

Ri Kus 3,2,1



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA
KABUPATEN BATU BARA



TERAKREDITASI PERDANA
KARS

Jln. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

SURAT KETERANGAN OPNAME

No. 440/ /RSUD-BB/ /20

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Jabatan :
Kesatuan : RSUD Batu Bara

Menerangkan Bahwa

Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :

Telah dirawat inap di RSUD Batu Bara pada

Hari, Tanggal Masuk :
Jam Masuk RS :
Ruangan Perawatan :

Pasien tersebut masih memerlukan perawatan hingga dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang oleh dokter yang merawat.

Demikian surat keterangan ini diperbuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapan di : Kwala Gunung
Pada Tanggal,

Dokter RSUD Batu Bara
Kab. Batu Bara

(_____)



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA
KABUPATEN BATU BARA



TERAKREDITASI PERDANA
KARS

Jln. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

SURAT KETERANGAN ISTIRAHAT

No. 440/ /RSUD-BB/ /20

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Jabatan :
Kesatuan : RSUD Batu Bara

Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :

Telah dirawat inap di RSUD Batu Bara pada

Hari, Tanggal Masuk RS :
Jam Masuk RS :
Ruangan :
Hari, Tanggal Keluar RS :
Jam Keluar RS :

Pasien tersebut memerlukan istirahat selama () hari, terhitung mulai tanggal
sampai dengan tanggal

Demikian surat keterangan ini diperbuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapan di : Kwala Gunung
Pada Tanggal,
Dokter RSUD Batu Bara
Kab. Batu Bara





PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Lima Puluh, 21255

SURAT KETERANGAN MENINGGAL DUNIA

No.

Nama Pasien* :

Usia : Tahun J. Kelamin : L P

NIK KTP / KK*

No. Kartu Peserta

Alamat Lengkap*

Pekerjaan* :

No. RM : - -

Bahwa pasien tersebut namanya diatas benar telah **Meninggal Dunia** pada hari, tanggal, pukul WIB di Ruang

Kepala Ruang

Kwala Gunung,.....

Dokter Penanggungjawab Pasien

(.....)

NIP.

(.....)

Catt :

*** = Diisi lengkap sesuai Kartu Identitas**



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
 Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
 Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:08c

Nama :	
Tgl. Lahir:	L/P
No. RM :	

PERNYATAAN PENOLAKAN PELAYANAN/ PENGOBATAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :
 Umur : Tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan

Alamat:

dengan ini menyatakan PENOLAKAN PELAYANAN :.....

Terhadap saya/Suami/isteri/anak/..... saya*.....

Nama :

Tgl lahir/Umur :

Alamat :

Saya telah memahami perlunya dan manfaat pengobatan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya pengobatan tersebut.

[Kwala Gunung,, Jam :

Yang menyatakan,

Saksi,

(.....)

(.....)



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Lima Puluh, 21255

PERSETUJUAN PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI (PAPS)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Hubungan dgn Pasien Kakek/ Nenek Suami/ Istri
 Anak/ Sepupu/ Dll

Nama Pasien :

Tgl. Lahir Pasien :

J. Kelamin Pasien :

Alamat Pasien :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dengan sadar tanpa paksaan dari pihak maupun meminta kepada pihak RSUD Batu Bara untuk PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI yang merupakan hak saya/pasien dengan alasan :

2. Saya telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan dari pihak RSUD Batu Bara mengenai penyakit dan kemungkinan/konsekuensi terbaik sampai dengan terburuk atas keputusan yang saya ambil. Serta saya bertanggung jawab apabila terjadi sesuatu hal berkaitan dengan putusan yang telah diambil dan tidak akan menyangkutpautkan/menuntut pihak RSUD Batu Bara.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya perbuat dengan sebenarnya untuk diketahui dan digunakan sebagaimana mestinya.

Kwala gunung, 20

Dokter yang merawat

Pasien/Keluarga

(_____)

Nama Jelas

(_____)

Nama jelas

NB : Menurut PERMENKES NO. 28 Thn 2014 BAB IV Poin A disebutkan bahwa Untuk Penjaminan Pasien Pulang Rawat Inap Atas Pemintaan Sendiri (Pulang Paksa) maka ;

Apabila Pasien tsb Rawat Inap Kembali dalam waktu 7 hari dengan diagnosis yang sama baik pada RS yg sama maupun RS yang berbeda dan yang masuk melalui IGD maupun POLI Rujukan maka TIDAK DIJAMIN BPJS KESEHATAN.

(Solusi Sama KIS 123



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:08e

Nama :
Tgl. Lahir: L/P
No. RM :

PERSETUJUAN/PENOLAKAN PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	
Umur/Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki - laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Alamat	
Bukti Diri/KTP/SIM/Passport No	

Tu i Mendapatkan Penjelasan Dokter Tentang :

- Tujuan Transfusi Darah
- Manfaat Transfusi Darah
- Perkiraan jumlah yang di berikan
- Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
- Alternatif lain yang bisa dilakukan tanpa transfusi darah
- Perkiraan biaya

Disamping itu dokter juga telah menjelaskan kepada saya bahwa :

- Tindakan tambahan kemungkinan diperlukan jika dokter menemukan sesuatu yang tak terduga
- Tindakan ini kemungkinan tidak memberikan hasil yang sesuai harapan walaupun sudah dilakukan sesuai standart prosedur yang berlaku

Saya sudah mendapat kesempatan untuk bertanya dan saya mengerti dan puas dengan penjelasan yang diberikan se...ongan dengan pertanyaan - pertanyaan saya, disamping itu jika terjadi kecelakaan seperti darah terinfeksi HIV dan penyakit lainnya. saya memberikan izin untuk mengambil darah pasien untuk test HIV dan penyakit lainnya yang penularannya melalui darah. Dengan ini saya menyatakan SETUJU/MENOLAK* untuk dilakukan pemberian Transfusi darah yang sudah dijelaskan diatas.

Terhadap diri saya * / Anak* / Istri* / Suami* / Ayah* / Ibu* / Saya :

Nama			
Umur / Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki - laki <input type="checkbox"/> Perempuan		
Dirawat di / Ruangan			
No. RM			
Tanda Tangan	Dokter yang menjelaskan	Keluarga/Pasien	Saksi
	()	()	()



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA

RSUD Batu Bara

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung

Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

Nama :

Tgl. Lahir :

No. RM :

L/P

SURAT REKOMENDASI DPJP

/RSUD-BB/ / /

Rumah Sakit : RSUD Batu Bara
Nama Pasien :
No. Kartu BPJS Kes :
Diagnosa :
Terapi :

Tanggal Surat Rujukan

Nama Faskes TK I

1. Pasien membutuhkan pemeriksaan dokter spesialis
----- pada tanggal ----- untuk
kontrol Ulang/ -----
2. Pasien dengan penyakit kronis dapat melanjutkan pengobatan dengan
mengikuti program obat kronis
Obat kronis (Obat 1 Bulan)
3. Pasien dengan penyakit kronis stabil dapat melanjutkan pengobatan di Faskes Tingkat
Pertama dengan mengikuti Program Obat Rujuk Balik
Obat yang perlu dilanjutkan di Faskes Tingkat Pertama :
4. Pasien kembali ke Faskes Tingkat Pertama
5. Rehabilitasi Medis :
a) Program Rehabilitasi :
Fisioterapi : _____ kali/ minggu selama _____ bulan

Kwala Gunung,

Mengetahui DPJP

(.....)

NB : Lingkari yang perlu dan mohon diisi lengkap



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
 Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
 Kec. Datuk Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM : 09

Nama :	
Tgl. Lahir :	L/P
No. RM :	

TRANSFER ANTAR RUANGAN

Tanggal Masuk :	Tanggal Pindah	Asal Ruangan :	Ruangan Selanjutnya :
Dokter yang merawat :		Dokter Penanggung Jawab (DPJP) :	
Diagnosa Utama :		Perlu menjadi perhatian : Alergi Sebutkan : MRSA	
Diagnosa Sekunder : 1. 2. 3. 4.		Alasan perpindahan pasien : 1. Kondisi pasien : memburuk/ tidak stabil/ stabil/ tidak ada perubahan 2. Fasilitas : kurang memadai/ membutuhkan peralatan yang lebih baik 3. Tenaga : membutuhkan tenaga yang lebih ahli/ jumlah tenaga kurang 4. Lain-lain sebutkan : Metode perpindahan pasien : <input type="checkbox"/> Kursi Roda <input type="checkbox"/> Tempat Tidur <input type="checkbox"/> Brankar	

Kategori Pasien Transfer : Derajat 0 Derajat 1 Derajat 2 Derajat 3

Pasien/ Keluarga mengetahui dan menyetujui mengenai alasan perpindahan*) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Peralatan yang menyertai pasien saat pindah <input type="checkbox"/> Portable O2 <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Alat Penghisap <input type="checkbox"/> Kateter Urine <input type="checkbox"/> Bagging <input type="checkbox"/> Infus Pump <input type="checkbox"/> NGT
--	---

Keadaan pasien saat pindah :
 Keadaan Umum : Kesadaran
 Nyeri :
 Tanda Tangan Keluarga

INFORMASI MEDIS :

Berikan tanda pada kondisi yang sesuai <input type="checkbox"/> Disabilitas <input type="checkbox"/> Kontraktur <input type="checkbox"/> Amputasi <input type="checkbox"/> Ulkus Dikubistus <input type="checkbox"/> Paralisis <input type="checkbox"/> Inkontinensia <input type="checkbox"/> Gangguan <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Alvi <input type="checkbox"/> Sensasi <input type="checkbox"/> Pendengaran <input type="checkbox"/> Penglihatan <input type="checkbox"/> Bicara <input type="checkbox"/> Saliva	Pemeriksaan Fisik Status Generalisasi (temuan yang signifikan) Status lokalis (temuan yang signifikan)
---	---

Potensial untuk dilakukan rehabilitasi

- Baik
- Sedang
- Buruk

.....

.....

Status Kemandirian		Mandiri	Butuh Bantuan	Tidak Mampu
Aktivitas Ditempat tidur	Berguling			
	Duduk			
Hygiene Pribadi	Wajah, rambut, tangan			
	Ekstermitas bawah			
	Traktus digestivus			
	Traktus Urinarius			
	Barang tubuh dan Perinium			
Berpakaian	Ekstermitas atas			
	Batang tubuh			
	Ekstermitas bawah			
Cara memberikan makan				
Pergerakan	Jalan Khaki			
	Kursi Roda			

Pemeriksaan penunjang (diagnostic yang sudah dilakukan (EKG, lab, dll):

.....

.....

intervensi/Tindakan yang sudah dilakukan

.....

.....

Diet :

.....

.....

Rencana perawatan selanjutnya

.....

.....

Terapi saat Pindah

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemb

Dokter yang mengirim Jam :

Tanda Tangan & Nama Lengkap

Kwala Gunung, Dokter yang menerima Jam :

Tanda Tangan & Nama Lengkap

Seluruh proses pemindahan pasien telah selesai dan dilakukan sesuai standar operasional prosedur yang diterapkan Perawat yang mengantar Perawat Yang Menerima

Nama Petugas dan Tanda Tangan

Nama petugas dan tanda tangan



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:03a

Nama :	
Tgl. Lahir:	L/P
No. RM :	

DATA VISITE DOKTER

Kelas/Ruang : Umum
Masuk Tgl :Pukul BPJS
Pulang Tgl :Pukul Lain – Lain

No	Tanggal	Nama/Tanda Tangan Dokter	Waktu Visite (Pukul)	Nama & Paraf Perawat
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				