

FORMULIR PERMINTAAN  
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073  
Nama Lengkap : Iman Nurjaman  
Unit/Divisi/Komite : UGD  
No. Telepon/Ext : 1111  
E-mail : karit.gawat-darurat@rsintanhusada.com

Tanggal : 30/5/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
Judul Formulir : formulir Unit Gawat Darurat  
No/Kode Formulir : 095/RM/RSIH/IX/2022  
No/Kode RM\*\* : 2.1 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : VII Revisi ke : 2

Logistik Formulir  
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 3  
Buffer stock : 10  
Proses PO : 2 minggu  
Waktu :

Paraf

Aditya

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
penyesuaian dengan panduan dan pedoman yang berlaku.

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan  
Pemohon,

Iman Nurjaman  
NIP. 15080190073

Tanda Tangan  
Penerima,

Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)


Logistik		Tanda Tangan	
FY 2 ply bulat-balik		an	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Revisi		Rani	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Ace	Rani
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pergantian no RM	Handy	Ditin dan lanjut sesuai dengan	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace	Handy	Ace	dr. Muhammad Hani MARS NIP. 21110183833

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)

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

<div></div>		<div>Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)</div> <div>Nama : .....</div> <div>Tanggal Lahir : ..... ( L / W )*</div> <div>No. RM : <div></div> - <div></div> - <div></div></div> <div>Dokter : .....</div> <div>Penjamin : .....</div> <div>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</div>			
Pasien datang pukul :		Pasien dilakukan pengkajian pukul :		Tanggal pengkajian :	
<div>Triage</div> <div>Prioritas Triage : <div></div> 1 <div></div> 2 <div></div> 3 <div></div> 4</div> <div><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Non Trauma <input type="checkbox"/> Kebidanan</div>		<div>Pasien Datang :</div> <div><input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Diantar Oleh : .....</div>			
<div>PENGKAJIAN KEPERAWATAN</div> <div><input type="checkbox"/> Auto Anamnesa <input type="checkbox"/> Allo Anamnesa : Ibu/ Ayah/ Wali pasien</div>					
<div>Alasan</div> <div>Kunjungan :</div> <div>Riwayat alergi : <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada</div>					
<div>Riwayat</div> <div>Penyakit</div> <div>Dahulu :</div>					
<div>Keadaan Umum: <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Buruk</div> <div>Tensi : ..... mmHg</div> <div>Nadi : ..... x/min</div> <div>Pernafasan : ..... x/min</div> <div>Suhu : ..... °C</div> <div>SpO<sub>2</sub> : ..... %</div> <div>BB : ..... kg</div> <div>TB : ..... cm</div>		<div>Nyeri* : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Lokasi : .....</div> <div>Skala Nyeri : .....</div> <div>Metode Pengkajian Nye : <div><input type="checkbox"/> NRS (Numeric Rating Scale) [0-10] &gt;8 tahun-dewasa</div><div><input type="checkbox"/> WBF (Wong Baker Face) [0-10] 3-8 tahun</div><div><input type="checkbox"/> NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) [0-7]</div><div><input type="checkbox"/> FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) [0-10] Anak-3 tahun</div><div><input type="checkbox"/> BPS (Behaviour Pain Scale) : ( Terintubasi / Tidak Terintubasi )* [3-12]</div></div> <div>Risiko Jatuh : <i>Get Up And Go</i> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div>			
<div>PENGKAJIAN</div> <div>A. AIRWAY<div><input type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Spasme <input type="checkbox"/> Stridor</div><div><input type="checkbox"/> Sumbatan <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Gurgling</div></div> <div>B. BREATHING<div><div><input type="checkbox"/> Apnoe <input type="checkbox"/> Dispnoe <input type="checkbox"/> Ronchi</div><div><input type="checkbox"/> Bronchial <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Bradipnoe</div><div><input type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Ortopnoe <input type="checkbox"/> Retraksi Dada</div></div><div><input type="checkbox"/> Pernafasan cuping hidung</div><div><input type="checkbox"/> Penggunaan otot bantu nafas</div><div><input type="checkbox"/> Penggunaan alat bantu nafas</div></div> <div>C. CIRCULATION<div><div><input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis</div><div><input type="checkbox"/> Perdarahan : ..... cc</div><div><input type="checkbox"/> Luka bakar : .....</div></div><div><div><input type="checkbox"/> Nadi : <div><input type="checkbox"/> Teraba <input type="checkbox"/> Tidak teraba</div><div><input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur</div><div><input type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Tidak kuat</div></div><div><input type="checkbox"/> CRT : <div><input type="checkbox"/> &lt; 2 detik <input type="checkbox"/> &gt; 2 detik</div></div><div><input type="checkbox"/> Akral : <div><input type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin</div></div><div><input type="checkbox"/> Mukosa : <div><input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Lembab</div></div><div><input type="checkbox"/> Turgor : <div><input type="checkbox"/> Cepat <input type="checkbox"/> Lambat</div></div><div><input type="checkbox"/> Edema : <div><input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada</div></div></div></div>					

SKRINING GIZI

(Jika skor ≥ 2 konsul ke DPJP/ Ahli Gizi)

Pengkajian ulang setiap 30 hari

Ya (1)

Tidak (0)

Jml

1.Penurunan BB dalam 6 bulan akhir?

2.Ada gangguan makan dan minum?

3.Menderita sakit berat?

FORMULIR UNIT GAWAT DARURAT

PENGKAJIAN	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
<b>D. DISABILITY</b> Kesadaran : <input type="checkbox"/> Composmentis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> DOA <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> GCS :                 E =          M =          V = Pupil : diameter ...../..... <input type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Miosis <input type="checkbox"/> Midriasis Reflek cahaya : <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif Kekuatan Otot : <input type="checkbox"/> Ekstremitas atas ...../..... <input type="checkbox"/> Ekstremitas bawah ...../..... <b>E.EKSPOSURE</b> <input type="checkbox"/> Vulnus eksoriasi <input type="checkbox"/> Contusio <input type="checkbox"/> Ptekie Ekimosis <input type="checkbox"/> Dislokasi <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <b>F. PSIKOSOSIAL EKONOMI</b> Hubungan dengan anggota keluarga : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak baik Status psikologis : <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Tenang Status sosial ekonomi : <input type="checkbox"/> Bekerja <input type="checkbox"/> Tidak Cara bayar : <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Kontraktor <input type="checkbox"/> Asuransi	<input type="checkbox"/> Risiko Cedera <input type="checkbox"/> Risiko luka tekan <input type="checkbox"/> Risiko jatuh <input type="checkbox"/> Risiko hipotermia <input type="checkbox"/> Risiko bunuh diri <input type="checkbox"/> Risiko perdarahan <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <b>C. PENDIDIKAN KESEHATAN</b> <input type="checkbox"/> Teknik relaksasi dan distraksi <input type="checkbox"/> Tujuan dan prosedur tindakan <input type="checkbox"/> Kewaspadaan post Trauma kepala <input type="checkbox"/> Anjurkan cara kebersihan tangan <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan APD <input type="checkbox"/> Anjurkan tirah baring <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
Perawat	Tanda Tangan	
PENGKAJIAN DOKTER		
<input type="checkbox"/> Auto Anamnesa <input type="checkbox"/> Allo Anamnesa : Ibu/ Ayah/ Wali pasien		Pukul :
Keluhan Utama : _____		
Riwayat Penyakit Sekarang : _____		
Riwayat Penyakit Dahulu : _____ Riwayat alergi : <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada _____		
Tingkat Kesadaran : _____ GCS : _____ E =          M =          V =		
<b>Survei Sekunder</b> <span style="float:right">(Diisi oleh Dokter)</span>		
	Normal	Jika tidak normal, jelaskan
Kepala		
Mata		
Leher		
Dada		
Perut		
Alat gerak		
Lain-lain		
<b>Diagnosa Kerja :</b> <span style="float:right">(Diisi oleh Dokter)</span>		
Dokter		Tanda Tangan

[illegible]

TANGGAL/ PUKUL	PENGKAJIAN DPJP		NAMA JELAS & TANDA TANGAN
Kesimpulan (Diisi oleh Dokter)			
<input type="checkbox"/> Perbaikan <input type="checkbox"/> Stabil <input type="checkbox"/> Perburukan			
Tindak Lanjut : <input type="checkbox"/> Rujuk <input type="checkbox"/> Rawat <input type="checkbox"/> Pulang atas permintaan sendiri <input type="checkbox"/> Pulang <input type="checkbox"/> Paliatif			
Saat Pasien Keluar/ Pindah Ke Ruangannya :			Pukul :
1,	Kondisi/Masalah :		
2,	Tingkat Kesadaran : _____	GCS :____ E :____    M :____    V :____	
3,	BP :                      HR :                      RR :                      SpO2 :                      Temp :		
SERAH TERIMA DOKUMEN PENUNJANG			
Dokumen yang diserahkan		Keterangan	
1. EKG	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak		
2. Radiologi	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak		
3. Laboratorium	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak		
4. Rujukan	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak		
5. Lain-lain	.....		
SERAH TERIMA DI ISI JIKA PASIEN DIRAWAT INAP (Diisi oleh Perawat)			
Perawat UGD		Perawat Ruangan	
( _____ ) Nama Jelas dan Tanda Tangan Tanggal : .....		( _____ ) Nama Jelas dan Tanda Tangan Pukul : .....	
DI ISI JIKA PASIEN PULANG (Diisi oleh Dokter)			
INSTRUKSI LANJUTAN		OBAT SAAT PULANG	
PERAWATAN LANJUTAN			
Lokasi :			
Waktu :			
Dokter :			



**TATA CARA PENGISIAN**  
**FORMULIR UNIT GAWAT DARURAT (UGD)**  
**095/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 2.1) - Rev.02**

**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 UGD	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat 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 UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Dokter	Diisi nama dokter UGD yang menangani pasien	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat UGD	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Pasien datang pukul	Diisi pukul berapa pasien datang	Perawat UGD	Format waktu 24 Jam
Pasien di lakukan pengkajian pukul	Diisi pukul berapa pasien di Lakukan pengkajian	Perawat UGD	Format waktu 24 Jam
Tanggal pengkajian	Diisi sesuai tanggal pasien di lakukan pengkajian	Perawat UGD	Contoh: 01 Januari 2022
Triase : kriteria pasien ; merah; kuning; hijau; hitam	diisi dengan memberikan <i>check list</i> pada salah satu kriteria	Perawat/Dokter UGD	Pilih salah satu saja
Triase : trauma, nontrauma, kebidanan	Diisi dengan memberikan <i>check list</i> pada salah satu kriteria	Perawat UGD	Pilih salah satu saja
Triase: pasien datang sendiri, atau diantar	Di <i>check list</i> datang sendiri dan atau <i>check list</i> apabila pasien diantar isi hubungan dengan dengan pasien	Perawat UGD	Pilih salah satu saja Jika diantar isi keterangannya
<b>Perawat</b>			
Pengkajian 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 UGD	Pilih salah satu saja jika allo anamnesi lingkari pilihan Ibu/ Ayah/ Wali pasien
Alasan Kunjungan	Diisi berdasarkan anamnesa keluhan pasien dengan metoda PQRS 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 UGD	P : <i>provokes, palliative</i> (penyebab) Q : <i>quality</i> (kualitas) R : <i>Radiates</i> (penyebaran) S : <i>severity</i> (keparahan) T : <i>time</i> (waktu)
Riwayat Alergi	Di <i>check list</i> Tidak ada dan atau <i>check list</i> Ada, kalau ada tuliskan jenis obatnya	Perawat UGD	Pilih salah satu saja Jika Ada isi keterangannya
Riwayat penyakit dahulu	Diisi riwayat penyakit yang pernah di derita oleh pasien	Perawat UGD	Sesuai keterangan pasien atau wali pasien
Keadaan Umum	Di <i>check list</i> baik/sedang/buruk	Perawat UGD	Pilih salah satu saja
Vital Sign/Tanda-tanda vital	Diisi hasil pengukuran Tensi, Nadi, Pernafasan, suhu, Saturasi oksigen, Berat Badan Dan Tinggi badan	Perawat UGD	Diisi lengkap
Skrining Gizi	Diisi hasil pengukuran Skrining Gizi sesuai Metode MST ( <i>Malnutrition Skreening Tols</i> )	Perawat UGD	Sesuai Panduan Skrining Gizi. jika skor total $\geq 2$ 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 UGD	Pilih salah satu saja Jika Ada isi keterangannya



Skala nyeri	Diisi dengan tingkatan nyeri pasien serta di <i>check list</i> metoda yang di gunakan pada pasien tersebut.	Perawat UGD	Pilih salah satu saja Isi jumlah skala nyeri
Resiko Jatuh	Menggunakan metoda <i>get up and go</i> serta di <i>check list</i> ada dan lakukan tindakan: 1. Pasang Penanda Kuning 2. Edukasi dan atau <i>check list</i> tidak ada. Pasien aman	Perawat UGD	Sesuai dengan Pengkajian <i>Get Up And Go Test</i>
Proses keperawatan melingkupi pengkajian Keperawatan	Diisi sesuai dengan keadaan pasien saat datang ke UGD apabila tidak ada dalam kotak yang disediakan maka diisi pada kotak yang kosong 1. <i>Airway</i> 2. <i>Breathing</i> 3. <i>Circulation</i> 4. <i>Disability</i> 5. <i>Exposure</i> 6. Psikososial Ekonomi	Perawat UGD	Pilih sesuai kondisi pasien sebenarnya
Diagnosis Keperawatan	Diagnosa Keperawatan Sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Perawat UGD	Lihat Buku Panduan SDKI dari PPNI
Intervensi Keperawatan	Diisi rencana tindakan keperawatan terhadap pasien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Termasuk pendidikan kesehatan sesuai kasus yang ditangani	Perawat UGD	Lihat Buku Panduan SIKI dari PPNI
Nama lengkap perawat dan Tandatangan	Diisi Nama lengkap dan Tandatangan yang melakukan proses keperawatan terhadap pasien	Perawat UGD	
<b>Dokter</b>			
Pengkajian 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 Pengkajian	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 Alergi	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 ( <i>composmentis</i> , <i>somnolen</i> , <i>sopor</i> , <i>delirium</i> , <i>coma</i> )	Dokter	

GCS	Diisi berdasarkan hasil penilaian <i>Eyes, Motoric, Verbal</i> Pasien	Dokter	GCS diisi angka dari jumlah nilai total E: diisi angka sesuai penilaian M: diisi angka sesuai penilaian V: diisi angka sesuai penilaian
Survey Sekunder	Diisi dengan temuan-temuan dari hasil pemeriksaan fisik terhadap pasien <i>dari</i> kepala sampai kaki Di <i>check list</i> 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 menuliskan intruksi dengan <i>signage</i> yang jelas baik nama, dosis, cara pemberian atau tindakan, oleh dokter jaga UGD atau setelah konsultasi dengan DPJP serta dilengkapi nama jelas dan tandatangan (termasuk instruksi pemeriksaan penunjang LAB, Radiologi)	Dokter	Contoh Format 01/01/2022 Jam 08:00  Contoh Berikan Terapi Injeksi Ondansentron 8 mg secara intra vena, periksa lab darah rutin
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
Pengkajian DPJP	Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam intruksi diberikan. DPJP/ Dokter Spesialis menuliskan intruksi dengan <i>signage</i> yang jelas baik nama, dosis, cara pemberian atau tindakan serta dilengkapi nama jelas dan tandatangan	DPJP/ Dokter Spesialis	Diisi Jika Dokter Spesialis Visite langsung di UGD Jika tidak dikosongkan saja
Kesimpulan	1) Di <i>check list</i> sesuai keadaan pasien pilih salah satu. 2) 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 3) Kondisi pasien di uraikan dengan jelas 4) Tingkat kesadaran : (composmentis, somnolen, sopor, delirium, coma) 5) GCS di tulis jumlah nilai	Dokter	Sesuai dengan kondisi pasien terkini

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