

 <p style="text-align: center;">RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 S/D 37</p>	<p>LABEL IDENTITAS PASIEN</p>
--	-------------------------------

PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN PASIEN GAWAT DARURAT

Tanggal kedatangan : ____/____/____	Jam kedatangan :
Asal Pasien : <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Rujukan Perusahaan <input type="checkbox"/> Rujukan Rumah sakit _____ <input type="checkbox"/> Kecelakaan diantar petugas/ polisi	
Kondisi pasien : <input type="checkbox"/> emergency <input type="checkbox"/> false emergency <input type="checkbox"/> non emergency <input type="checkbox"/> lainnya _____	
Anamnesisi : <input type="checkbox"/> Auto anamnesa <input type="checkbox"/> Allo Anamnesis , Hubungan dengan pasien : _____	
1. Biopsikososio spiritual: a. Pendidikan pasien : <input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> Belum sekolah <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Akademi <input type="checkbox"/> Sarjana <input type="checkbox"/> Paska sarjana <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ b. Pekerjaan : <input type="checkbox"/> PNS/TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ c. Sosial ekonomi : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Kurang d. Status psikologis : <input type="checkbox"/> Tenang <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Tegang <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Depresi e. Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katholik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Khong hucu Kebutuhan pelayanan kerohanian : Ya/ Tidak	
2. Data subyektif a. Keluhan utama : b. Riwayat penyakit sekarang : c. Riwayat penyakit dahulu d. Riwayat penyakit keluarga : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hypertensi <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ e. Riwayat alergi ; <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada , Sebutkan _____ f. Riwayat penggunaan obat sebelum masuk rumah sakit: <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan : _____ _____ _____	

3. Data obyektif

Tekanan darah : ka/ ki : _____ mmHg , Nadi ____x/ mnt , Suhu : _____ °C , RR: ____x/ mnt

BB: _____ Gram/ Kg , GCS : E _____, M_____, V _____

Keadaan umum: ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Buruk

Kesadaran : ☐ Compos mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Sopor koma ☐ Koma

4. Asesmen risiko jatuh dengan Get Up And Go :

No	Komponen penilaian	ya	Tidak
a	Cara berjalan pasien (salah satu atau lebih) 1. Pasien tampak tidak seimbang/ sempoyongan/ limbung) 2. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk,tripot, kursi roda, orang lain)		
b	Pasien menopang saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi atau meja / benda lain sebagai penopang		

Skor Risiko : ☐ Tidak berisiko ☐ Rendah salah satu poin a/b ☐ Tinggi ditemukan keduanya

Tata laksana : ☐ Tidak ada ☐ Edukasi ☐ Edukasi dan gunakan pita kuning.

5. Nilai Nyeri : ☐ Ada ☐ Tidak ada, Deskripsi

Provokes : ☐ Benturan ☐ Tindakan ☐ Proses penyakit, ☐ Lain-lain, _____

Quality : ☐ Seperti tertusuk-tusuk benda tajam/ tumpul ☐ Berdenyut ☐ Terbakar

☐ Tertindih benda berat ☐ Diremas ☐ Terpelintir ☐ Teriris

Regio : ☐ Lokasi : _____ ☐ Menyebar : ☐ Tidak Ya _____

Severity : ☐ NIPS, Score: _____ ☐ FLACSS, Score: _____

☐ Wong Baker Faces, Score: _____ ☐ NRS/ VAS, Score : _____ ☐ BPS, Score : _____,

Time/durasi nyeri : _____

6. Screening Gizi Pasien Dewasa Dan Anak oleh perawat

Risiko Nutrisional (Malnutrition Screening Tools /MST) Pasien dewasa :

No	Aspek Yang di Nilai	Skor
1	Apakah ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir?	
	a. Tidak ada penurunan berat badan	0
	b. Tidak yakin/tidak tahu/terasa baju longgar	2
	c. Jika Ya, berapa penurunan BB tersebut	
	• 1- 5 kg	1
	• 6 - 10 kg	2
	• 11- 15 kg	3
	• > 15 kg	4
2	Apakah penurunan nafsu makan atau kesulitan menerima makanan ?	0

	• Ya	1
	• Tidak	0
	Pasien dengan diagnosis khusus : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya skor : 2 (DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / Geriatri / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan _____)	
	Total skor	
Bila Skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilaporkan ke dokter, lanjut asuhan gizi oleh ahli gizi		

Anak (Berdasarkan STRONG)

No	Aspek Yang Dinilai	Tidak	Ya
1	Apakah pasien tampak kurus	0	1
2	Penurunan BB selama 1 bulan terakhir ?(berdasarkan penilaian obyektif data BB bila ada/ penilaian subyektif dari orangtua pasien atau untuk bayi ≤ 1 tahun BB tidak naik selama 3 bln terakhir)	0	1
3	Apakah terdapat kondisi salah satu diare ≥ 5 kali / hari, muntah ≥ 3 kali/ hari & asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	0	1
4	Adakah penyakit / keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi?	0	2
	Total skor		

Risiko Nutrisi : ☐ Rendah (Total skor 0) ☐ Sedang (Total skor 1-3) ☐ Tinggi (Total skor 4-5)

Risiko sedang dan tinggi lanjut asuhan gizi oleh ahli gizi

7. Asesmen Fungsional : ☐ Mandiri ☐ Perlu bantuan, Sebutkan _____

☐ Ketergantungan total

8. Masalah keperawatan dan rencana keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	RENCANA KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
<input type="checkbox"/> Peningkatan suhu tubuh <input type="checkbox"/> Ketidak nyamanan sehubungan dengan rasa nyeri <input type="checkbox"/> Ketidak efektifan bersihan jalan napas b.d. <u>obstruksi trakeobronkial, adanya benda asing pada jalan napas, sekret tertahan di saluran napas</u> <input type="checkbox"/> Risiko aspirasi b.d. <u>trauma wajah, mulut atau leher, penurunan tingkat kesadaran, peningkatan tekanan intragastrik</u> <input type="checkbox"/> Ketidak efektifan pola napas b.d. <u>nyeri, cedera pada spinal, kelelahan otot pernapasan, kerusakan otot rangka</u> <input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas b.d. <u>perubahan kapasitas darah membawa oksigen, ketidakseimbangan membran pertukaran kapiler dan alveolus</u> <input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung b.d. <u>perubahan kekuatan jantung dalam melawan kontraksi otot jantung, menurunnya keluaran jantung, penurunan isi sekuncup yang disebabkan oleh masalah elektrofisiologis</u> <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan perfusi jaringan (cerebral, cardiopulmonar, renal, gastrointestinal, perifer) b.d. <u>penurunan pertukaran sel, hipovolemia,</u>	<input type="checkbox"/> Ukur suhu tubuh, kolaborasi dengan dokter, pemberian terapi <input type="checkbox"/> Mengurangi nyeri/ kolaborasi dengan dokter, manajemen nyeri <input type="checkbox"/> Lakukan manuver jaw thrust, head thilt dan chin lift. <input type="checkbox"/> Keluarkan benda asing, lakukan suction, needle cricothyroidectomy <input type="checkbox"/> Berikan bantuan napas buatan, Baging/ rencana intubasi <input type="checkbox"/> Berikan O2 sesuai kebutuhan melalui nasal canula, masker. <input type="checkbox"/> Monitor Saturasi O2. <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Monitor tingkat kesadaran <input type="checkbox"/> Monitor EKG. <input type="checkbox"/> Pasang infus, sampel darah, cek AGD dll <input type="checkbox"/> Hentikan perdarahan, KIE banyak minum. <input type="checkbox"/> Berikan posisi semifowler. <input type="checkbox"/> Berikan cairan intravena,

[illegible]

9. Tindakan & Evaluasi keperawatan:

[illegible]

Tanggal/ bulan/ tahun / pukul : ____/____/____/ Pukul : ____

Yang melakukan pengakjian

Verifikasi dokter IGD

Nama dan tanda tangan

Nama dan tanda tangan