

RM 2.a

Nama :

Tanggal Lahir :

No RM :

NIK :

RM 2.a

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASESMEN AWAL GAWAT DARURAT** | | | | | | | | | | | | | |
| **TRIAGE** | | | | | | | | | | | | | |
| KATEGORI :  □ I □ II □ III □ IV □ V  □ True Emergency  □ False Emergency  Jenis Kasus  □ Non Trauma □ Trauma  □ Obstetri □ Neonatus  □ Pediatrik □ Geriatri | | | Cara Datang:  □ Sendiri  □ Ambulance  □ Diantar polisi  □ Rujukan  Asal rujukan  □ Kota/kab  □ RS lain | | Kecelakaan:  □ Kecelakaan lalu lintas  □ Kecelakaan kerja  □ Kecelakaan rumah tangga  □ Kecelakaan pejalan kaki  □ Kecelakaan air  Pengantar Pasien : | | | | | **Tanda Tangan Petugas Triage :**  **( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** | | | |
| **DOA :**  □ Jam : ……………………. WIB  □ Tanda kehidupan : ada Tidak  □ Denyut nadi : ada Tidak  □ RC (-/-) : ada Tidak  □ EKG Flat : ya Tidak | | | |
| Jam Datang  ………….. WIB | | Jam Registrasi  ……………… WIB | | | Jam Diperiksa dokter  ……………….WIB | | | | |
| **SKRINING AIRBONE DISEASE**  □ Gejala Pernapasan □ Erupsi kulit/Eritema □ Demam (>37,50 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** | | | | | | | | | | | | | |
| Keluhan Utama  Riwayat Penyakit Sekarang | | | | Riwayat Pengobatan/observasi/operasi  Riwayat Penyakit dahulu : | | | | | | | | **Tanda-tanda Vital**  □Tekanan darah: mmHg  □ Suhu : 0C  □ Nadi : x / mnt  □ Pernafasan : x/mnt  □ SaO2 : %  □ TB : cm □ BB: Kg | |
| **PEMERIKSAAN FISIK** | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | Luka/ lesi / perdarahan  Berikan tanda dan penjelasan pada gambar anatomis | | | | | **nyeri.JPGSKALA NYERI : ……**    **Tidak nyeri nyeri yang nyeri yang nyeri sangat Nyeri ringan mengganggu menyusahkan berat 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 ) ………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS SPIRITUAL**  Pasien Muslim : Kemampuan beribadah  Wajib beribadah : □ Baligh □ belum baligh □ halangan lain  Thaharoh : □ Berwudlu □ Tayamum □ ………….  Sholat : □ Berdiri □ Duduk □ Berbaring | | | | | | | | | | | Pasien Non Muslim: …………………………………… | | |
| **STATUS SOSIAL EKONOMI**  Status Pernikahan : □ Single □ Menikah \_\_\_\_ kali □ Bercerai □ Janda/Duda □ Lain-lain  Pendidikan terakhir : □ SD □ SMP □ SMA □ Akademi □ Sarjana □ Lain-lain  Pekerjaan : □ PNS □ Swasta □ TNI/POLRI □ Tidak Bekerja □ Lain-lain  Tinggal Bersama : □ Suami/Istri □ Anak □ Orang tua □ Sendiri □ Lain-lain  Nama ………………. No Telp : …………………………..  Agama : □ Islam □ Kristen □ Katholik □ Hindu □ Budha □ Lain-lain | | | | | | | | | | | | | |
| **SKRINING JATUH**  □ Ya  □ Tidak | **RISIKO JATUH**  **Risiko Jatuh Anak (Humpty Dumpty)**  □ Risiko rendah 7 - 11  □ Risiko Tinggi >12 | | | | | **Risiko Jatuh Dewasa** (**Morse)**  □ Tidak ada risiko 0 - 24 □ Rendah 25 - 44□Tinggi>45  **Risiko Jatuh Sidney Scoring Ontario**  □ Tidak ada risiko 0 - 5 □ Rendah 6 - 16 □Tinggi 17 -30 | | | | | | | |
| **KRITERIA RiSIKO NUTRISIONAL/GIZI *(MALNUTRISION SCREENING TOOL / MST)***  Apakah pasien mengalami penurunan BB dalam 6 bulan terakhir ?  □ Tidak (skor O) □ Tidak yakin *I* tidak tahu *I* baju terasa lebih longgar (skor 2)  Jika ya, berapa penurunan BB tersebut ?  □1 - 5 kg (skor 1) □ 6 - 10 kg (skor 2) □ 11 - 15 kg (skor 3) □ > 15 kg (skor4)  Apakah asupan makan kurang karena tidak nafsu makan ? □ Tidak (skor 0) □ Ya (skor 1)  Total skor = ....  Apakah pasien mempunyai diagnosa khusus :□ Tidak□Ya ( DM/CKD/Haemodialisa/Kan ker/Hipertensi/Penurunan lmunitas ) | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS FUNGSIONAL**  □Mandiri □Perlu bantuan, Sebutkan ……………......... □Ketergantungan total , Sebutkan …………………………… | | | | | | | | | | | | | |
| **Pemeriksaan Penunjang :** | | | | | | | | | | | | | |
| **MASALAH KESEHATAN** | | | **MASALAH KEPERAWATAN** | | | | | **Rencana Keperawatan / Target Terukur :** | | | | | |
| **Diagnosis Kerja dan Diagnosa Banding :** | | | | | | | | | | | | | |
| **Rencana (Tindakan, Terapi, dll)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Edukasi Keluarga (Termasuk Motivasi Kesembuhan)** Pasien / keluarga  ( ……………………….) | | | | | | | | | | | | | |
| **Perencanaan Pasien Pulang /*Discharge Planning* (Untuk Rawat Inap) :** □ Ya □ Tidak | | | | | | | | | | | | | |
| **Hasil Skrining: Prioritas Perawatan :** □Preventif □ Paliatif □ Kuratif □ Rehabilitatif | | | | | | | | | | | | | |
| **Kondisi Waktu Keluar :** □ Sembuh □ Pindah/Rujuk □ Pulang Atas permintaan sendiri □ Meninggal □ Lain - lain | | | | | | | | | | | | | |
| **Tindak Lanjut :** □Rawat, indikasi ……………□ Kontrol Rawat Jalan, tgl … □ Tidak Perlu Kontrol □ Homecare | | | | | | | | | | | | | |
| **Sarana Transportasi jika Dirujuk :** | | | | | | | | | | | | | |
| **Serah Terima Tim** Tanggal : Jam …… WIB | | | | | | | | | | | | | |
| **Dokter Jaga (Nama dan TTD)**  **( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** | | | | | | | **Perawat Jaga /PPJP(Nama dan TTD)**  **(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** | | | | | | |