

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288095  
 Nama Lengkap : Ellis Deda Juniza  
 Unit/Divisi/Komite : UN3  
 No. Telepon/Ext : 1206 / 1101  
 E-mail :

Tanggal : 4 / 11 / 2022

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : SURAT KETERANGAN SEHAT  
 No/Kode Formulir : 023 / F / RM / RSIH / IX / 2022  
 No/Kode RM\*\* : 7.16 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : 11 Revisi ke- : 02

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 disesuaikan dengan status Label pasien.

## Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

*Ellis Deda*

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 1 Phy		<i>[Signature]</i>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi -		<i>[Signature]</i>	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
dijawab dengan akreditasi.	<i>[Signature]</i> 21/11/22	Ditindaklanjuti sesuai dengan revisi penomoran RM dan sesuai dg identitas pasien	<i>[Signature]</i> 22/11/22 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	<i>[Signature]</i>	ACC	<i>[Signature]</i> drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 24410183633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft  
 \*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

SURAT KETERANGAN SEHAT

No : ...../SKS/RSIH/...../20....

Dengan surat ini, saya sebagai dokter pemeriksa pasien menerangkan bahwa:

Nama : .....  
Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
No. RM : .....  
Klinik : .....  
Dokter Pemeriksa : .....  
Jaminan : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat : .....

Telah diperiksa kesehatannya dengan hasil sebagai berikut:

Tinggi Badan	: ..... cm	Berat Badan	: ..... Kg
Tekanan Darah	: ...../.....mmHg	Nadi	: .....x/menit
Pernafasan	: .....x/menit	Suhu badan	: ..... °C
Kepala	: (N/ AbN : .....)	Leher	: (N/ AbN : .....)
Thorax	: (N/ AbN : .....)	Abdomen	: (N/ AbN : .....)
Extremitas	: (N/ AbN : .....)	Temuan lain	: .....

\*N = Normal , AbN= Abnormal

Pemeriksaan lainnya:

Hasil Laboratorium : (Terlampir/ Tidak Dilakukan)  
Hasil Radiologi : (Terlampir/ Tidak Dilakukan)  
Uji Narkoba : (Terlampir/ Tidak Dilakukan)  
Tes Buta Warna : (Terlampir/ Tidak Dilakukan)  
Lain-lain : .....

\*coret yang tidak perlu

Kesimpulan dari hasil pemeriksaan saat ini dinyatakan bahwa yang bersangkutan

SEHAT / TIDAK SEHAT

untuk kepentingan .....

Demikian surat keterangan sehat ini dibuat dan harap digunakan sebagaimana mestinya.

Garut, ..... 20...

Dokter Pemeriksa,

( ..... )  
Nama Jelas dan Tanda Tangan



## TATA CARA PENGISIAN SURAT KETERANGAN SEHAT

**023/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 7.16) - Rev.02**

### **1. PENGERTIAN**

Surat Keterangan Sehat adalah suatu permintaan tertulis dari dokter untuk pembuatan keterangan sehat sesuai hasil pemeriksaan fisik, diagnosis serta intruksi lanjutan pasien-pasien yang dilayani di Unit Rawat Jalan.

### **2. TUJUAN**

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

### **3. KEGUNAAN**

Mendokumentasikan kondisi pasien pada saat masuk Unit Rawat Jalan, pemeriksaan selama di Unit Rawat Jalan, terapi dan tindak lanjut pasien di Unit Rawat Jalan.

### **4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Dokter Unit Rawat Jalan dan perawat Unit Rawat Jalan

### **5. MEKANISME PENGISIAN**

Form diisi oleh dokter dan perawat Unit Rawat Jalan

### **6. CARA PENGISIAN**

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
No	Diisi nomor sesuai urutan dari rekam medis	Perawat	Diisi lengkap
Nama	Di isi nama pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap, dapat ditempelkan stiker
Tanggal Lahir	Di isi tanggal lahir pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap, dapat ditempelkan stiker
Jenis kelamin	Diisi sesuai jenis kelamin pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap, dapat ditempelkan stiker
No RM	Di isi No RM pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap, dapat ditempelkan stiker
Klinik	Diisi klinik tujuan	Perawat	Diisi lengkap, dapat ditempelkan stiker
Dokter pemeriksa	Diisi dokter yang melakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap, dapat ditempelkan stiker
Jaminan	Diisi apakah pasien menggunakan pembayaran umum jaminan atau menggunakan jaminan seperti asuransi	Perawat	Diisi lengkap, dapat ditempelkan stiker
Pekerjaan	Di isi pekerjaan pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap

Alamat	Di isi alamat pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Tinggi badan	Di isi tinggi badan pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Berat badan	Di isi berat badan pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Tekanan darah	Di isi hasil tekanan darah pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Nadi	Di isi hasil nadi per menit pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Pernafasan	Di isi hasil pernafasan per menit pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Suhu tubuh	Di isi hasil suhu tubuh pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Kepala	Di isi sesuai hasil pemeriksaan dokter	Dokter	Diisi lengkap
Leher	Di isi sesuai hasil pemeriksaan dokter	Dokter	Diisi lengkap
Thorax	Di isi sesuai hasil pemeriksaan dokter	Dokter	Diisi lengkap
Abdomen	Di isi sesuai hasil pemeriksaan dokter	Dokter	Diisi lengkap
Ekstremitas	Di isi sesuai hasil pemeriksaan dokter	Dokter	Diisi lengkap
Temuan lain	Di isi sesuai hasil pemeriksaan dokter	Dokter	Diisi lengkap
Hasil laboratorium	Dipilih salah satu dengan cara coret yang tidak perlu	Dokter	Diisi lengkap
Hasil radiologi	Dipilih salah satu dengan cara coret yang tidak perlu	Dokter	Diisi lengkap
Uji narkoba	Dipilih salah satu dengan cara coret yang tidak perlu	Dokter	Diisi lengkap
Tes buta warna	Dipilih salah satu dengan cara coret yang tidak perlu	Dokter	Diisi lengkap
Lain-lain	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Sehat/tidak sehat	Dipilih salah satu dengan cara coret yang tidak perlu	Dokter	Diisi lengkap
Untuk kepentingan	Di isi sesuai kebutuhan pasien	Dokter	Diisi lengkap
Tempat dan tanggal	Di isi tempat dan tanggal waktu pemeriksaan	Perawat/ Dokter	Diisi lengkap
Dokter yang memeriksa	Di isi nama lengkap dan tanda tangan dokter yang memeriksa	Dokter	Diisi lengkap