

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA***Berkas Klaim Individual Pasien*

JKN

12/09/2022

Kode Rumah Sakit	: 3515141	Kelas Rumah Sakit	: C
Nama RS	: RSU BUNDA	Jenis Tarif	: TARIF RS KELAS C SWASTA
Nomor Peserta	: 0000976589166	Nomor SEP	: 0195R0400922V002890
Nomor Rekam Medis	: 032170	Tanggal Masuk	: 12/09/2022
Umur Tahun	: 10	Tanggal Keluar	: 12/09/2022
Umur Hari	: 3967	Jenis Perawatan	: 2 - Rawat Jalan
Tanggal Lahir	: 02/11/2011	Cara Pulang	: 1 - Atas Persetujuan Dokter
Jenis Kelamin	: 1 - Laki-laki	LOS	: 1 hari
Kelas Perawatan	: Regular	Berat Lahir	: -

Diagnosa Utama : R11 Nausea and vomiting

Diagnosa Sekunder : -

Prosedur : -

ADL Sub Acute : - ADL Chronic : -

Hasil Grouping

INA-CBG	: Q-5-25-0	GASTROINTESTINAL AKUT	Rp	142,400.00
Sub Acute	: -	-	Rp	0.00
Chronic	: -	-	Rp	0.00
Special CMC	: -	-	Rp	0.00
Total Tarif	:		Rp	142,400.00



BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

SURAT ELEGIBILITAS PESERTA

RSU BUNDA SIDOARJO



No. SEP : 0195R0400922V002890
Tgl. SEP : 12/09/2022
No. Kartu : 0000976589166 (MR : 032170)
Nama Peserta : FITRAH AHMAD NOVIAN Zulfikar
Tgl. Lahir : 02/11/2011
No.Telepon : 12345678
Sub/Spesialis : INSTALASI GAWAT DARURAT
Dokter : dr. ACHMAD ULIN NUHA
Faskes Perujuk : SEDATI
Diagnosa Awal : R10 - Abdominal and pelvic pain
Catatan : -

Peserta : PNS DAERAH
Jns. Rawat : Rawat Jalan
Jns.Kunjungan : - Konsultasi dokter(pertama)

Poli Perujuk : -
Kls. Hak : Kelas 1
Kls. Rawat :
Penjamin :

Pasien/Keluarga Pasien



FITRAH AHMAD NOVIAN Zulfikar

**Saya Menyetujui BPJS Kesehatan menggunakan Informasi Medis Pasien jika diperlukan.*

**SEP bukan sebagai bukti penjaminan peserta*

Cetakan ke 1 12/09/2022 5:13:05 AM



**Rumah Sakit Umum
Bunda Sidoarjo**

Jl. Kundi No. 70 Waru Sidoarjo
Telp. (031) 8668880 (Hunting) Fax. (031) 8688218
email : sda@rsubunda.com

Menuju Syariah

Nama : FITRAH AHMAD
No.RM : 032170
Tgl.Lahir : 02 November 2011

RESUME MEDIS

☐ Rawat Jalan

Ruang : 105

Tanggal Periksa : 12/07/22

Jam : 01.45

Anemnesa : mual, muntah, nyeri perut, BAB normal, demam, mimikri, batuk, pilek

Pemeriksaan Fisik : KU : baik sedang

TD : -
RR : 24
BB : 26 kg
S : 36.7 °C

Pemeriksaan Laboratorium :

Pemeriksaan lain-lain :

(X-Ray, ECG, dll)

Diagnosa Primer : kolik abdomen + vomiting

Diagnosa Sekunder

1.
2.
3.
4.

Indakan

1. In. Ondansetron 4 mg
2. In. Parasetamol 1/2
3. In. Parasetamol 1/4
4.

Therapi :

Oral + Sol
Vasopressin 2x1/2
Antisida Syrup 3x1/2
Dempredan Syrup 3x1/2

Anjuran :

Achmad
dr. Achmad Ulin Nuha

551.4.1/107/IP.DU/VI/438.5.2/2020

RS. Bunda Wadung Asri

Tanda Tangan & Nama Dokter



Rumah Sakit Umum
Bunda Sidoarjo
Jl. Kundi No. 70 Waru Sidoarjo
Telp. (031) 8668880 (Hunting) Fax. (031) 8688218
email : sda@rsbunda.com

Nama : FITRAH AHMAD
No.RM : 032170
Tgl.Lahir : 02 November 2011

ASESMEN IGD

<input checked="" type="checkbox"/> Datang sendiri <input type="checkbox"/> Dirujuk dari Pengantar : Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak, Nama <u>Keluarga</u>	
Status pasien saat tiba : <input type="checkbox"/> KLL <input type="checkbox"/> Kecelakaan Kerja <input type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Non Trauma <input type="checkbox"/> Penganiayaan <input type="checkbox"/> Intoksikasi	
dr. Achmad Ulin Nuri	
IRIASE : ESI 1 / 2 (3) / 4 / 5	
551.4.1/107/HP.DU/VII/438.5.2/20	
RS Bunda Wadung Asri	
Datang ke IGD <u>12/9/2011</u> <u>01.05.</u>	Mulai Tindakan <u>12/9/2011</u> <u>01.06.</u>
Selesai Tindakan <u>12/9/2011</u> <u>01.30</u>	Keluar IGD <u>12/9/2011</u> <u>01.45</u>
Visum et Repertum <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Oleh Tgl	

TEST OLEH PERAWAT

Anamnesa Keluhan Utama : <u>muntah</u>	Riwayat Penyakit Sekarang : <u>mual muntah mulai jam 09.00. malam (+)</u> <u>Nyeri perut (+) diare (-) bapir (-)</u> <u>panas (-) gusi berdarah (-)</u>
Riwayat Penyakit Dahulu : <u>Kepang (-)</u>	Riwayat Penyakit Keluarga : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan
Riwayat Penggunaan Obat : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan	Riwayat Alergi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan
Pemeriksaan Fisik Keluhan Utama : <u>muntah</u> Kesadaran : <u>Cerah</u> GCS : <u>15/5</u> Tanda Vital : T mmHg Hambatan : <input type="checkbox"/> Bisu <input type="checkbox"/> Tuli	BB : <u>26</u> kg, Tinggi Badan : cm Pupil : <u>Isokor</u> , Reflek Cahaya : <u>+/+</u> Perfusion : <u>baik</u> / Jelek, SpO2 : <u>98</u> % S : <u>36.7</u> °C, N : <u>112</u> x/mnt, RR : <u>22</u> x/mnt Lain-lain : <u>tidak ada</u>

Penapisan Status Fungsional (Activity Daily Living /ADL)

Alat Bantu : <u>jalan kaki</u>	Prothesa : <u>tidak ada</u>
Cacat Tubuh : <u>tidak ada</u>	ADL : <input checked="" type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dibantu

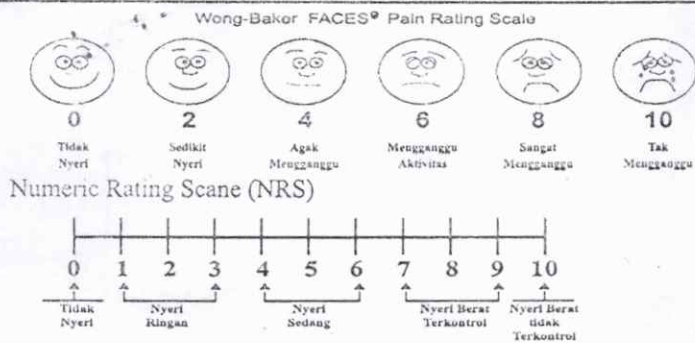
siko Sosial Spiritual Kultural

Persepsi klien terhadap penyakitnya Ekspresi klien terhadap penyakitnya Gangguan konsep diri Reaksi anak interaksi (pasien anak) Ketaatan menjalankan ibadah Keyakinan dan nilai - nilai pribadi pasien	<input checked="" type="checkbox"/> Cobaan Tuhan <input type="checkbox"/> Hukuman <input checked="" type="checkbox"/> Murung / diam <input type="checkbox"/> Gelisah <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Kooperatif <input type="checkbox"/> Tidak Kooperatif <input checked="" type="checkbox"/> Rutin <input type="checkbox"/> Kadang - kadang <u>tidak ada</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marah / Menangis <input type="checkbox"/> Curiga
--	--	--

Assesmen Jatuh (Get Up & Go test)

Perhatikan cara berjalan pasien saat akan berjalan di kursi. Apakah pasien tampak tidak seimbang (sempoyongan)? <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penompang saat akan duduk? <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak berisiko (tidak, a dan b) <input type="checkbox"/> Risiko tinggi (ya, a dan b) <input type="checkbox"/> Risiko rendah (ya, a atau b)
--	--

VI. Asesmen Nyeri



Nyeri	visceri
Pencetus	perkenaan gigi
Kualitas	tumpul
Lokasi	epigastrium
Skala	8
Durasi	kontinu

Skala face untuk anak < 3 tahun

Pengkajian	0	1	2
Wajah	Tersenyum/tidak ada ekspresi khusus	Terkadang meringis/ menarik diri	Sering menggetarkan dagu dan mengatupkan rahang
Kaki	Gerakan normal/relaksasi	Tidak tenang / tegang	Kaki dibuat menendang / menarik diri
Aktifitas	Tidur, posisi normal, mudah bergerak	Gerakan menggeliat, berguling kaku	Melengkungkan punggung / kaku / menghentak
Menangis	Tidak menangis (bangun/tidur)	Mengerang, merengek-rengok	Menangis terus menerus, terhisik, menjerit
Bersuara	Bersuara normal, tenang	Tenang bila digendong, dipeluk atau diajak bicara	Sulit untuk menenangkan

Skala 0 = Nyaman

Skala 4 - 6 = Nyeri Sedang

Skala 1 - 3 = Kurang Nyaman

Skala 7 - 10 = Nyeri Berat

No	Skala Nyeri NIPS (Neonatal Infant Pain Score)	KATEGORI	SKOR
1	EKSPRESI WAJAH		
	Otot wajah rileks, ekspresi netral		
	Otot wajah tegang, alis berkerut, rahang dan dagu mengunci		
2	TANGISAN		
	Tenang, tidak menangis		
	Mengerang sebentar sebentar menangis		
	Terus menerus menangis, menangis kencang, melengkung		
	Note : menangis dalam dapat di masukan dalam skor ini, jika bayi terintubasi dengan dasar penilaian dasar penilaiannya pergerakan mulut dan wajah		
3	POLA NAFAS		
	!ileks, nafas reguler		
	Pola nafas berubah : tidak teratur, lebih cepat dari biasanya, tersedak, menahan nafas		
4	TANGAN		
	!ileks, otot tangan tidak kaku, kadang "leksi %ekstensi yang kaku, meluruskan tangan tapi cepat melakukan "leksi%ekstensi yang kaku		
5	KAKI		
	!ileks, otot tangan tidak kaku, kadang bergerak tak beraturan		
	!leksi%ekstensi yang kaku, meluruskan tangan tepi dengan cepat melakukan !leksi%ekstensi yang kaku		
6	KESADARAN		
	Tidur pulas atau cepat bangun, alergi dan tenang		
	!level, gelisah dan meronta ronta		
NILAI TOTAL SKOR 1-7			
catatan			
1^ skor + 1 mengindikasikan bahwa bayi mengalami nyeri			
2* obserasi dilakukan setiap shi"t pada saat pengukuran tanda vital, pasien pertama kali dirawat dan pasien dengan paska tindakan			

I. MANAJEMEN NYERI

	FARMAKOLOGI	NON FARMAKOLOGI
INTERVENSI	Injeksi	Relaksasi