



CATATAN MEDIS GAWAT DARURAT

IDENTITAS PASIEN

Tanggal Jam WIB

1. No. Registrasi :
2. No. Rekam Medis :
3. Nama Pasien :
4. TTL :
5. Jenis Kelamin :
6. Alamat :
7. Agama / Kepercayaan :
7. Telepon :
8. Jenis Pembayaran ☐ Umum ☐ BPJS PBI ☐ BPJS Non PBI ☐ Perusahaan
9. Asuransi Swasta ☐ Tidak ☐ Ya, Sebutkan
10. Cara Pasien Dtg ☐ Sendiri ☐ Diantar :
11. Rujukan ☐ Tidak Ada ☐ Ada Puskesmas / RS Rakyat / RS Swasta / Dokter
12. Kasus ☐ Trauma ☐ Non Trauma

1. TRIAGE

☐ Resusitasi ☐ Emergensi ☐ Urgent ☐ Non Urgent ☐ False Emergensi ☐ DOA

2. PENGKAJIAN PERAWAT

2.1. Data Subyektif : ☐ Auto Anamnesa ☐ Allo Anamnesa

Riwayat Penyakit Terdahulu :

2.2 Data Obyektif

Keadaan Umum : ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Buruk / Lemah
Status Gizi BB :kg TBcm IMT.....
Apakah ada keluhan nyeri? : ☐ Ya ☐ Tidak
Penyebab Nyeri : ☐ Trauma ☐ NonTrauma
Rasa Nyeri : ☐ Tajam ☐ Nyeri tumpul ☐ Seperti ditarik ☐ Seperti ditusuk
☐ Seperti dipukul ☐ Seperti dibakar ☐ Berdenyut ☐ Seperti ditikam
☐ Seperti kram ☐
Apakah nyeri berpindah dari satu tempat ke tempat lain? ☐ Ya ☐ Tidak
Metode : ☐ NIPS ☐ FLACC ☐ VAS ☐
Skala Nyeri :

Seberapa sering anda mengalami nyeri ? Berapa lama ?
Setiap : ☐ 1 – 2 jam ☐ 3 – 4 jam ☐
Selama : ☐ < 30 menit ☐ > 30 menit ☐

PENILAIAN RISIKO JATUH
Metode : ☐ MORSE ☐ HUMPTHY DUMTHY
Jumlah skor :
Kategori : ☐ Ringan ☐ Sedang ☐ Berat

2.3 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan	Analisa masalah Keperawatan	Jam	Tindakan Keperawatan	TTD
AIRWAY : ☐ Paten ☐ Sputum ☐ Darah ☐ Spasme ☐ Pangkal Lidah Jatuh ☐ Benda asing ☐	☐ Bersihan jalan nafas tidak efektif ☐ Resiko Aspirasi		☐ Mengidentifikasi tingkat kesadaran, reflek batuk, dan kemampuan menelan ☐ Membersihkan Jalan nafas ☐ Memberikan posisi berbaring fowler / semi fowler ☐ Melakukan Head Tilt, Chin Lift, Jaw Trust ☐ Melakukan Finger swab ☐ Melakukan back blow, chest trust, abdominal trust ☐ Melakukan penghisapan lendir ☐ Melakukan fisioterapi jika perlu ☐ Memasang Oro / Naso Faringeal Airway ☐ Mengajarkan tehnik batuk efektif ☐ Auskultasi suara nafas secara periodik ☐ ☐ Kolaborasi : 1. Nebulizer 2. 3.....	
BREATHING : a. Pola nafas ☐ Apneu ☐ Bradipneu ☐ Takhipneu ☐ Dyspneu ☐ Orthopneu ☐ b. Bunyi nafas ☐ Vesikuler (...../.....) ☐ Wheezing (...../.....) ☐ Ronchi (...../.....) ☐ Stridor c. Irama nafas ☐ Teratur ☐ Tidak teratur d. Penggunaan otot bantu ☐ Retraksi dada ☐ Cuping hidung e. Jenis pernafasan ☐ Pernafasan dada ☐ Pernafasan Perut f. Frekuensi/mnt g.	☐ Pola nafas tidak efektif ☐ Gangguan pertukaran gas ☐ Gangguan ventilasi spontan ☐,		☐ Memonitor respirasi dan status O2 ☐ Memonitor : Vital sign, Pola nafas, Status mental ☐ Mengobservasi frekuensi, irama, kedalaman suara nafas ☐ Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu pernafasan ☐ Palpasi kesimetrisan ekspansi paru ☐ Mengobservasi tanda-tanda hipoventilasi ☐ Mempertahankan jalan nafas yang paten ☐ Memberikan posisi Fowler/ semifowler ☐ Auskultasi bunyi nafas periodik ☐ ☐ ☐ Kolaborasi : 1. O2.....L/mnt ☐ Kanul ☐ Masker Sederhana ☐ NRM 2. Bagging 3. 4.	
CIRCULATION a. Akral ☐ Hangat ☐ Dingin ☐ Pucat b. CRT: ☐ < 2 Dtk ☐ >2 Dtk c. Membran Mukosa ☐ Cianosis ☐ Jaundice ☐ Normal d. Turgor kulit ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Jelek e. Riwayat kehilangan cairan	☐ Gangguan sirkulasi spontan ☐ Penurunan curah jantung ☐ Perfusi perifer tidak efektif		☐ Mengukur tanda vital, kekuatan nadi perifer ☐ Memonitor tanda-tanda dehidrasi ☐ Memonitor saturasi oksigen ☐ Memonitor balance cairan, perubahan turgor, membrane mukosa, CRT ☐ Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada ☐ Megobservasi tingkat kesadaran ☐ RJP ☐ Mengawasi adanya perubahan warna kulit ☐ Memberikan cairan peroral jika memungkinkan	

PEMERIKSAAN DOKTER

Tanggal / Jam :	Nama Dokter :	Tanda Tangan Dokter :
-----------------	---------------	-----------------------

Anamnesis : ☐ Auto Anamnesis ☐ Allo Anamnesis

Data Obyektif

GCS : E..... M..... V..... Total GCS :.....

	Normal	Jika Tidak Normal Jelaskan
KEPALA		
MATA		
TELINGA		
HIDUNG		
MULUT		
GIGI		
LEHER		
TENGGOROKAN		
DADA		
JANTUNG		
PARU		
PERUT		
ALAT GERAK		
ANUS GENITALIA		

2.2. Diagnosa Kerja :

2.3. Diagnosa Banding :

2.4. Pemeriksaan Penunjang :

2.5. Tindakan Pengobatan / Terapi :

2.6. KIE Kepada : ☐ Pasien ☐ Keluarga ☐
.....

Tgl / Jam	Uraian Penjelasan / Isi Komunikasi	Pemberi Penjelasan		Pasien / Keluarga	
		Nama	Paraf	Nama	Paraf

2.7. Tindak Lanjut : ☐ Pulang ☐ Pulang APS ☐ Rawat
☐ Rujuk
Alasan dirujuk
☐ Meninggal jam :

2.8. Kondisi Pulang : Tanggal dan Jam :