

**FORMAT LAPORAN ANALISA KASUS DAN PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

Diagnosa Medis :

No. Rekam medis :
Nama :
Jenis Kelamin : L/P
Umur :
Agama :
Status Perkawinan :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Sumber Informasi :
Alamat :

Datang ke RS tanggal :, pukul :

Tgl pengkajian :, pukul :

Sumber informasi : asien keluarga (.....) lainnya (.....)

Cara Datang :

☐ Sendiri ☐ rujukan ☐ diantar keluarga ☐ Lainnya

Transportasi ke IGD :

☐ Ambulance ☐ Kendaraan Sendiri ☐ Kendaraan Umum ☐ Lainnya

Tindakan prahospital (bila ada) :

☐ CPR	☐ Suction
☐ Oksigen 6 Lpm	☐ Beban Tekan
☐ Infus RI 32 tts/menit	☐ Bidai
☐ NGT.....ukrn	☐ Hecting
☐ ETT.....ukrn	☐ Obat-obatan :.....
☐ OPT/NPT ukrn	☐ Lainnya :.....

Keluhan Utama (KU) :

Riwayat KU :

PENGKAJIAN PRIMER

Pengkajian Keperawatan	Masalah/diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan
A. AIRWAY ☐ Bebas ☐ Tidak Bebas ☐ Palatummole Jatuh ☐ Sputum ☐ Darah ☐ Spasme ☐ Benda Asing	☐ Aktual ☐ Resiko Besihan jalan nafas tidak efektif	☐ Memasang semirigid Cervical collar, head strap/support. ☐ Membersihkan jalan nafas. ☐ Memberikan posisi nyaman fowler/semi fowler ☐ Mengajarkan teknik batuk efektif ☐ Melakukan pengisapan lendir ☐ Memasang oro / nasofaringeal airway
Suara Nafas : ☐ Normal ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Tidak ada suara nafas ☐ Lain - lain	Kriteria objektif : 1. GCS > 10 (13-15) 2. Tidak nampak secret/lendir pada jalan nafas 3. Tidak sesak nafas, irama nafas reguler. 4. Gurgling (-), Ronchi -/-	☐ Melakukan auskultasi paru secara periodik ☐ Memberikan posisi miring mantap jika pasien tidak sadar. ☐ Melakukan thrust, chin lift ☐ Kolaborasi : pemberian Bronchodilator/nebulizer ☐ Kolaborasi : Pemasangan ETT, LMA atau trakeostomi ☐ Lain-lain

B. BREATHING Pola Nafas ☐ Apneu ☐ Dyspneu ☐ Bradipneu ☐ Takipneu ☐ Ortopneu Frekuensi nafas :x/mnt SaO2 :% Bunyi Nafas : ☐ Vesikuler ☐ Stridor ☐ Wheezing ☐ Ronchi Irama Nafas : ☐ Teratur ☐ Tidak Teratur Penggunaan Otot Bahu Nafas : ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping Hidung Jenis Pernafasan : ☐ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut Hasil AGD :	☐ Aktual ☐ Resiko Pola nafas tidak efektif ☐ Aktual ☐ Resiko Gangguan pertukaran gas Kriteria Objektif : 1. Penggunaan otot bantu pernafasan berkurang. 2. Menunjukkan pernafasan optimal saat terpasang O2	☐ Mengobservasi frekuensi, Irama dan kedalaman suara nafas. ☐ Mengobservasi penggunaan otot bantu pernafasan ☐ Memberikan posisi semi Fowler jika tidak ada konindikasi. ☐ memperhatikan pengembangan dinding dada. ☐ Melakukan fisioterapi dada jika tidak ada kontraindikasi ☐ Memberikan bantuan pernafasan dengan bag-Valvemask ☐ Kolaborasi : intubasi ☐ Kolaborasi : pemberian O2 dan Pemeriksaan AGD ☐ Lain – Lain
---	---	--

Lain-lain		
-----------------	--	--

C. CIRCULATION Akral : ☐ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☐ Ya ☐ Tidak Cianosis : ☐ Ya ☐ Tidak Pengisian Kapiler : ☐ <2 detik ☐ >2 detik Nadi : ☐ Teraba ☐ Tidak Teraba Frekuensi : x/mnt Irama : ☐ Reguler ☐ Ireguler Kekuatan : ☐ Kuat ☐ Lemah Tekanan darah mmHg Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : ☐ Diare ☐ Luka Bakar ☐ Muntah ☐ Pendarahan Pendarahan: ☐ Ya ☐ Tidak Jika yacc Lokasi Pendarahan Kelembaban Kulit : ☐ Lembab ☐ Kering Turgor : ☐ Normal ☐ Kurang Endema : : ☐ Ya ☐ Tidak Output urine :ml/jam Luas luka bakar:.....% Grade : Lain-lain.....	☐ Aktual ☐ Resiko Gangguan perfusi jaringan coroner/perifer ☐ Aktual ☐ Resiko Penurunan CO ☐ Aktual ☐ Resiko Defisit Volume cairan tubuh.	☐ Mengawasi adanya perubahan warna kulit ☐ Mengawasi adanya perubahan kesadaran ☐ Mengukur tanda-tanda vital ☐ Memonitor perubahan turgor, membran mukosa dan capillary refilltime. ☐ Mengobservasi adanya tanda-tanda edema paru: dispnea dan ronkhi. ☐ Menguji kekuatan nadi perifer ☐ Mengkaji tanda-tanda dehidrasi ☐ Memonitor intake-output cairan setiap jam : pasang cateter dll. ☐ Mengobservasi adanya Urine <30 ml/jam dan peningkatan BJ urine ☐ Meninggikan daerah yang cedera jika tidak ada kontraindikasi ☐ Memberikan cairan per Oral jika masih memungkinkan hingga 2000-2500 gr ☐ Mengontrol perdarahan dengan balut tekan ☐ Mengobservasi tanda-tanda adanya sindromkompartemen (nyeri local daerah cedera, pucat, penurunan, mobilitas, penurunan tekan nadi, nyeri bertambah saat digerakkan perubahan sensori/baal dan kesemutan) ☐ Menyiapkan alat-alat untuk pemasangan CVP jika diperlukan. ☐ Memonitor CVP jika diperlukan. ☐ Memonitor CVP dan perubahan nilai elektrolit tubuh.
--	--	---

		Kolaborasi : ☐ Melakukan infus dengan jarum yang besar. ☐ Menyiapkan pemberian transfusi darah jika penyebab pendarahan, koloid jika darah transfusi didapat. ☐ Pemberian atau maintance cairan IV ☐ Tindakan RJP ☐ Lain-lain
D. DISABILITY Tingkat kesadaran : Nilai GCS : Pada dewasa E....M.....V.... Pupil : ☐ Normal ☐ Tidak Respon cahaya +/- Ukuran Pupil : ☐ Isokor ☐ Anisokor Diameter :mm/.....mm Penilaian ekstremitas : Sensorik : ☐ Ya ☐ Tidak Motorik : ☐ Ya ☐ Tidak Kekutan Otot : Tonus Otot :	☐ Aktual ☐ Resiko Gangguan perfungsi jaringan serebral Kriteria Objektif: 1. TD sistoli dab diastolik terjadi penurunan atau tetap 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Mempunyai pupil sama besar.	☐ Mengukur tanda-tanda vital ☐ Mengobservasi perubahan tingngkat kesadaran ☐ Mengobservasi adanya tanda-tanda peningkatan TIK penurunan kesadaran, HPT bradikardi, sakit kepala, muntah, papiledema dan pals N.Cranial VI) ☐ Meniggikan kepala 15-300 jika tidak ada kontra indikasi. ☐ Mengobservasi kecukupan cairan. Kolaborasi : ☐ Pemberian Oksigen ☐ Pemasangan Infus ☐ Intubasi (GCS<=8) ☐ Monitor hasil AGD dan Laporakan Hasilnya. ☐ Memberikan terapi sesuai indikasi ☐ Lain – Lain

E. EXPOSURE Adanya trauma pada daerah Adanya jejas? Luka pada daerah :..... Ukuran Luka :.....cm Kedalaman luka : Keluhan nyeri : ☐ Ya ☐ Tidak Pengkajian nyeri : P..... Q..... R..... S..... T..... HR:.....x/menit Lain-lain.....	☐ Nyeri Kriteria Objektif: 1. Skala nyeri berkurang 2. Ekspresi wajah tampak rileks 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal	☐ Mengkaji karakteristik nyeri, gunakan pendekatan PQRST ☐ Mengajarkan teknik relaksasi ☐ Membatasi aktifitas yang meningkatkan intensitas nyeri ☐ Kolaborasi untuk pemberian terapi : () analgetik () oksigen () infus () perekaman EKG ☐ Lain-lain
---	--	--

F. FARENHEIT (SUHU TUBUH) Suhu :C Lamanya terpapar suhu panas/dingin : Riwayat pemakaian obat : Riwayat Penyakit ☐ Metabolik ☐ Kehilangan Cairan ☐ Penyakit SSP Riwayat ☐ Cedera Kepala ☐ Dampak tindakan medis (iatrogenik) ☐ Pemberian cairan infus yang terlalu dingin ☐ Pemberian transfusi darah yang masih dingin ☐ Hipoglikemia Lain-lain	☐ Aktual ☐ Resiko ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia	☐ Mengobservasi TTV, kesadaran, saturasi O₂ ☐ Membuka pakaian (menjaga privasi) ☐ Melakukan penurunan suhu tubuh : kompres dingin/Evaporasi/selimut pendingin (cooling blanket) ☐ Mencukupi kebutuhan cairan ☐ Memberikan antipireti ☐ Melindungi pasien dari lingkungan yang dingin. ☐ Membuka semua pakaian pasien yang basah ☐ Mengkaji tanda-tanda cedera fisik akibat cedera Dingin : kulit melepuh, edema, timbulnya bula/- Vesikel, menggigil. ☐ Menganjurkan pasien agar tidak menggosok/menggaruk kulit yang melepuh. ☐ Melakukan gastric lavage dengan air hangat. ☐ Menyiapkan cairan IV dengan cairan yang hangat
--	--	--

		☐ Menyiapkan alat-alat intubasi jika diperlukan. ☐ Lain-lain
--	--	---

PENGKAJIAN SEKUNDER

- Riwayat Penyakit : ☐ Tidak Ada ☐ DM ☐ PJK ☐ HPT ☐ Asma ☐ Lainnya
- Riwayat Alergi : ☐ ya ☐ Tidak
- Obat yang dikonsumsi sebelum masuk RS ?
- Penyakit sebelumnya dan riwayat hospitalisasi ? ☐ Tidak ☐ ya
- Intakemakanan peroral terakhir ?
Jam : Jenis :
- Hal-hal atau kejadian yang memicu terjadinya kecederaan/penyakit ?
- Pengkajian fisik :
 - Kepala dan wajah
 - Leher dan cervical spine
 - Dada
 - Perut dan pinggang
 - Pelvis dan Perineum
 - Extremitas
 - Punggung dan tulang belakang
- Psikososial

Kecemasan dan ketakutan
☐ Ringan ☐ Berat ☐ Sedang ☐ panik

Mekanisme Koping
☐ Merusak Diri ☐ Perilaku Kekerasan ☐ Menarik diri/Isolasisosial

Konsep Diri
☐ Gangguan Citra Diri ☐ Harga diri rendah

Lain-lain
- Seksualitas : ☐ Pelechan Seksual ☐ Trauma Seksual
- Pemeriksaan Penunjang
 - Lab
 - X-ray
 - Lainnya
- Refleksi Kasus dan evaluasi diri

PATHWAYS



Dengan Keperawatan :

1. Nyeri akut b/d edema
2. Gangguan Mobilitas fisik d/d adanya fraktur
3. Defisit perawatan diri b/d intoleransi aktifitas
4. Kurang pengetahuan b/d takut dan kurang informasi
5. Gangguan harga diri b/d adanya fraktur
6. Resiko tinggi gangguan integritas kulit b/d penekanan jaringan tertentu akibat bedrest.