



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BUDHI ASIH**  
Jl. Dewi Sartika Cawang III/200, KOTA JAKARTA TIMUR - 13630  
www.rasbudhiesth.com, rasbudhiesth200@gmail.com

**INFORMASI  
PASIHEN PULANG**

PM 55

Tanggal Rawat

12/02/2019 03:30:07 s/d 15/02/2019 13:50:55 No. RM

: 01158003

Diagnosa Pulang

Diet Dan Gastroenterik Yang Diduga Berasal  
Dari Colon / ICD X: A09

Nama Pasien

: ALIF ARA SKARA WILAYA O / P

IDIP Utama

: Kirsna Kurniama

Tanggal Lahir

: 09/02/2017

Rawat Bersama

Asal Rongsoan

: LANTAI VI EMERALD BARAT

**DURASI PERAWATAN ATAU BIDAN**

1. Tanda-tanda vital : ☐ Tensi... Tensi mmHg ☒ Nadi... 120 x/menit ☒ Suhu 36,3°C ☒ RR... 24 x/menit  
2. Alat medis yang di lanjutkan : ☐ NGT ☐ Kateter ☐ Oksigen Parabel ☐ Takekardium ☐ CDL

di rumah

☐ Lain-Lain .....

3. Alasan pasien pulang

: ☒ Ijin Dokter ☐ Permisian Sendiri ☐ Rujuk ☐ Meninggal ☐ Lain-Lain

4. Alasan pasien pulang

: ☐ Tanggal ☐ Kurai Rode ☐ Berakur

**SEKAP, IKTIDADA, BAB, ANGG & RASUL, PEMERIKSAAN DAN JAKAZ**

1. Hasil Laboratorium : 0 Lembar 5. Surat Keterangan Sakit : ☐ Ads ☒ Tidsk  
2. Rongent : 0 Lembar 6. Surat Keterangan Rawat : ☐ Ads ☒ Tidsk  
3. Hasil USG/ECHO : 0 Lembar 7. Reamne Medis : ☒ Ads ☐ Tidsk  
4. CT SCAN : 0 Lembar 8. Surat Keterangan Lahir : ☐ Ads ☒ Tidsk

**ADUVAASI / PENYIMPANAN KESERHATAAN YANG DI BERTUKAR**

MUASI / Dui

: Mekan biasa

Aditifas / Iktidat

: Iktidat yang cukup

Cara Perawatan Luka

: -

Perawatan Ibu & Bayi

: -

Perawatan di Rumah

: Mekan obat teratur, Kontrol tepat waktu

Pengobatan Yang Di Lanjutkan di Rumah

No	Jenis Obat	Nama Obat	Jml	Dosis	Frekuensi	Instruksi Khusus
1	Non Reaksi	PARACETAMOL 300 MG TAB	10	150 mg/plus		Maka Daman
2	Non Reaksi	ZINK D TAB	3	table	1 X	
3	Non Reaksi	PROBIOTIK	3	1 bungkus	1 X	

Hari / Tanggal	Waktu	Tempat	Diagnosa	Nama Dokter
Selasa, 2019-02-19 09:00:00	09:00 - 10:00	RUANG KONSULTASI AWAK	Diet Dan Gastroenterik Yang Diduga Berasal Dari Colon / ICD X:	Kirsna Kurniama

Lain - Lain

	Nama Lengkap	Tanda Tangan	Tanggal & Jam
Petawel yang menyerahkan	Iin Nur Indah Sari		09/02/19
Pasien / Penanggung Jawab			

Catatan : Formulir ini harus di bawa waktu kontrol