit masa lalu dan penyakit keluarga yang relevan, riwayat psikososial dan pengobatan, diskripsi hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium rutin. Secara kronologis, basis data dikumpulkan sebelum daftar masalah dibuat. Basis data harus dibuat seobjektif mungkin.

## 2. Problem List (Daftar Masalah)

Problem list atau daftar masalah adalah dasar acuan dari rekam medis yang berorientasi pada masalah. "Problem list" bukanlah merupakan suatu komposisi yang bersifat statis atau tetap melainkan suatu "table of contents" yang dinamis dari grafik pasien yang dapat di-update setiap saat. Ketelitian mengenai jenis masalah, catatan kemajuan yang berorientasi masalah dan kesimpulannya secara langsung berhubungan dengan ketelitian dan integritas dimana masalah pertamakali diidentifikasi. Tidak pernah ada kata benar atau salah dalam keputusan sepihak mengenai kasus yang sulit, yang ada hanyalah keputusan yang ilmiah dan logis atau tidak ilmiah dan tidak logis yang dikeluarkan dengan hati-hati atau tidak hati-hati(Weed, 1968).

Problem List antara lain mengacu pada masalah:

### a. Medical (biological)

Contoh: hasil tes lab, sinyal EKG, EEG, x-Ray, suara detak jantung, dll.

### b. Psychiatric

Contoh: gangguan bipolar,depresi,gangguan perhatian deficit hiperaktif (ADHD)

c. Symptom

Contoh : berupa gejala seperti gatal,mual,kesemutan,vertigo,dll.

d. Social

Contoh : status pekerjaan,ekonomi

e. Demographic

Contoh: fertilitas,morbilitas,migrasi,ketenagakerjaan,perkawinan,dll.

f. Diagnosis

Penentuan jenis penyakit,contoh : anemia,hipertensi,diabetes,dll

g. Lab abnormality

Hasil laborat yang tidak normal yang membantu menentukan jenis penyakit.

Berdasarkan sifatnya masalah dibagi menjadi 2, yaitu:

- a. Masalah Aktif Masalah aktif adalah masalah yang sedang berlangsung dan membutuhkan pemeriksaan dan penanganan selanjutnya juga masih membutuhkan suatu tindakan khusus karena akan membawa dampak pada perawatan masa kini ataupun masa yang akan datang dengan faktor resiko.
- b. Masalah Inaktif Merupakan masalah masa lalu yang diduga menjadi penyebab masalah yang sekarang dan masalah yang terjadi pada masa lampau kemungkinan bisa terjadi kembali atau kambuh kembali.

Fungsi dari daftar masalah adalah sebagai berikut:

- a. Mendaftar atau mencatat masalah-masalah yang ada
- b. Mengindikasi suatu masalah
- c. Pedoman asuhan pada pasien
- d. Alat komunikasi terhadap sesama tenaga medis, pasien

Daftar masalah harus lengkap dan isinya harus mencakup masalah sosial yang berpengaruh terhadap perjalanan penyakit dan pengobatannya, karena daftar masalah ini mempunyai fungsi yang sangat penting.

### 3. Initial Plans (Rencana Awal)

Initial Plans ini dibuat saat pasien pertama kali berobat ke suatu pelayanan kesehatan dan ini berfungsi sebagai rencana pemecahan masalah yang terjadi pada pasien saat menjalani perawatan di rumah sakit terkait baik rawat inap maupun rawat jalan. Dari data pasien dan daftar masalah yang telah diidentifikasi dapat dibuat sebuah perencanaan. Perencanaan pada umumnya dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

#### a. Diagnostic

Berisi tentang studi lebih mendalam mengenai diagnosis dan manajemen.

#### b. Therapeutic

Mengenai rencana tindakan pengobatan atau terapi yang akan diberikan.

#### c. Patient Education

Yaitu rencana penyampaian tindakan medis yang akan diberikan kepada pasien.

### 4. Progress Note (Catatan Perkembangan)

Progress Note (Catatan Perkembangan) adalah catatan perkembangan yang berisi tentang kemajuan keadaan pasien selama tindakan perawatan dilakukan. Di dalamnya terdapat deskripsi tentang aktifitas pelayanan pasien oleh tenaga medis, paramedis, dll. Catatan kemajuan pasien merupakan follow-up untuk semua masalah, karena catatan ini meliputi:

#### a. Segala sesuatu yang terjadi pada pasien

- b. Tanggapan pasien terhadap terapi yang diberikan
- c. Rencana asuhan lanjutan terhadap pasien Catatan kemajuan dapat dirumuskan dengan SOAP:
  - 1) Subjective (The Patients Observations)  
Gejala-gejala yang ada pada pasien dan merupakan informasi yang ditulis di dalam bahasa pasien.
  - 2) Objective (The Doctor's Observations and Tests)  
Hasil pemeriksaan dan pengamatan seorang dokter.
  - 3) Assessment (The Doctor's Understanding of the Problem)  
Sebuah catatan kemajuan dan perkembangan pada masa sekarang.
  - 4) Plan (Goals, action, advice, etc)  
Berisi tentang rencana kerja untuk melanjutkan pengobatan atau perawatan.

Beberapa acuan progress note dapat digunakan antara lain :

- a. SOAP (Subyektif data, Obyektif data, Analisis/Assesment dan Plan)
- b. SOAPIER (SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi dan Revisi)
- c. PIE (Problem – Intervensi – Evaluasi)

**Pedoman penulisan catatan SOAPIER**

- 1) Rujuk pada daftar masalah sebelum menuliskan data SOAP.
- 2) Beri tanda setiap catatan SOAP dengan nomor secara berurutan.
- 3) Pemisahan catatan SOAP harus ditulis untuk setiap masalah.
- 4) Masukkan data yang relevan saja terhadap masalah yang spesifik.
- 5) Masalah yang belum pasti harus didaftar dicatatan sementara
- 6) Tuliskan data subjektif apa adanya

- 7) Jika terjadi pembimbingan dalam pengkajian keperawatan, penggunaan diagnosis keperawatan atau uraian ( parapphrase ) sebagai kesimpulan status kesehatan klien.
- 8) Catatan SOAP menyediakan data tentang keadaan fisik, status pendidikan klien, dan status mental
- 9) Jika tidak ada masalah yang luar biasa, tetapi peraturan mengharuskan memasukan dalam pendokumentasian, tuliskan catatan perkembangan tentang masalah klien ketika pertama kali masuk
- 10) Jika hanya menggunakan SOAP
- 11) Evaluasi respons klien terhadap intervensi didokumentasikan untuk mendukung data
- 12) Gunakan A ( ASSESMENT ) Tidak hanya untuk mencatat analisis dan pengkajian, tetapi juga Evaluasi respons klien terhadap intervensi
- 13) Istilah P dapat dinyatakan sebagai standar asuhan keperawatan.

## **CONTOH FORMAT MODEL PROBLEM ORIENTED RECORD (POR)**

⇒ Format Model dokumentasi POR (*problem-oriented-record*)

| Data dasar | Daftar masalah | Rencan intervensi | Catatan perkembangan |
|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| DS :       | 1.             | 1.                | S                    |
|            |                | 2.                | O                    |
| DO:        |                | 3.                | A                    |
|            |                |                   | P                    |

| <b>Data Dasar</b>                                                                                                                                         | <b>Daftar Masalah</b>                                                                                                                   | <b>Rencana Intervensi</b>                                                                                                                                                                                                          | <b>Catatan perkembangan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Data Subjektif:<br/>Pasien mengeluh nyeri sekitar luka ketika di palpasi</p> <p>Data Objektif:<br/>pada balutan luka terlihat ada nanah dan berbau</p> | <p>Diagnosa : infeksi luka</p> <p>Etiologi: kurang higienitas mulai dari awal terjadinya luka sampai pada saat dilakukan perawatan.</p> | <p>1. kaji keadaan luka (kontinuitas dari kulit) terhadap adanya :edema,rubor,kalor ,dolor,fungsi laesa</p> <p>2. anjurka klien untuk tidak memegang bagian luka</p> <p>3.merawat luka dengan menggunakan aseptik.</p> <p>Dst.</p> | <p>S: pasien mengeluh nyeri sekitar luka ketika di palpasi</p> <p>O: pada balutan luka terlihat ada nanah dan berbau</p> <p>A: terjadi infeksi pada luka</p> <p>P: teruskan perawatan luka</p> <p>I: basahi luka dengan NaCl 0,9 persen sesuai intruksi</p> <p>E: luka masih bernanah</p> <p>R: ganti balutan menjadi 2x per hari</p> |

## **KELEBIHAN DAN KEKURANGAN MODEL PROBLEM ORIENTED RECORD (POR)**

1. Kelebihan POR
  - a. Dokter menangani masalah pasien berdasar prioritas masalah.
  - b. Memudahkan dalam penelitian masalah tertentu.
  - c. Data tersusun berdasar masalah yang ada.
  - d. Pendidikan medis dapat terfasilitasi dengan dokumentasi yang lengkap.
  - e. Dokter mempertimbangkan semua masalah pasien dan interpretasinya secara menyeluruh.
2. Kekurangan POR
  - a. Ketidaktelitian yang merugikan pelanggan.
  - b. Memerlukan penyesuaian yang cukup lama jika baru pertama kali menggunakan sistem tersebut.
  - c. Perlu pelatihan intensif dan komitmen dari seluruh staf untuk melaksanakan POMR secara terpadu.

### **Tugas Praktikum 2 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan dalam bentuk POR !**

## Materi 3

### *DOKUMENTASI FORMAT FOKUS (DAR)*

Semua masalah pasien diidentifikasi dalam catatan keperawatan dan terlihat pada rencana keperawatan. Kolom fokus yang berisi : masalah pasien (data), tindakan (action) dan respon (R).

#### Model Pendokumentasian Format DAR

| DATE             | FOCUS                                                                                               | PROGRESS NOTE (DATA, ACTION, RESPON)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 Februari 2013 | <b>Diagnosa Keperawatan :</b><br><br>Ketidakefektifan Pola Nafas b.d kelelahan otot-otot Pernapasan | <b>DATA :</b><br><br><b>subjektif : -</b><br><br><b>objektif :</b><br><br>- Retraksi dinding dada (+)<br><br>- Penggunaan otot bantu napas (+)<br><br>- Napas cuping hidung (-)<br><br>- TTV : TD = 130/70 mmHg, N = 92 x/menit, RR = 30x/menit<br><br><b>ACTION :</b><br><br>- Posisikan pasien head up 30 derajat<br><br>- Pertahankan jalan napas<br><br>- Perhatikan pergerakan dada, amati penggunaan otot-otot bantu |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan oksigen sesuai advise dokter</li> <li>- Pantau jumlah respirasi</li> <li>- Berikan nebu ventolin, sesuai advice dokter</li> </ul> <p><b>RESPON :</b></p> <p><b>subjektif : -</b></p> <p><b>objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retraksi dinding dada berkurang</li> <li>- Penggunaan otot bantu napas berkurang</li> <li>- Napas cuping hidung (-)</li> <li>- RR = 24 x/menit</li> <li>- Sianosis (-)</li> </ul> |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **Tugas Praktikum 3 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan dalam bentuk DAR !**

## Materi 4

### *DOKUMENTASI CBE (CHARTING BY EXEPTION)*

Model dokumentasi CBE (*charting by exeption*) adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal tubuh. Penyimpangan yang dimaksud dalam hal ini menyangkut keadaan yagn tidak sehat yang mengganggu kesehatan klien.

- Komponen Model dokumentasi CBE (*charting by exeption*), meliputi :
  1. Dokumentasi berupa kesimpulan dari penemuan-penemuan penting dan menjabarkan indikator pengkajian. Dalam hal ini penemuan tersebut termasuk instruksi dari Dokter atau Perawat, serta catatan pendidikan dan penemulangan klien.
  2. Dokumentasi ini dilakukan berdasarkan standart praktik keperawatan.
- Keuntungan Model dokumentasi CBE (*charting by exeption*) adalah :
  1. Tersusun standart minimal untuk pengkajian dan investasi keperawatan.
  2. Data yang tidak nomal tampak jelas.
  3. Data yang tidak normal mudah ditandai.
  4. Menghemat waktu ataupun lembar pendokumentasian.
  5. Pendokumentasian duplikasi atau ganda dapat dikurangi.
- Kerugian Model dokumentasi CBE (*charting by exeption*) adalah :
  1. Pendokumentasian sangat tergantung pada *check list* yang dibuat.
  2. Kemungkinan adanya kejadian yang tidak didokumentasikan.
  3. Pendokumentasikan yang bersifat rutin sering terabaikan.
  4. Tidak mengakomodasikan pendokumentasian disiplin ilmu yang lain.
- Pedoman penulisan Model dokumentasi CBE (*charting by exeption*) adalah :

1. Data dasar didokumentasikan untuk setiap klien dan disimpan sebagai catatan yang permanen.
2. Daftar diagnosis keperawatan ditulis ketika klien pertama kali masuk Rumah sakit dan menyediakan daftar isian untuk semua diagnosis keperawatan.
3. Ringkasan pulang klien ditulis untuk setiap diagnosis.
4. SOAPIER digunakan sebagai catatan respon klien terhadap intervensi yang akan diberikan kepada klien .
5. Data diagnosis keperawatan dan rencana tindakan dapat dikembangkan.

#### **Tugas Praktikum 4 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan dalam bentuk CBE !**

## Materi 5

### DOKUMENTASI PIE (PROBLEM INTERVENSI EVALUATION)

Model dokumentasi PIE (*problem-intervention-evaluation*) merupakan suatu pendekatan orientasi –proses pada dokumentasi keperawatan dengan penekanan pada masalah keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan.

□ Karakteristik Model dokumentasi PIE (*problem-intervention-evaluation*) adalah:

1. Dimulai dari pengkajian ketika pertama kali klien masuk ke Rumah sakit, diikuti dengan pelaksanaan pengkajian sistem tubuh pada setiap pergantian dinas.
2. Data masalah dipergunakan untuk asuhan keperawatan dalam waktu yang lama dan juga untuk masalah yang kronis.
3. Intervensi yang dilaksanakan dan rutin, didokumentasi dalam *flow sheet*.
4. Catatan perkembangan digunakan untuk intervensi yang spesifik.
5. Masalah yang ditemukan pada klien, dibuat dengan simbol “P (*problem*)”.
6. Intervensi terhadap penyelesaian masalah, biasanya dibuat dengan simbol “I (*intervention*)”.
7. Keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi, dibuat dengan simbol “E (*evaluation*)”.
8. Setiap masalah yang diidentifikasi harus dievaluasi minimal 8 jam.

□ Keuntungan Model dokumentasi PIE (*problem-intervention-evaluation*) adalah:

1. Memungkinkan dalam penggunaan proses keperawatan.
2. Intervensi dan catatan perkembangan dapat dihubungkan.
3. Memungkinkan dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu.
4. Perkembangan klien selama dirawat dapat digambarkan.

5. Pendokumentasian yang otomatis dapat diadaptasikan.

- ☐ Kerugian Model dokumentasi PIE (*problem-intervention-evaluation*) adalah :

1. Tidak dapat dipergunakan untuk pendokumentasian semua disiplin ilmu.

- ☐ Model dokumentasi PIE (*problem-intervention-evaluation*):

| Tanggal | Jam   | Pendokumentasian<br>(Remarks) |
|---------|-------|-------------------------------|
| .....   | ..... | P# 1.....                     |
| .....   | ..... | I# 1.....                     |
| .....   | ..... | 2.....                        |
| .....   | ..... | E# S.....                     |
|         |       | O.....                        |
|         |       | A.....                        |
|         |       | P.....                        |

### **Tugas Praktikum 5 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan dalam bentuk PIE !**

## Materi 6

### *DOKUMENTASI POS (PROCESS ORIENTED SYSTEM)*

Model dokumentasi POS (*process-oriented-system*) yang disebut juga dengan model dokumentasi fokus adalah suatu model dokumentasi yang berorientasi pada proses keperawatan mulai dari pengumpulan data klien, diagnosis keperawatan (masalah yang muncul), penyebab masalah, atau definisi karakteristik yang dinyatakan sesuai dengan keadaan klien.

Catatan perkembangan pada model dokumentasi Fokus ditulis dengan menggunakan format DAR, yaitu:

1. *Datum* (D), yaitu : data subjektif dan data objektif.
2. *Action* (A), yaitu: tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan.
3. *Response* (R), yaitu respon klien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

□ Keuntungan Model dokumentasi POS (*process-oriented-system*)

1. Model dokumentasi *Process-Oriented-System* ini lebih luas dan lebih positif.
2. Sifatnya fleksibel.
3. Catatan rancana asuhan keperawatan model dokumentasi *process-oriented-system* ini memudahkan data untuk dikenali.
4. Waktu pendokumentasian lebih singkat.
5. Mudah dipergunakan dan dimengerti.

□ Kerugian Model Dokumentasi *Process-Oriented-System* adalah:

1. Dapat membingungkan, khususnya antara intervensi yang belum dan sudah dilakukan.

- Format Model Dokumentasi *Process-Oriented-System* adalah :

|                                   |                      |                                   |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Tanggal/Waktu/<br>Tanda Tangan    | Masalah              | Catatan Keperawatan (DAR)         |
| Tanggal :<br><br><br>Tanda Tangan | 1. ....<br><br>..... | Datum :<br>Action :<br>Response : |

### **Tugas Praktikum 6 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan dalam bentuk POS !**

## **Materi 7**

### *FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN ANAK*

#### **I Biodata**

##### **A. Identitas Klien**

1. Nama>Nama panggilan:
2. Tempat tgl lahir/usia :
3. Jenis kelamin :
4. A g a m a :
5. Pendidikan :
6. Alamat :
7. Tgl masuk :
8. Tgl pengkajian :
9. Diagnosa medik :
10. Rencana terapi :

##### **B. Identitas Orang tua**

###### **1. Ayah**

- a. N a m a :
- b. U s i a :
- c. Pendidikan :
- d. Pekerjaan/sumber penghasilan :
- e. A g a m a :
- f. Alamat :

###### **2. Ibu**

- a. N a m a :
- b. U s i a :
- c. Pendidikan :

d. Pekerjaan/Sumber penghasilan:

e. Agama :

f. Alamat :

**C. Identitas Saudara Kandung**

| <b>No</b> | <b>N A M A</b> | <b>U S I A</b> | <b>HUBUNGAN</b> | <b>STATUS KESEHATAN</b> |
|-----------|----------------|----------------|-----------------|-------------------------|
|           |                |                |                 |                         |

**II. Keluhan Utama/Alasan Masuk Rumah Sakit**

**III. Riwayat Kesehatan**

A. Riwayat Kesehatan Sekarang :

B. Riwayat Kesehatan Lalu (khusus untuk anak usia 0 – 5 tahun)

1. Prenatal care

a. Pemeriksaan kehamilan : kali

b. Keluhan selama hamil :

c. Kenaikan BB selama hamil: Kg

d. Imunisasi TT: kali

f. Golongan darah ibu: Golongan darah ayah:

2. Natal

a, Tempat melahirkan :

b. Lama dan jenis persalinan :

c. Penolong persalinan:

- d. Cara untuk memudahkan persalinan:
- e. Komplikasi waktu lahir:
- 3. Post natal
  - a. Kondisi bayi : BB lahir                  gram, PB                  cm
  - b. Komplikasi Post Natal:
- 4. Penyakit yang pernah dialami:
- 5. Kecelakaan yang dialami:
- 6. Perkembangan anak dibanding saudara-saudaranya:
- C. Riwayat Kesehatan Keluarga
  - 1. Penyakit anggota keluarga:
  - 2. Genogram

#### IV. Riwayat Immunisasi

| NO | Jenis imunisasi     | Waktu pemberian | Reaksi setelah pemberian |
|----|---------------------|-----------------|--------------------------|
| 1. | BCG                 |                 |                          |
| 2. | DPT (I,II,III)      |                 |                          |
| 3. | Polio (I,II,III,IV) |                 |                          |
| 4. | Campak              |                 |                          |
| 5. | Hepatitis           |                 |                          |

#### V. Riwayat Tumbuh Kembang

##### A. Pertumbuhan Fisik

- 1. Berat badan :
- 2. Tinggi badan :
- 3. Waktu tumbuh gigi :

##### B. Perkembangan Tiap tahap

Usia anak saat



- , punya kamar tidur sendiri
- ☐ Apakah ada tangga yang bisa berbahaya ,Apakah anak punya ruang bermain
- ☐ Hubungan antar anggota keluarga ; harmonis , berjauhan
- ☐ Pengasuh anak : Orang tua , Baby sister , pembantu , nenek/kakek

### **VIII. Riwayat Spiritual**

- ☐ Support sistem dalam keluarga :
- ☐ Kegiatan keagamaan :

### **IX. Reaksi Hospitalisasi**

#### **A. Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap**

- Mengapa ibu membawa anaknya ke RS :
- Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak : Ya , tidak
- Bagaimana perasaan orang tua saat ini : Cemas , takut ,Khawatir , biasa
- Apakah orang tua akan selalu berkunjung : Ya , kadang-kadang, tidak
- Siapa yang akan tinggal dengan anak : Ayah , Ibu , Kakak , Lain-lain

#### **B. Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap**

- Mengapa keluarga/orang tua membawa kamu ke RS ?
- Menurutmu apa penyebab kamu sakit ?
- Apakah dokter menceritakan keadaanmu ?
- Bagaimana rasanya dirawat di RS : bosan , Takut , Senang , Lain-lain

### **X. Aktivitas sehari-hari**

### A. Nutrisi

| Kondisi                                                                                                                                             | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1. Selera makan<br>2. Menu makan<br>3. Frekuensi makan<br>4. Makanan pantangan<br>5. Pembatasan pola makan<br>6. Cara makan<br>7. Ritual saat makan |               |            |

### B. Cairan

| Kondisi                                                                            | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1. Jenis minuman<br>2. Frekuensi minum<br>3. Kebutuhan cairan<br>4. Cara pemenuhan |               |            |

### C. Eliminasi (BAB&BAK)

| Kondisi                                                                                                                                                                                                                                           | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| BAB (Buang Air Besar) :<br>1. Tempat pembuangan<br>2. Frekuensi (waktu)<br>3. Konsistensi<br>4. Kesulitan<br>5. Obat pencahar<br>BAK (Buang Air Kecil) :<br>1. Tempat pembuangan<br>2. Frekwensi<br>3. Warna dan Bau<br>4. Volume<br>5. Kesulitan |               |            |

### D. Istirahat tidur

| Kondisi                                                                                                                                                                 | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1. Jam tidur <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siang</li> <li>- Malam</li> </ul> 2. Pola tidur           3. Kebiasaan sebelum tidur           4. Kesulitan tidur |               |            |

#### E. Olah Raga

| Kondisi                                                                                      | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1. Program olah raga           2. Jenis dan frekuensi           3. Kondisi setelah olah raga |               |            |

#### F. Personal Hygiene

| Kondisi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1. Mandi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cara</li> <li>- Frekuensi</li> <li>- Alat mandi</li> </ul> 2. Cuci rambut <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Cara</li> </ul> 3. Gunting kuku <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Cara</li> </ul> 4. Gosok gigi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Cara</li> </ul> |               |            |

#### G. Aktifitas/Mobilitas Fisik

| Kondisi                                                                                                                                      | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1. Kegiatan sehari-hari           2. Pengaturan jadwal harian           3. Penggunaan alat Bantu aktifitas           4. Kesulitan pergerakan |               |            |

|       |  |  |
|-------|--|--|
| tubuh |  |  |
|-------|--|--|

#### H. Rekreasi

| Kondisi                                                                                                                       | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1. Perasaan saat sekolah<br>2. Waktu luang<br>3. Perasaan setelah rekreasi<br>4. Waktu senggang klg<br>5. Kegiatan hari libur |               |            |

### XI. Pemeriksaan Fisik

#### A. Keadaan umum klien:

#### B. Tanda-tanda vital

1. S u h u :
2. N a d i :
3. Respirasi :
4. Tekanan darah:

#### C. Antropometri

1. Tinggi Badan :
2. Berat Badan :
3. Lingkar lengan atas :
4. Lingkar kepala :
5. Lingkar dada :
6. Lingkar perut :
7. Skin fold :

#### D. Sistem pernapasan

1. Hidung :
2. Leher :
3. Dada

- ☐ Bentuk dada:
- ☐ Gerakan dada :
- ☐ Suara napas:

4. Apakah ada Clubbing finger :

#### E. Sistem Cardio Vaskuler

1. Conjunctiva: anemia/tidak
2. Bibir:pucat/cyanosis
3. Arteri carotis : kuat/lemah
4. Tekanan vena jugularis : meninggi/tidak
5. Ukuran jantung : Normal , membesar , IC/apex
6. Suara jantung : S<sub>1</sub> , S<sub>2</sub> , Bising aorta ,  
Murmur , gallop
7. Capillary Refilling Time: deti

#### F. Sistem Pencernaan

Sklera : Ikterus/tidak,  
 bibir : lembab , kering , pecah-pecah , labio skizis  
 Mulut : Stomatitis , palato skizis , Jml gigi  
 Kemampuan menelan : baik /sulit  
 Gaster : kembung , nyeri ,gerakan peristaltic  
 Abdomen : Hati : teraba , lien , ginjal , faeces  
 Anus : lecet , haemoroid

#### G. Sistem indra

##### 1. Mata

- Kelopak mata , bulu mata , alis
- Visus (gunakan Snellen chard)
- Lapang pandang

##### 2. Hidung

- Penciuman , perih dihidung , trauma , mimisan
- Sekret yang menghalangi penciuman

### 3. Telinga

- Keadaan daun telinga , kanal auditoris : bersih , serumen
- Fungsi pendengaran :

## H. Sistem saraf

### 1. Fungsi cerebral

- a. Status mental : Orientasi , daya ingat , perhatian & perhitungan Bahasa
- b. Kesadaran : Eyes , Motorik , Verbal , dengan GCS
- c. Bicara ekspresif , Resipive

### 2. Fungsi cranial

- a. N I :
- b. N II : Visus , lapang pandang
- c. N III, IV, VI : Gerakan bola mata , pupil : isoskor , anisokor
- d. N V : Sensorik , Motorik
- e. N VII : Sensorik , otonom , motorik
- f. N VIII : Pendengaran , keseimbangan
- g. N IX :
- h. N X : Gerakan uvula , rangsang muntah/menelan
- i. N XI : Sternocleidomastoideus , trapesius
- j. N XII : Gerakan lidah

### 3. Fungsi motorik : Massa otot , tonus otot , kekuatan otot

### 4. Fungsi sensorik : Suhu , Nyeri , getaran , posisi , diskriminasi

### 5. Fungsi cerebellum : Koordinasi , keseimbangan

### 6. Refleks : Bisep , trisep , patella , babinski

### 7. Iritasi meningen : Kaku kuduk , laseque sign ,

Brudzinkski I /II

## I. Sistem Muskulo Skeletal

1. Kepala : Bentuk kepala , gerakan
2. Vertebrae : Scoliosis , Lordosis , kyphosis , gerakan , ROM , Fungsi gerak
3. Pelvis : Gaya jalan , gerakan , ROM , Trendelenberg test

## J. Ortolani/Barlow

4. Lutut : Bengkok , kaku , gerakan , Mc Murray test ,

## Ballotement test

5. Kaki : bengkok , gerakan , kemampuan jalan , tanda tarikan
6. Tangan : bengkok , gerakan , ROM

## K. Sistem Integumen

Rambut : Warna , Mudah dicabut

Kulit : Warna , temperatur , kelembaban , bulu kulit , erupsi tahi lalat , ruam , tekstur

Kuku : Warna , permukaan kuku , mudah patah , kebersihan

## L. Sistem Endokrin

Kelenjar thyroid :

Ekskresi urine berlebihan , polidipsi , poliphagi

Suhu tubuh yang tidak seimbang , keringat berlebihan

## L. Sistem Perkemihan

Oedema palpebra , moon face , oedema anasarka

Keadaan kandung kemih

Nocturia , dysuria , kencing batu

## M. Sistem Reproduksi

### 1. Wanita

- Payu dara : Puting , aerola mammae , besar

- Labia mayora & minora bersih , secret , bau

### 2. Laki-laki

- Keadaan glans penis : uretra , kebersihan
- Testis sudah turun
- Pertumbuhan rambut : kumis , janggut , ketiak
- Pertumbuhan jakun , perubahan suara

#### N. Sistem Imun

Alergi (cuaca , debu , bulu binatang , zat kimia )

Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca : flu, urticaria ,  
lain-lain

### **XI. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan**

#### A. 0 – 6 Tahun

Dengan menggunakan DDST

1. Motorik kasar
2. Motorik halus
3. Bahasa
4. Personal social

#### B. 6 tahun keatas

1. Perkembangan kognitif
2. Perkembangan Psikoseksual
3. Perkembangan Psikososial

### **XII. Test Diagnostik**

Laboratorium

Foto Rotgen

CT Scan

MRI, USG, EEG, ECG dll

**XIII. Terapi saat ini (ditulis dengan rinci)**

- a. Obat Oral
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- b. Obat Parenteral
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- c. Obat Topikal
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- d. Lain-lain

**Tugas Praktikum 7 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan  
Dalam format asuhan keperawatan anak !**

## Materi 8

### FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN MATERNITAS

## I. PENGKAJIAN

Tanggal dan waktu dilakukan pengkajian :

1. Biodata

a. Identitas pasien

Nama : ( Tuliskan initial pasien )

Umur :

Jenis kelamin :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

No Register :

Dx. Medis :

Tanggal masuk RS : Pukul :

Tanggal Pengkajian :

b. Identitas penanggung jawab

Nama : ( Tuliskan intial penanggungjawab )

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

Hubungan :

2. Status Kesehatan

a. Keluhan Utama

b. Riwayat Kehamilan

1) Riwayat Prenatal

Kehamilan : G.....P.....A....., Selama hamil pernah memeriksakan kehamilannya berapa kali : ....., Imunisasi TT lengkap / tidak : ....., HPHT: ....., HPL : .....

2) Riwayat Persalinan Sekarang

Anak ke....., Umur.....mg, Jenis persalinan : .....,Tanggal persalinan..... jam..... dibantu oleh....., Keadaan bayi : ..., Jenis Kelamin : ..., BB : ... gr, LK : ... cm, LD : ... cm, LLA : ... cm, L Paha : ... cm, L Perut : ... cm

3) Riwayat Kehamilan

Anak ke.....hidup / mati. jenis kelamin ; ... umur sekarang ... persalinan ditolong oleh : ..., BB waktu lahir.....gr, jenis persalinan.....(sampai anak yang sekarang)

4) Riwayat Haid

Menarche : tahun ....., Lama haid : ..., Siklus haid : ..., Jumlah : ... cc, Dismenarche : ..., Menikah berapa kali : ..., Lama pernikahan : .....

c. Pola Fungsional

1) Pola persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan.

( *Persepsi pasien tentang status kesehatan umum* )

a) Menggambarkan persepsi *pasien* dan *keluarga* terhadap kesehatan

b) Upaya *prefentif* kesehatan lingkungan, gaya hidup dan kebiasaan.

2) Pola nutrisi dan metabolisme :

( *Pola masukan makanan dan cairan, keseimbangan cairan dan elektrolit* )

*Asupan Makanan :*

- a) Kebiasaan makan :  
.....
- b) Jenis dan banyaknya :  
.....
- c) Makanan kesukaan dan pantangan :  
.....
- d) Kemampuan mengunyah, menelan dan makan sendiri :  
....., gigi : ....., gusi ....., lidah :  
....., membrane mukosa : .....
- e) Nafsu makan : .....
- f) Alergi / intoleransi makanan : .....
- g) BB : .....,  
perubahan BB : .....
- h) Turgor kulit : ....., membrane mukosa kering / lembab  
: .....

*Asupan Cairan :*

- i) Banyaknya cairan yang dikonsumsi / hari :  
.....
- j) Mual / muntah :  
.....

3) Pola eliminasi :

*( Pola fungsi pembuangan dan persepsi pasien )*

*BAB :*

- a) Kaji pola defikasi : .....,  
jumlah : .....

- b) Karakteristik : ....., konstipasi : ....., diare :  
 .....  
 c) Frekuensi / hari : ..... Warna : ....., Bau khas  
 : .....  
 d) Factor yang mempengaruhi BAB :  
 .....

**BAK :**

- a) Kaji pola miksi : ....., jumlah : .....  
 Frekuensi : ....., dorongan : ....., retensi :  
 .....  
 b) Karakteristik : ....., warna :  
 .....  
 c) Bau khas dan zat penyerta lainnya:  
 .....  
 d) Kaji factor yang mempengaruhi pola eliminasi seperti diet,  
 obat, tindakan, mobilitas atau factor lain yang  
 menyebabkan gangguan

Sumber lain kaluarnya cairan : muntah, diare, diaphoresis,  
 perdarahan dll

**4) Pola aktifitas dan latihan :**

( Pola latihan, aktifitas, bersenang – senang, rekreasi dan kegiatan  
 sehari – hari ).

**Mobilisasi :**

- a) Pengkajian ; massa / tonus otot : ....., postur :  
 ....., tremor : ....., rentang gerak : .....  
 kekuatan : .....  
 deformitas : .....

- b) Factor yang mempengaruhi gerakan dan latihan : sakit, pembatasan, tindakan, proses menua, proses penyakit, ada bantuan perawat / fisioterapi,

*Posisi :*

- c) Posisi : (berbaring, duduk, miring) , Kontraktur : .....  
alat bantu yang digunakan : ....., factor yang mempengaruhi posisi : ( *kemampuan self care, proses penyakit, tindakan dan pembatasan lingkungan dll.*)

*Ambulasi :*

*Proses Laktasi :*

#### 5) Pola persepsi - kognitif

( *keadekuatan alat sensori [ penglihatan, pendengaran, pengecapn, sentuhan, penghidu ], persepsi nyeri, kemampuan fungsioal kognitif )*

- a) Persepsi kognitif : *perhatian* : rentang angka, tujuh urutan, melafalkan mundur kata lima huruf, *memori jauh* : tanggal lahir, sekolah dll, *memori dekat* : peristiwa dalam sehari
- b) Stimulasi : Fungsi proses sensori ( *penglihatan, pendengaran, rasa, bau dan sentuhan* ). Stimulasi lingkungan ( aktifitas, perubahan, kesenangan baru )
- c) Fungsi kognitif : Kaji *orientasi* : terhadap waktu, tempat dan orang, *kemampuan belajar / memutuskan masalah*.
- d) Observasi tingkat nyeri ( PQRST )  
Lokasi : ....., Intensitas ( 1 – 10 ) : .....,Frekuensi : ....., Kualitas :..... Durasi : .....

#### 6) Pola Persepsi diri dan Konsep diri

( Sikap individu mengenai dirinya, persepsi terhadap kemampuan, citra tubuh, perasaan senang dan pola emosi )

- a) Gambaran diri : persepsi terhadap tubuh, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.
- b) Identitas diri : status dan posisi sebelum dirawat, dan kepuasan terhadap status / posisinya ( sekolah / tempat kerja / kelompok )
- c) Peran diri : tugas / peran dalam keluarga / kelompok / masyarakat dan kemampuan melaksanakan tugas / peran tersebut.
- d) Ideal diri : harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas / peran, lingkungan ( keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat )
- e) Harga diri. : Hubungan klien dengan orang lain sesuai kondisi (a,b,c,d,) dan penilaian / penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

7) Pola istirahat dan tidur :

( Pola tidur dan periode istirahat – relaksasi selama 24 jam serta kualitas dan kuantitas )

a) Kaji kebiasaan istirahat dan tidur

Pola tidur : ....., waktu / jam : .....lamanya :  
....., penggunaan obat tidur :  
.....

b) Faktor yang mempengaruhi tidur :

Mobilitas : ....., proses penyakit : .....,  
ketidaknyamanan : ....., lingkungan : .....  
Psikologis : ....., status mental : ....., prosedur  
invasive : .....

8) Pola psikososial / hubungan dan peran :

*( persepsi pasien tentang peran utama dan tanggungjawab dalam situasi kehidupan sekarang )*

- a) Persepsi individu pada peran dan tanggungjawabnya dalam keluarga, pekerjaan dan kehidupan sosialnya.
- b) Jelaskan struktur keluarga, hubungan pasien dengan keluarga dan lingkungannya dan hubungan pasien dengan keluarga selama dirawat di RS.

9) Pola reproduksi dan seksual :

*( Kepuasan dan ketidakpuasan yang dirasakan klien dengan sexualitas serta tahap dan pola reproduksi )*

a) *Riwayat perkawinan :*

Menikah / tidak : ....., umur waktu menikah : ....., lama perkawinan : ....., perkawinan pertama atau lebih :

b) *Riwayat reproduksi :*

Menarche : tahun ....., Lama haid : ..., Siklus haid : ..., Jumlah : ... cc, Dismenarche : .....

c) *Riwayat kehamilan :*

Hamil / tidak : ....., riwayat persalinan: (normal / patologis) , Riwayat abortus : .....

d) *Pola sexual :*

Gangguan sexual: ....., aktifitas sexual sebelum dan selama sakit : .....  
.....

10) Pola koping dan toleransi terhadap stress :

*( Pola koping yang umum, toleransi stress, system pendukung dan kemampuan untuk mengendalikan dan menangani situasi )*

- a) Kaji factor yang menimbulkan stress
- b) Respon untuk mengatasi stress dengan koping efektif.
- c) Akibat yang timbul dari koping yang digunakan

11) Pola keyakinan dan nilai :

( *Nilai – nilai, tujuan atau keyakinan yang mengarahkan pilihan atau keputusan* )

Keyakinan dan pandangan tentang agama dan norma budaya, kegiatan ibadah dirumah secara individu atau kelompok.

### 3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan terhadap seluruh bagian tubuh dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe examination*), dan dilakukan dengan cara : Inspeksi, Auskultasi, Palpasi dan Perkusi.

a. KU : ( amati perubahan fisik, perilaku dan sikap pasien )

b. Kesadaran : Compos mentis ( CM ), apatis, somnolent, stupor, koma.

c. Vital Sign : TD : ..... mmHg, R : ... x/menit, N : .... x/menit, S : .... °C.

d. Kulit :

**Inspeksi** : kemerahan, benjolan, nyeri, gatal – gatal, kering, perubahan warna, perubahan pada rambut dan kuku.

e. Kepala : rambut : kuantitas, penyebaran, tekstur, *kulit kepala* : benjolan atau lesi, *tulang tengkorak* : ukuran dan kontur

Muka / wajah : simetri dan ekspresi wajah

f. Mata :

**Inspeksi** : posisi dan kesejajaran mata, kelopak mata, apparatus lakrimalis : berlebihan / tidak, sclera dan konjungtiva, kornea, iris dan lensa. Pupil : ( ukuran, bentuk dan simetris, reaksi terhadap cahaya ), pemakaian kaca mata / lensa kontak, fungsi penglihatan.

g. Telinga : Bentuk, *ukuran, lubang telinga* : serumen / otitis, *katajaman pendengaran* : uji weber ( kehilangan pendengaran sensorineural )

h. Hidung :

**Inspeksi** : mukosa : warna / pembengkakan, *septum nasal* : defiasi, perforasi,

**Perkusi** : nyeri tekan pada sinus

i. Mulut dan Tenggorokan :

*Bibir* : warna, mukosa bibir

*Rongga mulut* : gigi ( karang gigi, karies, gigi tanggal, perdarahan gusi, gigi palsu, radang gusi)

*Lidah* : kebersihan, warna, fungsi pengecap

j. Leher : I / P : posisi trakea, kelenjar tyroid, peningkatan vena jugularis

k. Dada :

**Inspeksi** : bentuk ( normal / tong-barrel chest ), frekuensi, irama, kedalaman dan upaya bernafas, gerakan pernafasan,

**Palpasi** : nyeri tekan, ekspansi dada, taktil fremitus,

**Perkusi** : Pekak ( cairan / jaringan padat ), dll

**Auskultasi** : *bunyi nafas* : vesikuler, bronkovesikuler, penurunan bunyi nafas, krakres, mengi, ronki dll

l. Payudara

**Inspeksi** : ukuran, kesimetrisan, penampilan kulit, *putting* : menonjol / tidak, ukuran, bentuk dan arah putting, perhatikan kemerahan, ulkus atau raba putting,

**palpasi** : konsistensi, nyeri tekan, pengeluaran kolostrum

m. Abdomen

**Inspeksi** : kulit abd, umbilicus, kontur, simetri, gelombang peristaltic,

**Auskultasi** : bising usus, desiran,

**Perkusi** : proporsi dan pola tympani serta pekak,

**Palpasi** : kekakuan / nyeri tekan, massa, TFU : Letak, presentasi, posisi, penurunan kepala (Leopold), DJJ

n. Panggul : Ukuran panggul, bentuk panggul

o. Genetalia

**Inspeksi** : kebersihan, pengeluaran cairan pervaginam ( jumlah warna, bau ), luka episiotomy, perineum ( REEDA )

**Palpasi** : Ukuran adneksa, bentuk, posisi, nyeri, kelunakan, massa

p. Ektremitas : Edema di jari tangan dan tungkai , Kuku jari pucat, Varises vena, Reflek patella :

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hasil Laboratorium : tuliskan hasil dan nilai normalnya
- b. Hasil Radiologi : tuliskan jenis pemeriksaan dan hasilnya
- c. Terapi : tuliskan tanggal dan dosis pemberian

#### 5. Analisa Data

Langkah – langkah menganalisa data :

- a. Pengelompokan data berdasarkan kebutuhan bio – psiko – social – spiritual.
- b. Tabulasi data : memasukkan ke dalam tabel dan membandingkan dengan nilai normal ( standar )
- c. Perumusan masalah

*Tabel 1 : Analisa data*

| No | Tgl / Jam | Data | Etiologi<br>( penyebab ) | Problem<br>( Masalah ) |
|----|-----------|------|--------------------------|------------------------|
| *) | **)       | ***) | ****)                    | *****)                 |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

### Keterangan

- \*) : Diisi no urut
- \*\*) : Diisi tanggal dan waktu
- \*\*\* ) : Diisi data pendukung ( subyektif dan obyektif ) yang sudah dikelompokkan berdasarkan masalah
- \*\*\*\*) : Diisi data yang menjadi sebab akibat antara data dengan diagnosa
- \*\*\*\*\* ) : Diisi diagnosa keperawatan yang ditegakkan

## II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan, meliputi :

- a. Penentuan prioritas masalah **dipilih** menjadi masalah yang memerlukan tindakan medis dan masalah yang dapat diintervensi dengan asuhan keperawatan (masalah keperawatan).
- b. Perumusan diagnosa keperawatan.  
 Prioritas masalah kesehatan berdasarkan hirarki kebutuhan menurut ***Maslow*** tentang Kebutuhan Dasar Manusia, meliputi :
  1. Kebutuhan Fisiologis,
  2. Kebutuhan Rasa Aman (Keamanan Dan Kenyamanan)
  3. Kebutuhan Akan Cinta Dan Rasa Memiliki
  4. Kebutuhan Akan Harga Diri
  5. Kebutuhan Akan Aktualisasi Diri

*Table 2 : Diagnosa keperawatan*

| No.<br>Dx | DIAGNOSA | Tanggal<br>Ditemukan | Tanggal<br>Teratasi | Tanda<br>Tangan |
|-----------|----------|----------------------|---------------------|-----------------|
| *)        | **) )    | ***)                 | ****)               | *****)          |

Ket :

- \*) : Diisi no urut diagnosa
- \*\*) : Diisi diagnosa keperawatan ( *actual / potensial* ) dan data pendukung ( *data subyektif dan data obyektif* )
- \*\*\* ) : Diisi tanggal diagnosa keperawatan ditegakkan
- \*\*\*\* ) : Diisi tanggal diagnosa keperawatan yang telah teratasi
- \*\*\*\*\* ) : Diisi paraf dan nama terang mahasiswa

### III. RENCANA TINDAKAN

*Tabel 3 : Rencana Tindakan*

| NO | DIAGNOSA<br>KEPERAWATAN               | PERENCANAAN |          |
|----|---------------------------------------|-------------|----------|
|    |                                       | TUJUAN / KH | TINDAKAN |
| *) | **) )<br>( Tersusun sesuai prioritas) | ***)        | ****)    |

Keterangan :

- \*) : Diisi no urut
- \*\*) : Diisi Diagnosa Keperawatan, Penyebab dan Data ( Subyektif dan Obyektif )
- sesuai dengan prioritas masalah yang telah dirumuskan

\*\*\*): Diisi tujuan dan hasil yang ingin dicapai dimana berfokus pada pasien,  
Jelas ( Spesifik ), singkat ( Measureable ), dapat diukur ( Achievable ), realistik ( Realistic ), dalam periode waktu tertentu ( Time ), dan ditentukan bersama antara perawat dan pasien.

Pencapaian *tujuan* harus menggunakan kriteria hasil yang telah ditetapkan

\*\*\*\*): Diisi rencana tindakan sesuai prinsip Observasi, Nursing treatment, Edukatif, Kolaboratif )

#### IV. PELAKSANAAN

*Tabel 4 : Pelaksanaan Tindakan*

| NO<br>DX | TANGGAL<br>WAKTU | TINDAKAN<br>KEPERAWATAN | RESPON<br>TINDAKAN | TANDA<br>TANGAN |
|----------|------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| *)       | **)              | ***)                    | ****)              | *****)          |
|          |                  |                         |                    |                 |
|          |                  |                         |                    |                 |
|          |                  |                         |                    |                 |
|          |                  |                         |                    |                 |
|          |                  |                         |                    |                 |
|          |                  |                         |                    |                 |
|          |                  |                         |                    |                 |
|          |                  |                         |                    |                 |
|          |                  |                         |                    |                 |

Keterangan :

\*) : Diisi no urut diagnosa sesuai prioritas.

\*\*): Diisi tanggal dan waktu dilakukan tindakan keperawatan dan medis

\*\*\*): Diisi tindakan keperawatan / medis yang dilaksanakan sesuai urutan prioritas



merumuskan perencanaan asuhan keperawatan yang baru  
sesuai tahap proses keperawatan

\*\*\*\*) : Diisi paraf dan nama terang mahasiswa

### **Tugas Praktikum 8 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan  
Dalam format asuhan keperawatan maternitas !**

## Materi 9

### FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

|                                                   |                                                                     |           |                                      |           |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|
| <b>IDENTITAS</b>                                  | <b>No. Rekam Medis :</b> –                                          |           | <b>Diagnosa Medis :</b> Asma         |           |
|                                                   | <b>Nama :</b> Ny. BR                                                |           |                                      |           |
|                                                   | <b>Jenis Kelamin :</b> Perempuan                                    |           |                                      |           |
|                                                   | <b>Umur :</b> 32 tahun                                              |           |                                      |           |
|                                                   | <b>Agama :</b> Islam                                                |           |                                      |           |
|                                                   | <b>Status Perkawinan :</b> Menikah                                  |           |                                      |           |
|                                                   | <b>Pendidikan :</b> S1                                              |           |                                      |           |
|                                                   | <b>Pekerjaan :</b> PNS                                              |           |                                      |           |
|                                                   | <b>Sumber informasi :</b> Keluarga                                  |           | <b>Alamat :</b> Jln. Pramuka         |           |
|                                                   | Ü                                                                   |           |                                      |           |
|                                                   | <b>TRIAGE</b>                                                       | <b>P1</b> | <b>P2</b>                            | <b>P3</b> |
|                                                   | <b>P4</b>                                                           |           |                                      |           |
| <b>PRIMER<br/>SURVEY</b>                          | <b>GENERAL IMPRESSION</b>                                           |           |                                      |           |
|                                                   | Keluhan Utama : Sesak Nafas                                         |           |                                      |           |
|                                                   | Mekanisme Cedera : -                                                |           |                                      |           |
|                                                   | Orientasi (Tempat, Waktu, dan Orang) : R Baik    Tidak Baik, ... .. |           |                                      |           |
|                                                   | <b>AIRWAY</b>                                                       |           | <b>Diagnosa Keperawatan:</b>         |           |
|                                                   | Jalan Nafas :                      R Paten    "                     |           | Kriteria Hasil :<br><br>Intervensi : |           |
|                                                   | Tidak Paten                                                         |           |                                      |           |
|                                                   | Obstruksi :                      " Lidah    "                       |           |                                      |           |
| Cairan " Benda Asing " N/A                        |                                                                     |           |                                      |           |
| Suara Nafas :                      " Snoring      |                                                                     |           |                                      |           |
| "Gurgling                      " Stridor    " N/A |                                                                     |           |                                      |           |
| Keluhan Lain:                                     |                                                                     |           |                                      |           |

|  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>BREATHING</b>                                                                                                                                                                                                                        | <b>Diagnosa Keperawatan:</b><br><br>1. Ketidakefektifan Pola Nafas b.d kelelahan otot-otot Pernapasan                                                                                                                                                                                                                         |
|  | Gerakan dada : R Simetris " Asimetris<br>Irama Nafas : R Cepat "<br>Dangkal " Normal<br>Pola Nafas : " Teratur R Tidak Teratur<br>Retraksi otot dada : R Ada " N/A<br>Sesak Nafas : R Ada " N/A R RR : 30 x/mnt<br>Keluhan Lain: ... .. | <b>Kriteria Hasil :</b><br>Ketidakefektifan Pola Napas teratasi<br><br><b>Intervensi :</b><br><br>1. Pertahankan jalan napas<br>2. Perhatikan pergerakan dada, amati penggunaan otot-otot bantu<br>3. Pertahankan oksigen sesuai advis dokter<br>4. Pantau jumlah respirasi<br>5. Berikan nebu ventolin, sesuai advice dokter |
|  | <b>CIRCULATION</b>                                                                                                                                                                                                                      | <b>Diagnosa Keperawatan:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|  | <b>DISABILITY</b>                                                                                                                                                                                                                       | <b>Diagnosa Keperawatan:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|  | Nadi : R Teraba "<br>Tidak teraba<br>Sianosis : " Ya R Tidak<br>CRT : R < 2 detik " > 2 detik<br>Pendarahan : " Ya R Tidak ada<br>Keluhan Lain:                                                                                         | <b>Kriteria Hasil :</b><br><br><b>Intervensi :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|  | Respon :R Alert " Verbal " Pain " Unrespon<br>Kesadaran : R CM " Delirium " Somnolen " ... ..<br>GCS : R Eye 4 R Verbal 5 R Motorik 6                                                                                                   | <b>Kriteria Hasil :</b><br><br><b>Intervensi :</b><br><br>1. Berikan posisi head up 30 derajat<br>2. Periksa kesadaran dan GCS tiap 5 menit                                                                                                                                                                                   |

|                             |                                                   |                              |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|
|                             | Pupil : " Isokor " Unisokor "                     |                              |
|                             | Pinpoint " Medriasis                              |                              |
|                             | Refleks Cahaya: R Ada " Tidak Ada                 |                              |
|                             | Keluhan Lain :                                    |                              |
|                             | <b>EXPOSURE</b>                                   | <b>Diagnosa Keperawatan:</b> |
|                             | Deformitas : " Ya " Tidak                         | Kriteria Hasil :             |
|                             | Contusio : " Ya " Tidak                           | Intervensi :                 |
|                             | Abrasi : " Ya " Tidak                             |                              |
|                             | Penetrasi : " Ya " Tidak                          |                              |
|                             | Laserasi : " Ya " Tidak                           |                              |
|                             | Edema : " Ya R Tidak                              |                              |
|                             | Keluhan Lain:                                     |                              |
|                             | .... .                                            |                              |
| <b>SECONDARY<br/>SURVEY</b> | <b>ANAMNESA</b>                                   | <b>Diagnosa Keperawatan:</b> |
|                             | Riwayat Penyakit Saat Ini : Sesak Nafas           | Kriteria Hasil :             |
|                             | Alergi : -                                        | Intervensi :                 |
|                             | Medikasi : -                                      |                              |
|                             | Riwayat Penyakit Sebelumnya: Asma                 |                              |
|                             | Makan Minum Terakhir:                             |                              |
|                             | Even/Peristiwa Penyebab:                          |                              |
|                             | Tanda Vital :                                     |                              |
|                             | BP : 130/70 mmHg N : 92<br>x/menit RR : 30x/menit |                              |
|                             | <b>PEMERIKSAAN FISIK</b>                          | <b>Diagnosa Keperawatan:</b> |
|                             | <b>Kepala dan Leher:</b>                          | Kriteria Hasil :             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <p>Inspeksi :</p> <p>Palpasi : pembesaran tiroid (-)</p> <p><b>Dada:</b></p> <p>Inspeksi : simetris(+),</p> <p>Palpasi : retraksi dinding dada(+)</p> <p>Perkusi : otot bantu (+),</p> <p>Auskultasi : whizzing(+)</p> <p><b>Abdomen:</b></p> <p>Inspeksi : datar (+)</p> <p>Palpasi :</p> <p>Perkusi :</p> <p>Auskultasi : peristaltik 8 x/menit</p> <p><b>Pelvis:</b></p> <p>Inspeksi :</p> <p>Palpasi :.</p> <p><b>Ektremitas Atas/Bawah:</b></p> <p>Inspeksi : CRT &lt; 2 detik</p> <p>Palpasi : edema (-)</p> <p><b>Punggung :</b></p> <p>Inspeksi : Bersih</p> <p>Palpasi :</p> <p><b>Neurologis :</b></p> | <p>Intervensi :</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|  |                                                                                           |                                                                       |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                           |                                                                       |
|  | <b>PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK</b>                                                             | <b>Diagnosa Keperawatan:</b>                                          |
|  | " RONTGEN " CT-SCAN " USG " EKG<br>" ENDOSKOPI " Lain-lain, ... ..<br><b>Hasil :</b>      | Kriteria Hasil :<br>Intervensi :                                      |
|  | <b>Tanggal Pengkajian : 25 Februari 2013</b><br><b>Jam : 21.22</b><br><b>Keterangan :</b> | <b>TANDA TANGAN PENGKAJI:</b><br><b>NAMA TERANG : Irma Susilawati</b> |

### **Tugas Praktikum 9 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan  
 Dalam format asuhan keperawatan Gawat Darurat !**

# Materi 10

## FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN KRITIS

### FORMAT CASE REPORT (ASUHAN KEPERAWATAN) DI HCU/ICU/ICCU

|                                                                      |                  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Identitas Klien</b>                                               |                  |
| Nama :                                                               | Agama :          |
| Umur :                                                               | Alamat Rumah :   |
| Status :                                                             | No RM :          |
| Jenis Kelamin :                                                      | Diagnosa Medis : |
| Tanggal Pengkajian :                                                 | Hari Rawat Ke :  |
| <b>Primary Survey:</b>                                               |                  |
| A :                                                                  |                  |
| B:                                                                   |                  |
| C;                                                                   |                  |
| D:                                                                   |                  |
| <b>Secondary Survey :</b>                                            |                  |
| <b>Riwayat Sakit dan Kesehatan</b>                                   |                  |
| Alasan dirawat di HCU/ICU/ICCU:                                      |                  |
| Riwayat Kesehatan Sekarang :                                         |                  |
| Riwayat Kesehatan Lalu :                                             |                  |
| Riwayat Kesehatan Keluarga :                                         |                  |
| Riwayat Alergi :                                                     |                  |
| <b>Review of System</b>                                              |                  |
| 1. Keadaan Umum :                                                    |                  |
| 2. Kesadaran :                                                       |                  |
| 3. TTV : TD : / mmHg , Nadi : x/mnt , Suhu : °C , Pernafasan : x/mnt |                  |
| 4. Berat Badan : Kg. Tinggi Badan : cm IMT : kg/m <sup>2</sup>       |                  |
| <b>Sistem Pernafasan</b>                                             |                  |
| 1. Pola Nafas :                                                      |                  |
| 2. Tipe Pernafasa :                                                  |                  |
| 3. Retraksi dada :                                                   |                  |

|                                       |   |        |           |          |
|---------------------------------------|---|--------|-----------|----------|
| 4. Nafas Cuping Hidung                | : |        |           |          |
| 5. Nyeri Saat Bernafas                | : |        |           |          |
| 6. Ekspansi Dada                      | : |        |           |          |
| 7. Sesak Nafas                        | : |        |           |          |
| 8. Batuk                              | : |        |           |          |
| 9. Sumbatan Jalan Nafas               | : |        |           |          |
| 10. Bunyi Nafas                       | : |        |           |          |
| Lain-lain                             | : |        |           |          |
| <b>Masalah Keperawatan</b>            | : |        |           |          |
| <b><i>Sistem Kardiovaskuler</i></b>   |   |        |           |          |
| 1. Nyeri Dada                         | : |        |           |          |
| 2. Irama Jantung                      | : |        |           |          |
| 3. CRT                                | : |        |           |          |
| 4. Akral                              | : |        |           |          |
| 5. Peningkatan JVP                    | : |        |           |          |
| 6. Nyeri Dada                         | : |        |           |          |
| 7. Bunyi Jantung                      | : |        |           |          |
| Lain-lain                             | : |        |           |          |
| <b>Masalah Keperawatan</b>            | : |        |           |          |
| <b><i>Sistem Neurologis</i></b>       |   |        |           |          |
| 1. GCS                                | : | Eyes : | Motorik : | Verbal : |
| 2. Kesadaran                          | : |        |           |          |
| 3. Pupil                              | : |        |           |          |
| 4. Refleks                            | : |        |           |          |
| • Bisep                               | : |        |           |          |
| • Trisep                              | : |        |           |          |
| • Patella                             | : |        |           |          |
| • Achilles                            | : |        |           |          |
| • Babinsky                            | : |        |           |          |
| • Lainnya                             | : |        |           |          |
| 5. Koordinasi gerak                   | : |        |           |          |
| 6. Peto                               | : |        |           |          |
| 7. Parese dan Plegia                  | : |        |           |          |
| 8. Aphasia                            | : |        |           |          |
| 9. Kejang                             | : |        |           |          |
| Lain-lain                             | : |        |           |          |
| <b>Masalah Keperawatan</b>            | : |        |           |          |
| <b><i>Sistem Persepsi Sensori</i></b> |   |        |           |          |
| 1. Mata                               | : |        |           |          |
| • Sklera                              | : |        |           |          |
| • Konjungtiva                         | : |        |           |          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan Penglihatan :</li> <li>• Alat Bantu Penglihatan :</li> <li>• Lain-lain :</li> </ul> <p>2. Hidung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epistaksis :</li> <li>• Polip :</li> <li>• Gangguan penciuman :</li> <li>• Lain-lain :</li> </ul> <p>3. Telinga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan pendengaran :</li> <li>• Alat Bantu Pendengaran :</li> <li>• Sumbatan :</li> <li>• Lain-lain :</li> </ul> <p>Lain-lain :</p> <p><b>Masalah Keperawatan :</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b><i>Sistem Perkemihan</i></b></p> <p>1. Urine                                      Frekuensi : ..... Jumlah :        cc    Warna :                      Bau :</p> <p>2. Kateter                                      :</p> <p>3. Nyeri Tekan                                      :</p> <p>4. Gangguan berkemih                                      :</p> <p>Lain-lain                                      :</p> <p><b>Masalah Keperawatan :</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b><i>Sistem Pencernaan</i></b></p> <p>1. Bibir                                      :</p> <p>2. Tenggorokan                                      :</p> <p>3. Abdomen                                      :</p> <p>4. Acites                                      :</p> <p>5. Peristaltik usus                                      :</p> <p>6. Nyeri                                      :</p> <p>7. Massa                                      :</p> <p>8. Makan                                      :</p> <p>9. Minum                                      :</p> <p>10. BAB                                      : ..... x/hari , Konsistensi : .....    Warna : .....<br/>           Bau : .....</p> <p>11. Gangguan rectum                                      :</p> <p>Lain-lain                                      :</p> <p><b>Masalah Keperawatan :</b></p> |

**Sistem Muskuloskeletal**

- 1.ROM :
- 2.Keseimbangan :
3. Nyeri Otot/Tulang :
- 4.Kaku Sendi :
- 5.Alat Bantu Gerak :

6.Kekuatan Otot : \_\_\_\_\_

Lain-lain :

**Masalah Keperawatan :**

**Sistem Integumen**

1. Warna Kulit :
2. Turgor :
3. Edema :
4. Lesi :
- Lain-lain :

**Masalah Keperawatan :**

**Sistem Reproduksi**

Laki – Laki / Perempuan (*coret salah satu*)

1. Kemerahan :
2. Gatal – Gatal :
3. Bengkak :
4. Pus :
5. Kelainan Bawaan :
6. Nyeri :
7. Gangguan Payudara :
8. Masalah Haid dan reproduksi :
- Lain-lain :

**Masalah Keperawatan :**

**Tidur & Istirahat**

1. Waktu Tidur : , Lama Tidur : , Kualitas Tidur :
2. Pengantar Tidur :
3. Pola Tidur Siang :
4. Gangguan Tidur :
- Lain-lain

**Masalah Keperawatan :*****Personal Hygiene***

Mandi : x/hari                      Sikat Gigi : x/hari                      Keramas : hari/sekali  
Ganti Pakaian : x/hari              Menyisir Rambut : x/hari              Potong Kuku :

***Aktivitas Dasar***

| <i>ADL'S</i>                                                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Makan / Minum<br>Toileting<br>Berpakaian<br>Mobilisasi Dari Tempat<br>Tidur<br>Berpindah<br>Ambulasi / ROM |   |   |   |   |   |

*Ket. 0 : Mandiri, 1 : Di Bantu Alat, 2 : Di Bantu Orang Lain, 3 : Di Bantu Orang & Alat, 4 : Tergantung Total*

Lain lain :

**Masalah Keperawatan :**

***Psiko – Sosio – Spiritual***

Hubungan dengan orang lain :  
Penampilan :  
Mood :  
Konsep Diri :  
Proses Pikir :  
Orientasi :  
Kegiatan Ibadah :

## Terapi / Program Medis

[illegible]

*Pemeriksaan Laboratorium & Penunjang*

*Tgl*

[illegible]

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pemeriksaan Penunjang Lainnya**

| <i>Nama Pemeriksaan</i>  | <i>Tanggal</i> | <i>Hasil</i> | <i>Kesan/Kesimpulan</i> |
|--------------------------|----------------|--------------|-------------------------|
| <b>1. EKG</b>            |                |              |                         |
| <b>2. Foto Ro-Thorax</b> |                |              |                         |
| <b>3.Head CT-Scan</b>    |                |              |                         |

### **Tugas Praktikum 10 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan  
Dalam format asuhan keperawatan Kritis !**

## **Materi II**

### *FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN KELUARGA*

#### **FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA**

1. Nama kepala keluarga (KK) : .....
2. Alamat dan telepon : .....
3. Pekerjaan kepala keluarga : .....
4. Pendidikan kepala keluarga : .....
5. Komposisi keluarga

| No | Nama | Umur | Jenis<br>Kelamin | Hub.dgn<br>KK | TTL | Pekerjaan | Pendidikan |
|----|------|------|------------------|---------------|-----|-----------|------------|
|    |      |      |                  |               |     |           |            |

6. Genogram
7. Tipe keluarga
8. Suku bangsa
9. Agama
10. Status sosial ekonomi keluarga

11. Aktivitas rekreasi keluarga

**A. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA**

12. Tahap perkembangan keluarga saat ini

13. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

14. Riwayat keluarga inti

15. Riwayat keluarga sebelumnya

**B. PENGKAJIAN LINGKUNGAN**

16. Karakteristik rumah

17. Karakteristik tetangga dan komunitas RW

18. Mobilitas geografis keluarga

19. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

20. Sistem pendukung keluarga

### **C. STRUKTUR KELUARGA**

- 21. Pola komunikasi keluarga
- 22. Struktur kekuatan keluarga
- 23. Struktur peran
- 24. Nilai atau norma keluarga

### **D. FUNGSI KELUARGA**

- 25. Fungsi afektif
- 26. Fungsi sosialisasi
- 27. Fungsi perawatan kesehatan
- 28. Fungsi reproduksi
- 29. Fungsi ekonomi

### **E. STRESS DAN KOPING KELUARGA**

- 30. Stressor jangka pendek dan panjang
- 31. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor
- 32. Strategi koping yang digunakan
- 33. Strategi adaptasi disfungsional

34. Strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan

#### **F. PEMERIKSAAN FISIK**

| <b>Pemeriksaan</b>                  | <b>Tn. A</b> | <b>Ny. B</b> | <b>An. C</b> |
|-------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>TD</b>                           |              |              |              |
| <b>N</b>                            |              |              |              |
| <b>RR</b>                           |              |              |              |
| <b>S</b>                            |              |              |              |
| <b>TB</b>                           |              |              |              |
| <b>BB</b>                           |              |              |              |
| <b>LILA</b>                         |              |              |              |
| <b>KEPALA</b>                       |              |              |              |
| <b>LEHER</b>                        |              |              |              |
| <b>THORAX</b>                       |              |              |              |
| <b>ABDOMEN</b>                      |              |              |              |
| <b>GENITALIA<br/>&amp; PERIANAL</b> |              |              |              |
| <b>EKSTREMITAS</b>                  |              |              |              |

## **G. PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**

35. Praktik diet keluarga (nutrisi dan cairan)

36. Istirahat dan tidur keluarga

37. Olah raga/mobilisasi

38. Eliminasi

39. Personal hygiene

## **H. PENGKAJIAN PSIKIATRIK**

40. Konsep diri

41. Status kesehatan mental

42. Pengkajian resiko

## **I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (laboratorium, rontgen, dll)**

## **J. HARAPAN KELUARGA**

## **K. FUNGSI PERAWATAN KESEHATAN (PENJAJAKAN TAHAP II)**

## **L. LAMPIRAN 22**

**PANDUAN WAWANCARA**  
**PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA**

**A. BILA DALAM KELUARGA TERDAPAT PUS (PASANGAN USIA SUBUR)**

1. Berapa usia PUS saat ini:  
☐ <20 tahun      ☐ 20-25 tahun      ☐ 25-30 tahun      ☐ 30-35 tahun  
☐ 35-40 tahun      ☐ 40-45 tahun      ☐ > 45 tahun
2. Saat ini apakah PUS menggunakan alat kontrasepsi:  
☐ Ya      ☐ Tidak
3. Bila ya, alat kontrasepsi apa yang digunakan:  
☐ IUD      ☐ Pil      ☐ Suntik  
☐ Implant      (                      )      Lain-lain,      sebutkan  
\_\_\_\_\_
4. Bila tidak, apa alasan PUS tidak menggunakan alat kontrasepsi:  
☐ Tidak tahu      ☐ Tidak nyaman      ☐ Mahal  
☐ Dilarang oleh agama
5. Dari mana PUS mendapatkan informasi tentang KB:  
☐ Petugas kesehatan      ☐ orang lain  
☐ Media elektronik      ☐ Media massa
6. Bagaimana kondisi kesehatan PUS saat ini:  
☐ Sehat      ☐ Sakit
7. Bila sakit, tindakan apa yang sudah dilakukan untuk mengatasi keluhan tersebut:  
☐ Ke pelayanan kesehatan      ☐ Didiamkan saja  
☐ Obat warung      ☐ Alternatif
8. Bila PUS sakit, apa keluhan/diagnosis medisnya -----  
-----

## **B. BILA DALAM KELUARGA TERDAPAT IBU HAMIL**

1. Berapa usia kehamilan ibu saat ini:  
☐ 1-3 bulan      ☐ 3-6 bulan      ☐ 6-9 bulan
2. Berapa peningkatan berat badan ibu selama kehamilan saat ini (khusus Trimester III):  
☐ < 9 kg      ☐ 9-12 kg      ☐ >12 kg
3. Berapa kali ibu makan setiap hari:  
☐ 3 x makan pokok + selingan  
☐ 3 x makanan pokok, tanpa selingan  
☐ < 3 x dan tanpa selingan
4. Apakah ibu memeriksakan kehamilan saat ini:  
☐ Ya      ☐ Tidak  
Bila ya, dimana ibu memeriksakan kehamilan saat ini:  
☐ Bidan      ☐ Dokter  
☐ Dukun terlatih      ☐ Lain-lain, sebutkan
5. Berapa kali ibu memeriksakan kehamilan:  
☐ 1 kali      ☐ 2 kali      ☐ 3 kali  
☐ 4 kali      ☐ >4 kali
6. Bila tidak, apa alasan ibu tidak memeriksakan kehamilan  
☐ Jauh      ☐ Takut      ☐ Tidak tahu  
☐ Malas      ☐ Mahal
7. Apakah ibu mendapatkan imunisasi TT selama kehamilan  
☐ Ya      ☐ Tidak
8. Bila ya, berapa kali ibu mendapatkan imunisasi TT:  
☐ 1 kali      ☐ 2 kali
9. Bila tidak apa yang menyebabkan ibu tidak imunisasi TT:  
☐ Jauh      ☐ Takut      ☐ Tidak tahu  
☐ Malas      ☐ Mahal

10. Bagaimana kondisi ibu hamil saat ini:

☐ Sehat ☐ Sakit

11. Bila ibu hamil sakit, apa keluhan/diagnosis medisnya: .....

### **C. BILA DALAM KELUARGA TERDAPAT IBU NIFAS**

1. Dibantu oleh siapa ibu saat melahirkan:

☐ Bidan ☐ Dokter  
☐ Dukun terlatih ☐ Lain-lain, sebutkan

2. Apakah ibu mendapatkan informasi tentang perawatan fase nifas:

☐ Ya ☐ Tidak

3. Bila ya, informasi apa yang ibu dapatkan:

☐ Kebersihan diri  
☐ Perawatan alat kelamin  
☐ Perawatan tali pusat  
☐ Perawatan payudara  
☐ Cara memandikan bayi

4. Bagaimana kondisi ibu nifas saat ini

☐ Sehat ☐ Sakit

5. Bila ibu nifas dalam kondisi sakit, apa keluhan/diagnosis medisnya....

### **D. BILA DALAM KELUARGA TERDAPAT IBU MENYUSUI**

1. Apakah ibu mendapatkan informasi tentang cara pemberian ASI:

☐ Ya ☐ Tidak

2. Bila ya, jenis informasi apa yang ibu dapatkan:

☐ Perawatan payudara ☐ Manfaat ASI ☐ Teknik menyusui

3. Apakah ibu pernah member kolostrum/susu pertama kali keluar pada bayi segera melahirkan:

☐ Ya ☐ Tidak

4. Sampai usia berapa anak diberi ASI eksklusif

( ) 4 bulan ( ) 6 bulan

5. Sampai usia berapa anak diberi ASI:

( ) 6 bulan ( ) 6 – 12 bulan

( ) 12 – 18 bulan ( ) 18 – 24 bulan

6. Keluhan ibu/diagnosis medis terkait dengan masalah menyusui:

**E. BILA DALAM KELUARGA TERDAPAT BALITA (0-5 Tahun)**

**A.** Apakah keluarga melakukan penimbangan balita:

( ) Ya ( ) Tidak

**B.** Bila tidak, alasannya:

( ) Jauh ( ) Malas

( ) Repot ( ) Tidak tahu

**C.** Apakah setiap hari anak mendapatkan makanan selingan di antara waktu makan:

( ) Ya ( ) Kadang-kadang ( ) Tidak

**D.** Bagaimana kondisi balita saat ini:

( ) Sehat ( ) Sakit

**E.** Bila balita sakit, apa yang dikeluhkan atau diagnosis medisnya-----

Penjelas (Dapat dilihat pada Buku KMS = Kartu Menuju Sehat)

N = Normal; T = Tidak normal H = Garis hijau

M = Garis merah; K = Garis kuning O = *Overweight* (Garis kuning di atas Hijau)

TL = Tidak Lengkap BL = Belum Lengkap (usia belum mencukupi);

L = Lengkap

| No | Nama Anak | Umur | BB | N/T | M | K | H | O | Jenis Imunisasi |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Ket |   |  |
|----|-----------|------|----|-----|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|--|
| 1  | 2         | 3    | 4  | 5   | 6 | 7 | 8 | 9 | 10              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |  |
|    |           |      |    |     |   |   |   |   | B               | D | D | D | P | P | P | P | C | H | H   | H |  |
|    |           |      |    |     |   |   |   |   | C               | P | P | P | O | O | O | O | A | E | E   | E |  |
|    |           |      |    |     |   |   |   |   | G               | T | T | T | L | L | L | L | M | P | P   | P |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 | 2 | 3 | I | I | I | I | P | A | A | A |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   | O | O | O | O | A | T | T | T |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   | 1 | 2 | 3 | 4 | K | I | I | I |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   | T | T | T |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   | I | I | I |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   | S | S | S |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 2 | 3 |  |

**Catatan:**

- ❖ Kolom 1 s/d 4 ditulis sesuai keterangan kolom
- ❖ Kolom 6 s/d 10 diisi tanda √ (centang)
- ❖ Dapat dimodifikasi sendiri untuk penambahan dan pembuatan kolom.

**F. BILA DALAM KELUARGA TERDAPAT ANAK PRASEKOLAH DAN USIA SEKOLAH (5-12 Tahun)**

1. Berapa kali anak melakukan kebersihan gigi dalam sehari:  
☐ 1 kali                      ☐ 2 kali                      ☐ 3 kali
2. Bagaimana kondisi gigi anak saat ini:  
☐ Berlubang dan hitam                      ☐ Gusi bengkak dan berdarah  
☐ Sariawan                      ☐ Bersih dan sehat
3. Apakah anak terbiasa mencuci tangan sebelum dan sesudah makan:  
☐ Ya                      ☐ Tidak
4. Apakah anak terbiasa memakai alas kaki saat bermain:  
☐ Ya                      ☐ Tidak
5. Bagaimana kondisi anak saat ini:  
☐ Sehat                      ☐ Sakit
6. Bila sakit, apa yang dikeluhkan/diagnosis medisnya.....

### **G. BILA DALAM KELUARGA TERDAPAT ANAK REMAJA (12-18 Tahun)**

1. Kegiatan yang dilakukan remaja di luar jam sekolah -----  
-
2. Apa yang dilakukan remaja jika ada masalah-----  
-
3. Bagaimana kondisi remaja saat ini:  
☐ Sehat ☐ Sakit
4. Bila sakit, apa yang dikeluhkan usia dewasa/diagnosis medisnya-----  
----

### **H. BILA DALAM KELUARGA TERDAPAT USIA DEWASA (18-55 Tahun)**

1. Kegiatan yang dilakukan usia dewasa setelah lulus sekolah -----  
--
2. Bagaimana kondisi usia dewasa saat ini:  
☐ Sehat ☐ Sakit
3. Bila sakit, apa yang dikeluhkan usia dewasa/diagnosis medisnya-----  
--

### **I. BILA DALAM KELUARGA TERDAPAT LANSIA (< 55 Tahun)**

1. Berapa jumlah lansia dalam rumah saat ini:  
☐ 1 ☐ 2
2. Adakah penyakit keturunan dalam keluarga:  
☐ Jantung ☐ Hipertensi  
☐ Diabetes ☐ Asma
3. Pernahkah melakukan pemeriksaan gula darah dalam waktu 3 bulan terakhir:  
☐ Pernah ☐ Tidak pernah
4. Bila pernah sebutkan hasil pemeriksaan:-----
5. Bagaimana kondisi lansia saat ini:

( ) Sehat ( ) Sakit

6. Bila sakit, apa yang dikeluhkan lansia/diagnosis medisnya

\_\_\_\_\_

7. Apa yang telah dilakukan untuk mengatasi penyakit lansia:

( ) Ke pelayanan kesehatan ( ) Didiamkan saja

( ) Minum obat warung ( ) Alternatif

8. Apakah kegiatan lansia sehari-hari: \_\_\_\_\_

9. Apakah perlu dibentuk Posyandu lansia:

( ) Ya, alasannya \_\_\_\_\_

( ) Tidak, alasannya \_\_\_\_\_

#### **J. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**

1. Apakah dalam keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa:

( ) Ya ( ) Tidak

2. Bila ya, kondisinya saat ini \_\_\_\_\_

3. Apa yang telah dilakukan untuk mengatasinya:

( ) Ke pelayanan kesehatan ( ) Didiamkan saja ( ) Alternatif

#### **K. KESEHATAN LINGKUNGAN DAN PERILAKU KESEHATAN KELUARGA**

1. Cara keluarga mengolah sayuran sebelum dimasak:

( ) Dipotong baru dicuci ( ) Dicuci baru dipotong

2. Cara keluarga menyajikan makanan yang telah dimasak:

( ) Tertutup ( ) Terbuka

3. Adakah kebiasaan keluarga menggantung pakaian setelah dipakai:

( ) Ya ( ) Tidak

4. Bagaimana cara keluarga membuang sampah (limbah rumah tangga):

( ) Ditumpuk ( ) Dikubur ( ) Dibakar ( ) Diambil petugas

5. Bagaimana keluarga membuang limbah WC:

( ) Septik tank ( ) Got

( ) Kali/sungai ( ) Lain-lain sebutkan: \_\_\_\_\_

6. Dari mana keluarga mendapat sumber air bersih:
- ☐ PAM-Ledeng    ☐ Sumur
- ☐ Sungai            ☐ Pompa air listrik
7. Berapa jarak sumber air dari septik tank:
- ☐ <10m            ☐ >10m
8. Bagaimana keadaan air rumah:
- ☐ Berasa            ☐ Berbau
- ☐ Berwarna        ☐ Ada endapan
- ☐ Tidak berasa, tidak berwarna, dan tidak berbau
9. Kebiasaan keluarga mandi:
- ☐ <2x                ☐ >2X
10. Kebiasaan keluarga menggunakan handuk:
- ☐ Sendiri-sendiri   ☐ Bersama-sama
11. Kebiasaan keluarga membersihkan bak mandi/tempat penampungan air:
- ☐ < seminggu    ☐ 1 kali seminggu   ☐ > seminggu
12. Bagaimana kondisi lantai WC:
- ☐ Licin                ☐ Tidak licin
13. Apakah tempat penampungan air untuk keperluan memasak ditutup:
- ☐ Ya                    ☐ Tidak
14. Apakah sinar matahari masuk ke dalam rumah:
- ☐ Ya                    ☐ Tidak
15. Bagaimana pencahayaan di dalam rumah:
- ☐ Terang              ☐ Kurang terang
- ☐ Tidak terang
16. Bagaimana kondisi penataan rumah:
- ☐ Rapi                  ☐ Berantakan
17. Bagaimana kebersihan rumah:
- ☐ Bersih                ☐ Tidak bersih

( ) Licin                      ( ) Tidak licin

( )Ya                      ( )Tidak

Pemanfaatan pekarangan:

( ) Ada                      ( ) Tidak

## Tugas Praktikum 11 :

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan  
Dalam format asuhan keperawatan keluarga !**

## Materi 12

### FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

#### A. IDENTITAS KLIEN

Inisial :  
Alamat :

Umur :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Suku/Bahasa :  
Agama :  
Informan :  
Tanggal masuk RS :  
Tanggal Pengkajian :  
Nomor Register :

#### Identitas Penanggung Jawab

Nama :  
Alamat :

Umur :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Suku/Bahasa :  
Agama :  
Hub dgn klien :

#### B. ALASAN MASUK

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

#### C. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu :  
( ) Ya ( ) Tidak

.....  
.....

2. Pengobatan sebelumnya  
( ) Berhasil ( ) Kurang Berhasil ( ) Tdk Berhasil

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

Masalah Keperawatan :

3. Penganiayaan : Pelaku/usia Korban/usia Saksi/usia

- a. Aniaya Fisik
- b. Aniaya seksual
- c. Penolakan
- d. Kekerasan dalam Keluarga
- e. Tindakan criminal

Jelaskan : .....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?

( ) Ya ( ) Tidak

Hubungan Keluarga :

Gejala :

Riwayat Pengobatan :

.....

.....

.....

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

#### D. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda – tanda Vital : TD : ... N : ... S: ... P: ...

2. Ukur : TB : ... BB : ...

3. Keluhan Fisik ( ) Ya ( ) Tidak

Jelaskan : .....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Masalah Keperawatan :

E. PSIKOSOSIAL

1. Genogram :

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

2. Konsep Diri :

a. Gambaran diri :

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

Masalah Keperawatan :

b. Identitas Diri :

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

Masalah Keperawatan :

c. Peran :

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

Masalah Keperawatan :

d. Ideal diri :

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

Masalah Keperawatan :

e. Harga diri :

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

Masalah Keperawatan

3. Hubungan social

a. Orang yang terdekat :

b. Peran serta kegiatan kelompok / masyarakat :

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

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

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

Masalah Keperawatan :

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan :

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

b. Kegiatan ibadah :

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

Masalah Keperawatan :

F. Status Mental

1. Penampilan

( ) tidak rapi

( ) penggunaan pakaian tidak sesuai

( ) cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

2. Pembicaraan

☐ cepat    ☐ keras    ☐ gagap    ☐ inkohern  
☐ apatis    ☐ lambat    ☐ membisu    ☐ tidak mampu memulai  
bicara

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan

3. Aktivitas Motorik

☐ lesu    ☐ tegang    ☐ gelisah    ☐ agitasi  
☐ Tik    ☐ grimasem    ☐ tremor    ☐ kompulsif

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan

4. Alam Perasaan

☐ Sedih    ☐ Ketakutan    ☐ putus asa    ☐ khawatir  
☐ gembira berlebihan

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan

5. Afek

☐ datar    ☐ tumpul    ☐ labil    ☐ tidak sesuai

Jelaskan :

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

.....  
Masalah Keperawatan

6. Interaksi selama wawancara  
☐ bermusuhan    ☐ tidak kooperatif    ☐ mudah tersinggung  
☐ kontak mata kurang    ☐ defensive    ☐ curiga

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan

7. Persepsi atau Halusinasi  
☐ pendengaran    ☐ penglihatan    ☐ perabaan  
☐ pengecap    ☐ penghidu

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan

8. Proses Pikir  
☐ Sircumstansial    ☐ tangensial    ☐ kehilangan asosiasi  
☐ flight of idea    ☐ blocking    ☐ pengulangan pembicaraan  
persevarasi

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan

9. Isi pikir  
☐ obsesi    ☐ fobia    ☐ hipokondria  
☐ dipersonalisasi    ☐ ide yang terkait    ☐ pikiran magis

Waham

- ☐ agama    ☐ somatik    ☐ kebesaran    ☐ curiga  
☐ nihilistic    ☐ sisip pikir    ☐ siar pikir    ☐ control pikir

Jelaskan :

.....

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

Masalah keperawatan :

10. Tingkat kesabaran

☐ bingung      ☐ fobia      ☐ hipokondria

Disorientasi

☐ waktu      ☐ tempat      ☐ orang

Jelaskan :

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

Masalah keperawatan :

11. Memori

☐ gangguan daya ingat jangka panjang

☐ gangguan daya ingat jangka pendek

☐ gangguan daya ingat saat ini

☐ konfabulasi

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

☐ mudah beralih      ☐ tidak mampu berkonsentrasi

☐ tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

13. Kemampuan penilaian

☐ gangguan ringan      ☐ gangguan bermakna

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

14. Daya titi diri

( ) mengingkari penyakit yang diderita

( ) menyalahkan hal – hal yang diluar dirinya

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

G. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan dan minum

( ) bantuan minimal      ( ) bantuan total

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

Masalah Keperawatan :

2. Bab / Bak

( ) bantuan minimal      ( ) bantuan total

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

3. Mandi

( ) bantuan minimal      ( ) bantuan total

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

Masalah Keperawatan :

4. Berpakaian / berhias

( ) bantuan minimal      ( ) bantuan total

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

5. Istirahat / tidur

( ) Tidur siang, lama : .....

( ) Tidur malam, lama : .....

( ) kegiatan sebelum / sesudah tidur : .....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

6. Penggunaan obat

( ) bantuan minimal ( ) bantuan total

Jelaskan :

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawat lanjut : ( ) Ya ( ) Tidak

System pendukung : ( ) Ya ( ) Tidak

Jelaskan :

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makan : ( ) Ya ( ) Tidak

Menjaga kerapian rumah : ( ) Ya ( ) Tidak

Mencuci pakaian : ( ) Ya ( ) Tidak

Mengatur keuangan : ( ) Ya ( ) Tidak

Jelaskan :

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

9. Kegiatan diluar rumah

Belanja : ( ) Ya ( ) Tidak

Transportasi : ( ) Ya ( ) Tidak

Lain – Lain : ( ) Ya ( ) Tidak

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

#### H. Mekanisme Koping

Adaptif

- ( ) bicara dg orang lain
- ( ) mampu menyelesaikan masalah
- ( ) tehnik relaksasi
- ( ) aktifitas konstruktif
- ( ) olahraga
- ( ) Lain-lain

Mal adaptif

- ( ) minum alcohol
- ( ) reaksi lambat / berlebihan
- ( ) bekerja berlebihan
- ( ) menghindar
- ( ) mencederai diri/oranglain/barang
- ( ) lain-lain

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

#### I. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Klien berhubungan dengan dukungan kelompok spesifik .....

.....

Masalah berhubungan dengan lingkungan fisik .....

.....

Masalah berhubungan dengan pendidikan spesifik .....

.....

Masalah berhubungan dengan pekerjaan spesifik .....

.....

Masalah berhubungan dengan rumahan spesifik .....

.....

Masalah berhubungan dengan ekonomi spesifik .....

.....

Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan .....

.....

Jelaskan :

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

.....  
Masalah Keperawatan :

J. Kurang Pengetahuan Tentang

- |                                              |                                           |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> penyakit jiwa       | <input type="checkbox"/> system pendukung |
| <input type="checkbox"/> faktor predisposisi | <input type="checkbox"/> kondisi fisik    |
| <input type="checkbox"/> mekanisme koping    | <input type="checkbox"/> obat – obatan    |
| <input type="checkbox"/> lain – lain         |                                           |

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

K. Aspek Medis

Diagnosa medi

Terapi medik : .....

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

L. DATA FOKUS

M. ANALISA DATA

| NO | DATA | MASALAH |
|----|------|---------|
|    |      |         |

| NO | DATA | MASALAH |
|----|------|---------|
|    |      |         |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

| NO | DATA | MASALAH |
|----|------|---------|
|    |      |         |

| NO | DATA | MASALAH |
|----|------|---------|
|    |      |         |

## N. POHON MASALAH

## O. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1.
- 2.
- 3.

## P. INTERVENSI / RENCANA TINDAKAN

| Tanggal | Diagnosa | Intervensi |
|---------|----------|------------|
|         |          |            |

## Q. DOKUMENTASI KEPERAWATAN

| Implementasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Evaluasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tanggal : .....<br>Pkl : ..... WIB<br>Data : berisi<br>1. Tanda dan gejala/ sign and symptom<br>2. Kemampuan mengatasi masalah<br><br>Diagnosa : berisi diagnosis yang ada sesuai dengan analisa data<br>Tindakan : berisi tindakan yang akan dilakukan sesuai matrik kemampuan klien<br>RTL : Berisi tindakan selanjutnya yang akan dilakukan perawat | S : Berisi respon subjektif klien setelah tindakan berupa respon perasaan, pikiran dan perilaku.<br>O : Berisi kemampuan yang telah dimiliki klien setelah intervensi<br>A : Analisis penilaian perawat berupa diagnose kep. Sesuai dengan respon klien<br><br>P : Berisi resep keperawatan / tindakan lanjutan / PR yang dilakukan oleh klien |

|  |                 |
|--|-----------------|
|  | Ttd. Nama Jelas |
|--|-----------------|

## **Tugas Praktikum 12 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan  
Dalam format asuhan keperawatan jiwa !**

## **Materi 13**

### ***FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN BEDAH***

#### **LAPORAN KASUS (ASUHAN KEPERAWATAN) PADA PASIEN PERIOPERATIF DI RUANG OPERASI**

##### **I. Identitas**

###### Identitas Pasien

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Alamat :
- d. Pendidikan :
- e. Pekerjaan :
- f. Tanggal Masuk RS :
- g. Tanggal Operasi :
- h. Diagnosa Medis :
- i. Tindakan Operasi : (isi tindakan operasi yang akan dilakukan terhadap pasien)

###### Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Alamat :
- d. Hubungan dengan Klien :

##### **II. Keluhan Utama**

(ditanya saat pasien akan melakukan operasi/ preoperasi)

##### **III. Riwayat Kesehatan**

- a. Riwayat Kesehatan Sekarang

(Diisi alasan dari mulai pasien masuk rumah sakit sampai dengan pasien akan melakukan operasi (preoperasi)

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

.....  
.....

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

.....  
.....

d. Riwayat Psikososial

.....  
.....

e. Riwayat Alergi

.....  
.....

f. Terapi Pengobatan

.....  
.....

g. Ketersediaan

|                                   |   |                 |
|-----------------------------------|---|-----------------|
| Kantong darah                     | : | (Labu/Kolf)     |
| SIA (Surat Izin Anastesi)         | : | Ada / Tidak Ada |
| SIO (Surat Izin Operasi           | : | Ada/ Tidak Ada  |
| Pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang | : | Ada/ Tidak Ada  |

#### IV. Pengkajian

##### A. Pre Operasi

a. Data Subjektif :

(misal : pasien mengeluh cemas akan dilakukan operasi, pasien mengeluh nyeri pada area yang akan dioperasi, dll)

b. Data Objektif :

- **Keadaan Umum**

GCS Tingkat Kesadaran

Eye ( E) :                      Verbal (V) :                      Motorik (M) :

- **Vital Sign**

|                  |   |         |
|------------------|---|---------|
| Suhu             | : | °C      |
| Tek. darah (TD)  | : | mmHg    |
| Frek. Nadi       | : | x/menit |
| Frek. Nafas (RR) | : | x/menit |

**c. Pengkajian Per Sistem**

**- Sistem Pernafasan**

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

**- Sistem Kardiovaskular**

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

**- Sistem Digestive**

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

**- Sistem Urologi**

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

**- Sistem Reproduksi**

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

**- Sistem Persepsi Sensori**

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

- Auskultasi : .....
- **Sistem Integumen**
    - Inspeksi : .....
    - Palpasi : .....
    - Perkusi : .....
    - Auskultasi : .....
  - **Sistem Muskuloskeletal**
    - Inspeksi : .....
    - Palpasi : .....
    - Perkusi : .....
    - Auskultasi : .....
  - **Sistem Neurologi**
    - Inspeksi : .....
    - Palpasi : .....
    - Perkusi : .....
    - Auskultasi : .....

## B. Intra Operasi

### a. Data Subjektif :

(Di tulis 'Tidak Ada', karena pasien dalam pengaruh anastesi)

### b. Data Objektif :

- Nama Dokter Bedah : .....
- Nama Dokter Anastesi : .....
- Nama Perawat Bedah/ Instrumen : .....
- Nama Perawat Anastesi : .....
- Waktu Pembedahaan/ Lama Pembedahan : ..... Jam
- Jumlah Perdarahan : ..... cc
- Nama Tindakan/ Teknik Pembedahan : .....
- Area Pembedahan : .....
- Prosedur Pembedahaan : .....

(Narasikan prosedur pembedahan mulai pasien di bedah sampai pembedahaan ditutup)

### C. Post Operasi

#### a. Data subjektif

(Narasikan apa yang dikeluhkan pasien ketika di ruang RR/ Pemulihan, misal, PQRST nyeri atau kelemahan fisik yang dirasakan dll)

#### b. Data Objektif

##### - Vital Sign

Suhu : °C  
Tek. darah (TD) : mmHg  
Frek. Nadi : x/menit  
Frek. Nafas (RR) : x/menit

##### - Kekuatan Otot

.....  
.....

##### - Skala Nyeri

.....  
.....

##### - Pengkajian Resiko Jatuh

(Menggunakan Bradden Scale/Morse Scale)

### V. Analisa Data

#### A. Analisa Data Pre Op

| Data | Etiologi<br>(Pathway) | Masalah |
|------|-----------------------|---------|
|      |                       |         |
|      |                       |         |

#### B. Analisa Data Intra Op

| Data | Etiologi<br>(Pathway) | Masalah |
|------|-----------------------|---------|
|      |                       |         |
|      |                       |         |

#### C. Analisa Data Post Op

| Data | Etiologi<br>(Pathway) | Masalah |
|------|-----------------------|---------|
|      |                       |         |
|      |                       |         |

## VI. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS)

### A. Diagnosa Pre Op

1. ....
2. ....
3. ....

### B. Diagnosa Intra Op

1. ....
2. ....
3. ....

### C. Diagnosa Post Op

1. ....
2. ....
3. ....

## VII. INTERVENSI

### A. Intervensi Pre Op

| No | Diagnosa | Tujuan | Intervensi | Rasional |
|----|----------|--------|------------|----------|
|    |          |        |            |          |
|    |          |        |            |          |

### B. Intervensi Intra Op

| No | Diagnosa | Tujuan | Intervensi | Rasional |
|----|----------|--------|------------|----------|
|    |          |        |            |          |
|    |          |        |            |          |

### C. Intervensi Post Op

| No | Diagnosa | Tujuan | Intervensi | Rasional |
|----|----------|--------|------------|----------|
|    |          |        |            |          |
|    |          |        |            |          |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

## VIII. IMPLEMENTASI

### A. Implementasi Pre Op

| No | Tanggal dan Jam | Implementasi | Respon (Subjektif dan Objektif) |
|----|-----------------|--------------|---------------------------------|
|    |                 |              |                                 |
|    |                 |              |                                 |

### B. Implementasi Intra Op

| No | Tanggal dan Jam | Implementasi | Respon (Subjektif dan Objektif) |
|----|-----------------|--------------|---------------------------------|
|    |                 |              |                                 |
|    |                 |              |                                 |

### C. Implementasi Intra Op

| No | Tanggal dan Jam | Implementasi | Respon (Subjektif dan Objektif) |
|----|-----------------|--------------|---------------------------------|
|    |                 |              |                                 |
|    |                 |              |                                 |

## IX. Evaluasi

### A. Evaluasi Pre Op

| No | Tanggal | Diagnosa | Evaluasi (SOAP | Paraf |
|----|---------|----------|----------------|-------|
|    |         |          |                |       |
|    |         |          |                |       |

### B. Evaluasi Intra Op

| No | Tanggal | Diagnosa | Evaluasi (SOAP | Paraf |
|----|---------|----------|----------------|-------|
|    |         |          |                |       |
|    |         |          |                |       |

**C. Evaluasi Post Op**

| <b>No</b> | <b>Tanggal</b> | <b>Diagnosa</b> | <b>Evaluasi (SOAP</b> | <b>Paraf</b> |
|-----------|----------------|-----------------|-----------------------|--------------|
|           |                |                 |                       |              |
|           |                |                 |                       |              |

**Tugas Praktikum 13 :**

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan  
Dalam format asuhan keperawatan Bedah !**

## Materi 14

### FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

#### FORMAT PENGKAJIAN KOMUNITAS

NO.KODE KK

#### I. KEPENDUDUKAN

1. Nama KK :
2. Jenis Kelamin :
3. Umur/Tgl Lahir:
4. Agama :
5. Pendidikan :
6. Pekerjaan :
7. Alamat :

Nama Responden : 1.....

2.....

Nama Supervisor :

Tanggal :

| N<br>O | NAMA | UMU<br>R | SEX | HUBUN<br>GAN | AGAM<br>A | PENDID<br>IKAN | PEKER<br>JAAN | KE<br>T |
|--------|------|----------|-----|--------------|-----------|----------------|---------------|---------|
|        |      |          |     |              |           |                |               |         |
|        |      |          |     |              |           |                |               |         |
|        |      |          |     |              |           |                |               |         |
|        |      |          |     |              |           |                |               |         |
|        |      |          |     |              |           |                |               |         |

**TABEL TABULASI HASIL PENGKAJIAN KOMUNITAS**  
**DESA....., KEC. ...., KAB. ...., JAWA BARAT**  
**TA ...../.....**

**1. Berapakah jumlah anggota keluarga berdasarkan usia?**

| N<br>O | UMUR                | KLASIFIKASI        | JUMLAH PER<br>KELUARGA |   |   |     |   |   |   |   | JML | DL<br>M |   |   |   |
|--------|---------------------|--------------------|------------------------|---|---|-----|---|---|---|---|-----|---------|---|---|---|
|        |                     |                    | 1                      | 2 | 3 | Dst |   |   |   |   |     | (%)     |   |   |   |
|        |                     |                    |                        | L | P | L   | P | L | P | L | P   | L       | P | L | P |
| 1      | 0-28 hari           | <i>Neonatus</i>    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 2      | >28 hari-2 bulan    | <i>Bayi</i>        |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 3      | >2 bulan-3 bulan    |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 4      | >3 bulan-4 bulan    |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 5      | >4 bulan-5 bulan    |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 6      | >5 bulan-6 bulan    |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 7      | >6 bulan-7 bulan    |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 8      | >7 bulan-8 bulan    |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 9      | >8 bulan-9 bulan    |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 10     | >9 bulan-10 bulan   |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 11     | >10 bulan-11 bulan  |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 12     | >11 bulan-<12 bulan |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 13     | >1-2 tahun          | <i>Balita</i>      |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 14     | >2-3 tahun          |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 15     | >3-4 tahun          |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 16     | >4-5 tahun          |                    |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |
| 17     | >5-6 tahun          | <i>Pra sekolah</i> |                        |   |   |     |   |   |   |   |     |         |   |   |   |

[illegible]

**2. Berapakah jumlah anggota keluarga berdasarkan jenis kelamin?**

[illegible]

### 3. Berapakah jumlah anggota keluarga berdasarkan agama?

[illegible]

|       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3     | KRISTEN PROTESTAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | HINDU             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | BUDHA             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6     | LAIN-LAIN         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. Berapakah jumlah anggota keluarga berdasarkan tingkat pendidikan terakhir?**

| KODE  | TINGKAT PENDIDIKAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                    | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | SD                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | SMP                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | SMA                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | PERGURUAN TINGGI   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | TIDAK SEKOLAH      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**5. Berapakah jumlah anggota keluarga berdasarkan pekerjaan?**

| KODE  | PEKERJAAN     | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |               | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | BEKERJA       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK BEKERJA |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**6. Berapakah jumlah anggota keluarga berdasarkan jenis pekerjaan?**

| KODE | JENIS PEKERJAAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|-----------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | PEGAWAI NEGERI  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2    | TNI/POLRI       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3    | PEDAGANG        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4     | KARYAWAN SWASTA            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | PETANI                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6     | BURUH, PABRIK,<br>BANGUNAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**7. Berapakah jumlah anggota keluarga usia produktif berdasarkan pekerjaan?**

| KODE  | KELUARGA USIA<br>PRODUKTIF | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|----------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                            | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | BEKERJA                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK BEKERJA              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah penduduk usia produktif**

**8. Berapakah jumlah anggota keluarga usia produktif bekerja berdasarkan jenis pekerjaan?**

| KODE  | JENIS PEKERJAAN                 | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | PEGAWAI NEGERI                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | GURU/DOSEN                      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | TNI/POLRI                       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | PEDAGANG                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | KARYAWAN SWASTA                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 6     | PETANI                          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 7     | BURUH TANI, PABRIK,<br>BANGUNAN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah penduduk usia produktif**

## **II. EKONOMI**

### **9. Berapakah penghasilan rata-rata keluarga setiap bulan?**

| KODE  | BESAR PENGHASILAN       | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                         | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | < 500.000               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | Rp.500.000-Rp.1.000.000 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | > 1.000.000             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | TIDAK TERKAJI           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

### **10. Berapakah penghasilan anggota keluarga usia produktif bekerja setiap bulan?**

| KODE  | BESAR PENGHASILAN       | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                         | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | < 500.000               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | Rp.500.000-Rp.1.000.000 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | > 1.000.000             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | TIDAK TERKAJI           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah penduduk bekerja usia produktif*

## **III. SANITASI**

### **A. PERUMAHAN**

### **11. Apakah keluarga memiliki rumah?**

| KODE  | KEPEMILIKAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total menunjukkan jumlah KK*

**12. Apa jenis bangunan rumahnya?**

| KODE  | JENIS BANGUNAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|----------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | PERMANEN       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | SEMI PERMANEN  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | NON PERMANEN   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah rumah*

**13. Apakah di rumah terdapat dapur?**

| KODE  | DAPUR | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |       | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah rumah*

**14. Jika Ya, apakah terdapat lubang asap dapur?**

| KODE  | CEROBONG ASAP | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |               | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah dapur*

**15. Apakah di rumah terdapat jendela/lubang angin?**

| KODE | JENDELA | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|---------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |         | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | ADA     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2     | TIDAK |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**16. Apakah terdapat kamar tidur?**

| KODE  | KAMAR TIDUR | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TiDAK       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**17. Berapa luas kamar tidurnya?**

| KODE  | LUAS KAMAR TIDUR   | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                    | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | < 8 m <sup>2</sup> |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | > 8 m <sup>2</sup> |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**18. Apa jenis lantai rumahnya?**

| KODE  | KAMAR TIDUR | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | TANAH       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | PAPAN       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | PLESTER     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | UBIN        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**19. Vektor apa yang banyak disekitar rumah dan membahayakan kesehatan?**

| KODE | VEKTOR PENYAKIT | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|-----------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | LALAT           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2     | NYAMUK        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | KECOA         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | ANJING        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | BURUNG/UNGGAS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6     | KUCING        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7     | TIKUS         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah rumah**

**20. Adakah jentik nyamuk *Aedes aegypti*? (harus diperiksa oleh pengkaji)**

| KODE  | KAMAR TIDUR | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TiDAK       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah rumah**

**B. SARANA KESEHATAN LINGKUNGAN/SARANA AIR BERSIH**

**21. Apakah keluarga mempunyai sumber air sendiri?**

| KODE  | SUMBER AIR | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |            | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TiDAK      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**22. Jika Ya, apa jenisnya**

| KODE  | JENIS SUMBER AIR | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | SUMUR GALI       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | MATA AIR         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**23. Jika tidak,dari mana sumber airnya? sebutkan**

| KODE  | SUMBER | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |        | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     |        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     |        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     |        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**24. Apakah keluarga mempunyai sarana air bersih?**

| KODE  | SARANA AIR BERSIH | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                   | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TiDAK             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah yang punya sumber air/KK**

**25. Jika Ya, apa jenisnya?**

| KODE  | JENIS                                  | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|----------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                        | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | SUMUR GALI                             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | PENAMPUNGAN AIR HUJAN                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | PERLINDUNGAN MATA AIR DENGAN PERPIPAAN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
|       |                                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah KK**

**26. Dimana tempat penyimpanan air bersih?**

| KODE | PENYIMPAN AIR   | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|-----------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | TEMPAT TERTUTUP |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2     | TEMPAT TERBUKA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | TIDAK ADA      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah KK**

**27. Bagaimana penggunaan air minum?**

| KODE  | PENGUNAAN AIR<br>MINUM | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                        | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | DIMASAK                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK DIMASAK          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | DI SULING              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah KK**

**28. Bagaimana kualitas sumber air?**

| KODE  | KUALITAS SUMBER AIR                      | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|------------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                          | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | BERBAU                                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | BERASA                                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | BERWARNA                                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | BERBAU, BERASA,<br>BERWARNA              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | TAK BERBAU,TAK<br>BERASA,TAK<br>BERWARNA |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 6     | LAIN-<br>LAIN.....                       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah KK**

### **C. PEMBUANGAN AIR LIMBAH**

**29. Jika Ya, apa jenisnya?**

| KODE  | JENIS PEMBUANGAN<br>LIMBAH | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|----------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                            | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | GOT                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | SUNGAI                     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | SELOKAN                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | BAK PENAMPUNGAN            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**31. Bagaimana kondisi saluran pembuangan air limbah?**

| KODE  | KONDISI SALURAN             | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | TERTUTUP<br>LANCAR/TERSERAP |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TERTUTUP TERGENANG          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | TERBUKA<br>LANCAR/TERSERAP  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | TERBUKA TERGENANG           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

### **D. PEMBUANGAN SAMPAH**

**32. Apakah mempunyai tempat penampungan sampah?**

| KODE  | KEPEMILIKAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | ADA         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK ADA   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah rumah**

**33. Jika Ya, apa jenis penampungannya?**

| KODE  | JENIS PENAMPUNGAN             | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                               | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | TEMPAT SAMPAH KEDAP AIR       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TEMPAT SAMPAH TANPA KEDAP AIR |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | TANAH YANG DIGALI             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket :** Tempat sampah kedap air adalah segala tempat sampah yang dapat menampung sampah sehingga air dari sampah yang basah dapat tertampung dan tidak tercecer Tempat sampah tidak kedap air adalah air dari sampah dapat tercecer

**34. Bagaimana keadaan tempat penampungan sampah tersebut?**

| KODE  | KEADAAN PENAMPUNGAN    | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                        | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | TERPELIHARA & TERTUTUP |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK TERPELIHARA      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**35. Bagaimana cara pengolahan sampah?**

| KODE | CARA PENGOLAHAN SAMPAH          | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|---------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                                 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | DITIMBUN > 3HR KEMUDIAN DIBUANG |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2    | DITAMPUNG < 3HR                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|       | KEMUDIAN DIBUANG<br>SEMBARANG       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | DITAMPUNG < 3HR<br>KEMUDIAN DIAMBIL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | PETUGAS<br>SAMPAH/DIBUANG DI<br>TPA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | DIBAKAR                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ket : Penampungan sampah yang baik tidak boleh melebihi > 3 hari**

#### **E. KEPEMILIKAN KANDANG**

##### **TERNAK**

**36. Bila ada, Dimana letak kandangnya?**

| KODE  | LETAK KANDANG  | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|----------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | DILUAR RUMAH   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | MANAMPEL RUMAH |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | DI DALAM RUMAH |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**37. Bagaimana pemanfaatan kotoran ternak?**

| KODE  | PEMANFAATAN<br>KOTORAN TERNAK | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                               | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | DITIMBUN                      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | DIBUANG SEMBARANG<br>TEMPAT   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | DIMANFAATKAN                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

### **F. PEMBUNAGN KOTORAN/TINJA**

**38. Apakah keluarga mempunyai tempat pembunagn tinja?**

| KODE  | KEPEMILIKAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | ADA         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK ADA   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**39. Apa tempat pembuangan tinja yang dimiliki?**

| KODE  | JENIS                   | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                         | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | ANGSA URINE/SEPTIC TANK |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | KOLAM                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | CEMPLUNG                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | TIDAK ADA PENAMPUNG     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**40. Bagaimana kondisinya?**

| KODE  | JENIS             | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                   | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | TERPELIHARA       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK TERPELIHARA |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**41. Dimana keluarga melakukan buang air besar?**

| KODE | TEMPAT PEMBUANGAN<br>AIR BESAR | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|--------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                                | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |

|       |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1     | SELOKAN                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2     | CEMPLUNG                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | SUNGAI/KOLAM            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | ANGSA URINE/SAPTIC TANK |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | SEMBARANG TEMPAT        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah KK**

**42. Berapa jarak tempat pembuangan tinja dengan sumber air?**

| KODE  | JARAK      | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |            | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | < 11 METER |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | > 11 METER |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**43. Apakah setiap BAB cuci tangan menggunakan sabun ?**

| KODE  | JARAK | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |       | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah KK**

**IV. SARANA INFORMASI DAN TRANSPORTASI PELAYANAN KESEHATAN**

**44. Melalui apakah keluarga menerima informasi tentang kesehatan?**

| KODE | SUMBER INFORMASI | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | MEDIA CETAK      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2     | MEDIA ELEKTRONIK          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | PENYULUHAN DARI<br>TENAGA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | KESEHATAN/KADER           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## **V. PELAYANAN KESEHATAN, SOSIAL DAN PERAN SERTA MASYARAKAT**

**45. Adakah anggota keluarga yang menderita sakit pada satu tahun terakhir?**

| KODE  | ANGGOTA KELUARGA<br>YANG SAKIT | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**46. Bila ada, Apa jenis penyakitnya?**

| KODE  | JENIS PENYAKIT      | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                     | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | ISPA                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | DIARE               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | TYPHOID             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | DBD                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | TBC                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 6     | ASMA                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 7     | REUMATIK            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 8     | KULIT               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 9     | DISENTRI            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 10    | HIPERTENSI          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 11    | JANTUNG             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 12    | STROKE              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 13    | LAIN-LAIN, SEBUTKAN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**47. Jika ada, bagaimana cara mengatasinya?**

| KODE | CARA PENANGANAN         | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|-------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                         | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | BEROBAT KE<br>PUSKESMAS |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2    | BEROBAT KE RS           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3     | BEROBAT KE DOKTER UMUM      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | BEROBAT KE DOKTER SPESIALIS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | BEROBAT KE BIDAN/PERAWAT    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6     | BEROBAT KE DUKUN            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7     | DIOBATI SENDIRI             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8     | DIBIARKAN                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |

**48. Apakah ada anggota keluarga yang sakit saat ini ?**

| KODE  | ANGGOTA KELUARGA YANG SAKIT | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**49. Bila ada, Apa jenis penyakitnya ?**

| KODE  | JENIS PENYAKIT     | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                    | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | ISPA               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | DIARE              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | TYPHOID            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | DBD                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | TBC                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 6     | ASMA               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 7     | REUMATIK           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 8     | KULIT              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 9     | DISENTRI           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 10    | HIPERTENSI         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 11    | JANTUNG            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 12    | STROKE             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 13    | LAIN-LAIN,SEBUTKAN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**50. Jika ada, bagaimana cara mengatasinya?**

| KODE | CARA PENANGANAN      | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|----------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                      | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | BEROBAT KE PUSKESMAS |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2     | BEROBAT KE RS               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | BEROBAT KE DOKTER UMUM      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | BEROBAT KE DOKTER SPESIALIS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | BEROBAT KE BIDAN/PERAWAT    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6     | BEROBAT KE DUKUN            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7     | DIOBATI SENDIRI             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8     | DIBIARKAN                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**51. Adakah anggota keluarga yang termasuk resiko tinggi?**

| KODE  | ANGGOTA KELUARGA<br>RESIKO TINGGI | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                   | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**52. Jika ada, apa jenisnya?**

| KODE  | JENIS RESIKO TINGGI | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                     | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | MATERNAL            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | BAYI/NEONATUS       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | BALITA              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | LANSIA              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | PANYAKIT KRONIS     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**53. Apakah keluarga Resti mendapatkan pembinaan dari nakes?**

| KODE  | PEMBINAAN NAKES | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**54. Bagaimana tanggapan keluarga mengenai petugas kesehatan?**

| KODE  | TANGGAPAN   | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | BAIK        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | CUKUP       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | KURANG BAIK |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**55. Apakah keluarga merasa perlu mendapatkan pengarahan, penyuluhan/informasi kesehatan?**

| KODE  | KEPERLUAN           | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                     | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | TIDAK               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | YA, SECARA INDIVIDU |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | YA, SECARA KELOMPOK |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Jika tidak, catat nama KK**

| Kode | Nama KK | ALASAN |
|------|---------|--------|
|      |         |        |
|      |         |        |
|      |         |        |

**56. Apakah keluarga pernah dikunjungi petugas kesehatan Puskesmas?**

| KODE  | KUNJUNGAN NAKES   | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                   | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | YA,1 BULAN SEKALI |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | YA,JIKA DIPANGGIL |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | TIDAK PERNAH      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**57. Apakah dalam keluarga ada anggota keluarga yang ikut dalam Peran Serta Masyarakat (PSM)?**

| KODE | KEIKUTSERTAAN<br>DALAM PSM | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|----------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                            | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | ADA                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2     | TIDAK |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**58. Jika ada, apa bentuk PSM yang diikuti?**

| KODE  | BENTUK PSM   | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |              | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | POSYANDU     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | POLINDES     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | KP KIA       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | DASA WISMA   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | TABULIN      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 6     | DONOR DARAH  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 7     | AMBULAN DESA |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 8     | KADARZI      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 9     | PKK          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 10    | SUAMI SIAGA  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 11    | SATGAS GIZI  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**59. Jika tidak, apa alasannya?**

| KODE  | ALASAN             | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                    | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | TIDAK TAHU         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | BELUM DIBENTUK     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | MERASA TIDAK PERLU |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**60. Jika ada, apa pembinaan yang pernah diberikan?**

| KODE | BENTUK PEMBINAAN                                           | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|------------------------------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                                                            | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | PENDATAAN SASARAN                                          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2    | PENCATATAN<br>KELAHIRAN DAN<br>KEMATIAN IBU BAYI           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3    | PENGGERAKAN<br>MASYARAKAT DLM<br>MENCAPAI PELAYANAN<br>KIA |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4     | PENGATURAN TRANSPORTASI SETEMPAT UNTUK RUJUKAN KEGAWATDARURATAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | PENGATURAN BANTUAN BIAYA MASYARAKAT YANG TDK MAMPU              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6     | PENGORGANISASIAN DONOR DARAH                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7     | PELAKSANAAN PERTEMUAN RUTIN SATGAS GIZI,SUAMI,BIDAN,DESA SIAGA  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8     | PENGGERAKAN KELUARGA SADAR GIZI                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**61. Apakah dalam keluarga mengikuti pembiayaan kesehatan?**

| KODE  | KEIKUTSERTAAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |               | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah KK**

**Jika tidak, catat nama KK**

| Kode | Nama KK | ALASAN |
|------|---------|--------|
|      |         |        |
|      |         |        |
|      |         |        |
|      |         |        |
|      |         |        |
|      |         |        |

**62. Bila Ya, apa bentuk pembiayaan kesehatannya?**

| KODE  | BENTUK                                     | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                            | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | TABULIN/DASOLIN                            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | ARISAN<br>JAMBAN,JENDELA DAN<br>VENTILASI  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | IURAN KELOMPOK<br>PEMAKAI AIR              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | DANA POSYANDU<br>UNTUK PMT DAN<br>KEGIATAN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | JAMKESMAS                                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 6     | BAZIZ                                      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 7     | JIMPITAN                                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 8     | DANA PEDULI<br>KESEHATAN-<br>SUMBANGAN     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 9     | LAIN-LAIN,SEBUTKAN<br>(ASURANSI JIWA)      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**63. Adakah anggota keluarga yang menjadi kader kesehatan?**

| KODE  | KEIKUTSERTAAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |               | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**64. Jika ada, apakah jenis kegiatan kader tersebut?**

| KODE | JENIS KADER                     | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|---------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                                 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | KADER POSYANDU BAYI<br>& BALITA |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2     | KADER POSYANDU<br>LANSIA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | KADER KESEHATAN-KB       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | KADER KESEHATAN GIGI     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | LAIN-LAIN, SEBUTKAN      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**65. Apakah kader tersebut aktif mengikuti kegiatan?**

| KODE  | KEAKTIFAN KADER | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**66. Jika tidak,apa alasannya?**

| KODE  | ALASAN                      | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | TIDAK ADA WAKTU             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | MALAS                       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | LAIN-LAIN,<br>SEBUTKAN..... |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**67. Apakah sudah mendapatkan pelatihan?**

| KODE  | PELATIHAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |           | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | SUDAH     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | BELUM     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**68. Jika sudah, apa jenis pelatihannya?**

| KODE | JENIS PELATIHAN  | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | DETEKSI IBUHAMIL |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|       | BERESIKO                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2     | SISTIM 5 MEJA DALAM<br>POSYANDU                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | IMUNISASI                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | DETEKSI DINI TUMBUH<br>KEMBANG<br>BAYI & BALITA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | SENAM HAMIL                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6     | SENAM LANSIA                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7     | PENGISIAN KMS                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8     | LAIN-LAIN                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**69. Apakah setiap menolong persalinan didampingi oleh bidan?**

| KODE  | PERTOLONGAN<br>PERSALINAN<br>DIDAMPINGI BIDAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                               | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                                            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                                         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | KADANG-KADANG                                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah dukun*

**70. Jika tidak, apa alasannya?**

| KODE  | ALASAN                    | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                           | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | BIDAN TIDAK<br>MENGETAHUI |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | BIDAN TIDAK ADA           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | BIDAN TIDAK MAU           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | BIDAN SIBUK               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | LAIN-LAIN                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**71. Jika mendapat kesulitan dalam menolong persalinan, apa yang dilakukan?**

| KODE | PENANGANAN | KODE KELUARGA |  |  |  |  |  |  | JML | DLM |
|------|------------|---------------|--|--|--|--|--|--|-----|-----|
|------|------------|---------------|--|--|--|--|--|--|-----|-----|

|       |                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
|-------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
| 1     | DITANGANI SENDIRI        |   |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | MINTA BANTUAN DUKUN LAIN |   |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | MINTA BANTUAN BIDAN      |   |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | DIRUJUK KE RUMAH SAKIT   |   |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | LAIN-LAIN                |   |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                          |   |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah dukun**

## **VI. KEMATIAN KELUARGA**

**72. Adakah anggota keluarga yang meninggal pada satu tahun terakhir?**

| KODE  | KEMATIAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|----------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |          | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**73. Jika ada, siapa?**

| KODE  | ANGGOTA KELUARGA | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | AYAH             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | IBU              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | NEONATUS         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | BAYI             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | BALITA           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 6     | ANAK             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 7     | LANSIA           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 8     | LAIN-LAIN        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Jika ada kematian, tulis penyebabnya**

| Kode | Nama KK | Nama anggota | Penyebab | Ket |
|------|---------|--------------|----------|-----|
|      |         |              |          |     |
|      |         |              |          |     |
|      |         |              |          |     |
|      |         |              |          |     |
|      |         |              |          |     |
|      |         |              |          |     |

#### **H. REMAJA**

**74. Apakah dalam keluarga ada remaja?**

| KODE  | REMAJA | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |        | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan tabel 1 kode 19-21**

**75. Jika ya, umur :.....?**

| KODE  | UMUR        | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | 12-15 TAHUN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | 15-18 TAHUN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | 19-22 TAHUN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**76. Jika ya, jenis kelamin:..... ?**

| KODE  | JENIS KELAMIN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |               | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | LAKI-LAKI     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | PEREMPUAN     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja (awal, pertengahan, akhir)**

**77. Jika perempuan apakah sudah menstruasi?**

| KODE  | REMAJA PEREMPUAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | SUDAH            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | BELUM            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja perempuan**

**78. Apakah remaja putri mengetahui perihal tentang menstruasi?**

| KODE  | PENGETAHUAN<br>TENTANG MENSTRUASI | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                   | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja perempuan**

**Tanyakan tentang :**

**Definisi, banyaknya darah yang keluar normal, lama menstruasi normal, siklus menstruasi normal**

**Apabila jawaban >2 point yang benar**

**= TAHU**

**79. Adakah keluhan saat menstruasi?**

| KODE  | KELUHAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |         | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja perempuan**

**80. Jika Laki-laki, apakah sudah baliq?**

| KODE  | REMAJA LAKI-LAKI | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | SUDAH            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | BELUM            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja laki-laki**

**81. Apakah remaja laki-laki mengetahui tentang baliq?**

| KODE  | PENGETAHUAN<br>REMAJA LAKI-LAKI | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|---------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja perempuan*

*Tanyakan tentang :*

*Devinisi dan tanda-tanda kelamin primer dan sekunder*

*Apabila jawaban >2 point yang benar = TAHU*

**82. Apakah remaja aktif dalam berorganisasi?**

| KODE  | KEAKTIFAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|-----------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |           | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja**

*Petunjuk :*

*Kaktifan dalam organisasi kemasyarakatan yang positif seperti karang taruna, perkumpulan remaja masjid, dll*

*Apabila mengikuti 1 atau > organisasi = TAHU*

**83. Jika tidak, apa alasannya?**

| KODE | ALASAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|------|--------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |        | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |

|       |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1     | MALU                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2     | TIDAK ADA WAKTU                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | TIDAK PERLU                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | TIDAK ADA<br>WADAHNYA/BELUM<br>ADA ORGANISASINYA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | LAIN-<br>LAIN.....                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja yang tidak aktif**

#### 84. Apakah remaja mengetahui tentang usia reproduksi sehat?

| KODE  | PENGETAHUAN USIA<br>REPRODUKSI | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja**

**Petunjuk :**

**Tanyakan tentang usia reproduksi sehat/usia hamil normal dan tanyakan tentang usia menikah yang sehat/normal**

**Apabila mengikuti 1 atau > = TAHU**

#### 85. Apakah remaja mengetahui tentang fungsi reproduksi?

| KODE  | PENGETAHUAN FUNGSI<br>REPRODUKSI | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|----------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | TIDAK TERKAJI                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja**

**86. Apakah remaja mengetahui tentang penyakit menular seksual?**

| KODE  | PENGETAHUAN<br>PENYAKIT<br>MENULAR SEKSUAL | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                            | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                                         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                                      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja*

**87. Apakah ada penyimpangan perilaku?**

| KODE  | PENYIMPANGAN<br>PERILAKU | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                          | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja*

**88. Jika Ya, apa jenisnya?**

| KODE  | JENIS PENYIMPANGAN<br>PERILAKU | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | MIRAS                          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | NARKOBA/DRUG ABUSE             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | PENYIMPANGAN<br>SEKSUAL        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja yang berperilaku menyimpang*

**89. Apakah remaja mengetahui tentang alat reproduksi?**

| KODE  | PENGETAHUAN ALAT<br>REPRODUKSI | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|--------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja*

**90. Apakah remaja mengetahui tentang kehamilan?**

| KODE  | PENGETAHUAN<br>TENTANG KEHAMILAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | DLM |
|-------|----------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah remaja*

**G. PREMENOPAUSE**

**91. Apakah dalam keluarga ada ibu yang mengalami premenopause?**

| KODE  | PREMENOPAUSE | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|--------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |              | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah wanita premenopause*

**92. Apakah ibu mengetahui perihal mengenai tanda-tanda premenopause?**

| KODE  | MENGETAHUI TANDA-<br>TANDA<br>PREMENOPAUSE | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|--------------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                            | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                                         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                                      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah wanita premenopause**

#### **H. MENOPAUSE**

**93. Apakah dalam keluarga ada ibu yang sudah menopause?**

| KODE  | MENOPAUSE | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|-----------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |           | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah wanita menopause**

**94. Jika Ya, pada usia berapa? : .....**

| KODE  | USIA        | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|-------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |             | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | 48-55 TAHUN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | 56-60 TAHUN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah wanita menopause (jumlah tabel 1 kode v dan w, wanita)**

**95. Jika Ya, apakah ibu mengalami keluhan?**

| KODE  | KELUHAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|---------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |         | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah wanita menopause (jumlah tabel 1 kode v dan w, wanita)**

**96. Jika Ya, apa jenis keluhannya?**

| KODE  | MENOPAUSE                          | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                    | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | NYERI SENDI                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | HOT FLUSES/GEJOLAK PANAS           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | EMOSI LABIL /<br>IRITABLE/DEPRESI  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | KEKAKUAN<br>OTOT/ATROPI JARI-JARI  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5     | KERING PADA DAERAH<br>VAGINA       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 6     | SUSAH TIDUR/INSOMNIA               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 7     | PANDANGAN KABUR                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 8     | KERINGAT BANYAK<br>PADA MALAM HARI |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 9     | BERDEBAR-DEBAR                     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 10    | GANGGUAN PADA USUS                 |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 11    | SAKIT KEPALA                       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 12    | LAIN - LAIN (tuliskan jenisnya)    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah menopause dengan keluhan**

**97. Jika ada keluhan, apa yang dilakukan?**

| KODE  | TINDAKAN                               | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|----------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                        | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | DIBIARKAN                              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | DIOBATI SENDIRI                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | PERGI KE FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | DUKUN                                  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah menopause dengan keluhan*

**98. Bagaimana persepsi ibu setelah menopause terhadap dirinya?**

| KODE  | PERSEPSI                            | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|-------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                                     | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | MERASA TIDAK BERGUNA/KURANG MENARIK |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | MERASA MALU/HARGA DIRI RENDAH       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | CURIGA PADA SUAMI                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | TIDAK DIANGGAP MASALAH              |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                                     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah menopause*

**99. Bagaimana pemenuhan kebutuhan sexual menopause**

| KODE | PEMENUHUAN KEBUTUHAN SEKSUAL | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|------|------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                              | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |

|       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1     | MELAKSANAKAN<br>HUBUNGAN/LIBIDO<br>MENURUN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2     | MELAKSANAKAN<br>HUBUNGAN/LIBIDO<br>TETAP   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah menopause**

**100. Apakah ada keluhan saat bersenggama?**

| KODE  | KELUHAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|---------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |         | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA      |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah menopause**

**101. Apakah ibu teratur melakukan olah raga?**

| KODE  | OLAHRAGA | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|----------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |          | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah menopause**

**102. Apakah ibu teratur cek kesehatan?**

| KODE | CEK KESEHATAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|------|---------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |               | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | YA            |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2    | TIDAK         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| TOTAL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah menopause**

*Petunjuk : Pemeriksaan rutin Umum : Pemeriksaan Fisik Umum (TTV, Perut, Payudara),*

*Pemeriksaan rutin Khusus : Genetalia*

*Pemeriksaan Laboratorium : Baik Umum/Rutin (darah, urin, fungsi hati, ginjal)*

*Pemeriksaan Khusus (biopsi lap dalam rahim, mulut rahim-pap smear)*

**103. Apakah ibu pernah melakukan deteksi dini keganasan pada usia menopause?**

| KODE  | DETEKSI DINI<br>KEGANASAN | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|---------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                           | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA                        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK                     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah menopause**

#### **I. LANSIA**

**104. Apakah dalam keluarga terdapat lansia?**

| KODE  | LANSIA | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|--------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |        | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |        |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

**Ket : Jumlah total harus sesuai dengan tabel y dan z**

**105. Jika Ya, berapa Usianya?**

| KODE | USIA | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|------|------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |      | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |

|       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1     | 65-70 TAHUN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2     | >70 TAHUN   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**106. Apakah lansia saat ini menderita penyakit?**

| KODE  | PENYAKIT | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|----------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |          | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | YA       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | TIDAK    |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan tabel y dan z*

**107. Bila Ya, apakah jenis penyakitnya?**

| KODE | JENIS PENYAKIT   | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|------|------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|      |                  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1    | DM               |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2    | REMATIK          |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3    | HIPERTENSI       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4    | OSTEOPOROSIS     |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 5    | STROKE           |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 6    | PENYEKIT JANTUNG |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 7    | PPOM             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 8    | TBC PARU         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 9    | PENYAKIT LIVER   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 10   | ASMA             |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 11   | PENYAKIT KULIT   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 12   | KOLESTEROL       |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

|       |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 13    | OSTEOPOROSIS-<br>OSTEOARTHRITIS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14    | DEMENTIA/PIKUN                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15    | INSOMNIA/SULIT TIDUR            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16    | LAIN-LAIN                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah lansia yang sedang sakit*

#### 108. Apa tindakan yang dilakukan?

| KODE  | TINDAKAN          | KODE KELUARGA |   |   |   |   |   |   | JML   | %   |
|-------|-------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|-------|-----|
|       |                   | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL | (%) |
| 1     | BEROBAT KE YANKES |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 2     | BEROBAT KE DUKUN  |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 3     | BEROBAT SENDIRI   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| 4     | DIBIARKAN         |               |   |   |   |   |   |   |       |     |
| TOTAL |                   |               |   |   |   |   |   |   |       |     |

*Ket : Jumlah total harus sesuai dengan jumlah lansia yang sedang sakit*

### Tugas Praktikum 14 :

**Buatlah satu kasus asuhan keperawatan dan dokumentasikan  
Dalam format asuhan keperawatan Komunitas !**

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Dinarti, dkk. (2009). Dokumentasi Keperawatan. Jakarta : Trans Info Media
2. W. Iyer, Patricia, dkk. (2005). Dukumentasi Keperawan : Suwatu pendekatan proses Keperawatan edisi 3. Jakarta : EGC.
3. Nursalam, (2001). Proses & dokumentasi Keperawatan konsep & praktik. Jakarta : Salemba Medika.

ISBN 978-602-5982-69-9



9 786025 982699