



**DAFTAR HADIR**

Hari/ Tanggal : Sabtu, 30 Oktober 2021  
Waktu : 10.00 WIB – Selesai  
Tempat : Ruang Rapat 1 Lt 3B  
Acara : Rapat Koordinasi  
Agenda : Sosialisasi Case mix Pelayanan dari polyklinik yang baru.

No.	Nama	Bagian	Jabatan	Tanda Tangan
1.	dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M	Direksi	Direktur	
2.	dr. Aditya Bagus Djatmiko, M.Kes	Direksi	Wadir Pelayanan Medis	
3.	Siti Laely Rochmah, S.Kep., Ns.	Instalasi Rawat Jalan	Kepala Instalasi	
4.	Otto Desyanto, S.Kep., Ns.	Instalasi Penunjang Medis	Kepala Instalasi	
5.	Zwei Sujanto, S.Kep., Ns.	Instalasi Kamar Operasi	Kepala Instalasi	
6.	Hadi Prayitno, S.E., Ak.	Bagian Keuangan	Kepala Bagian	
7.	Zainal Arifin, A.Md.PK.	Sub Bagian Perencanaan, Pelaporan dan Rekam Medis	Kepala Sub Bagian	
8.	Rizal Fachrudin, S.E.	Bagian Pengelolaan Jaminan Kesehatan	Kepala Bagian	
9.	Seppya	OK	perawat	
10	Stefan Furi	Kasir	staff	
11	Murhayati	Kasir	staff	
12	A. Rofiq	Upm	perawat	

**NOTULEN**

- TANGGAL** : 30 Oktober 2021  
**WAKTU** : 10.00 WIB - Selesai  
**TEMPAT** : Ruang Rapat 1 Lt 3B  
**AGENDA RAPAT** : Sosialisasi Case Mix Pelayanan dari Poliklinik yang baru  
**PEMIMPIN RAPAT** : Rizal Fachrudin, S.E  
**NOTULIS** : Eny Kustyaningsih, Amd.Kep  
**JUMLAH PESERTA** : 11 Orang  
**TIDAK HADIR** : -  
**PEMBAHASAN** :  
1. Rapat dibuka oleh Bpk Rizal Fachrudin, S.E  
2. Pak Rizal :  
a. Sosialisasi terkait Case Mix yang baru.  
b. Untuk Instalasi IGD akan di berikan sosialisasi tersendiri.  
A. Pasien dari Poliklinik :  
a. Pada prinsipnya untuk Case Mix pendaftaran tetap sama.  
b. Bila dilakukan Pemeriksaan dasar di poliklinik, centang pada kolom yang sudah disediakan dan di tanda tangani oleh petugas pada kolom yang sudah disediakan. pasien/ Keluarga tanda tangan di kolom yang sudah disediakan.  
c. Bila dilakukan Pemeriksaan Penunjang centang pada kolom yang sudah disediakan, bila ada pemeriksaan penunjang yang belum ada di kolom tersebut, maka bisa dicentang pada kolom yang masih kosong dan ditulis kan jenis pemeriksaan penunjang. berikan tanda tangan petugas, Pasien/ keluarga tanda tangan di kolom yang sudah disediakan.  
d. Untuk pasien yang periksa di poliklinik maka centang pada kolom pemeriksaan Dokter Spesialis Mata.  
e. Tulis Diagnose Utama, dan berikan tanda tangan dokter.  
f. Untuk pasien yang perlu konsul Retina, KBR, yang dicentang kolom Pemeriksaan Poli Khusus/ Sub Spesialis Mata.  
g. Untuk pasien yang memerlukan tindakan yang di centang kolom tindakan.  
h. Untuk tindakan Operasi yang melakukan centang petugas poli.  
i. Semua yang dilakukan pada pasien harus di tanda tangani pasien/ keluarga pasien.  
j. Case mix ini adalah untuk melengkapi pembiayaan.  
k. Diagnose ditulis oleh dokter Poli.

- I. Untuk pemeriksaan dan pelayanan Diagnostik dilakukan pada hari yang sama.
- B. Untuk pasien yang melakukan pemeriksaan langsung di Penunjang :
  - a. Untuk pasien konsul Retina/KBR maka kolom pemeriksaan dokter poli khusus yang dicentang.
  - b. Kolom dokter Spesialis Mata tidak perlu di centang.
  - c. Berikan tanda tangan dokter, tanda tangan pasien/ keluarga di kolom yang sudah disediakan.
- C. Untuk pasien post operasi yang kontrol dan ditemukan sesuatu yang harus di lakukan tindakan :
  - a. Misal pasien perlu AJ ( Angkat Jahitan ) maka yang melakukan centang petugas Poliklinik. Dan bila di kamar Operasi tidak jadi dilakukan tindakan maka kolom Operasi tidak usah di isi atau diisi operasi batal.
  - b. Untuk pasien yang langsung tindakan ke OK, pemeriksaan dasar tidak perlu di centang.
  - c. Untuk pasien GA Masker dilakukan di hari yang sama tidak apa-apa.
  - d. Untuk pasien Konsult Anastesi satu paket dengan tindakannya.
- D. Bila pasien sudah dilakukan konsul/USG/OCT sebaiknya jangan diberi Resep kacamata karena yang akan dibayar hanya kacamata, konsul dll tidak dibiayai.
- E. Bila pasien rencana diberi Resep kacamata sebaiknya pasien dianjurkan untuk kontrol kembali.

**HASIL RAPAT**

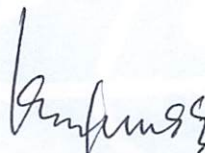
**TINDAK LANJUT**

PEMIMPIN RAPAT,



( dr. Rizal Fachrudin, S.E )

NOTULIS,



( Eny Kustiyaningsih, Amd.Kep )



# Pelayanan Tindakan (Non-Sub-Spesialis) Terjadwal



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
 Jl. Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya 60274  
 Telp. (031) 531 9619 - 534 3806  
 Fax. (031) 531 7503

## FORMULIR CASE MIX

<b>IDENTITAS PASIEN</b> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">STIKER</div>	<b>RAWAT JALAN</b>
	<b>TANGGAL PELAYANAN</b> ...../...../.....

JENIS PELAYANAN	KODE ICD10/9	TTD PETUGAS	TTD PASIEN/ KELUARGA
<b>PENDAFTARAN</b>		Paraf Loker/Reg	Pasien
<b>PEMERIKSAAN DASAR</b> :- Asesmen Keperawatan - Tekanan Darah - Visus/Refraksi/ARK - Tonometri / NCT			
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
• Laboratorium <input type="checkbox"/> GDA <input type="checkbox"/> .....			
<input type="checkbox"/> Foto Fundus	95.11		
<input type="checkbox"/> Fundus Fluorescein Angiografi (FFA)	95.12 Top Up		
<input type="checkbox"/> Ultrasonografi (USG)	95.13		
<input type="checkbox"/> Optical Coherence Tomography (OCT)	95.16		
<input type="checkbox"/> Humphrey Perimeter (HFA)	95.05		
<input type="checkbox"/> .....			
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Dokter Spesialis Mata			TIDAK PERLU CENTANG
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : ..... .....		dr.operator	ttd, stmpel operator
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Poli Khusus / Sub.Spesialis Mata .....			
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : ..... .....			Pasien
<b>TINDAKAN</b>			
• Laser Fotocoagulasi			
<input type="checkbox"/> Diabetik Retinopati	14.24		
<input type="checkbox"/> Perifer Degenerasi / Tear Retina Perifer	14.34		
<input checked="" type="checkbox"/> Yag Laser	13.64		
<input type="checkbox"/> Laser Perifer Iridotomy (LPI)	12.12		Pasien
<input checked="" type="checkbox"/> Operasi..... OS AJ Kornea, dll			
<input type="checkbox"/> Lain-Lain.....			
<input type="checkbox"/> .....			
<b>OBAT/ALKES (TERLAMPIR)</b> <input type="checkbox"/>			

\*Beri centang ( ✓ ) pada kotak

CENTANG BILA ADA RESEP



# Pelayanan Diagnostic dan Pembacaan Hasil dr. Poli (Hari Lain)



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
 Jl. Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya 60274  
 Telp. (031) 531 9619 - 534 3806  
 Fax. (031) 531 7503

## FORMULIR CASE MIX

<b>IDENTITAS PASIEN</b>		<b>RAWAT JALAN</b>	
STIKER		TANGGAL PELAYANAN	
		...../...../.....	
JENIS PELAYANAN	KODE ICD10/9	TTD PETUGAS	TTD PASIEN/ KELUARGA
PENDAFTARAN		Paraf Loker/Reg	Pasien
<b>PEMERIKSAAN DASAR</b> :- Asesmen Keperawatan - Tekanan Darah - Visus/Refraksi/ARK - Tonometri / NCT			
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratorium</li> <li><input type="checkbox"/> GDA <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> Foto Fundus <b>95.11</b></li> <li><input type="checkbox"/> Fundus Fluorescein Angiografi (FFA) <b>95.12 Top Up</b></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Ultrasonografi (USG) <b>95.13</b></li> <li><input type="checkbox"/> Optical Coherence Tomography (OCT) <b>95.16</b></li> <li><input type="checkbox"/> Humphrey Perimeter (HFA) <b>95.05</b></li> <li><input type="checkbox"/></li> </ul>			
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Dokter Spesialis Mata		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red; text-align: center;">TIDAK PERLU CENTANG</div>	
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : ..... .....			
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Poli Khusus / Sub.Spesialis Mata		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: green; text-align: center;">Pasien:</div>	
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : ..... .....			
<b>TINDAKAN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laser Fotocoagulasi</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetik Retinopati <b>14.24</b></li> <li><input type="checkbox"/> Perifer Degenerasi / Tear Retina Perifer <b>14.34</b></li> <li><input type="checkbox"/> Yag Laser <b>13.64</b></li> <li><input type="checkbox"/> Laser Perifer Iridotomy (LPI) <b>12.12</b></li> <li><input type="checkbox"/> Operasi.....</li> <li><input type="checkbox"/> Lain-Lain.....</li> </ul>			
<b>OBAT/ALKES (TERLAMPIR)</b> <input type="checkbox"/>			

Centang, Ttd/stmpel operator

dr.poli

ttd, stempel dr.poli

TIDAK PERLU CENTANG

Pasien:

\*Beri centang (✓) pada kotak

CENTANG BILA ADA RESEP





# Pelayanan dr. Poli, Diagnostic, Konsulan dihari yang sama



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
 Jl. Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya 60274  
 Telp. (031) 531 9619 - 534 3806  
 Fax. (031) 531 7503

## FORMULIR CASE MIX

<b>IDENTITAS PASIEN</b>		<b>RAWAT JALAN</b>	
STIKER		TANGGAL PELAYANAN	
		...../...../.....	
JENIS PELAYANAN	KODE ICD10/9	TTD PETUGAS	TTD PASIEN/ KELUARGA
<b>PENDAFTARAN</b>		Paraf Loker/Reg	Pasien
<b>PEMERIKSAAN DASAR</b> : - Asesmen Keperawatan - Tekanan Darah - Visus/Refraksi/ARK - Tonometri / NCT		ttd,perawat	Pasien
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
• Laboratorium <input type="checkbox"/> GDA <input type="checkbox"/> .....			
<input type="checkbox"/> Foto Fundus	95.11	Centang, Ttd/stmpel operator	
<input type="checkbox"/> Fundus Fluorescein Angiografi (FFA)	95.12 Top Up		
<input type="checkbox"/> Ultrasonografi (USG)	95.13		
<input type="checkbox"/> Optical Coherence Tomography (OCT)	95.16		
<input type="checkbox"/> Humphrey Perimeter (HFA)	95.05		
<input checked="" type="checkbox"/> .....			
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Dokter Spesialis Mata		CENTANG	Pasien
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : .....		dr.poli ttd,stmpel dr.poli	CENTANG & Tulis Sub.Spesialis
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Poli Khusus / Sub.Spesialis Mata			
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : .....		dr.konsul ttd,stmpel dr.konsul	Pasien
<input type="checkbox"/> .....			
<b>TINDAKAN</b>			
• Laser Fotocoagulasi			
<input type="checkbox"/> Diabetik Retinopati	14.24		
<input type="checkbox"/> Perifer Degenerasi / Tear Retina Perifer	14.34		
<input type="checkbox"/> Yag Laser	13.64		
<input type="checkbox"/> Laser Perifer Iridotomy (LPI)	12.12		
<input type="checkbox"/> Operasi.....			
<input type="checkbox"/> Lain-Lain.....			
<b>OBAT/ALKES (TERLAMPIR)</b>		<input type="checkbox"/>	

\*Beri centang ( ✓ ) pada kotak

CENTANG BILA ADA RESEP

# Pelayanan dr.Poli dan Diagnostic dihari yang sama



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
 Jl. Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya 60274  
 Telp. (031) 531 9619 - 534 3806  
 Fax. (031) 531 7503

## FORMULIR CASE MIX

<b>IDENTITAS PASIEN</b> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">STIKER</div>		<b>RAWAT JALAN</b>	
		<b>TANGGAL PELAYANAN</b> ...../...../.....	
JENIS PELAYANAN	KODE ICD10/9	TTD PETUGAS	TTD PASIEN/ KELUARGA
PENDAFTARAN		Paraf Loker/Reg	Pasien
<b>PEMERIKSAAN DASAR</b> :- Asesmen Keperawatan - Tekanan Darah - Visus/Refraksi/ARK - Tonometri / NCT		ttd:perawat	Pasien
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
• Laboratorium <input type="checkbox"/> GDA <input type="checkbox"/> .....			
<input type="checkbox"/> Foto Fundus	95.11	Centang, Ttd/stmpel operator	
<input type="checkbox"/> Fundus Fluorescein Angiografi (FFA)	95.12 Top Up		Pasien
<input type="checkbox"/> Ultrasonografi (USG)	95.13		
<input checked="" type="checkbox"/> Optical Coherence Tomography (OCT)	95.16		
<input type="checkbox"/> Humphrey Perimeter (HFA)	95.05		
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Dokter Spesialis Mata		CENTANG	
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : ..... <div style="text-align: center; color: black; font-weight: bold; transform: rotate(-30deg);">dr.poli</div>		ttd, stempel dr.poli	Pasien
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Poli Khusus / Sub.Spesialis Mata .....			
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : .....			
<b>TINDAKAN</b>			
• Laser Fotocoagulasi <input type="checkbox"/> Diabetik Retinopati		14.24	
<input type="checkbox"/> Perifer Degenerasi / Tear Retina Perifer		14.34	
<input type="checkbox"/> Yag Laser		13.64	
<input type="checkbox"/> Laser Perifer Iridotomy (LPI)		12.12	
<input type="checkbox"/> Operasi.....			
<input type="checkbox"/> Lain-Lain.....			
<b>OBAT/ALKES (TERLAMPIR)</b> <input type="checkbox"/>			

\*Beri centang ( ✓ ) pada kotak

CENTANG BILA ADA RESEP

# Pelayanan Konsulan dan tindakan dihari yang sama



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
 Jl. Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya 60274  
 Telp. (031) 531 9619 - 534 3806  
 Fax. (031) 531 7503

## FORMULIR CASE MIX

<b>IDENTITAS PASIEN</b>		<b>RAWAT JALAN</b>	
STIKER		TANGGAL PELAYANAN ...../...../.....	
<b>JENIS PELAYANAN</b>	<b>KODE ICD10/9</b>	<b>TTD PETUGAS</b>	<b>TTD PASIEN/ KELUARGA</b>
<b>PENDAFTARAN</b>		Paraf Locket/Reg	Pasien
<b>PEMERIKSAAN DASAR</b> :- Asesmen Keperawatan - Tekanan Darah - Visus/Refraksi/ARK - Tonometri / NCT		ttd.perawat	Pasien
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratorium</li> <li><input type="checkbox"/> GDA <input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> Foto Fundus <b>95.11</b></li> <li><input type="checkbox"/> Fundus Fluorescein Angiografi (FFA) <b>95.12 Top Up</b></li> <li><input type="checkbox"/> Ultrasonografi (USG) <b>95.13</b></li> <li><input type="checkbox"/> Optical Coherence Tomography (OCT) <b>95.16</b></li> <li><input type="checkbox"/> Humphrey Perimeter (HFA) <b>95.05</b></li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> Pemeriksaan Dokter Spesialis Mata</li> </ul>			
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : .....			<b>CENTANG &amp; Tulis Sub.Spesialis</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Poli Khusus / Sub.Spesialis Mata		<b>ttd, stmpel dr.konsul</b>	<b>Pasien</b>
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : .....			
<b>TINDAKAN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laser Fotocoagulasi</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetik Retinopati <b>14.24</b></li> <li><input type="checkbox"/> Perifer Degenerasi / Tear Retina Perifer <b>14.34</b></li> <li><input type="checkbox"/> Yag Laser <b>13.64</b></li> <li><input type="checkbox"/> Laser Perifer Iridotomy (LPI) <b>12.12</b></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Operasi..... <b>OS Epilasi</b>.....</li> <li><input type="checkbox"/> Lain-Lain.....</li> </ul>			
<b>OBAT/ALKES (TERLAMPIR)</b> <input type="checkbox"/>			

\*Beri centang ( ✓ ) pada kotak

**CENTANG BILA ADA RESEP**



# Pelayanan dr.Poli dan konsulan dihari yang sama



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
 Jl. Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya 60274  
 Telp. (031) 531 9619 - 534 3806  
 Fax. (031) 531 7503

## FORMULIR CASE MIX

IDENTITAS PASIEN		RAWAT JALAN	
STIKER		TANGGAL PELAYANAN	
		...../...../.....	
JENIS PELAYANAN	KODE ICD10/9	TTD PETUGAS	TTD PASIEN/ KELUARGA
PENDAFTARAN		Paraf Loket/Reg	Pasien
PEMERIKSAAN DASAR : - Asesmen Keperawatan - Tekanan Darah - Visus/Refraksi/ARK - Tonometri / NCT		ttd.perawat	Pasien
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratorium</li> <li><input type="checkbox"/> GDA <input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> Foto Fundus <b>95.11</b></li> <li><input type="checkbox"/> Fundus Fluorescein Angiografi (FFA) <b>95.12</b> Top Up</li> <li><input type="checkbox"/> Ultrasonografi (USG) <b>95.13</b></li> <li><input type="checkbox"/> Optical Coherence Tomography (OCT) <b>95.16</b></li> <li><input type="checkbox"/> Humphrey Perimeter (HFA) <b>95.05</b></li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul>			
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Dokter Spesialis Mata		<b>CENTANG</b>	Pasien
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : ..... .....	<b>dr.poli</b>	<b>ttd, stempel dr.poli</b>	<b>CENTANG &amp; Tulis Sub.Spesialis</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Poli Khusus / Sub.Spesialis Mata			Pasien
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : ..... .....	<b>dr.konsul</b>	<b>ttd, stmpel dr.konsul</b>	
<b>TINDAKAN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laser Fotocoagulasi</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetik Retinopati <b>14.24</b></li> <li><input type="checkbox"/> Perifer Degenerasi / Tear Retina Perifer <b>14.34</b></li> <li><input type="checkbox"/> Yag Laser <b>13.64</b></li> <li><input type="checkbox"/> Laser Perifer Iridotomy (LPI) <b>12.12</b></li> <li><input type="checkbox"/> Operasi.....</li> <li><input type="checkbox"/> Lain-Lain.....</li> </ul>			
<b>OBAT/ALKES (TERLAMPIR)</b>	<input type="checkbox"/>		

\*Beri centang ( ✓ ) pada kotak

**CENTANG BILA ADA RESEP**

# Pelayanan dr.Poliklinik



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
 Jl. Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya 60274  
 Telp. (031) 531 9619 - 534 3806  
 Fax. (031) 531 7503

## FORMULIR CASE MIX

<b>IDENTITAS PASIEN</b>		<b>RAWAT JALAN</b>	
STIKER		TANGGAL PELAYANAN	
		...../...../.....	
JENIS PELAYANAN	KODE ICD10/9	TTD PETUGAS	TTD PASIEN/ KELUARGA
PENDAFTARAN		Paraf Loker/Reg	Pasien
<b>PEMERIKSAAN DASAR</b> :- Asesmen Keperawatan - Tekanan Darah - Visus/Refraksi/ARK - Tonometri / NCT		ttd,perawat	Pasien
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
• Laboratorium <input type="checkbox"/> GDA <input type="checkbox"/> .....			
<input type="checkbox"/> Foto Fundus	95.11		
<input type="checkbox"/> Fundus Fluorescein Angiografi (FFA)	95.12 Top Up		
<input type="checkbox"/> Ultrasonografi (USG)	95.13		
<input type="checkbox"/> Optical Coherence Tomography (OCT)	95.16		
<input type="checkbox"/> Humphrey Perimeter (HFA)	95.05		
<input type="checkbox"/> .....			
<input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Dokter Spesialis Mata		CENTANG	Pasien
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : ..... .....		dr.poli ttd,stempel dr.poli	
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Poli Khusus / Sub.Spesialis Mata .....			
<b>DIAGNOSA</b> - Utama : ..... - Sekunder/Komplikasi : ..... .....			
<b>TINDAKAN</b>			
• Laser Fotocoagulasi <input type="checkbox"/> Diabetik Retinopati			
	14.24		
<input type="checkbox"/> Perifer Degenerasi / Tear Retina Perifer			
	14.34		
<input type="checkbox"/> Yag Laser			
	13.64		
<input type="checkbox"/> Laser Perifer Iridotomy (LPI)			
	12.12		
<input type="checkbox"/> Operasi.....			
<input checked="" type="checkbox"/> Lain-Lain.....	Resep Kacamata	ttd,stempel dr.poli	Pasien
<input type="checkbox"/> .....			
<b>OBAT/ALKES (TERLAMPIR)</b>			
<input type="checkbox"/> .....			

\*Beri centang (√) pada kotak

CENTANG BILA ADA RESEP