



**RUMAH SAKIT  
SARI ASIH**

Nama :  
Tanggal Lahir :  
No RM :  
NIK :

## ASESMEN AWAL GAWAT DARURAT

### TRIAGE

<b>KATEGORI :</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> True Emergency <input type="checkbox"/> False Emergency <b>Jenis Kasus</b> <input type="checkbox"/> Non Trauma <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Obstetri <input type="checkbox"/> Neonatus <input type="checkbox"/> Pediatrik <input type="checkbox"/> Geriatri	<b>Cara Datang:</b> <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Diantar polisi <input type="checkbox"/> Rujukan <b>Asal rujukan</b> <input type="checkbox"/> Kota/kab <input type="checkbox"/> RS lain	<b>Kecelakaan:</b> <input type="checkbox"/> Kecelakaan lalu lintas <input type="checkbox"/> Kecelakaan kerja <input type="checkbox"/> Kecelakaan rumah tangga <input type="checkbox"/> Kecelakaan pejalan kaki <input type="checkbox"/> Kecelakaan air <b>Pengantar Pasien :</b>	<b>Tanda Tangan Petugas Triage :</b>  ( _____ )  <b>DOA :</b> <input type="checkbox"/> Jam : ..... WIB <input type="checkbox"/> Tanda kehidupan : ada Tidak <input type="checkbox"/> Denyut nadi : ada Tidak <input type="checkbox"/> RC (-/-) : ada Tidak <input type="checkbox"/> EKG Flat : ya Tidak
<b>Jam Datang</b> ..... WIB	<b>Jam Registrasi</b> ..... WIB	<b>Jam Diperiksa dokter</b> ..... WIB	

### SKRINING AIRBORNE DISEASE

- ☐ Gejala Pernapasan ☐ Erupsi kulit/Eritema  
☐ Demam (>37,5° C) ☐ Riwayat Kontak  
☐ Riwayat dari Daerah Endemik

### Riwayat Alergi :

- ☐ Makanan  
 .....  
☐ Obat  
 .....

### Kesadaran :

- ☐ Compos mentis  
☐ Apatis  
☐ Somnolen

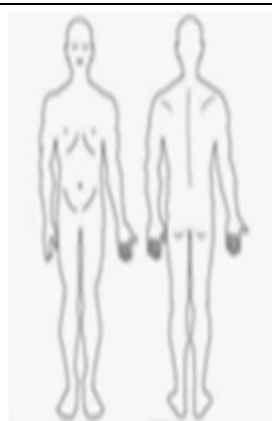
### Pupil :

- ☐ Isokor ☐ Anisokor  
☐ Diameter .... mm  
☐ Reaksi cahaya : \_\_/\_\_

### ANAMNESA GAWAT DARURAT

<b>Keluhan Utama</b>  <b>Riwayat Penyakit Sekarang</b>	<b>Riwayat Pengobatan/observasi/operasi</b>  <b>Riwayat Penyakit dahulu :</b>	<b>Tanda-tanda Vital</b> <input type="checkbox"/> Tekanan darah: mmHg <input type="checkbox"/> Suhu : °C <input type="checkbox"/> Nadi : x / mnt <input type="checkbox"/> Pernafasan : x/mnt <input type="checkbox"/> SaO2 : % <input type="checkbox"/> TB : cm <input type="checkbox"/> BB: Kg
--	---	---

### PEMERIKSAAN FISIK



Luka/ lesi / perdarahan  
Berikan tanda dan  
penjelasan pada  
gambar anatomis

### GLASGOW COMA SCALE = Points

Eyes Open	Best Motor Response	Best Verbal Response
Spontaneously 4	Obeys verbal orders 6	Oriented, conversant 5
To command 3	Localizes painful stimuli 5	Disoriented, conversant 4
To pain 2	Withdraws 4	Inappropriate words 3
No response 1	Painful stimulus, flexion 3	Inappropriate sounds 2
	Painful stimulus, extension 2	No Response 1
	No response 1	

Maximum 15 points

### SKALA NYERI : .....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak nyeri		nyeri ringan		nyeri yang mengganggu		nyeri yang menyusahkan		nyeri berat		sangat nyeri

### STATUS PSIKOLOGI

- ☐ Marah ☐ Cemas ☐ Depresi ☐ Gelisah ☐ Takut ☐ Kecenderungan Bunuh Diri ☐ Tidak ada masalah ☐ Lain-lain

### STATUS KULTURAL (BUDAYA)

Hal-hal yang berkaitan dengan agama, budaya, keyakinan atau kepercayaan (makanan, bahasa, dll )

<b>STATUS SPIRITUAL</b>		
Pasien Muslim : Kemampuan beribadah		Pasien Non Muslim:
Wajib beribadah : <input type="checkbox"/> Baligh <input type="checkbox"/> belum baligh <input type="checkbox"/> halangan lain		.....
Thaharah : <input type="checkbox"/> Berwudlu <input type="checkbox"/> Tayamum <input type="checkbox"/> .....		
Sholat : <input type="checkbox"/> Berdiri <input type="checkbox"/> Duduk <input type="checkbox"/> Berbaring		
<b>STATUS SOSIAL EKONOMI</b>		
Status Pernikahan : <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Menikah ____ kali <input type="checkbox"/> Bercerai <input type="checkbox"/> Janda/Duda <input type="checkbox"/> Lain-lain		
Pendidikan terakhir : <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Akademi <input type="checkbox"/> Sarjana <input type="checkbox"/> Lain-lain		
Pekerjaan : <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja <input type="checkbox"/> Lain-lain		
Tinggal Bersama : <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Lain-lain		
Nama ..... No Telp : .....		
Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katholik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Lain-lain		
<b>SKRINING RISIKO JATUH</b>		
<b>JATUH Risiko Jatuh Anak (Humpty Dumpty)</b>		<b>Risiko Jatuh Dewasa (Morse)</b>
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Risiko rendah 7 - 11		<input type="checkbox"/> Tidak ada risiko 0 - 24 <input type="checkbox"/> Rendah 25 - 44 <input type="checkbox"/> Tinggi >45
<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Risiko Tinggi >12		<b>Risiko Jatuh Sidney Scoring Ontario</b>
		<input type="checkbox"/> Tidak ada risiko 0 - 5 <input type="checkbox"/> Rendah 6 - 16 <input type="checkbox"/> Tinggi 17 -30
<b>KRITERIA RIsIKO NUTRISIONAL/GIZI (MALNUTRISION SCREENING TOOL / MST)</b>		
Apakah pasien mengalami penurunan BB dalam 6 bulan terakhir ?		
<input type="checkbox"/> Tidak (skor 0) <input type="checkbox"/> Tidak yakin / tidak tahu / baju terasa lebih longgar (skor 2)		
Jika ya, berapa penurunan BB tersebut ?		
<input type="checkbox"/> 1 – 5 kg (skor 1) <input type="checkbox"/> 6 – 10 kg (skor 2) <input type="checkbox"/> 11 – 15 kg (skor 3) <input type="checkbox"/> ≥ 15 kg (skor 4)		
Apakah asupan makan kurang karena tidak nafsu makan ? <input type="checkbox"/> Tidak (skor 0) <input type="checkbox"/> Ya (skor 1)		
Total skor = ....		
Apakah pasien mempunyai diagnosa khusus : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya ( DM/CKD/Haemodialisa/Kanker/Hipertensi/Penurunan Imunitas )		
<b>STATUS FUNGSIONAL</b>		
<input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Perlu bantuan, Sebutkan ..... <input type="checkbox"/> Ketergantungan total, Sebutkan .....		
<b>Pemeriksaan Penunjang :</b>		
<b>MASALAH KESEHATAN</b>	<b>MASALAH KEPERAWATAN</b>	<b>Rencana Keperawatan / Target Terukur :</b>
<b>Diagnosis Kerja dan Diagnosa Banding :</b>		
<b>Rencana (Tindakan, Terapi, dll)</b>		
<b>Edukasi Keluarga (Termasuk Motivasi Kesembuhan)</b>		Pasien / keluarga ( ..... )
<b>Perencanaan Pasien Pulang /Discharge Planning (Untuk Rawat Inap) :</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
<b>Hasil Skrining: Prioritas Perawatan :</b> <input type="checkbox"/> Preventif <input type="checkbox"/> Paliatif <input type="checkbox"/> Kuratif <input type="checkbox"/> Rehabilitatif		
<b>Kondisi Waktu Keluar :</b> <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Pindah/Rujuk <input type="checkbox"/> Pulang Atas permintaan sendiri <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Lain - lain		
<b>Tindak Lanjut :</b> <input type="checkbox"/> Rawat, indikasi ..... <input type="checkbox"/> Kontrol Rawat Jalan, tgl ... <input type="checkbox"/> Tidak Perlu Kontrol <input type="checkbox"/> Homecare		
<b>Sarana Transportasi jika Dirujuk :</b>		
<b>Serah Terima Tim</b>	<b>Tanggal :</b>	<b>Jam ..... WIB</b>
<b>Dokter Jaga (Nama dan TTD)</b>  ( ..... )	<b>Perawat Jaga /PPJP(Nama dan TTD)</b>  ( ..... )	