

19d



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

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

---

**RUJUKAN PESERTA UMUM RUANG .....**

**RSUD KAB. BATU BARA**

**Dari RSUD BATU BARA Kab. Batu Bara**

**Kelas RS C**

Nama :

Umur :

J. Kel :

Alamat :

Diagnosa :

Theraphy :

**Keterangan:**

Atas Pertolongan TS. Kami ucapkan banyak terima kasih, serta informasi selanjutnya atas penderita tersebut.

Kwala Gunung,

**RSUD BATU BARA**

Dokter Yang merawat

( \_\_\_\_\_ )





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.**



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA

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

SURAT KETERANGAN MENINGGAL DUNIA

No.

Nama Pasien :

Tanggal Lahir : J. Kelamin : L  P

No. NIK KTP :

No. Ka. BPJS Kes :

Alamat Lengkap :

Pekerjaan\* :

No. RM :

Bahwa pasien tersebut namanya diatas benar telah Meninggal Dunia pada

Hari ....., Tanggal ....., Pukul ..... WIB di Ruang

.....

Kwala Gunung, .....

Kepala Ruang .....

Dokter Penanggung Jawab Pasien

( ..... )  
NIP.

( ..... )

Catt :

\*.= Diisi lengkap sesuai kartu identitas

**SURAT RUJUKAN PESERTA BPJS KESEHATAN**

No. Rujukan : 0455/ / /20 Kode RS : 1219003

Dari RSUD Batu Bara Kab. Batu Bara  
RS Kelas C

Kepala Rumah Sakit ;

Bagian :

TS. Yth

Mohon pemeriksaan dan pengobatan lebih lanjut terhadap penderita :

Nama :

No. Kartu BPJS Kesehatan :

Umur :

Alamat :

Keluhan Umum :

Hasil Penunjang :

Diagnosa :

Obat Yang Diberikan :

Keterangan :

Atas pertolongan TS, kami ucapkan terima kasih, serta informasi selanjutnya atas penderitaan tersebut.

Kwala Gunung, 20

**Dokter Spesialis yang merawat  
RSUD BATU BARA**

**SURAT RUJUKAN BALIK**

rS. Yth.

Mohon Kontrol lebih lanjut penderita :

Nama :

Diagnosa :

Tindak Lanjut yang dianjurkan :

1. Pengobatan dengan obat-obatan

2. Kontrol kembali ke RS. Tgl :

3. Keterangan pengobatan yang telah diberikan:

a. Penunjang diagnostik :

b. Tindakan pengobatan :

c. Rawat Inap :

d. Lain-lain :

..... 20  
Dokter Pengirim,



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

**RM:08**

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

**INFORMED CONSENT KEDOKTERAN**

**PEMBERIAN INFORMASI**

Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberian Informasi			
Penerima Informasi / Pemberian Persetujuan*			
	<b>JENIS INFORMASI</b>	<b>ISI INFORMASI</b>	<b>TANDA (v)</b>
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Resiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternative		
	Lain – lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya (Dokter) telah menerangkan hal – hal diatas secara benar dan jelas memberikan kesempatan untuk bertanya dan diskusi

Dokter  
 (.....)  
 Tandatangan dan Nama Jelas

Dengan ini menyatakan bahwa saya (pasien/keluarga pasien) telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda paraf dikolom kanannya serta telah diberikan kesempatan untuk bertanya/diskusi, dan telah memahaminya

Pasien/Keluarga Pasien  
 (.....)  
 Tandatangan dan Nama Jelas

\*) Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekatnya

**PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya nama ..... Umur : ..... tahun laki – laki / perempuan\* alamat : ....., dengan ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan saya\* bernama ..... umur : ..... tahun, laki – laki / perempuan\* alamat : .....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah di jelaskan seperti diatas kepada saya termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagaimana akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut

Kwala Gunung, tanggal ..... Jam : ..... WIB  
 Yang menyatakan\* ..... Dokter ..... Saksi keluarga ..... Saksi Rumah Sakit .....

( ..... ) ( ..... ) ( ..... ) ( ..... )