

NOTA DINAS
NOMOR : 003/RSMU/RI/III/2022

Yth : dr. Sahata Poltak Hamonangan Napitupulu, Sp.M (DIREKTUR DIREKTUR)
Dari : Nenny Nayulita, S.Kep., Ns
Hal : Alur pelayanan keratoplasty di RS. Mata Undaan
Sifat : PENTING
Tanggal Nota : 29-03-2022

Isi :

Dengan hormat,

Setelah diadakannya rapat koordinasi dibulan Februari yang membahas tentang pelayanan keratoplasty di RSMU, dan dilanjutkan pengajuan usulan alur pelayanan keratoplasty pada bulan yang sama (belum dalam nodin). Maka kami mengajukan dalam nodin ini 3 alur pelayanan keratoplasty, yaitu :

1. Alur Pendaftaran Operasi Keratoplasty di RSMU
2. Alur Pemesanan Kornea di RSMU
3. Alur Persiapan Pasien Operasi Keratoplasty di RSMU

Harapan kami, setelah revisi dan disetujui dapat segera dilakukan sosialisasi dengan bagian terkait, seperti Rawat Jalan, Keuangan, Farmasi agar mempermudah implementasi alur tersebut dalam pelayanan keratoplasty.

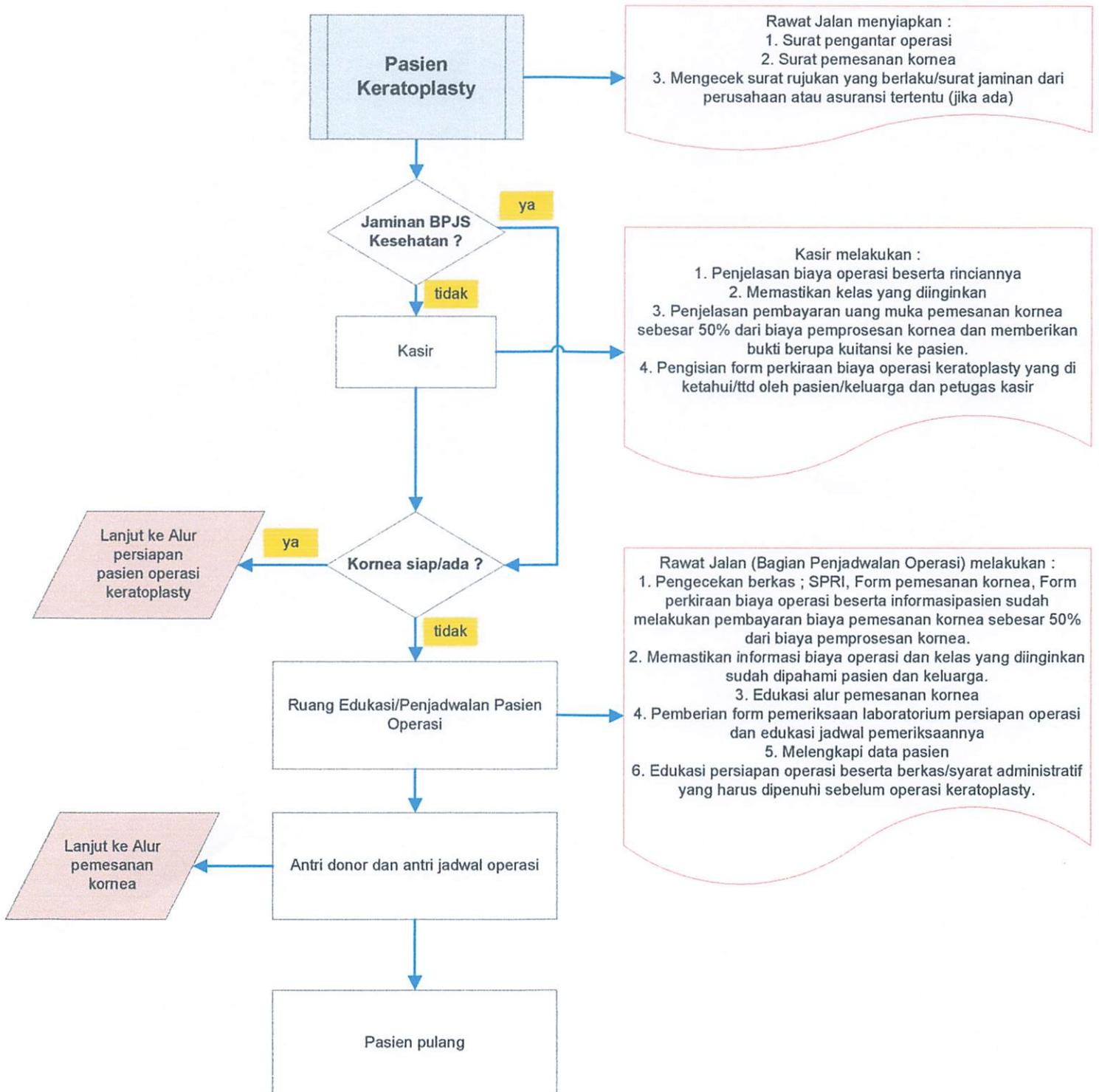
Demikian surat permohonan kami, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Hormat Kami,
KEPALA INSTALASI RAWAT INAP

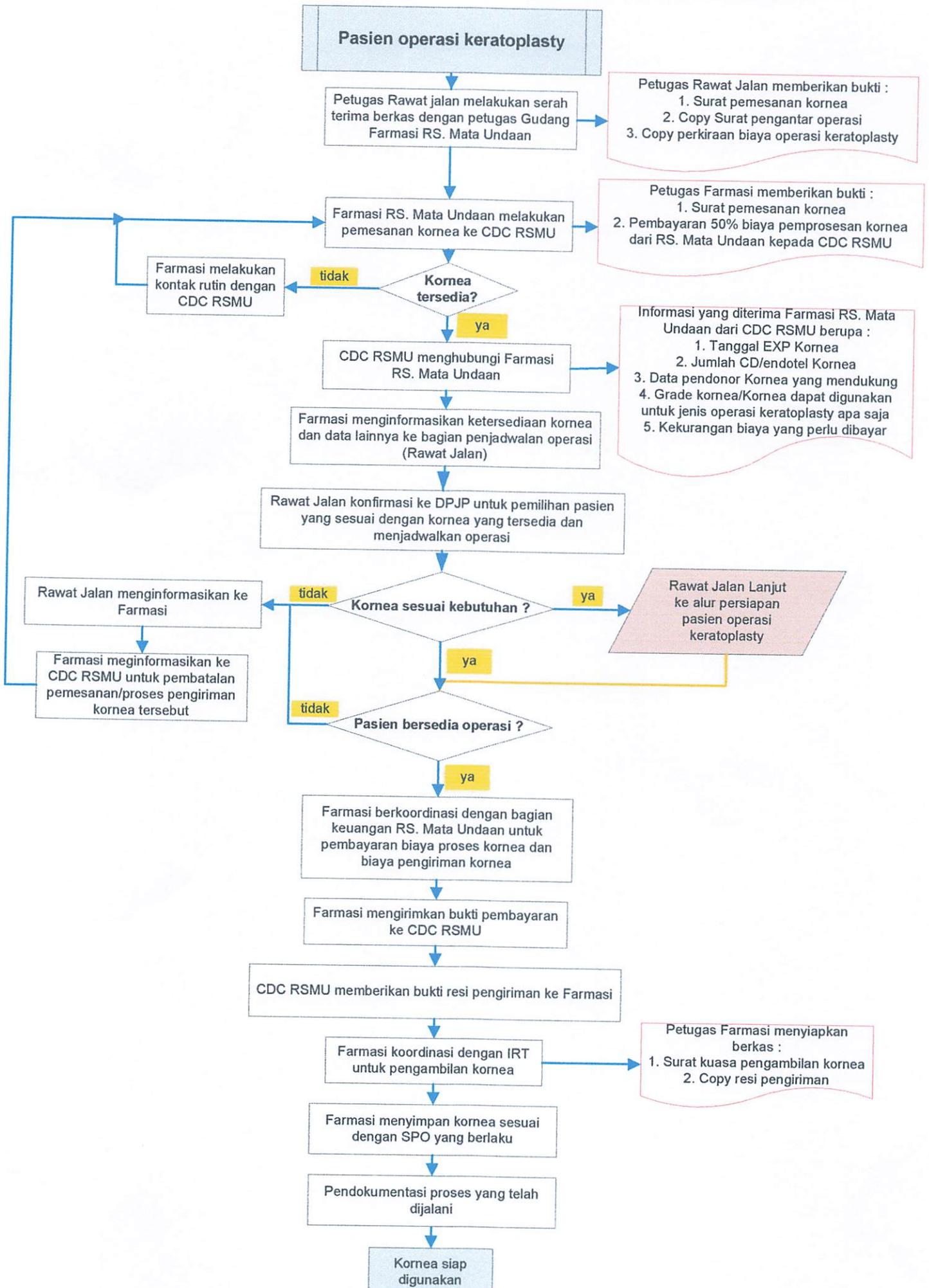
Nenny Nayulita, S.Kep., Ns

Jawaban :

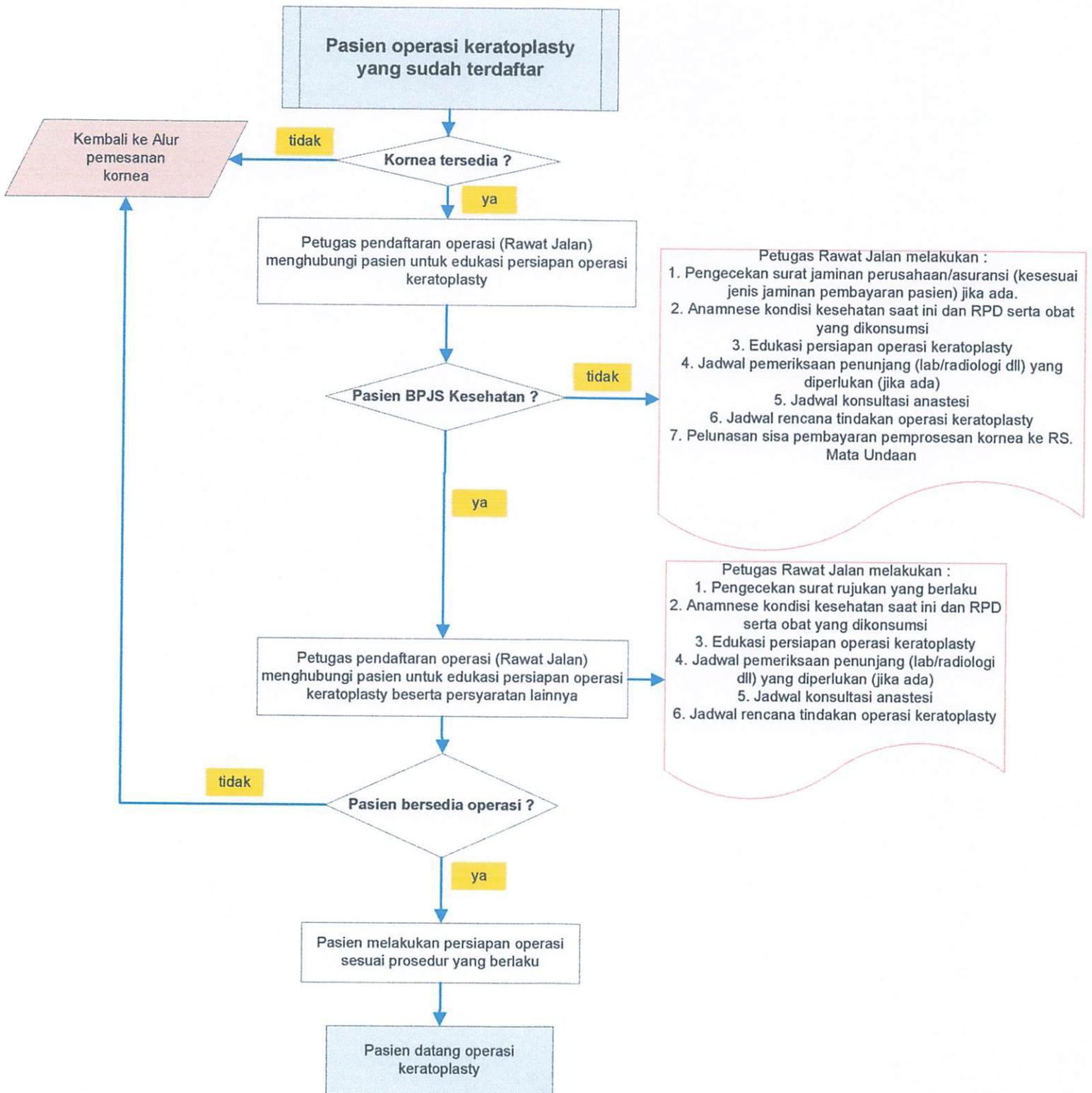
ALUR PENDAFTARAN OPERASI KERATOPLASTY DI RS. MATA UNDAAN



ALUR PEMESANAN KORNEA DI RS. MATA UNDAAN



ALUR PERSIAPAN PASIEN OPERASI KERATOPLASTY DI RS. MATA UNDAAN



Rencana Revisi
dengan Logo RSMU.

FORMULIR PEMESANAN KORNEA

Tanggal pemesanan :

Dokter yang akan melakukan keratoplasty

Nama dokter : dr. Dini Dharmawidari, SpM(K)
SIP : 503.446/01599/II/IP.DS/436.6.3/2014
No telp : 08123263487
Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
No telp Rumah Sakit : 031 5319619 / 031 5343306
Fax : 031 5317503
Email : dini.cornea@gmail.com

Informasi Pasien

Nama pasien :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Usia :
Jenis Kelamin :
Diagnosa :
Mata yang dioperasi : * Kanan / Kiri
No Rekam Medis :
No telp :
Email :

Informasi Pemesan Donor

Nama : dr. Dini Dharmawidari, SpM(K)
No Telp : 08123263487

Jenis Jaringan yang dibutuhkan

- * Cornea sklera rim / Sklera rim
- * Grade A / Grade B / Grade C

Informasi Rencana Operasi

Jenis Operasi : * PK / DSAEK / DMEK / DALK / ALK / K-PRO
Tanggal Operasi :
Lokasi : Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

Surabaya,

dr. Dini Dharmawidari, SpM(K)

* Coret yang tidak diperlukan

PERKIRAAN BIAYA OPERASI KERATOPLASTY

Nama Pasien :
No Rekam Medis :
Diagnosa :
Jenis Operasi :
Perkiraan Lama Operasi :
Perkiraan Rawat Inap :
Dokter :

Perkiraan Biaya untuk Kelas :
Pembiayaan : Pribadi / Asuransi Swasta / BPJS
Jenis asuransi swasta :

Biaya donor kornea Rp.....
Biaya kamar operasi Rp.....
Biaya rawat inap Rp.....
Biaya dokter operator Rp.....
Biaya anestesi Rp.....
DII Rp.....
TOTAL BIAYA SEMENTARA Rp.....

Keterangan:

1. Biaya belum termasuk biaya laboratorium dan rontgen persiapan operasi, apotek dan kamar ICU apabila diperlukan.
2. Perkiraan biaya bisa berubah apabila terjadi penyakit (komplikasi) pada saat operasi atau perubahan lama perawatan di ruang rawat inap.
3. Bila pasien pindah ke kelas perawatan yang lebih tinggi, maka biaya operasi akan berubah sesuai ketentuan biaya di kelas tersebut.

Tanggal acc / tidak acc :

Mengetahui:

Mengerti dan menyetujui :

(.....)

Bagian Keuangan

(.....)

Penanggung Jawab

*Hubungan dengan pasien :
diri sendiri/ anak/ suami/ istri/ lain-lain