



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDONO MADURA
Jln. Dr. Soetomo No. 59 Telp. 4544657, 464325,
Fax (0351) 458054

SSM/RM/002.c
MUHAMMAD AFIF SDR
27/12/2000
6-73-00-00

LEMBAR MASUK DAN KELUAR RAWAT INAP

Nama Pasien	Apif Arido	Kelas	11 Kamar: ur
Tanggal Lahir	27-12-2000	Status perkawinan	belum
Alamat	Rejosari RT 04/01	Pindah kelas	Kamar:
Jenis Kelamin	laki-laki	Bahasa	Indonesia
No. Rekam Medis	673 00 00	Nilai-nilai/Kepercayaan	kanan
Telepon	439 697	Dirawat yang	(1) 2 3 4 5
Agama	Islam	Alasan dirawat	
Pendidikan	pandok		
Pekerjaan	Pelajar Suku: Jawa		
Nama Ayah		Kasus Polisi	
Umur		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Pekerjaan	X	Diikrim oleh	
Nama Ibu			
Pekerjaan			
Nama Penanggung jawab	Bapak KWSNO	DPJP	dr. nur Hidayat, sp.RS
Alamat	Rejosari RT 04 / RW 01	DPJP Utama	
Telepon	439 697	Lamanya dirawat	
Hubungan dengan penderita	Bapak nya	Sebab keluar	
Tanggal masuk RS	2-12-18 Pukul: 02.45		
Tanggal Keluar RS	4-12-18 Pukul: 09.00		
Kode ICD - 10	Diagnosa Utama	cor. SOB. 0 V	
	Diagnosa Sekunder	S31.9 V	
Keadaan keluar	Cara Keluar	Catatan khusus (alergi dsb)	
1. Sembuh	1. Atas persetujuan dokter		
2. Perbaikan	2. Pulang paksa		
3. Meninggal sebelum 48 jam	3. Melarikan diri		
4. Meninggal sesudah 48 jam	4. Pindah ke RS lain		
5. Lain-lain	5. Meninggal		
	6. Lain - lain		
		Maduri, 4-12-2018	
		dr. nur Hidayat, sp.RS	
		Tanda tangan & nama jelas dokter yang merawat	



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDO
Jl. Dr Soetomo no. 59 Telp (0351)464325, 464326, 454657 F:
MADIUN 63116

RSSM/FRRS/RM/004.c
MUHAMMAD AFIF SDR
27/12/2000
6-73-00-00

SURAT PERNYATAAN UMUM SAAT MASUK RUMAH SAKIT (MRS)

Diisi oleh Petugas Admisi	
Yang bertanda tangan dibawah ini :	
Nama (Lengkap) : Bapak KUSNO	Umur : 52
Alamat : Rejo Sari RT 04 / 01	Jenis Kelamin : L/P*
adalah : diri saya sendiri / istri / suami / anak / ayah / ibu *). Penanggung jawab pasien :	
Nama (Lengkap) : Afif Ari do	Jenis Kelamin : L/P
Tanggal lahir : 27-12-2000	No Rekam Medis : 6730000
Alamat : Rejo Sari RT 4 - RW I	
Dengan ini Saya menyatakan, mengerti dan menyetujui :	
	TANDA (✓)
1. Penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dan keluarga sesuai UU Rumah Sakit no. 44 Tahun 2009, segala peraturan-peraturan dan tata tertib yang berlaku selama dalam masa perawatan di RSUD dr. Soedono Madiun.	✓
2. Penjelasan tentang akan diberikan pendidikan dan edukasi untuk tindakan medis, keperawatan dan pemeriksaan penunjang lainnya demi terlaksananya pelayanan yang optimal.	✓
3. Penjelasan tentang kapasitas tempat tidur dan fasilitas ruangan yang akan di dapatkan di masing-masing ruangan yang akan ditempati.	✓
4. Penjelasan tentang biaya kamar kelas : Utama (II) / lainnya dengan biaya kamar Rp. 105.000 / hari.	✓
5. Penjelasan tentang syarat-syarat administrasi dan pembiayaan perawatan yang dijamin oleh fasilitas asuransi / pihak ke-3, seperti BPJSnon PBI / BPJS PBI / Jamkesda / SPM / JKN dan lainnya : Umum, sesuai dengan peraturan yang berlaku.	✓
6. Penjelasan tentang akan diberikan informasi tindakan pembedahan / pembiusan/ pemberian darah dan produk darah/ tindakan invasif dan pengobatan berisiko tinggi dan tindakan lain yang memerlukan persetujuan (consent)	✓
7. Penjelasan bahwa RSUD dr. Soedono Madiun adalah Rumah Sakit pendidikan sehingga dalam pelayannya : a. Melibatkan peserta didik untuk kepentingan pemeriksaan dan pengobatan saya b. Mengijinkan / tidak mengijinkan * spesimen/jaringan tubuh yang diambil yang sudah tidak dipergunakan untuk dijadikan bahan pembelajaran/penelitian dengan tanpa menyebutkan identitas pribadi saya / pasien yang saya wakili.	✓
8. Penjelasan untuk tidakakan melibatkan pihak Rumah Sakit apabila terjadi masalah hukum yang tidak ada hubungannya dengan pemberian pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.	✓
9. Penjelasan bahwa data yang ada pada rekam medis dapat digunakan diluar dari kepentingan pengobatan seperti untuk kepentingan ilmu pengetahuan, proses peradilan dan pembiayaan perawatan, sesuai dengan peraturan yang berlaku.	✓
10. Penjelasan untuk tidak mengambil / membuat dokumen dalam bentuk foto / rekaman (dalam bentuk apapun) keadaan lingkungan Rumah Sakit diluar dan didalam gedung termasuk ruang perawatan dan segala kegiatan pelayanan perawatan, pengobatan, tindakan yang dilakukan terhadap pasien tanpan ijin Rumah Sakit.	✓
11. Penjelasan bahwa RSUD dr Soedono boleh menyampaikan informasi kesehatan saya kepada : a. Bapak Kusno hubungan dengan pasien Bapak Kusno b. Kholimah hubungan dengan pasien Ibu c. hubungan dengan pasien	✓
12. Penjelasan bahwa saya boleh "Menginginkan/tidak menginginkan privasi khusus". Bila menginginkan privasi khusus yang saya minta	
13. Penjelasan bahwa selama dalam perawatan kehilangan ataupun kerusakan barang bukan merupakan tanggung jawab manajemen RSUD Dr. Soedono Madiun. Oleh karena itu pasien dianjurkan untuk tidak menggunakan atau menyimpan barang berharga.	
Madiun, 27-12-2000 jam 02.45	
Petugas Admisi : [Signature]	Saksi : [Signature]
Pasien/Wali : [Signature]	
(Kholimah)	(Kholimah)

*) Coret yang tidak perlu



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDONO

Jl. Dr. Soetomo No. 59 Madiun, Telp. 0351-454657, 464325 Fax (0351) 458054, 459196
MADIUN 63116

FRRS/RSSM/RM/009.d

RINGKASAN PILANG (DISCHARGE SUMMARY)

NAMA		L / P		No. RM :	
TGL LAHIR / UMUR		MUHAMMAD AFIF SDR		RUANG : WFA	
27/12/2000		6-73-00-00			
Tanggal Masuk : 2-12-2018		Tanggal Keluar : 4-12-2018		Lama Dirawat :	
DPJP		dr. Nur Hidayat, Sp.B.S			
Rawat Bersama		1. dr. 2. dr.			
Alasan / Indikasi dirawat		terapi			
Diagnosa Masuk		COR.			
Diagnosa Keluar		COR.			
Komplikasi/Diagnosa Penyerta					
Temuan Kelainan Fisik		N. apertum labia oris			
Prosedur Diagnostik yang dilakukan					
Prosedur Terapeutik/Operasi yang diberikan		konservatif.			
Keterangan Keluar Rumah Sakit		<input type="checkbox"/> pulang <input type="checkbox"/> pulang APS <input type="checkbox"/> dirujuk <input type="checkbox"/> cuti perawatan <input type="checkbox"/> meninggal			
Penyebab Kematian*		<input type="checkbox"/> cardiac arrest <input type="checkbox"/> gagal nafas <input type="checkbox"/> syok cardigenik <input type="checkbox"/> syok septik <input type="checkbox"/> syok hipovolemik <input type="checkbox"/>			
Obat yang dibawa pulang		P. coxix 2x1 As. nefant 3x1 B. comp 1x1			
Status/Kondisi pasien saat pulang		KU kurang cukup		kesadaran kurang baik	tensi 120/70
				nadi 84	RR 20
Pesan Ketika Pulang	Kontrol	Tgl: 10/12/18 ke: Poli Bedah Saraf.			
	Diet	Babot			
	Latihan	Mobilitasi bertahap.			
	Edukasi	Minum obat & kontrol			
Segera kembali ke rumah sakit jika terjadi:		keluarga / pasien yang menerima		Madiun, 4-12-2018	
During hebat				DPJP/dokter yang merawat	
Muntah 2					
Ket: tanda * diisi hanya jika diperlukan, beri tanda ✓ pada kotak pilihan yang dipilih					
Pembagian salinan:		(.....) Kalimah		(dr. Nur Hidayat, Sp.B.S)	
lembar putih: pasien, kuning: penjamin, merah: arsip				Nama terang & tanda tangan	



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDONO

Jl. Dr. Soetomo No. 59 Madiun, Telp. 0351-454657, 464325 Fax (0351) 458054, 459196

MADIUN 63116

FRRS/RSSM/RM/009.d

RINGKASAN PULANG (DISCHARGE SUMMARY)

NAMA :		L / P	No. RM :
TGL LAHIR / UMUR :			RUANG : <u>WF.2</u>
Tanggal Masuk : <u>2-12-2018</u> Tanggal Keluar : <u>4-12-2018</u> Lama Dirawat :			
DPJP	dr. <u>Nur Hidayat, Sp.B</u>		
Rawat Bersama	1. dr. 2. dr.		
Alasan / Indikasi dirawat	<u>terapi</u>		
Diagnosa Masuk	<u>Cor.</u>		
Diagnosa Keluar	<u>Cor.</u>		
Komplikasi/Diagnosa Penyerta			
Temuan Kelainan Fisik	<u>M. apertum labia oris</u>		
Prosedur Diagnostik yang dilakukan			
Prosedur Terapeutik/Operasi yang diberikan	<u>konservatif</u>		
Keterangan Keluar Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> pulang <input type="checkbox"/> pulang APS <input type="checkbox"/> dirujuk <input type="checkbox"/> cuti perawatan <input type="checkbox"/> meninggal		
Penyebab Kematian*	<input type="checkbox"/> cardiac arrest <input type="checkbox"/> gagal nafas <input type="checkbox"/> syok cardigenik <input type="checkbox"/> syok septik <input type="checkbox"/> syok hipovolemik <input type="checkbox"/>		
Obat yang dibawa pulang	<u>Aspirin 2x1</u> <u>Acetaminofen 3x1</u> <u>Parasetamol 1x1</u>		
Status/Kondisi pasien saat pulang	<u>KU</u>	kesadaran	tensi nadi RR
Pesan Ketika Pulang	Kontrol	Tgl : <u>10/12/18</u> ke: <u>Poli Bedah Saraf</u>	
	Diet	<u>Bubur</u>	
	Latihan	<u>Mobilisasi Rutin</u>	
	Edukasi	<u>Minum obat & Kontrol</u>	
Segera kembali ke rumah sakit jika terjadi: <u>perubahan vital</u> <u>nyeri</u>		keluarga / pasien yang menerima <u>Indah</u> <u>Kalimah</u>	Madiun, DPJP/dokter yang merawat <u>dr. Nur Hidayat, Sp.B</u> Nama terang & tanda tangan



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SOEDONO MADIUN
Jl. dr. Soedono No. 59 Telp. (0351) 464325, 464326, 464657 Fax. (0351) 458054
MADIUN 63116

RSSM/FRRS/011/015.b
Obstetri

PENGANTAR
PASIEN MASUK RUMAH SAKIT / RAWAT INAP

Obstetri

Dengan ini menerangkan :

Nama
Tanggal Lahir/Umur
No. RM
Untuk masuk rumah sakit / menjalani rawat inap, dengan :
Diagnosa Masuk
Indikasi dirawat
Rencana Tindakan
Jenis kamar
: perawatan biasa / intermediate / intensive / HC / isolasi
Pemeriksaan
6730100
6-5-1976 / 11th
Ny. Sutik pakayu

Tanggal, 26-1-2018

Pengirim

(dr. Setyo Utomo JP062K)

Keterangan
Surat keterangan ini harus dilampirkan
pada status rawat inap
Rencana tindakan diisi hanya kalau sudah pasti
Contoh : operasi cito apendicetomi



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SOEDONO MADIUN
Jl. dr. Sukarno No. 59 Telp. (0361) 464325, 464326, 454667 Fax. (0361) 458054
MADIUN 63116

RSSM/FRRS/RM/015.B

18

PENGANTAR
PASIHEN MASUK RUMAH SAKIT / RAWAT INAP

MUHAMMAD AFIF SDR
27/12/2000
6-73-00-00

Dengan ini menerangkan :
Nama
Tanggal Lahir/Umur
No. RM
Untuk masuk rumah sakit / menjalani rawat inap, dengan :
Diagnosa Masuk
Indikasi dirawat
Rencana Tindakan
Jenis kamar

perawatan biasa / intermediate / intensive / HC / isolasi
TANGGAL MASUK : 06/12/2000
DOKTER PENYAKIT :
DOKTER GIGI :
DOKTER MATA :
DOKTER THT :
DOKTER KULIT :
DOKTER JIWA :
DOKTER ANAK :
DOKTER OBAT :
DOKTER GIGI :
DOKTER MATA :
DOKTER THT :
DOKTER KULIT :
DOKTER JIWA :
DOKTER ANAK :
DOKTER OBAT :

Tanggal, 02-12-2000
Pengirim
dr. Feroz
Dokter Umum
(dr.)

Keterangan
Surat keterangan ini harus dilampirkan
pada status rawat inap
Rencana tindakan diisi hanya kalau sudah pasti
Contoh : operasi cito apendicetomi