**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**FAKULTAS ILMU ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS ALMA ATA YOGYAKARTA**

Jl. Brawijaya No. 99 Yogyakarta 55183 Telp. (0274) 434 2288, 434 2270/

almaata.ac.id Email : uaa@almaata.ac.id

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KOMUNITAS**

1. **DATA DEMOGRAFI**
2. Struktur Keluarga

Nama Kepala Keluarga :

Umur :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Suku/Bangsa :

1. Daftar Anggota Keluarga

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | NAMA/USIA | JENIS KELAMIN | AGAMA | PEND | PEKERJAAN | KEADAAN FISIK(Sehat/ Sakit) | KET |
|  |   |  |  |  |  |  |  |

1. Data Ekonomi
2. Penghasilan rata – rata perbulan : < Rp. 500.000 / Rp. 500.000 – Rp. 1.000.000 / > 1.000.000
3. Apakah ada Tabungan : Ya / Tidak
4. **LINGKUNGAN FISIK**
5. Perumahan
6. Status Kepemilikan : Sewa / Numpang / Miliki sendiri
7. Tipe Rumah ? Permanen / Semi permanen / Tidak permanen
8. Kondisi lantai ? Tanah / Papan / Tegel / Semen
9. Ada jendela di setiap kamar ? Ya / Tidak
10. Ada jendela di setiap rumah ? Ya / Tidak
11. Jika Ya, apakah dibuka setiap hari? Ya / Tidak
12. Bagaimana ventilasi udaranya? Baik / Kurang / Cukup
13. Pencahayaan dalam rumah di siang hari bagaimana ? Terang / Remang remang / Gelap
14. Jarak rumah dengan tetangga ? Bersatu / Dekat / Terpisah
15. Apakah ada halaman di sekitar rumah ? Ya / Tidak
16. Jika ada , lokasinya dimana ? Di depan / Di samping / Di belakang
17. Pemanfaatan pekarangan digunakan untuk ? Kebun / Kolam / Kandang
18. Berapa luas rumah………m2
19. Bagaimana kebersihan Rumah/ Lingkungan ? Baik / Cukup / Kurang
20. Sumber Air bersih
	1. Sumber air bersih untuk masak ? PAM / Sumur / Air mineral
	2. Jika dari PAM, sumur ? Dimasak / Tidak
	3. Pengelolaan Air minum ? Air Sumur dimasak / Air mineral
	4. Sumber air untuk mandi / cuci ? PAM / Sumur / PAM Sumur / Sungai /
	5. Tempat penampungan air sementara ? Bak / Gentong / Ember /
	6. Jarak sumber air dengan septic tank berapa meter ? < 10 m / > 10 m
	7. Kondisi tempat penampungan air ? Terbuka / Tertutup
	8. Kondisi air dalam penampungan ? Berwarna / Berbau / Berasa / Tidak berasa & berwarna
	9. Ada jentik dalam penampungan air ? Ya / Tidak
	10. Kapan kebiasaan keluarga menguras bak ? 1 Bulan / 1 minggu / Tidak pernah dikuras
	11. Apakah keluarga terbiasa menutup genangan air? Ya / Tidak
21. Pembuangan Sampah
	1. Dimana keluarga membuang sampah? Sungai / Ditimbun / Dibakar / Sembarangan /Diambil petugas sampah
22. Apakah ada penampungan sampah sementara ? Ada / Tidak ada
23. Bila ada, keadaannya bagaimana ? Terbuka / Tertutup
24. Jarak dengan rumah berapa ? Dekat < 5 meter / Jauh > 5 meter
25. Pembuangan Limbah
	1. Jenis Saluran Pembuangan Limbah yang digunakan ? Terbuka / Tertutup / Tidak ada
	2. Jika Terbuka, Apakah ada jentik-jentik nyamuk/sarang lalat ? Ya / Tidak
	3. Kebiasaan keluarga BAB & BAK bagaimana ? Jamban atau WC / Sungai / Sembarangan
	4. Jenis jamban yang digunakan apa ? Cemplung / Plengsengan / Leher angsa
	5. Pembuangan air limbah kemana ? Resapan / Got / Sembarangan
	6. Kondisi saluran pembuangan bagaimana ? Lancar / Tersumbat
26. Kandang Ternak
	1. Apakah memili kandang ternak ? Tidak / Ya Jenisnya ………..
	2. Bila Ya, letak kendang Dimana ? Didalam rumah / Diluar rumah
	3. Bagaimana kondisinya ? Terawat / Tidak terawat
27. KONDISI KESEHATAN UMUM
28. Pelayanan Kesehatan
29. Sarana Kesehatan terdekat apa saja ? RS/ Puskesmas / Dokter / Perawat / Bidan / Kyai / Dukun / …………..
30. Kebiasaan keluarga untuk minta tolong saat sakit? RS/ Puskesmas / Dokter / Perawat / Bidan / Kyai / Dukun / …………..
31. Kebiasaan keluarga sebelum ke pelayanan Kesehatan ? Beli obat bebas / Jamu
32. Sumber pendanaan Kesehatan keluarga ? ASTEK / ASKES / Tabungan / Dana sehat / JPS / ASKES MISKIN / Tidak ada
33. Apa sarana tranportasi ke pelayanan Kesehatan ? Jalan kaki / Becak / Angkot / milik pribadi
34. Jarak rumah dengan pelayanan kesehatan berapa ? < 1 Km / 1-2 Km / 2-5 Km / > Km
35. Apa saja kejadian penyakit 3 bulan terakhir ? Penyakit kulit / Tyfus / Diare / ………..
36. Apakah ada kejadian ISPA 1 tahun terakhir? Ya / Tidak
37. Jika adakejadian ISPA apakah di sertai sesak nafas? Ya / Tidak
38. Apakah ada kejadian diare 1 tahun terakhir? Ya / Tidak
39. Apakah ada kejadian DBD dalam 1 tahun terakhir? Ya / Tidak
40. Apakah ada kejadian penyakit kulit ? Ya / Tidak
41. Bagaimana keadaan kesehatan mata ? Sehat / Tidak sehat
42. Jenis penyakit mata yang diderita ? Katarak/ Mata merah / Rabun senja /………

**IV. KELOMPOK/AGREGAT**

1. **Pasangan Usia SUBUR**
2. Apakah salah satu anggota keluarga ada PUS(Pasangan Usia Subur) ? Ya / Tidak
3. Bila ya, berapa jumlahnya, sebutkan :
4. Apa alasn memilih jenis KB ?
5. Bila Ya apakah menjadi aseptor KB ? Ya / Tidak
6. Bila Ya, jenis kontrasepsi yang dipakai apa ? IUD / Suntik / Pil / Susuk / Kondom / Tubektomi / Vasektomi
7. Bila Tidak, alasannya ? Dilarang suami/ Agama / Tidak tahu / Lain lain …………
8. Bila Ya, Dimana tempoat memperoleh KB ? Bidan / Puskesmas / Posyandu
9. Apakah PUS drop out KB ? Ya / Tidak
10. Bila Ya, Apa alasannya ? Tidak cocok / dilarang suami / dilarang agama / takut akibatnya / ingin punya anak
11. Apakah ada keluhan ? Tidak / Ya
12. Jika ya apa keluhannya ? mual / pusing / haid terganggu / obesitas / keputihan /………..
13. Jika ya, Tindakan yang sudah dilakukan apa ? berhenti / ganti alat kontrasepsi / tetap menggunakan yang sama
14. Peran suami terhadap alat kontrasepsi ? mendukung / tidak mendukung
15. Apakah ibu mengkonsumsi obat secara rutin? Jika iya apa ?
16. Apakah ibu pernah merokok aau mengkonsumsi alcohol ? seberapa sering?
17. Bagaimana pola makan dan olahraga bapak / ibu ?
18. Riwayat kesehatan keluarga terkait tentang gangguan reproduksi ?
19. Apakah sudah melakukan konsultasi ke professional kesehatan mengenai reproduksi dan program hamil ?

Perempuan :

1. Kapan mulai menstruasi :
2. Berapa lama siklusnya :
3. Apa yang dirasakan saat menstruasi :
4. Apakah anda pernah mengalami keputihan jika iya, warna apa ?
5. Apa anda pernah merasakan keputihan berwarna hijau ( gatal ) ?
6. Apakah ada masalah di area miss V ?
7. Bagaimana siklus memasuki pra lansia? Apakah sama ?
8. Diusia berapa melakukan hubungan seksual ?
9. Seberapa sering melakukan hubungan seksual ?
10. Apakah ada nyeri saat berhubungan seksual ?

Laki – laki

1. Kapan mengalami mimpi basah pertama kali ?
2. Kapan mengalami ejakulasi pertama kali ?
3. KESEHATAN IBU HAMIL
4. Apakah ada ibu hamil dalam keluarga ? Ya / Tidak
5. Bila ya, berapa umur kehamilan ?
6. Bila ya , kehamilan ke berapa ? 1 / 2 / 3 / >3
7. Berapa usia ibu hamil saat ini ?
8. Apakah ibu memeriksakan kehamilannya ? Ya / Tidak
9. Bila ya, berapa kali ?
10. Bila tidak alasannya ? Tidak ada biaya / tidak sempat / tidak tahu /………
11. Apakah sudah mendapat vaksin TT ? Sudah / Belum
12. Bila sudah, berapa kali ? Lengkap(2x) / Tidak lengkap(1x)
13. Apakah ada penykit atau keluhan yang dirasakan BUMIL ? lemah letih lesu / mual muntah / bengkak dikaki dan lainnya / pusing / ………
14. Apakah BUMIL punya KMS ?
15. Dimana BUMIL biasa periksa kandungan ? Puskesmas / Bidan / Dokter / RS / Dukun / ……..
16. Apakah ibu pernah mengalami keguguran ? jika pernah berapa kali ?
17. Apakah ibu mengkonsumsi tablet zat besi / sulfat ? Ya / Tidak. Berapa jumlahnya ?.......... Jika tidak apa alasannya ?................
18. Apakah ibu mengkonsumsi gizi seimbangan ibu hamil ? Ya / Tidak. Jika tidak apa alasannya ? .............
19. Apakah ibu hamil beresiko tinggi ?
20. Jika Ya, Jenisnya apa ? Anemia / penyakit kronis / usia < 20 th dan >35 th / Riwayat obstectric buruk
21. Apakah ibu hamil melakukan senam hamil ? Ya / Tidak. Jika tidak apa alasannya ?
22. Apakah ibu hamil melakukan perawatan payudara antenatal? Ya / Tidak. Jika tidak apa alasannya ?
23. IBU NIFAS
24. Apakah ada ibu nifas dalam keluarga ? Ya / Tidak
25. Jika Ya, Persalinananya ditolong oleh ? Dukun / Tenaga Kesehatan
26. Nifas hari keberapa ? 2-24 jam / 1-6 hari / 6 hari – 6 minggu
27. Darah nifas berwarna apa ? merah / kekukingan / putih
28. Bagaimana kontraksi uterus ? keras / lembek
29. Apakah TFU sesuai dengan hari nifas ? Ya / Tidak
30. Apakah ASI sudah keluar ? Ya / Tidak. Jika Tidak apa yang dilakukan ? Dibiarkan / Di urut / Di pompa / ke pelayanan Kesehatan
31. Apakah ada keluhan saat menyusui ? Ya / Tidak
32. Jika Ya, Jenis keluhannya apa ? ASI tidak lancer / bengkak / nyeri / putting lecet / putting tidak menonjol / bayi bingung putting / bayi tidak mau menetek
33. Apakah ibu melakukan perawatan payudara setelah melahirkan? Ya / Tidak. Jika tidak alasannya apa? Tidak tahu manfaat / tidak sempat / merasa tidak perlu
34. Apakah IBU tahu tentang ASI ekslusif ? Ya / Tidak. Jika Ya, apakah ibu memberikan ASI ekslusif? Ya / Tidak. Jika Tidak apa alasannya ? Dlarang suami / Budaya / ASI tidak lancar / gangguan masalah putting / sibuk bekerja
35. Apakah ibu mendapat Vit A ? Ya / Tidak. Jika tidak apa alasannya ? tidak tahu manfaatnya / merasa tidak perlu / tidak diberi petugas Kesehatan
36. Apakah ibu nifas resiko tinggi ? Ya / Tidak. Jika ya sebutkan : Febris pulpularis / mastitis / engorgement / thrombophlebitis / pre eklamsi / eklamsi / perdarahan / infeksi
37. IBU MENYUSUI
38. Apakah ada ibu menyusui dalam keluarga ? Ya / Tidak. Jika Ya, apakah ibu menyusui anaknya? Ya / Tidak. Berapa kali sehari menyusui ? terjadwal tiap … jam / tidak terjadwal
39. Berapa usia anak yang diberikan susu ? 0-6 bulan / 6-12 bulan / 1-2 tahun / > 2 tahun
40. Jika ibu tidak menyusui apa alasannya ? dilarang suami / budaya / ASI tidak lancar / kelainan putting / sibuk bekerja / sakit
41. Apakah tau cara menyusui yang benar ? Ya / Tidak.
42. Apakah ibu tahu kebutuhan gizi seimbang untuk ibu menyusui ? Ya / Tidak
43. BAYI DAN BALITA
44. Apakah ada anggota keluarga yang berusia bayi /balita ? Ya / Tidak.
45. Jika ada usia berapa ?.........
46. Berat badan bayi berapa ? <2500 gr / 2500 – 3800 gr / > 3800 gr
47. Tempat penolong persalinan dimana ? Non tenaga kesehatan / Tenaga Kesehatan
48. Apakah ada penyulit persalinan? Ya / Tidak
49. Jika Ya, penyulit pada ? Ibu / Janin
50. Riwayat kelahiran ? Spontan / Dengan Tindakan
51. Apakah ada perawatan tali pusat? Ya / Tidak
52. Apakah ada resiko pada kondisi bayi ? Ya / Tidak. Jika Ya, Srbutkan! BGM / Neonatus dengan penyakit / tetanus neonates / BBLR /…….
53. Apakah bayi/balita rutin dibawa ke posyandu ? Ya / Tidak. Jika tidak alasannya ? Ke puskesmas / Ke dokter / Ke RS / Ke perawat / Ke dukun / Jauh / Tidak ada waktu / ………
54. Apakah bayi mendapat vit A ? Ya / Tidak.Jika Ya pada usia berapa ? < 6 bulan / 6 bulan. Jika Tidak apa alasannya? Tidak diberi / belum cukup umur / tidak tahu manfaatnya
55. Bagaimana status gizi bayi /balita? Baik / Cukup / Kurang
56. Di usia berapa balita diberikan MPASI ? 0-4 bulan / 5-6 bulan / > 6 bulan
57. Apakah anak sudah di imunisasi? Sudah / Belum
58. Jenis imunisasi yang sudah didapatkan ? polio….x / BCG / Campak / Hepatitis / DPT ….x
59. Bila tidak imunisasi apa alasannya ? Tidak tahu / tidak punya waktu /…..
60. Apakah anak memiliki KMS ? Ya / Tidak.
61. Bagaimana status gizi anak berdasarkan hasil penimbangan di KMS ? Didaerah garis biru / dibawah garis ……… / diatas garis hijau – kuning / dibawah garis merah
62. Apakah sering melakukan penimangan BB teratur tiap bulan ? Rutin / Kadang / Tidak pernah.
63. Dimana tempat penimbangan BB ? Bidan / Puskesmas / Posyandu
64. Adakah kematian bayi / balita 1 tahun terakhir ? Ya / Tidak. Jika ada meninggal usia berapa ? 0-7 hari / 8 – 28 hari / 1-12 bulan / 1-5 tahun
65. Apa penyebab kematian ? penyakit / infeksi / kecelakaan / kelaianan konginetal /…….
66. Apakah bayi / balita saat ini sedang sakit? Ya / Tidak. Jika Ya, Sebutkan jenis penyakitnya ?.........

Apa tindakan yang sudah dilakukan ?..........

1. ANAK DAN REMAJA
2. Dalam keluarga apakah mempunyai anak sekolah / remaja ? Ya / Tidak. Jika Ya, Usia anak saat ini berapa? 6-10 tahun / 11 – 15 tahun / 16 – 21 tahun
3. Apa Pendidikan anak saat ini ? SD / SMP / SMA / Kuliah
4. Apa kegiatan anak diluar sekolah ? Keagamaan / olahraga / karangtaruna / ……
5. Apakah ada anak yang menderita penyakit ? Ya / Tidak. Jika Ya, apakahsudah berobat? Sudah / Belum dengan alasannya…..
6. Jika sudah berobat kemana ? Dokter / Puskesmas / Bidan / Kyai / Dukun /…….
7. Bagaimana penggunaan waktu luang anak ? music / TV / Olahraga / keagamaan / rekreasi
8. Apa kebiasaan anak ? merokok / alcohol / narkoba / ……..
9. Jika Perempuan apakah sudah menstruasi? Sudah / Belum. Adakah keluhan saat menstruasi? Ya / Tidak
10. Apakah aktif dalam organisasi ? Ya / Tidak.Jika Tidak apa alasannya? Malu / Tidak ada waktu / Tidak perlu / Tidak ada wadah
11. Apakah remaja mengetahui usia reproduksi? Ya / Tidak
12. Apakah remaja mengetahui penyakit menular ? Ya / Tidak
13. Apakah penyimpangan perilaku? Ya / Tidak. Jika Ya, apa jenisnya? MIRAS / Narkoba / Ketergantungan obat / Penyalahgunaan alat kontrasepsi
14. Apakah ada remaja yang sedang sakit ? Ya / Tidak. Jika Ya, Tindakan apa yang sudah dilakukan? Berobat ke sarana Kesehatan / diobati sendiri / dibiarkan / berobat kedukun / ke kyai
15. PRE MENOPAUSE
16. Apakah ada ibu yang sudah tidak menstruasi lagi ? Ya / Tidak
17. Jika Ya, Mulai usia berapa ?
18. Jika Ya, Apakah ibu mengalami keluhan ? Ya / Tidak
19. Jika Ya, Jenis keluhan ? nyeri sendi / muka kemerahan / emosi labil / kekakuan otot / kering daerah vagina / nyeri tuba / …………….
20. Bila ada keluhan apa yang dilakukan ? dibiarkan / diobati sendiri / dibawa ke pelayanan Kesehatan / ke dukun / ke kyai
21. Persepsi ibu setelah menopause terhadap dirinya bagaimana ? merasa tidak berguna / curiga pada suami / merasa malu / tidak dianggap masalah
22. Bagaimana kebutuhan seksual menoupose? Menolak hubungan seksual / melaksanakan hubungan seksual
23. Bila melaksanakan apakah adakah keluhan nyeri selama berhubungan seksual? Ya / Tidak
24. USIA LANJUT
	1. Apakah anggota keluarga ada yang usia lanjut ( >60 tahun) ? Ya / Tidak
	2. Apakah lansia memiliki keluhan penyakit? Ya / Tidak
	3. Jika ya, jenis penyakitnya? Asma / TBC / Kencing Manis / Osteoporosis / Rheumatik/arthitritis / penyakit kulit / hipertensi / katarak / jantung
	4. Upaya yang di lakukan? Berobat kesarana Kesehatan / obati sendiri / alcohol / berobat ke non medis / lain-lain, sebutkan
	5. Penggunaan waktu senggang pada lansia? Berkebun,pekerjaan rumah / senam / jalan-jalan / lain-lain, sebutkan
	6. Apakah ada posyandu lansia di daerah tempat tinggal saudara? Ya / Tidak
	7. Jika ada, apakah lansia ikut posyandu lansia tersebut? Tidak / Ya…… x/bulan
	8. Jika tidak, alasannya ? Tidak tau / Tidak mau
	9. Apakah ada kelompok lansia? Ya / Tidak
	10. Jika ya, apa kegiatannya? Pengajian / Arisan / Olahraga / Wirausaha / lain-lain,sebutkan……..
	11. Jika tidak, alasannya? Alas an geografis / Tidak tau manfaatnya / lain-lain, sebutkan……….
	12. Apakah ada kader posyandu lansia? Ya / Tidak
	13. Jika ya, apakah kadernya aktif? Ya / Tidak
	14. Apakah lansia rutin periksa kesehatannya? Ya / Tidak
	15. Bila ya, kemana ? posyandu / bidan/perawat / puskesmas / rumah sakit / dokter / dukun / lain-lain, sebutkan…..
	16. Bagaimana kebutuhann sehari-hari? Mandiri / Bantuan minimal / Bantuan Penuh
	17. Perilaku hidup tidak sehat pada lansia? Merokok / Minum-minuman keras / mengomsumsi hanya makanan tertentu / tidak mandi / lain, sebutkan……….
	18. Apakah ada resiko tinggi lansia? Ya / Tidak
	19. Jika ya, sebutkan ? lansia dengan penyakit / lansia umur >70 tahun, hidup sendiri