



Universitas  
**Esa Unggul**

# **LAMPIRAN**



Universitas  
**Esa Unggul**

LAMPIRAN 1 Surat Permohonan Magang di Rumah Sakit AN-NISA Kota Tangerang



Nomor : 155/FIKES/Kemas/UEU/VI /2019  
Perihal : Surat Izin Magang

Jakarta, 24 Juni 2019

Kepada Yth,  
Direktur RS ANNISA  
Jl. Gatot Subroto No.96, Ujung Jaya, Kec. Cibodas,  
Tangerang-Banten 15132

Dengan hormat,

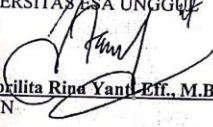
Sehubungan dengan adanya mata kuliah magang pada Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) Universitas Esa Unggul, maka bersama ini kami mengajukan permohonan kepala Bapak/Ibu untuk dapat memberikan izin kepada mahasiswa dibawah ini untuk melaksanakan magang pada instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang akan melakukan magang adalah:

No	NAMA	NIM	NO. TELEPON	Judul
1	Leni nuraeni	20160301002	083812948275	gambaran alur pelayanan rawat inap di RS ANNISA
2	Magdalena	201531056	081271621291	gambaran alur pendaftaran rumah sakit di RS ANNISA

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

FAKULTAS ILMU – ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ESA UNGGUL

  
**Dr. Aprilita Rina Yanti Eff., M.Biomed. Apt.**  
DEKAN

Surat Permohonan Magang Rumah Sakit AN-NISA Kota Tangerang

## LAMPIRAN II Surat Persetujuan Magang Di Rumah Sakit AN-NISA Kota Tangerang



### RUMAH SAKIT AN-NISA

Jl. Gatot Subroto No. 96 Km. 3 Telp. 5525564 (Hunting) - Fax. 55791563  
Cibodas - Tangerang

No. : 535/RS.AN/SIK/IX/2019  
Lampiran : -  
Perihal : Pemberian Izin Magang

Kepada Yth.  
Universitas Esa Unggul  
Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan  
di Tempat

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Evi Susanti, SKM, MM  
Jabatan : Manajer SDM dan Humas

Menerangkan bahwa:

No.	Nama
1	Nina Sari Anjani
2	Rosyidah Syakur
3	Leni Nuraeni
4	Magdalena

Berdasarkan Surat perihal Permohonan Izin Praktek Kerja Lapangan (PKL) dengan ini kami sampaikan bahwa yang bersangkutan telah Kami setuju untuk melaksanakan kegiatan PKL di RS AN-NISA dan benar nama tersebut di atas telah melaksanakan kegiatan PKL serta keterlibatan dalam program keahlian dalam manajemen kesehatan masyarakat.

Demikian surat ini Kami sampaikan agar dapat digunakan semestinya. Atas kerjasama yang baik, Kami mengucapkan terima kasih.

Tangerang, 16 September 2019  
Rumah-Sakit AN-NISA Tangerang


**Evi Susanti, SKM, MM**  
Manajer SDM dan Humas

**LAMPIRAN III Kegiatan Pelaksanaan Pendaftaran Rawat Inap**



Foto Saat Melaksanakan Pendaftaran Rawat Inap

LAMPIRAN IV Form Rekam Medis

 **RS. AN - NISA**  
Jl. Gatot Subroto Km. 3 No. 96  
Cibodas - Tangerang  
Telp. 5528564 (Hunting) - Fax. 55791563

NOMOR REKAM MEDIS  
\_\_\_\_\_

# REKAM MEDIS

NAMA : .....

TANGGAL LAHIR : ..... / ..... / .....

Laki-Laki :  Perempuan :

MENINGGAL :

2016	<input type="checkbox"/>
2017	<input type="checkbox"/>
2018	<input type="checkbox"/>
2019	<input type="checkbox"/>
2020	<input type="checkbox"/>
2021	<input type="checkbox"/>
2022	<input type="checkbox"/>
2023	<input type="checkbox"/>
2024	<input type="checkbox"/>
2025	<input type="checkbox"/>

ALERGI	
Simbol Tanda Bahaya	

**RAHASIA**


### PERHATIAN

- MILIK RUMAH SAKIT, DILARANG DIBAWA KELUAR DARI RS AN-NISA
- SETELAH SELESAI DIPERGUNAKAN HARAP SEGERA DIKEMBALIKAN KE UNIT RMIK (REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN)

\_\_\_\_\_

Form Rekam Medis

LAMPIRAN V Form Ringkasan Riwayat Masuk dan Keluar


**RUMAH SAKIT AN-NISA**  
 Jl. Gatot Subroto No. 96 Km. 3  
 Telp. 5525564 (Hunting) - Fax. 55791563  
 Cibodas - Tangerang

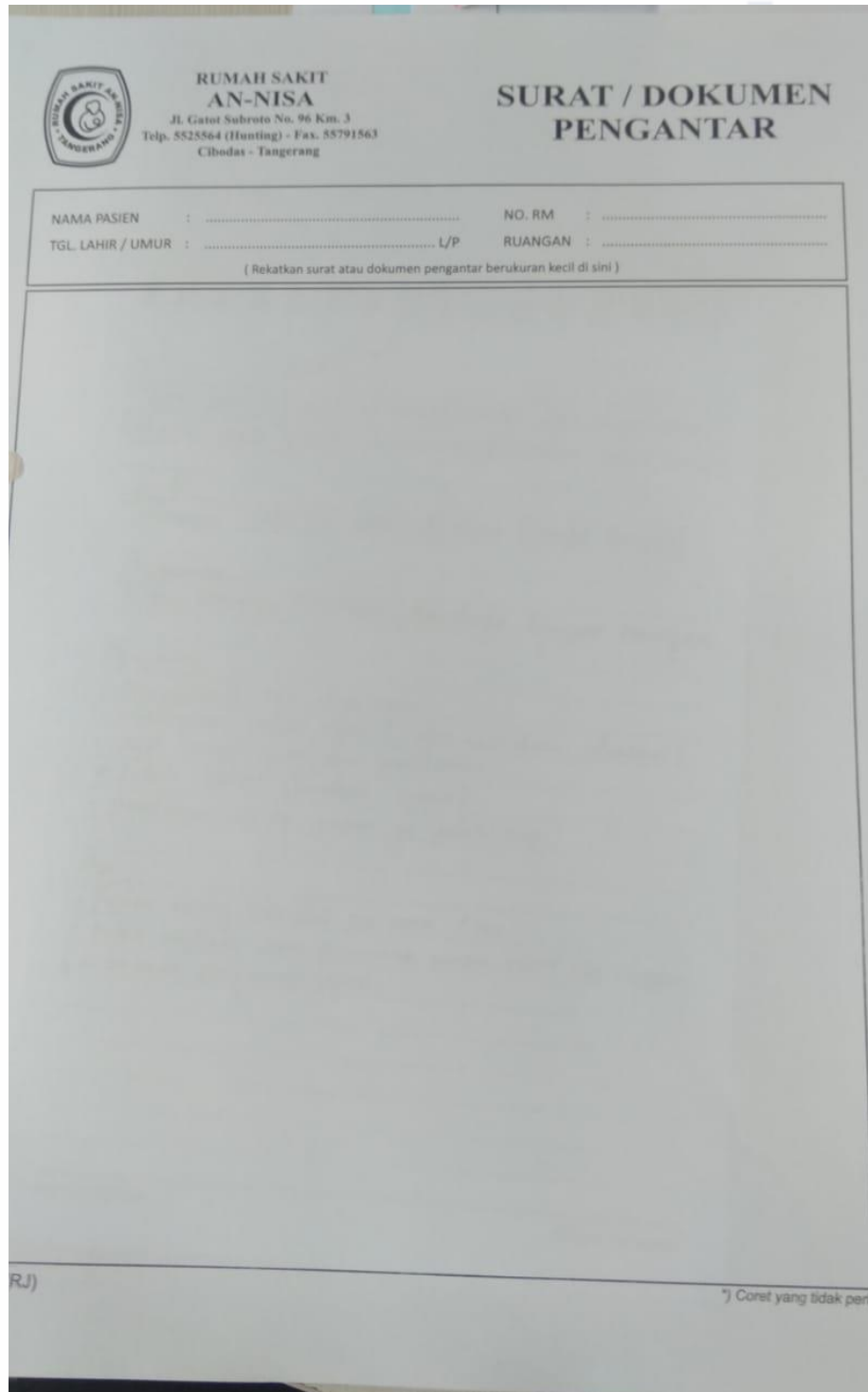
**RINGKASAN RIWAYAT MASUK & KELUAR**

KOLOM ADMINISTRASI				
NO. REKAM MEDIS	TANGGAL MASUK Jam _____	TANGGAL KELUAR Jam _____	LAMA RAWAT _____ HARI	UMUR : _____ Hr (Umur < 1 Th) _____ Th
NAMA PASIEN :		AGAMA :	TEMPAT / TGL LAHIR :	
ALAMAT TETAP :			STATUS : <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum Menikah	KELAMIN : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
TELEPON :			PERUJUK :	BERAT BADAN : _____ Gram
NAMA ORANG TUA, SUAMI / ISTERI * :			KELAS / RUANGAN :	JAMINAN :
DIAGNOSIS MASUK :				
KOLOM DOKTER				
DIAGNOSIS UTAMA :		ICD-10	STATUS PULANG :	
DIAGNOSIS TAMBAHAN :			1. Dipulangkan <input type="checkbox"/>	
1.		1.	2. Rujuk <input type="checkbox"/>	
2.		2.	3. APS <input type="checkbox"/>	
3.		3.	4. Meninggal : < 48 Jam <input type="checkbox"/>	
4.		4.	> 48 Jam <input type="checkbox"/>	
5.		5.	5. Lain-lain <input type="checkbox"/>	
6.		6.	PENYEBAB KEMATIAN :	
TINDAKAN UTAMA :		ICD-9 CM	Tangerang, .....	
TINDAKAN TAMBAHAN :			Dokter Penanggung Jawab Pasien	
1.		1.	.....	
2.		2.	Nama Lengkap	
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
6.		6.	PETUGAS :	

\* Coret yang tidak perlu  
RM. 08 (RI)

Form Ringkasan Riwayat Masuk dan Keluar

**LAMPIRAN V Form Surat Dokumen atau pengantar**



The form is titled "SURAT / DOKUMEN PENGANTAR" and is issued by "RUMAH SAKIT AN-NISA". The hospital's address is "Jl. Gatot Subroto No. 96 Km. 3, Telp. 5525564 (Hunting) - Fax. 55791563, Cibodas - Tangerang". The form includes fields for patient information: "NAMA PASIEN", "NO. RM", "TGL LAHIR / UMUR", and "RUANGAN". A note indicates that documents should be pasted in a smaller size. The form is mostly blank, with a small "R.J)" mark at the bottom left and a note "\*) Corat yang tidak perlu" at the bottom right.

**RUMAH SAKIT AN-NISA**  
Jl. Gatot Subroto No. 96 Km. 3  
Telp. 5525564 (Hunting) - Fax. 55791563  
Cibodas - Tangerang

**SURAT / DOKUMEN PENGANTAR**

NAMA PASIEN : ..... NO. RM : .....  
TGL LAHIR / UMUR : ..... L/P RUANGAN : .....

( Rekatkan surat atau dokumen pengantar berukuran kecil di sini )

R.J) \*) Corat yang tidak perlu

Form Surat Dokumen atau pengantar

LAMPIRAN VI Form Surat Permintaan Masuk Rawat Inap

**RUMAH SAKIT AN-NISA**  
 Jl. Gatot Subroto No. 96 Km. 3  
 Telp. 5525564 (Hunting) - Fax. 55791563  
 Cibodas - Tangerang

**SURAT PERMINTAAN MASUK RAWAT INAP**  
 RS. AN - NISA / RI / 021653

021653

Nama Pasien : ..... No. RM. : ..... / ..... / .....

Nama Keluarga : .....

Alamat : .....

Rt. .... Rw. ....

Kel. .... Kec. ....

Tempat / Tgl. Lahir : .....

Sex / Status / Agama / Pekerjaan / Ayah / Suami / Sendiri

Alamat Pekerjaan : .....

Tgl. Masuk : ..... Jam : .....

Tgl. Pulang : ..... Jam : .....

Ruang : .....

Diagnosa Awal : .....

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Mohon Perawatan OS.

Nama : Mg Wayan L.P

Tgl. Lahir : 17/01/1950

Dengan Diagnosa Sementara :

SUK Dany Jgn Pksh

Sepsis

infeksi darah

ICU  
 emergensi Rawat  
 inap

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

dr. Adrian Nugraha  
 No. 444/dr.197/SR.1990K19/...

dr. Yang Merawat, Petugas Admision

( dr. Susi Sus ) ( ..... )

Form Surat Permintaan Masuk Rawat Inap



**LAMPIRAN VII Gelang Pasien**



Gelang Pasien untuk Laki-laki



Gelang Pasien Untuk Perempuan

LAMPIRAN VIII Daftar Kehadiran Magang di Unit Pendaftaran Rawat Inap Rumah  
Sakit AN- NISA Kota Tangerang



FORM C  
FORMULIR PEMANTAUAN MAGANG  
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ESA UNGGUL

(Diisi oleh Pembimbing Lapangan)

Nama : Leni Nuraini  
 NIM : 201603 01002  
 Judul Magang : Gambarau Alur pendaftaran Rawat Inap  
 pasien BPJS di Rumah sakit AN-NISA Kota  
 Tangerang.  
 Dosen Pembimbing : Deasy Febrina  
 Lapangan :

No.	Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing
1	05 - Agustus - 2019	Orientasi dan pengenalan diri ke bagian pendaftaran	✓
2	06 - Agustus - 2019	Menihat kegiatan pendaftaran rawat inap.	✓
3	07 - Agustus - 2019	Menihat kegiatan pendaftaran rawat inap dan bertanya mengenai alur	✓
4	08 - Agustus - 2019	Membantu menulis ringkasan masuk & keluar pasien RI	✓
5	09 - Agustus - 2019	Membantu menulis dan menayangkan beberapa berkas	✓
6	10 - Agustus - 2019	Menanyakan tentang SOP di bagian pendaftaran	✓
7	12 - Agustus - 2019	Menanyakan sarana dan prasarana pendaftaran	✓
8	13 - Agustus - 2019	IZIN Bimbingan	✓
9	14 - Agustus - 2019	Menanyakan beberapa berkas tentang persyaratan daftar RI	✓
10	15 - Agustus - 2019	Menanyakan Alur yang jelas pendaftaran rawat inap	✓

(Lanjutan)

Universitas

Universi  
Esa



FORM C  
FORMULIR PEMANTAUAN MAGANG  
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ESA UNGGUL

No. Ur	Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing
11	16 - Agustus - 2019	menanyakan beberapa forms berkas-berkas yang digunakan	/
12	17 - Agustus - 2019	DILIBURKAN	/
13	19 - Agustus - 2019	membantu menulis di ringkasan riwayat masuk dan keluar	/
14	20 - Agustus - 2019	menanyakan tentang jabatan petugas di bagian pendaftaran	/
15	21 - Agustus - 2019	Membantu menulis di riwayat masuk keluar dan menjelaskan persetujuan umum	/
16	22 - Agustus - 2019	Melihat dan membantu menulis dan mengantarkan RM ke rumah	/
17	23 - Agustus - 2019	membantu menulis di riwayat keluar masuk pasien dan mengantarkan RM	/
18	24 - Agustus - 2019	DILIBURKAN	/
19	26 - Agustus - 2019	Membantu menulis di ringkasan riwayat masuk & keluar	/
20	27 - Agustus - 2019	SAKIT	/
21	28 - Agustus - 2019	Menanyakan lagi tentang SPD dibagian pendaftaran rawat inap	/
22	29 - Agustus - 2019	Meminta peninjauan kepada koor dinator pendaftaran RI dan melulita kepada pembimbing lap	/

Catatan:

1. Pelaksanaan magang dilaksanakan selama 22 (dua puluh dua) hari kerja
2. Setelah penulisan magang selesai, formulir ini dilampirkan untuk mengajukan sidang magang.



Scanned with  
CamScanner

LAMPIRAN IX Nilai Pelaksanaan Magang di Unit Pendaftaran Rawat Inap Rumah Sakit AN-NISA Kota Tangerang



FORM D  
 FORMULIR NILAI PELAKSANAAN MAGANG  
 PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
 UNIVERSITAS ESA UNGGUL

(Diisi oleh Pembimbing Lapangan)

Nama : Leri Nuraini  
 NIM : 20160301002  
 Judul Magang : Gambaran Air pendaftaran Rawat Inap pasien BPJS di rumah sakit AN-NISA Kota Tangerang

No.	Aspek yang Dinilai	Nilai
1	Kehadiran (Jumlah, Kedisiplinan, dll)	9
2	Aktivitas (Kualitas bekerja, kerja sama dengan teman/petugas, dll)	8 <small>Puput Leri Yuliani, SIm NIK. 192102210 - Esag.Diklat</small>
3	Sikap (Cara berpakaian, kesopanan, kesungguhan, inisiatif, dll)	8

**Keterangan:**

Nilai maksimal setiap aspek penilaian adalah 10

Jakarta, ..29 . 08 . 2019....

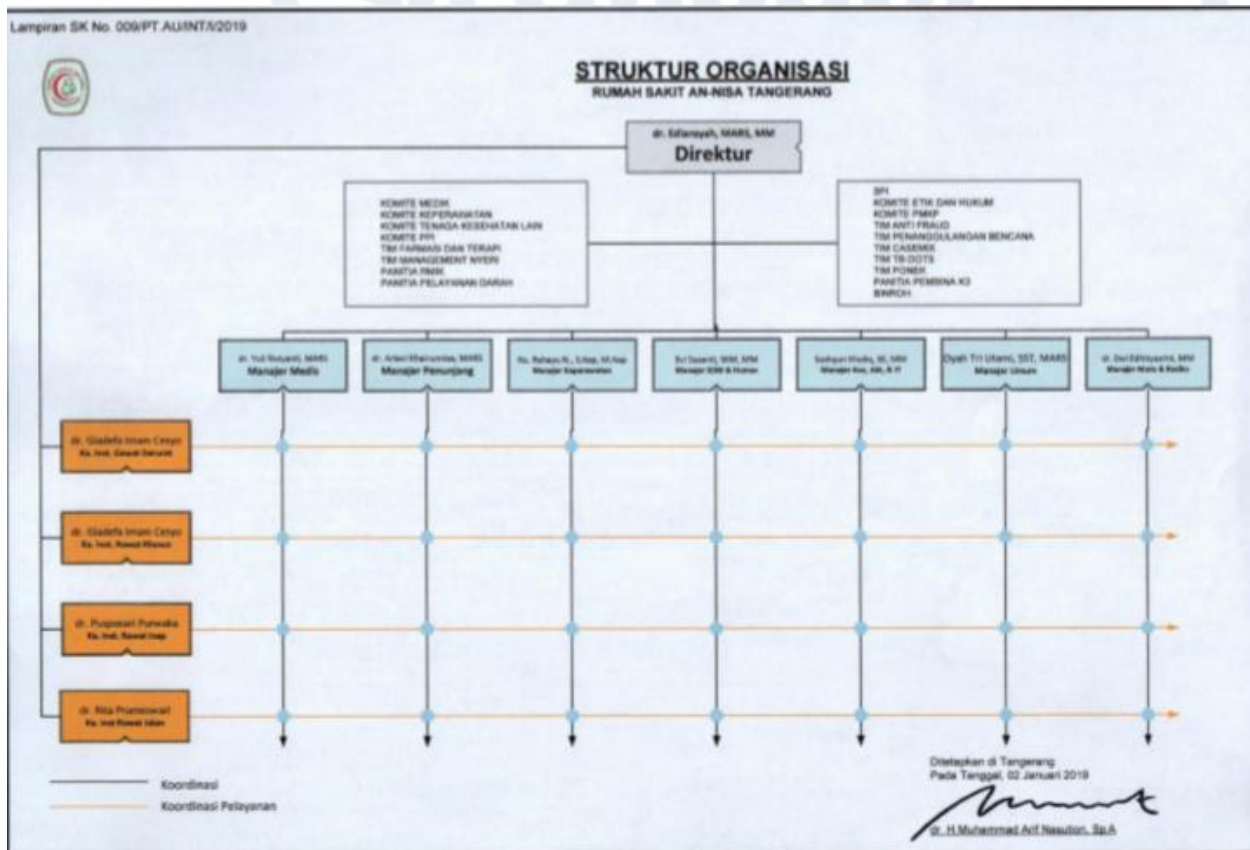
Tanda tangan, nama, stempel

**LAMPIRAN X** Foto Bersama di Unit Pendaftaran Rawat Inap Rumah Sakit AN-NISA Kota  
Tangerang



Foto Bersama di Unit Pendaftaran Rawat Inap Rumah Sakit AN-NISA Kota Tangerang

LAMPIRAN XI Struktur Organisasi Rumah Sakit AN-NISA Kota Tangerang



Struktur Organisasi Rumah Sakit AN-NISA Kota Tangerang