



**Dharma
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 5/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN GAWAT DARURAT

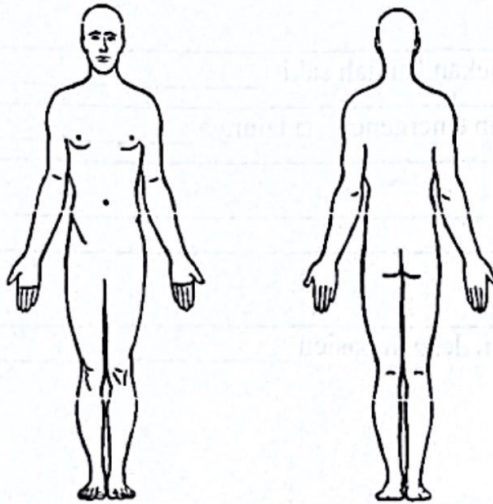
| | | | |
|--|--|---|------------|
| Tanggal kunjungan : | | Jam kunjungan : | |
| Dokter jaga IGD | | | |
| Asal Pasien : <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Rujukan Perusahaan <input type="checkbox"/> Rujukan Rumah sakit _____ | | | |
| Kondisi pasien : <input type="checkbox"/> emergency <input type="checkbox"/> false emergency <input type="checkbox"/> non emergency <input type="checkbox"/> lainnya _____ | | | |
| ATS : <input type="checkbox"/> ATS1 <input type="checkbox"/> ATS2 <input type="checkbox"/> ATS3 <input type="checkbox"/> ATS4 <input type="checkbox"/> ATS5 | | | |
| Riwayat alergi obat : <input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> ya, nama obat : _____ | | | |
| Anamnesis dengan cara : auto/allo anamnesis: hubungan dengan pasien _____ | | | |
| Keluhan Utama : | | | |
| Riwayat penyakit sekarang : | | | |
| Riwayat penyakit dahulu : | | | |
| Obat – obatan rutin yang dikonsumsi sebelum masuk rumah sakit: | | | |
| Obat yang sedang dikonsumsi: | | | |
| Tekanan darah : ka ki | | Nadi : x/m | Suhu : ° C |
| BB : Kg | | RR : x/m | |
| GCS : E M V | | | |
| Keadaan umum : | | | |
| Riwayat Reproduksi wanita | | Hamii : ya/ Tidak Jika ya : umur kehamilan ____mg, G__ P__ A__ □ Lainnya _____ | |

Pemeriksaan penunjang Laboratorium :

Radiologi :

Pemeriksaan lain-lain :

Status Lokalis



Diagnosis kerja :

Diagnosis banding:

Permasalahan medis :

Keperawatan

Rencana Asuhan dan Terapi (Standing order) Sesuai dengan kolaborasi.

Tindakan :

RM. 002/013/2023

Dharma
Nugraha

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN PASIEN GAWAT DARURAT

Tanggal kedatangan : ____/____/____

Jam kedatangan :

Asal Pasien : ☐ Umum ☐ Rujukan Perusahaan ☐ Rujukan Rumah sakit _____
☐ Kecelakaan diantar petugas/ polisi

Kondisi pasien : ☐ emergency ☐ false emergency ☐ non emergency ☐ lainnya _____

Anamnesisi : ☐ Auto anamnesa ☐ Allo Anamnesis , Hubungan dengan pasien : _____

1. Biopsikososio spiritual:

- a. Pendidikan pasien : ☐ Tidak sekolah ☐ Belum sekolah ☐ TK ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ Akademi
☐ Sarjana ☐ Paska sarjana ☐ S3 ☐ Lain-lain _____
- b. Pekerjaan : ☐ PNS/TNI/POLRI ☐ Swasta ☐ Pensiunan ☐ Wiraswasta ☐ Lain-lain _____
- c. Sosial ekonomi : ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Kurang
- d. Status psikologis : ☐ Tenang ☐ Cemas ☐ Sedih ☐ Marah ☐ Tegang ☐ Takut ☐ Depresi
- e. Agama : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katholik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ 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 : ☐ Tidak ada ☐ DM ☐ Hypertensi ☐ TB ☐ Lain-lain _____
- e. Riwayat alergi ; ☐ Tidak ada ☐ Ada , Sebutkan _____
- f. Riwayat penggunaan obat sebelum masuk rumah sakit: ☐ Tidak ada ☐ Ada, sebutkan : _____
- _____
- _____

TINDAK LANJUT:

- ☐ Pulang Atas Permintaan Sendiri/ menolak rawat inap, alas an menolak rawat inap : _____
- ☐ Pulang Atas persetujuan, pada jam: _____, kontrol tgl _____, Ke _____
- ☐ Dirujuk ke _____ Indikasi : ☐ Tempat penuh/ tidak ada tempat
☐ Tidak ada fasilitas ☐ Jaminan ☐ Permintaan keluarga ☐ Lain -lain _____
- Transportasi : ☐ Ambulance transport ☐ Ambulance emergency ☐ Lain-lain _____
- ☐ Meninggal
- ☐ Rawat Inap: ☐ Perawatan ☐ Ind Kamar operasi ☐ Kamar bersalin ☐ ICU/ PICU/ NICU
Indikasi _____

Kriteria prioritas pelayanan ☐ Preventif ☐ Kuratif ☐ Rehabilitatif ☐ Paliatif

Rencana asuhan yang akan diberikan:**Hasil yang diharapkan :****KONDISI SAAT KELUAR IGD:**

Keadaan umum : _____ Kesadaran: _____ GCS: E __, M __, V __
Tanda vital: TD _____ mmHg , Suhu: _____ ° C Nadi : _____ X mnt, Frekuensi napas : _____ x/ mnt
Catatan penting (kondisi saat ini) : _____

Edukasi awal, tentang diagnosis, rencana, tujuan terapi kepada :

- ☐ Pasien
- ☐ Keluarga: _____

Jam keluar dari IGD; Jam : _____

Telah dijelaskan

Pasien/ Keluarga

Jakarta , _____, _____, 20 _____

Dokter pemeriksa

(_____)

(_____)

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

Tindakan & Evaluasi keperawatan:

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

Yang melakukan pengakjian

Verifikasi dokter IGD

Nama dan tanda tangan

Nama dan tanda tangan



**Dharma
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALA PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLF 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP

[illegible]