

## Lampiran 1 Format Pengkajian

### FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

#### I. Biodata

##### A. Identitas Klien

1. Nama :
2. Tempat Tgl Lahir/Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Agama :
5. Pendidikan :
6. Alamat :
7. Tgl Masuk : ..... (Jam )
8. Diagnosa Medik :

##### Identitas Penanggung Jawab

1. Nama :
2. U s i a :
3. Pekerjaan :
4. Alamat :

#### II. Riwayat Kesehatan

- A. Keluhan Utama :  
.....
- B. Riwayat Penyakit Sekarang  
.....
- C. Riwayat Penyakit Dahulu  
.....
- D. Riwayat Penyakit Keluarga  
.....

### III. Observasi Dan Pemeriksaan Fisik

#### 1. (B1) Breathing

Hidung :

Trachea : .....

Nyeri	Dypsnea	Orthopnea
Cyanosis	Batuk Darah	Nafas Dangkal
Retraksi Dada	Sputum	Tracheostomi

Respirator

Suara Nafas Tambahan

Wheezing :

Lokasi.....

Ronchi :

Lokasi.....

Rales :

Lokasi.....

Crackles :

Lokasi.....

Bentuk Dada

Simestris

Tidak Simetris

.....

#### 2. (B2) Blood

Nyeri Dada

.....

Pusing

Sakit Kepala

ClubbingFinger

Kram Kaki

Palpitasi

Suara Jantung

Normal

Ada Kelainan,

Lainnya.....

Edema

Palpebra

Ekstremitas Atas

Asites

Lainnya

.....

#### 3. (B3) Brain

Composmentis

Apatis

Somnolen

Stupor

Koma

Gelisah

Gcs :

E:..... V:..... M:.....

Kepala Dan Wajah

.....

Mata

Sclera :     Putih             Merah  
                Ikterik             Perdarahan  
 Conjungtiva :  Pucat             Merah Muda  
 Pupil :      Isokor             Anisokor  
                Miosis             Midriasis

Leher:.....

#### 4. (B4) Bladder

Produksi Urin :.....ml: .....X/Hr

Warna:..... Bau:.....

Tidak Ada Masalah    Menetes     Inkontinensia  
 Oliguri             Nyeri             Retensi     Poliuri  
 Panas             Hematuri     Disuria     Sering  
 Nocturia     Dipasang Kateter     Cystotomi

Lainnya.....

#### 5. (B5) Bowel

Mulut Dan Tenggorokan :.....

Abdomen :.....

Rectum :.....

BAB :..... X/Hr

Konsistensi :

Tidak Ada Masalah    Diare             Konstipasi  
 Feses Berdarah     Tidak Terasa     Kesulitan  
 Melena             Colostomy     Wasir

Obat Pencahar :     Ya     Tidak

Diet:.....

Lainnya:.....

#### 6. (B6) Bone

Kemampuan Sendi     Bebas     Terbatas

Parese             Ya             Tidak

Paralise             Ya             Tidak

Hemiparase             Ya             Tidak

Lainnya:.....

Ekstremitas :.....

Tidak Ada Kelainan             Peradangan

Patah Tulang             Perlukaan

Lokasi :.....

Kulit :.....

Warna Kulit :

Ikterik  
 Sianosis  
 Pucat  
 Kemerahan

Akral:

Hangat  
 Panas  
 Dingin Kering  
 Dingin Basah

Pigmentasi : .....

Turgor       Baik       Cukup       Jelek/Menurun

### 7. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

Tgl pemeriksaan:

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1			
2			
3			
4			
dst			

Photo :

Lain-lain :

Terapi/ Tindakan Lain-lain:

Tgl:

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1				
2				
3				
Dst				

### B. Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (problem)

### C. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi

**D. Implementasi Keperawatan**

No.	Tgl/Waktu	Tindakan	TT	No	Tgl/Waktu	Tindakan	TT

**E. Evaluasi**

Diagnosa keperawatan	Tgl/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf

