

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

	080 1900 73	Tanggal : 07	moari Torz
	man Nurpinan	Logistik	Formulir
	060	(diisi oleh pet	
No. Telepon/Ext		(distribution per	ugas logistik)
E-mail : _t	anit good f-darwata)	CWY Jumian Stok formulir lama	1: 15
h	usada.com	Buffer stock : 19	
DATA FORMULIR TERKAIT	/	Proses PO : 2 MING	ව
Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : V	Revisi Buat Baru	Waktu :	
	1.1 - 2.1.4		Paraf
	(untuk form medis)		^
No/Kode RM	Revisi ke- : 1		$\mathcal{U}$
Bulan Revisi Terkahir :	Revisike		7
Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika Sesuai dengan ota	diperlukan, berikan penjelasan secuk Indor ascsment VEP ed 1104' RS	upnya)	
		Tanda Tangan	Tanda Tangan
Komponen Perubahan		Pemohon,	Penerima,
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika	diperlukan herikan penjelasan secuk	runnva) a	4/1 - 1922
adatawahan Denskafian Gransesmen DIII. wakh pemeritean	u, Actop, Intrologi, 1	Ima Nurjaman NIP 15080190073	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
	Masukan/Saran		
(data diisi mengguna	kan tambahan kertas lain jika diperluk Logistik	an, berikan penjelasan secukupnya)	Tanda Tangan
Akan N Peznarkan sessan Dengan			Tanda Tangan
thous dibezumkous carrow penrous	Logistik PURUM YMUTÉ SVOMM DI LE		4
AKAN A PETANKAN SESUAN DENEAN	Logistik  PVNUM YMUTE SIVAM DI LE  Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan Tanda Tangan
AKAN A PETANKAN SESUAN DENGAN	Logistik  PURUM YANDÖ SIDAM DI RE  Langsung/Atasan Tidak Langsung  Secura Prinsip		4
AKAN A PETANKAN SESUAN DENGAN  Atasan I  Rayis teriamoir, ACC Konten	Logistik  PURUM YANG SUMM DI LE  Langsung/Atasan Tidak Langsung  SECURA PRINSIP  ASING		Tanda Tangan
Arms Reparted sessen beneam  Atasan I Revisi teriampir. Act Konten Huruf mining (italic) untik ishlah	Logistik  PURUM YMJE SIVAM DI LE  Langsung/Atasan Tidak Langsung  SECURA PRINSIP  ASIYO  Unit/Divisi/Komite	ms vym fry	Tanda Tangan
Arms Repairem sessen beneam  Atasan I Revisi teriampir. Act konten Huruf miring (italik) untik istilah	Logistik  Purum Ynstő Svam Dire  Langsung/Atasan Tidak Langsung  Secura prinsip  asing  Unit/Divisi/Komite  uslantes later		Tanda Tangan  My W  Tanda Tangan
Aran A pernutian sessan beneam  Atasan I  Revisi teriampir. Act konten Huruf mining (italic) untik istilah  PPS: [elas besar (lune) tanpa (anis ute femulana)	Logistik  Porum Parsi Sivam Diffe  Langsung/Atasan Tidak Langsung  Secara prinsip  asing  Unit/Divisi/Komite  uslanta lafer (2  u/m/Langsung)	Alle come oppe	Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan
Action of permitten session beneam Atasan I Revisi teriampir. Act konten Huruf miring (italik) untik istilah	Logistik  Porum Parsio Sivam Diffe  Langsung/Atasan Tidak Langsung  Secara Prinsip  asing  Unit/Divisi/Komite  uslanta later  unit/Divisi/Komite	Asserme opper	Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan
Atasan I Revisi teriampir. ACC Konten Huruf miring (italic) untik istilah  RPS: [elan besar (lune) to tanpa (anis at femmulana)  Rekam Medik  ada penambahan istan sesuai spondar aussment uga.	Logistik  Porum Ynsis Svomm Diffe  Langsung/Atasan Tidak Langsung  Secura prinsip  asing  Unit/Divisi/Komite  uslimen lafter  unit/D papart   1	Asserme opper	Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan
Atasan I Revisi teriampir. ACC Konten Huruf miring (italic) untik istilah  PPS: [elair besar of lines]  tanpa (anis at femulina)  Rekam Medik  ada penambahan Islan seguai	Logistik  Porum Parsio Sivam Diffe  Langsung/Atasan Tidak Langsung  Secara Prinsip  asing  Unit/Divisi/Komite  uslanta later  unit/Divisi/Komite	fisherm oppertant (and Mesekretariatan)	Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan  Tanda Tangan
Atasan I Revisi teriampir. ACC Konten Huruf miring (italic) untik istilah  RPS: [elan besar (lune) to tanpa (anis at femmulana)  Rekam Medik  ada penambahan istan sesuai spondar aussment uga.	Logistik  Porum Ynsis Svomm Diffe  Langsung/Atasan Tidak Langsung  Secura prinsip  asing  Unit/Divisi/Komite  uslimen lafter  unit/D papart   1	Asserme oppertant (and	Tanda Tangan  Tanda Tangan

		Identitas Pasien (Diisi oleh Pe	rawat)
RUMAH SAKIT		Nama :	
		Tanggal Lahir :	(L/W)*
		No. RM	<b>1</b> -  <b>1</b>
ADAZUH NATAN			
		Dapat Tempelkan Stiker Identit	
Pasien datang pukul:	Pasian di as	sesmen pukul :	Tanggal asesmen :
Triage	r asien ui as	Pasien Datang :	ranggarasesmen.
Prioritas Triage : 1 2	3	4	
		□ Sendiri	☐ Diantar Oleh :
☐ Trauma ☐ Non Trauma ☐	Kebidanan	ESMEN KEPERAWATAN	
□ Aut	Anamnesa	Allo Anamnesa : Ibu/ Ayah/	Wali pasien
Alasan			
Kunjungan :			
, ,			
			] [
Riwayat alergi : ☐ Tidak Ada	ПΔ	da	
Niwayat alergi .   Iruak Ada		ua	
Riwayat			
Penyakit			
Dahulu:		<u> </u>	
Keadaan Umum: ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Tensi : mmHq	Buruk	Nyeri* : ☐ Tidak Skala Nyeri :	☐ Ya Lokasi :
Nadi : x/min		Metode Asesmen Nyeri	.   G
Pernafasan : x/min			: cale) [0-10] >8 tahun-dewasa
Suhu : ° C		☐ WBF (Wong Baker Face	1
SpO <sub>2</sub> : %		☐ NIPS (Neonatal Infant Pa	ain Scale) [0-7]
BB : kg		_	tivity, Cry, Consolability) [0-10] Anak-3 tahun
TB : cm		□ BPS (Behaviour Pain Sc	ale) : (Terintubasi / Tidak Terintubasi )* [3-12]
		Risiko Jatuh: Get Up And G	o 🖂 Ya 🖂 Tidak
ASESMEN	MA	SALAH KEPERAWATAN	RENCANA
A. AIRWAY			A. MANDIRI
☐ Bebas     ☐ Spasme     ☐ Stridor       ☐ Sumbatan     ☐ Snoring     ☐ Gurgling		unan curah jantung si jaringan perifer tidak efektif	☐ Head tilt ☐ Chin lift ☐ Jaw trust ☐ Posisikan pasien
		si jaringan serebral tidak efektif	☐ Kaji airway,breathing,circulation dan disability
B. BREATHING	_	guan ventilasi spontan	Kaji tanda-tanda vital
Apnoe Dispnoe Ronchi	I = 5.	ıkan jalan nafas tidak efektif	☐ Kaji nyeri
☐ Bronchial     ☐ Wheezing     ☐ Bradipnoe       ☐ Vesikuler     ☐ Ortopnoe     ☐ Retraksi Da		afas tidak efektif guan pertukaran gas	☐ Kaji tingkat kecemasan/ansietas ☐ Lakukan resusitasi jantung paru
Pernafasan cuping hidung	Nyeri	- · ·	Lakukan penghisapan sekret
Penggunaan otot bantu nafas	☐ Nyeri	Kronik	☐ Lakukan perawatan luka
Penggunaan alat bantu nafas		angan volume cairan	Pantau intake-output cairan
C. CIRCULATION	1 🗀 👑	han volume cairan	☐ Pasang restrain (bila diperlukan) ☐ Beri minum air hangat
□ Pucat □ Sianosis	☐ Mual ☐ Hipert	ermia	☐ Beri minum air hangat ☐ Libatkan keluarga dalam perencanaan
Perdarahan : cc	☐ Hipote	ermia	☐ Manajemen nyeri
Luka bakar : %		akan intergritas kulit	☐ Pasang bed site monitor
│ Nadi : │ Teraba │ Tidak teraba │ Teratur │ Tidak teratu	☐ Diare ☐ Konsti	inasi	☐ Pasang Oropharingeal Airway
☐ Teratur ☐ Tidak teratu ☐ Kuat ☐ Tidak kuat	☐ Konst	•	☐ Pasang Bidai☐ Membersihkan luka
☐ CRT : ☐ < 2 detik ☐ > 2 detik		g pengetahuan	
☐ Akral : ☐ Hangat ☐ Dingin	☐ Hiperg		
☐ Mukosa : ☐ Kering ☐ Lembab	☐ Hipog		B. KOLABORATIF
☐ Turgor : ☐ Cepat ☐ Lambat ☐ Edema : ☐ Tidak ☐ Ada			☐ Lakukan EKG☐☐ Beri Therapy
SKRINING GIZI	<b></b>		☐ Pasang intravena line
(Jika skor ≥ 2 konsul ke DPJP/ Ahli Gizi)			Pasang cateter urine
Assemen ulang setiap 30 hari Ya (1) Tidak (0) Jm	┧ 🛚		Pasang water seal darinage (WSD)
1.Penurunan BB dalam 6 bulan akhir?      2.Ada gangguan makan dan minum?			☐ Hecting superficial ☐ Pemeriksaan Laboraturium
3.Menderita sakit berat?	<u> </u>		Pemeriksaan Radiologi

ASESMEN	MASALAH KEPERAWATAN	RENCANA
D. DISABILITY		□
Kesadaran :		□
☐ Composmentis ☐ Somnolen ☐ DOA		□
☐ Sopor ☐ Koma		□
GCS: E = M = V =		□
Pupil : diameter//		C. PENDIDIKAN KESEHATAN
☐ Miosis ☐ Midriasis		☐ Teknik relaksasi dan distraksi
Reflek cahaya :		☐ Tujuan dan prosedur tindakan
Reflex canaya :  ☐ Negatif ☐ Positif		☐ Tujuan dan prosedur tindakan☐ Kewaspadaan post Trauma kepala
Kekuatan Otot :		□
Ekstremitas atas//		_
Ekstremitas atas/		□
E.EKSPOSURE  □ Vulnus eksoriasi □ Contusio		
_		
F. PSIKOSOSIAL EKONOMI		
Hubungan dengan anggota keluarga :		
☐ Baik ☐ Tidak baik		
Status psikologis :		
☐ Cemas ☐ Marah ☐ Takut		
☐ Sedih ☐ Tenang		
Status sosial ekonomi :		
☐ Bekerja ☐ Tidak		
Cara bayar :		
☐ Umum ☐ Kontraktor ☐ Asuransi		
Perawat	Tanda Tangan	
	ACCOMEN DOVTED	
☐ Auto Anamnesa	ASESMEN DOKTER  Allo Anamnesa: Ibu/ Ayah/ Wali p	pasien Pukul :
	Allo Allaitillesa . Ibur Tyari Tran P	dalen runur.
Welchen Hame		
Keluhan Utama :		
- 12 O.L.		
Riwayat Penyakit Sekarang :		
Diverset Descript Debuly	Riwayat alergi : ☐ Tidak	A-1-
Riwayat Penyakit Dahulu :	Riwayat alergi :	Ada    Ada   Ada   Ada   Ada    Ada    Ada    Ada    Ada    Ada     Ada    Ada     Ada
Tingkat Kesadaran :	GCS: E = M = \	<b>√</b> =
Survei Sekunder (Diisi oleh		
Normal Jika tidak norn	nai, jelaskan	_
Kepala		
Кераіа		) \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\
Mata	$\sim$	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \
iviata		
Leher		ارد ا اد
Lerioi		
Dada	\ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	41-1 (-1)
	//k	
Perut		11\\
	9	
Alat gerak	Ι Ψ \ Ι	/ W W \   / W
		/ \   /
Lain-lain	) <sub>1</sub>	.( )-1-(
Diagnosa Kerja :		'\ / <b>()</b> \
(Diisi oleh Dokter)	( X	) ( <b>  </b> )
	\	/ \    /
	).V	( ) ) (
Dokter	Tanda Tangan	ها کال

TANGGAL/ PUKUL	INSTRUKSI DOKTER	NAMA JELAS & TANDA TANGAN	PUKUL	IMPLEMENTASI	NAMA JELAS & TANDA TANGAN
					H///2022 (Rev 01)

TANGGAL/ PUKUL			AS	SESMEN DPJP	NAMA JELAS & TANDA TANGAN
☐ Perbail	kan	☐ Stabil	Kesin	npulan (Diisi oleh Dokter) ukan	
Tindak Lanjı	<b>ıt:</b> □ Rujuk	☐ Rawat	☐ Pulang	atas permintaan sendiri   Pulang  Paliatif	
Saat Pasien	Keluar/ Pindah Ke R	uangan :		Pukul :	
1, Kondis	si/Masalah :				
2, Tingka	t Kesadaran :		GCS :	E: M: V:	
3, BP:	HR:	RR:	SpO2 :	Temp :	
	Dokumen yang dis	serahterimakan		MA DOKUMEN PENUNJANG  Keterangan	
1. EKG		☐ Ada	☐ Tidak		
2. Radiologi		☐ Ada	☐ Tidak		
3. Laboratoriu	m	☐ Ada	☐ Tidak		
4. Rujukan		☐ Ada	☐ Tidak		
5. Lain-lain					
		SERAH TE Perawat		A PASIEN DIRAWAT INAP (Diisi oleh Perawat)  Perawat Ruangan	
		i Glawat	3 <b>3</b> D	i Gawat ituanyan	
	(_ Na	ama Jelas dan T	) Fanda Tangan anggal :	() Nama Jelas dan Tanda TanganPukul :	
			DI ISI JIKA PA	ASIEN PULANG (Diisi oleh Dokter)	
INSTRUKSI I	ANJUTAN			OBAT SAAT PULANG	
PERAWATAI	N LANJUTAN				
Lokasi :					
Waktu:					
Dokter :				1	



# TATA CARA PENGISIAN FORMULIR UNIT GAWAT DARURAT (UGD) RM 2.1.1-2.1.4 011/F/RM/RSIH/I/2022 (Rev.01)

#### 1. PENGERTIAN

Formulir UGD adalah berkas yang berisikan informasi pasien, anamnesa pemeriksaan fisik, diagnosis, tindakan medis dan keperawatan serta intruksi lanjutan pasien-pasien yang dilayani UGD.

#### 2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi kepada petugas UGD tentang hal-hal yang berkaitan dengan pasien dari segi medis dan keperawatan.

#### 3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan kondisi pasien pada saat masuk UGD, pemeriksaan selama di UGD, terapi dan tindak lanjut pasien di UGD.

# 4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Jaga UGD dan perawat UGD

# 5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter dan perawat UGD

### 6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat/Dokt er/ admin	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara
		UGD	manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat/Dokt er/ admin UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat/Dokt er/ admin UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis kelamin (L/W)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "W" untuk wanita	Perawat/Dokt er/ admin UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat/Dokt er/ admin UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Dokter	Diisi nama dokter UGD yang menangani pasien	Perawat/Dokt er/ admin UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	admin UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Pasien datang pukul	Diisi pukul berapa pasien datang	Perawat	Format waktu 24 Jam
Pasien di asesmen pukul	Diisi pukul berapa pasien di asesmen	Perawat	Format waktu 24 Jam
Tanggal asesmen	Diisi sesuai tanggal pasien di asesmen	Perawat	Contoh: 01 Januari 2022
Triase : kriteria pasien ; merah; kuning; hijau; hitam	diisi dengan memberikan <i>check list</i> pada salah satu kriteria	Perawat/Dokt er	Pilih salah satu saja
Triase : trauma, nontrauma, kebidanan	Diisi dengan memberikan <i>check list</i> pada salah satu kriteria	perawat	Pilih salah satu saja
Triase: pasien datang sendiri, atau	Di check list datang sendiri dan atau check list apabila pasien diantar isi	perawat	Pilih salah satu saja Jika diantar isi
diantar	hubungan dengan dengan pasien		keterangannya
^	Perawat		Duri I I ( '
Asesmen keperawatan : auto anamnesa / allo anamnesa.	Di <i>check list</i> auto anamnesa dan atau <i>check list</i> allo anamnesa. Dari Ibu/ Ayah/ Wali pasien	perawat	Pilih salah satu saja jika allo anamnesi lingkari pilihan Ibu/ Ayah/ Wali pasien
Alasan Kunjungan	Diisi berdasarkan anamnesa keluhan pasien dengan metoda PQRST P: Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri? Q: Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri? R: Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik? S: Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala? contoh NRS 1-10 T: Kapan sakit mulai muncul?	perawat	P: provokes, palliative (penyebab) Q: quality (kualitas) R: Radiates (penyebaran) S: severety (keparahan) T: time (waktu)
Riwayat Allergi	Di check list Tidak ada dan atau check list Ada, kalau ada tuliskan jenis obatnya	perawat	Pilih salah satu saja Jika Ada isi keterangannya
Riwayat penyakit dahulu	Diisi riwayat penyakit yang pernah di derita oleh pasien	perawat	Sesuai kererangan pasien atau wali pasien
Keadaan Umum	Di <i>check list</i> baik/sedang/buruk	perawat	Pilih salah satu saja
Vital Sign/Tanda- tanda vital	Diisi hasil pengukuran Tensi, Nadi, Pernafasan, suhu, Saturasi oksigen, Berat Badan Dan Tinggi badan	perawat	Diisi lengkap
Skrining Gizi	Diisi hasil pengukuran Skrining Gizi sesuai Metode MST (Malnutrition Skreening Tols)	perawat	Sesuai Panduan Skrining Gizi. jika skor total ≥2 konsul ke DPJP/ Ahli Gizi
Pengkajian Nyeri	Di <i>check list</i> Tidak dan atau <i>check list</i> Ada, kalau ada tuliskan lokasinya	perawat	Pilih salah satu saja Jika Ada isi keterangannya

	I 5		
Skala nyeri	Diisi dengan tingkatan nyeri pasien serta di <i>check list</i> metoda yang di	perawat	Pilih salah satu saja Isi jumlah skala nyeri
	gunakan pada pasien tersebut.		
Resiko Jatuh	Menggunakan metoda get up and go serta di check list ada dan lakukan tindakan:  1. Pasang Penanda Kuning 2. Edukasi dan atau check list tidak ada. Pasien aman	perawat	Sesuai dengan Pengkajian <i>Get Up And</i> <i>Go Test</i>
Proses keperawatan	Diisi sesuai dengan keadaan pasien	perawat	Pilih sesuai kondisi
melingkupi Asesmen Keperawatan	saat datang ke UGD apabila tidak ada dalam kotak yang disediakan maka diisi pada kotak yang kosong  1. Airway  2. Breathing 3. Circulation 4. Disability 5. Exsposure 6. Psikososial Ekonomi	регаwа	pasien sebenarnya
Masalah	Diagnosa Keperawatan Sesuai	perawat	Lihat Buku Panduan
Keperawatan	Standar Dignosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	porawat	SDKI dari PPNI
Rencana Tindakan Keperawatan	Diisi rencana tindakan keperawatan terhadap pasien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Termasuk pendidikan kesehatan sesuai kasus yang ditangani	perawat	Lihat Buku Panduan SIKI dari PPNI
Nama lengkap	Diisi Nama lengkap dan	perawat	
perawat dan Tandatangan	Tandatangan yang melakukan proses keperawatan terhadap pasien	·	
	Dokter		
Asesmen Dokter	Di <i>check list</i> auto anamnesa dan atau <i>check list</i> allo anamnesa. Dari Ibu/ Ayah/ Wali pasien. Serta jam dilakukan penjelasan asesmen	Dokter	Pilih salah satu saja jika allo anamnesi lingkari pilihan Ibu/ Ayah/ Wali pasien
Keluhan utama	Diisi keluhan yang menyebabkan pasien datang ke RS untuk melakukan pengobatan	Dokter	
Riwayat Penyakit sekarang	Diisi riwayat keluhan yang didapatkan dari anamnesa terhadap pasien atau pengantar pasien	Dokter	Berhubungan dengan keluhan utama yang membuat pasien datang ke RS
Riwayat Allergi	Di <i>check list</i> Tidak ada dan atau <i>check list</i> Ada, kalau ada tuliskan jenis obatnya	Dokter	Pilih salah satu saja Jika Ada isi keterangannya
Riwayat Penyakit dahulu	Diisi riwayat penyakit pasien	Dokter	Dapat diisi lebih dari satu sesuai keterangan medis pendukung pasien
Tingkat Kesadaran	Diisi sesuai tingkat kesadaran pasien ketika masuk UGD (composmentis, somnolen, sopor, delirium, coma)	Dokter	

GCS	Diisi berdasarkan hasil penilaian Eyes, Motoric, Verbal Pasien	Dokter	GCS diisi angka dari jumlah nilai total E: diisi angkasesuai penilaian M: diisi angkasesuai penilaian V: diisi angkasesuai penilaian
Survey Sekunder	Diisi dengan temuan-temuan dari hasil pemeriksaan fisik terhadap pasien dari kepala sampai kaki Di check list Normal dan atau Tidak normal dijelaskan sesuai temuannya	Dokter	Pemeriksaan yang tidak normal harus dilengkapi dengan site marking di dalam gambar anatomi pasien
Diagnosa Kerja	Diisi diagnosis kerja, hasil dari anamnesa dan pemeriksaan fisik serta penunjang	Dokter	
Nama lengkap dokter Dan Tandatangan	Diisi Nama lengkap serta tanda tangan dokter yang melakukan assesmen terhadap pasien	Dokter	
Instruksi dokter	Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam intruksi diberikan. Dokter menulisakan intruksi dengan signage yang jelas baik nama, dosis, cara pemberian atau tindakan, oleh dokter jaga UGD atau setelah konsultasi dengan DPJP serta dilengkapi nama jelas dan tandatangan	Dokter	Contoh Format 01/01/2022 Jam 08:00  Contoh Berikan Terapi Injeksi Ondansentron 8 mg secara intra vena
Implementasi	Diisi dengan tindakan keperawatan, kolaborasi dokter dan perawat dengan mencantumkan waktu saat tindakan dilakukan oleh dokter maupun perawat serta dilengkapi nama jelas dan tandatangan	Dokter/ Perawat	Contoh Format Jam 08:30  Contoh Berikan Terapi Injeksi Ondansentron 8 mg secara intra vena
Asesmen DPJP	Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam intruksi diberikan. DPJP/ Dokter Spesialis menulisakan intruksi dengan signage yang jelas baik nama, dosis, cara pemberian atau tindakan serta dilengkapi nama jelas dan tandatangan	DPJP/ Dokter Spesialis	Diisi Jika Dokter Spesialis Visite Iangsung di UGD Jika tidak dikosongkan saja
Kesimpulan	<ol> <li>Di check list sesuai keadaan pasien pilih salah satu.</li> <li>Tindak lanjut         Jika dirawat tuliskan nama ruangan saat pasien pindah ke ruangan beserta jamnya         Jika dirujuk tuliskan nama instansi tujuan saat pasien keluar di rujuk</li> <li>Kondisi pasien di uraingan dengan jelas</li> <li>Tingkat kesadaran :         (composmentis, somnolen, sopor, delirium, coma)</li> <li>GCS di tulis jumlah nilai</li> </ol>	Dokter	Sesuai dengan kondisi pasien terkini

	(Eyes, Motoric, Verbal) di isi angka sesuai penilaian 6) Vital sign pasien. BP: Tekanan Darah HR: Jumlah Denyut Nadi/menit RR: Jumlah Pernafasan/menit SpO2: Kadar Saturasi Oksigen Temp: Suhu pasien		
Serah Terima dokumen	Diisi <i>check list</i> sesuai dengan dokumen penunjang medis pasien yang di lakukan pemeriksaan	Perawat	Jika <i>check list</i> Ada jelaskan di keterangan Jika tidak ada di <i>check</i> <i>list</i> Tulis di kolom lain-lain
Serah terima pasien	Diisi nama perawat yang menyerahkan dan yang menerima pasien. serta dilengkapi nama jelas dan tandatangan dan waktu hand over Diisi tanggal, bulan, tahun beserta jam	Perawat	Sesuai petugas yang menyerahkan dan menerima <i>hand over</i>
Intruksi lanjutan	Diisi jika pasien pulang untuk kontrol ke dokter spesialis.	Dokter	
Perawatan Lanjutan	Apabila pasien pulang dan hanya memerlukan perawatan di rumah.	Dokter	Pasien Rawat Jalan/ False Emergency
Obat Saat Pulang	Dicantumkan obat-obatan yang di berikan kepada pasien untuk dibawa ke rumah.	Dokter	Pasien Rawat Jalan/ False Emergency