|  |
| --- |
| **Departemen** **Keperawatan Gawat Darurat** |
| **Format Pengkajian di IGD** |

**Pengkajian**

Hari/tanggal: jam:

1. **Identitas Klien**

Nama/inisial :

Usia :

Jenis Kelamin :

Tanggal Masuk :

No. RM :

Diagnosa Medik :

1. **Keluhan Utama/alasan masuk RS**

P:

Q:

R:

S:

T:

1. **Pengkajian Primer**

**Airway:**

Sumbatan:

* Benda asing:
* Darah :
* Sputum/lendir:
* Perhatian: cedera servikal

**Breathing**

Sesak, dengan:

* Aktivitas
* Tanpa aktivitas
* Nafas cuping hidung
* Penggunaan otot-otot pernafasan tambahan

Frekuensi:

* Teratur
* Tidak teratur

Kedalaman:

* Dalam
* Dangkal

Batuk:

* Produktif
* Non produktif

Bunyi nafas tambahan:

* Ronkhi
* Crackles
* Wheezing

**Circulation**

Sirkulasi perifer:

 Nadi :

 Irama :

 Denyut (kuat/lemah/tidak kuat):

 Tekanan darah:

 Ekstremitas (hangat/dingin):

 Warna kulit (cyanosis/pucat/kemerahan):

 Pengisian kapiler (CRT):

 Edema:

 **Disability**

Kesadaran:

 Alert/perhatian:

 Voice respon/respon terhadap suara

 Pain respon/respon terhadap nyeri

 Unresponsive/tidak berespon

Reaksi pupil

1. **Pengkajian sekunder**

Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat Kesehatan lalu

Riwayat Kesehatan Keluarga

Anamnesa singkat(AMPLE)

* Alergies
* Medikasi
* *Pain*/Nyeri
* *Last meal*/Terakhir kali makan
* *Event of Injury*/penyebab injuri

Pemeriksaan Head to Toe

* Kepala
* Leher
* Dada
* Abdomen
* Ekstremitas/muskuloskeletal
* Kulit/integumen
1. **Pemeriksaan Penunjang**
* Radiologi
* Laboratorium
* Penunjang lain
1. **Terapi Medis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nama obat** | **dosis** | **Rute dan waktu pemberian** | **Efek samping** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Analisa data**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tgl/jam** | **Data Fokus** | **Etiologi** | **Problem** |
|  |  |  |  |  |