

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15070191063
 Nama Lengkap : BAGA ERLANGGA
 Unit/Divisi/Komite : ACQUA
 No. Telepon/Ext : 2300
 E-mail : bagerlangga12@gmail.com

Tanggal : 24 / 10 / 23

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : surat keterangan rawat inap
 No/Kode Formulir : 160/F/RM/RSIH/x/2023
 No/Kode RM** : 3.29 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : 17/05/23 Revisi ke- : II

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	4
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 no rekam medik sama dengan surat form
 petugaa pendampirs

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 awal norm 3.36 menjadi no RM 3.29

Tanda Tangan
Pemohon,

Baga Erlangga S.Kep
 503/5698/RSIH/2022

Tanda Tangan
Penerima,

26/10/23
 Rani

Masukan/Saran

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

Logistik			Tanda Tangan
1/2 tm 2ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
ACC Dilaksanakan			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
perubahan no RM. 3.36 → 3.29	24/10/23 Hani	Ditindaklanjuti	26/10/23 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC Dilaksanakan	26/10/23 Hani	Acc	dr. Muhammad Hasan, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Terakreditasi PARIPURNA
oleh LAM-KPRS

RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
JL. MAYOR SUHERMAN NO.72 - GARUT 44151
INFORMASI : 812 1486 7272
OPERATOR : 0262 - 224 7769
EMAIL: RSINTANHUSADA@GMAIL.COM

SURAT KETERANGAN RAWAT INAP

Nomor :/RI/SKR/RSIH/...../20....

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama :
Tanggal Lahir : (L / W)*
Nomor Rekam Medis :

--	--	--	--	--	--

Ruangan/Kelas :/.....
DPJP :
Penjamin :
(Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini)
Pekerjaan :
Alamat :

Adalah benar merupakan pasien kami yang dirawat di Rumah Sakit Intan Husada selama (.....) hari,
terhitung sejak tanggal.....s/d..... dengan
Diagnosa.....

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.
Garut,.....20....
Dokter

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

*Coret yang tidak perlu
Lembar Putih : Pasien Lembar Merah : Rekam Medis

**TATA CARA PENGISIAN
SURAT KETERANGAN RAWAT INAP
160/F/RM/RSIH/X/2023 (Rev.02) – RM 3.29**

1. PENGERTIAN

Surat keterangan rawat inap adalah surat yang menerangkan bahwa benar pasien tersebut sedang di Rawat Inap.

2. TUJUAN

Sebagai media dokumentasi yang menerangkan pasien sedang di Rawat Inap.

3. KEGUNAAN

Formulir dapat digunakan sebagai panduan bagi rumah sakit untuk memberikan informasi dan bukti penyampaiannya kepada pasien

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Dokter
- b. Perawat

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Formulir disediakan oleh Unit Logistik dengan cara meminta melalui PB Rutin
- b. Perawat mempersiapkan Surat Keterangan Rawat Inap
- c. Dokter mengisi Surat Keterangan Rawat Inap sesuai tanggal masuk di rawat

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama lengkap	Perawat/Bidan/ Admission
Tgl Lahir L /W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai	Perawat/Bidan/ Admission
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/Bidan/ Admission
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/Bidan/ Admission
Dokter DPJP	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/Bidan/ Admission
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/Bidan/ Admission
Kolom Keterangan		
Lama rawat	Diisi lama masa perawatan pasien	Perawat/Bidan/ Admission
Tanggal dirawat	Diisi tanggal mulai perawatan pasien	Perawat/Bidan/ Admission

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Diagnosa	Diisi diagnosa penyakit pasien	Perawat/Bidan/ Admission
Tanda Tangan		
Tanggal dan Tahun	Diisi tanggal dan tahun surat keterangan dirawat dibuat	Perawat/Bidan/ Admission
Tanda tangan dan nama jelas	Diisi tanda tangan dan nama jelas dokter	Dokter



Terakreditasi PARIPURNA
oleh LAM-KPRS



SURAT KETERANGAN RAWAT INAP

Nomor :/RI/SKR/RSIH/...../20....

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama :
Tanggal Lahir : (L / W)*
Nomor Rekam Medis :

--	--	--	--	--	--

Ruangan/Kelas :/
DPJP :
Penjamin :
(Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini)
Pekerjaan :
Alamat :

Adalah benar merupakan pasien kami yang dirawat di Rumah Sakit Intan Husada selama (.....) hari,
terhitung sejak tanggals/d dengan
Diagnosa.....

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.
Garut,.....20....
Dokter

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