



UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur
Kode Pos . 20239 Telepon (061) 664570 Fax. (061) 6618457
Web : <http://uimedan.ac.id> Email: univ.imeldamedan@gmail.com

SURAT KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN

NOMOR : 486 / SK / UIM / IV / 2025

TENTANG

PENGGANGKATAN DOSEN PEMBIMBING KARYA TULIS ILMIAH PROGRAM STUDI D-III PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN UNIVERSITAS IMELDA MEDAN TAHUN AJARAN 2024 - 2025

REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN

MENIMBANG :

1. Bahwa dalam rangka pencapaian tujuan pendidikan tenaga kesehatan guna menghasilkan Sumber Daya Manusia sesuai dengan kebutuhan perlu ditetapkan Pembimbing Karya Tulis Ilmiah (KTI) Program Studi D-III Perekam dan Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan;
2. Bahwa untuk terlaksananya kegiatan sebagaimana yang dimaksud pada butir 1 tersebut perlu ditetapkan dengan Keputusan Rektor;
3. Bahwa nama yang tercantum pada Surat Keputusan ini dipandang cakap dan mampu untuk melaksanakan tugas-tugas yang diembannya.

MENINGGAT :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5500);
3. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 merupakan perubahan dari Permenristek Nomor 44 tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
4. SK Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial no 3/ Menkes & Sos/ SK/ I/ 2001/ tanggal 21 Januari 2001 tentang Pendidikan Diploma Kesehatan;
5. Keputusan Rektor No. 100/SK/UIM/I/2020 tentang Penetapan Buku Panduan Peraturan Akademik.

MEMUTUSKAN:

MENETAPKAN : KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS IMELDA MEDAN TENTANG PEMBIMBING KARYA TULIS ILMIAH (KTI) TAHUN 2025

- Pertama :** Mengangkat Saudari / Erlindai, SKM., M.Kes
Sebagai : Dosen Pembimbing
Atas Nama : Dicky Raffael Pranata Munte
Nim : 2213462099
Judul Karya Tulis Ilmiah : Analisis Kelengkapan Dokumentasi Terminologi Medis Sistem Reproduksi Dengan Penegakan Diagnosa Dalam Menentukan Kodefikasi Penyakit Di Rumah Sakit Umum Advent Medan
Program Studi : D-III Perekam dan Informasi Kesehatan
- Kedua :** Dosen Pembimbing bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Imelda Medan dan kepada yang bersangkutan diberikan penghasilan sesuai dengan jabatan yang dipangkunya.
- Ketiga :** Surat keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.
- Petikan surat keputusan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk diketahui dan dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Medan
Tanggal : 29 April 2025



Dr dr. Imelda Liana Ritonga, S.Kp., M.Pd., MN



UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)

Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur

Kode Pos 20239, Telepon (061) 6645670 Fax. (061) 6618457

E-mail: univ.imeldamedan@gmail.com

Nomor : 521.03/B/UIM/V/2025
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth. :
Bapak/Ibu Direktur Rumah Sakit Advent Medan
Jl. Gatot Subroto No.KM 4
Medan

Dengan Hormat,

Bersama ini kami memohon kepada Bapak/Ibu Direktur untuk berkenan memberikan izin bagi mahasiswa/i atas :

Nama : Dicky Rafael Pranata Munte
NIM : 2213462099
Program Studi : D-III Perekam dan Informasi Kesehatan
Judul Penelitian : Analisa Kelengkapan Dokumentasi Terminologi Medis Sistem Reproduksi Dengan Penegakan Diagnosa Dalam Menentukan Kodefikasi Penyakit di Rumah Sakit Advent Medan

Untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Advent Medan dengan tujuan penelitian Karya Tulis Ilmiah (KTI)

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasama yang diberikan, kami ucapkan terima kasih.



Medan, 19 Mei 2025

Rektor,

Dr. dr. Imelda Liana Ritonga, S.Kp.,M.Pd.,MN

Cc : File



YAYASAN RUMAH SAKIT ADVENT MEDAN

Jl. Gatot Subroto Km. 4 Medan 20119, Indonesia, Telp. 061 – 4524875, Fax. 061 – 4155700

Kepada Yth

Dr. dr Imelda Liana Ritonga, S.Kp.,M.Pd.,MN

Rektor Univ. Imelda Medan (UIM)

Di - Tempat

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Rudi C.D. Sitepu, MH.Kes

Jabatan : Direktur

Alamat : Kompleks RS Advent Medan

Jl. Jend. Gatot Subroto Km. 4, Sei Sikambang D. Medan Petisah

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Dicky Raffael Pranata Munte

NIM : 2213462099

Program Studi : D-III Perekam dan Informasi Kesehatan

Judul Skripsi : Analisa Kelengkapan Dokumentasi Medis Sistem Reproduksi
Dengan Penegakan Diagnosa Dalam Menentukn Kodefikasi
Penyakit Di Rumah Sakit Advent Medan

Berdasarkan Rapat Keputusan Dewan Administratif tgl. 10 Juni 2025 dengan no. Keputusan 2025 – 141, nama-nama yang tersebut diatas *diberikan Izin Melakukan Penelitian* di Rumah Sakit Advent Medan.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan Kerjasama yang baik kami ucapkan banyak terima kasih.

Medan, 13 Oktober 2025

Hormat kami,

Dr. Rudi C.D. Sitepu, MH. Kes

Direktur RS Advent Medan



YAYASAN RUMAH SAKIT ADVENT MEDAN

Jl. Gatot Subroto Km. 4 Medan 20119, Indonesia, Telp. 061 – 4524875, Fax. 061 – 4155700

Kepada Yth

Dr. dr Imelda Liana Ritonga, S.Kp.,M.Pd.,MN

Rektor Univ. Imelda Medan (UIM)

Di - Tempat

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Rudi C.D. Sitepu, MH.Kes
Jabatan : Direktur
Alamat : Kompleks RS Advent Medan
Jl. Jend. Gatot Subroto Km. 4, Sei Sikambang D. Medan Petisah

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Dicky Raphael Pranata Munte
NIM : 2213462099
Program Studi : D-III Perekam dan Informasi Kesehatan
Judul Skripsi : Analisa Kelengkapan Dokumentasi Medis Sistem Reproduksi
Dengan Penegakan Diagnosa Dalam Menentukakn Kodefikasi
Penyakit Di Rumah Sakit Advent Medan

Berdasarkan Rapat Keputusan Dewan Administratif tgl. 10 Juni 2025 dengan no. Keputusan 2025 – 141, nama-nama yang tersebut diatas *telah selesai melakukan penelitian di RS Advent Medan dari tanggal 23 Juni 2025 sampai dengan 12 Agustus 2025*

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan Kerjasama yang baik kami ucapkan banyak terima kasih.

Medan, 13 Oktober 2025

Hormat kami,

Dr. Rudi C.D. Sitepu, MH. Kes
Direktur RS Advent Medan

LEMBAR OBSERVASI

Nama Fasyankes : Rumah Sakit Advent Medan
Alamat : Jl. Gatot Subroto No.Km 4, Sei Kambing D, Kec. Medan
Petisah, Kota Medan, Sumatera Utara 20118.
Tanggal Observasi : 12 Agustus 2025

| No. RM | Terminologi Medis | | Ketepatan Penegakan Terminologi Medis | |
|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| | Diagnosa Dibuat | Diagnosa Seharusnya | Tepat | Tidak Tepat |
| 0099 xxxx | Other and unspecified ovarian cysts | Other and unspecified ovarian cysts | ✓ | |
| 0026 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0062 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0096 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0028 xxxx | Cyst of Bartholin gland | Cyst of Bartholin gland | ✓ | |
| 0010 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0047 xxxx | Endometrial hyperplasia | Endometrial hyperplasia | ✓ | |
| 0057 xxxx | Hydrocele, unspecified | Hydrocele, unspecified | ✓ | |
| 0029 xxxx | Orchitis | Orchitis | ✓ | |
| 0043 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |

| | | | | |
|-----------|--|--|---|---|
| 0068 xxxx | Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis | Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis | ✓ | |
| 0055 xxxx | Endometriosis of uterus | Endometriosis of uterus | ✓ | |
| 0016 xxxx | Other and unspecified ovarian cysts | Other and unspecified ovarian cysts | ✓ | |
| 0081 xxxx | Spermatocele | Spermatocele | ✓ | |
| 0086 xxxx | Orchitis | Orchitis | ✓ | |
| 0000 xxxx | Hydrocele, unspecified | Hydrocele, unspecified | ✓ | |
| 0032 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0048 xxxx | Hydrocele, unspecified | Hydrocele, unspecified | ✓ | |
| 0004 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0081 xxxx | PUA | Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified | ✓ | |
| 0078 xxxx | Endometrial hyperplasia | Endometrial hyperplasia | ✓ | |
| 0034 xxxx | Inflammatory disorders of scrotum | Inflammatory disorders of scrotum | ✓ | |
| 0046 xxxx | Cyst of Bartholin gland | Cyst of Bartholin gland | ✓ | |
| 0041 xxxx | Endometrial hyperplasia | Endometrial hyperplasia | ✓ | |

| | | | | |
|-----------|--|--|---|---|
| 0069 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0015 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0050 xxxx | Other and unspecified ovarian cysts | Other and unspecified ovarian cysts | ✓ | |
| 0061 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0083 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0087 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0077 xxxx | Endometriosis of uterus | Endometriosis of uterus | ✓ | |
| 0079 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0016 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0046 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0086 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0051 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0009 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0074 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |

| | | | | |
|-----------|--|--|---|---|
| 0020 xxxx | Orchitis | Orchitis | ✓ | |
| 0048 xxxx | PUA | Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified | | ✓ |
| 0053 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0022 xxxx | Cyst of Bartholin gland | Cyst of Bartholin gland | ✓ | |
| 0025 xxxx | PUA | Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified | | ✓ |
| 0027 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0088 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0077 xxxx | Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis | Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis | ✓ | |
| 0082 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0072 xxxx | Inflammatory disorders of scrotum | Inflammatory disorders of scrotum | ✓ | |
| 0081 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0058 xxxx | Other and unspecified ovarian cysts | Other and unspecified ovarian cysts | ✓ | |
| 0086 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |

| | | | | |
|-----------|-------------------------------------|---|---|---|
| 0020 xxxx | PUA | Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified | | ✓ |
| 0082 xxxx | Abscess of vulva | Abscess of vulva | ✓ | |
| 0005 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0057 xxxx | Polyp of corpus uteri | Polyp of corpus uteri | ✓ | |
| 0071 xxxx | Orchitis | Orchitis | ✓ | |
| 0012 xxxx | Gangguan noninflamasi pada uterus | Other specified noninflammatory disorders of uterus | | ✓ |
| 0047 xxxx | Inflammatory disorders of scrotum | Inflammatory disorders of scrotum | ✓ | |
| 0007 xxxx | Cyst of Bartholin gland | Cyst of Bartholin gland | ✓ | |
| 0015 xxxx | Other and unspecified ovarian cysts | Other and unspecified ovarian cysts | ✓ | |
| 0051 xxxx | Other and unspecified ovarian cysts | Other and unspecified ovarian cysts | ✓ | |
| 0038 xxxx | Other and unspecified ovarian cysts | Other and unspecified ovarian cysts | ✓ | |
| 0051 xxxx | Polyp of corpus uteri | Polyp of corpus uteri | ✓ | |
| 0085 xxxx | PUA | Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified | | ✓ |

| | | | | |
|-----------|-------------------------------------|--|---|---|
| 0007 xxxx | PUA | Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified | | ✓ |
| 0044 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0038 xxxx | Other and unspecified ovarian cysts | Other and unspecified ovarian cysts | ✓ | |
| 0003 xxxx | Hydrocele, unspecified | Hydrocele, unspecified | ✓ | |
| 0077 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0097 xxxx | Other and unspecified ovarian cysts | Other and unspecified ovarian cysts | ✓ | |
| 0050 xxxx | PUA | Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified | | ✓ |
| 0048 xxxx | PUA | Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified | | ✓ |
| 0000 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0046 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0049 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0077 xxxx | PUA | Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified | | ✓ |
| 0090 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |

| | | | | |
|-----------|--|--|---|---|
| 0004 xxxx | Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis | Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis | ✓ | |
| 0083 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0028 xxxx | Orchitis | Orchitis | ✓ | |
| 0038 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0072 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0049 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |
| 0065 xxxx | BPH | Hyperplasia of prostate | | ✓ |

PEDOMAN WAWANCARA
ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMENTASI TERMINOLOGI MEDIS
SISTEM REPRODUKSI DENGAN PENEGAKAN DIAGNOSA
DALAM MENENTUKAN KODEFIKASI PENYAKIT

1. Seberapa lama bapak bekerja sebagai koder di rumah sakit ini?
2. Apakah ada SOP tertentu yang bapak gunakan untuk dokumentasi terminologi medis?
3. Bagaimana proses penegakan kode diagnosis yang dilakukan di rumah sakit ini pak?
4. Apakah ada tantangan yang sering bapak hadapi dalam penegakan kode terkait sistem reproduksi?
5. Seberapa sering bapak menemukan kesalahan atau ketidakakuratan dalam pengkodean diagnosis terkait sistem reproduksi?
6. Bagaimana cara bapak melakukan pengkodean penyakit yang terkait sistem reproduksi?
7. Apakah menurut bapak bahwa kelengkapan dokumentasi terminologi medis dapat mempengaruhi akurasi kodefikasi penyakit?
8. Apakah ada SOP tertentu yang bapak ikuti dalam menentukan kode diagnosis?
9. Apakah ada hal lain yang ingin bapak sampaikan terkait dengan dokumentasi, penegakan diagnosis, dan kodefikasi penyakit?

TRANSKIP WAWANCARA
ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMENTASI TERMINOLOGI MEDIS
SISTEM REPRODUKSI DENGAN PENEGAKAN DIAGNOSA
DALAM MENENTUKAN KODEFIKASI PENYAKIT

Informan

Nama Informan : Jxx

Umur : 47 Tahun

Lama Bekerja : 20 Tahun

Waktu : 02 Juli 2025

Tempat : Rumah Sakit Advent Medan

| No. | Transkrip Wawancara | |
|-----|---------------------|--|
| | Peneliti | Selamat siang pak, perkenalkan nama saya Dicky Munte. Izin pak, saya ingin mewawancarai Bapak mengenai terminologi medis sistem reproduksi dengan penegakan diagnosa dalam menentukan kodefikasi penyakit. Apakah Bapak bersedia saya wawancarai? |
| | Informan | <i>"Iya boleh."</i> |
| 1. | Peneliti | Berapa lama bapak bekerja sebagai koder di rumah sakit ini? |
| | Informan | <i>"Sebagai koder kurang lebih 20 tahun."</i> |
| 2. | Peneliti | Apakah ada SOP tertentu yang bapak gunakan untuk dokumentasi terminologi medis? |
| | Informan | <i>"Untuk SOP terminologi medis tidak ada ya."</i> |
| 3. | Peneliti | Bagaimana proses penegakan kode diagnosis yang dilakukan di rumah sakit ini pak? |
| | Informan | <i>"Kita ikuti sesuai kaidah koding aja, aturan pengodean yang dilakukan kemudian kan ada SOP tentang pengkodean."</i> |
| 4. | Peneliti | Apakah ada tantangan yang sering bapak hadapi dalam penegakan kode terkait sistem reproduksi? |
| | Informan | <i>"Tantangan sih, tantangan umum ya. Paling kalau misalnya dokter menulis diagnosis dalam bahasa Indonesia ya tinggal kita cari istilah yang terkait dengan ICD atau dokter menulis tapi petugas tidak bisa membaca yaitu terkait rekam medis manual ya."</i> |
| 5. | Peneliti | Seberapa sering bapak menemukan kesalahan atau ketidakakuratan dalam pengkodean diagnosis terkait sistem |

| | | |
|----|----------|--|
| | | reproduksi? |
| | Informan | <i>“Karena Saya sebagai koder nya, ya kadang gak bisa menemukan walaupun orang lain yang menemukan ya. Jadi kalau misalnya menemukan kesalahan mungkin ketika ada koreksi dari tim Kesmik ya, terkait koding yang diberikan. Tapi selama ini sih hampir belum ada sih yang memberikan masukan kecuali penyesuaian diagnosis yang dokter tulis ya.”</i> |
| 6. | Peneliti | Bagaimana cara bapak melakukan pengkodean penyakit yang terkait sistem reproduksi? |
| | Informan | <i>“Itu tadi, kembali lagi bahwa kita melakukan tugas koding mengikuti kaidah koding yang ada. Kemudian SOP yang sudah dibuat rumah sakit kita harus patuhi.”</i> |
| 7. | Peneliti | Apakah menurut bapak bahwa kelengkapan dokumentasi terminologi medis dapat mempengaruhi akurasi kodefikasi penyakit? |
| | Informan | <i>“Kalau semakin lengkap informasi nya, maka petugas koding pun bisa lebih memilih koding yang tepat.”</i> |
| 8. | Peneliti | Apakah ada SOP tertentu yang bapak ikuti dalam menentukan kode diagnosis? |
| | Informan | <i>“SOP tertentu hanya itu aja, yang sudah dibuat oleh rumah sakit secara general. Jadi tidak melihat kasus reproduksi, jadi hanya SOP secara umum cara pengodingan.”</i> |
| 9. | Peneliti | Apakah ada hal lain yang ingin bapak sampaikan terkait dengan dokumentasi, penegakan diagnosis, dan kodefikasi penyakit? |
| | Informan | <i>“Paling ini saran buat yang menulis rekam medis khususnya kepada dokter, menulis lengkap anamnesis atau keluhan pasien. Kalau misalnya terkait reproduksi yang biasa terjadi letaknya, kalau bisa sesuai dengan terminologi medis itu lebih baik ya. Dibanding kalau misalnya dalam bahasa Indonesia, ya memang kita harus sering-sering menemukan kasus baru kita ingat. Kalau gak harus cari lagi di buku atau tanya google.”</i> |

LEMBAR CHECKLIST
ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMENTASI TERMINOLOGI MEDIS
SISTEM REPRODUKSI DENGAN PENEGAKAN DIAGNOSA
DALAM MENENTUKAN KODEFIKASI PENYAKIT
DI RUMAH SAKIT ADVENT MEDAN

1. Identitas Peneliti

Nama : Dicky Rafhael Pranata Munte

Nim : 2213462099

Judul : Analisis Kelengkapan Dokumentasi Terminologi Medis
Sistem Reproduksi Dengan Penegakan Diagnosa Dalam
Menentukan Kodefikasi Penyakit Di Rumah Sakit Advent
Medan.

2. Waktu dan Tempat Penelitian

Lokasi Peneliitian : Rumah Sakit Advent Medan

Hari, Tanggal : 12 Agustus 2025

| No. RM | Resume Medis | Hasil Laboratorium | CPPT | Laporan Operasi | Laporan Anestesi | Asesmen IGD | Asesmen Rawat Inap |
|--------------|--|--|---|---|--|---|---|
| 0099 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0026 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0062 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0096 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0028 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0010 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0047 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0057 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0029 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| 0043 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0068 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0055 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0016 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0081 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0086 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0000 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | |
| 0032 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0048 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0004 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0081 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0078 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|---|---|--|---|---|
| | Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0034 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0046 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0041 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0069 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0015 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre | Diagnosa Pre | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0050 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0061 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0083 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0087 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0077 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0079 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | |
| 0016 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0046 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0086 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0051 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0009 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|---|---|--|---|---|
| | Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0074 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0020 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|---|---|--|---|---|
| | Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0048 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0053 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0022 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre | Diagnosa Pre | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0025 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0027 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0088 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0077 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0082 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0072 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | |
| 0081 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0058 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0086 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0020 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0082 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|---|---|--|---|---|
| | Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0005 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0057 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0071 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0012 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0047 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre | Diagnosa Pre | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0007 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0015 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0051 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0038 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0051 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0085 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | |
| 0007 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0044 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0038 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0003 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0077 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|---|---|--|---|---|
| | Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0097 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0050 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0048 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0000 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0046 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre | Diagnosa Pre | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0049 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0077 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0090 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0004 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | | Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0083 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0028 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | | | Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | | | |
| 0038 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0072 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0049 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|---|
| | Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0065 xxxx | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Masuk <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Terapi yang Diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Kondisi Saat Keluar <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran Perawatan Lanjutan <input checked="" type="checkbox"/> | Hemoglobin <input checked="" type="checkbox"/> Hematokrit <input checked="" type="checkbox"/> Trombosit <input checked="" type="checkbox"/> Leukosit <input checked="" type="checkbox"/> Kadar Gula Darah <input checked="" type="checkbox"/> Kolestrol <input checked="" type="checkbox"/> Asam Urat <input checked="" type="checkbox"/> Urinalisis <input checked="" type="checkbox"/> | Subjektif <input checked="" type="checkbox"/> Objektif <input checked="" type="checkbox"/> Asesmen <input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan <input checked="" type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> Obat Anestesi <input type="checkbox"/> Catatan Obat-obatan <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Diagnosa Pre Operasi <input type="checkbox"/> Diagnosa Pasca Operasi <input type="checkbox"/> Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input type="checkbox"/> Teknik Anestesi <input type="checkbox"/> | Anamnesis <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Penunjang <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa Awal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan Awal <input checked="" type="checkbox"/> | Keluhan Utama <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Sekarang <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Faktor Risiko <input checked="" type="checkbox"/> Riwayat Penyakit Dahulu <input checked="" type="checkbox"/> |

**LEMBAR KONSULTASI MAHASISWA/I PROGRAM STUDI D-III
PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN**







NAMA : Dicky Rafhael Pranata Munte








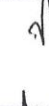
NIM : 2213462099

JUDUL KTI : Analisis Kelengkapan Dokumentasi Terminologi

**Medis Sistem Reproduksi Dengan Penegakan Diagnosa Dalam Menentukan
Kodefikasi Penyakit Di Rumah Sakit Advent Medan**

DOSEN PEMBIMBING : Erlindai, S.KM., M.Kes

| No. | Hari/Tanggal | Materi Konsultasi | Hasil | Paraf |
|-----|-----------------------|------------------------------|---|---|
| 1. | Selasa, 29 April 2025 | Pengajuan Judul KTI | ACC Judul |  |
| 2. | Senin, 05 Mei 2025 | Konsul KTI BAB I | Revisi dan lanjut ke BAB II s/d BAB III |  |
| 3. | Kamis, 15 Mei 2025 | Konsul KTI BAB I s/d BAB III | Revisi BAB I s/d BAB III |  |
| 4. | Senin, 19 Mei 2025 | Konsul KTI BAB I s/d BAB III | Revisi BAB I s/d BAB III |  |
| 5. | Sabtu, 24 Mei 2025 | Konsul KTI BAB I s/d BAB III | Revisi BAB I s/d BAB III |  |
| 6. | Kamis, 12 Juni 2025 | Konsul KTI BAB I s/d BAB III | Revisi BAB I s/d BAB III |  |

| | | | | |
|-----|------------------------|------------------------------|--|---|
| 7. | Selasa, 17 Juni 2025 | Konsul KTI BAB I s/d BAB III | ACC dan lanjut ke Instrumen Penelitian |  |
| 8. | Rabu, 02 Juli 2025 | Konsul Instrumen Penelitian | Revisi Instrumen Penelitian |  |
| 9. | Senin, 10 Juli 2025 | Konsul Instrumen Penelitian | ACC dan lanjut ke BAB IV s/d BAB V |  |
| 10. | Rabu, 16 Juli 2025 | Konsul KTI BAB IV s/d BAB V | Revisi BAB IV s/d BAB V |  |
| 11. | Sabtu, 19 Juli 2025 | Konsul KTI BAB IV s/d BAB V | Revisi BAB IV s/d BAB V |  |
| 12. | Sabtu, 26 Juli 2025 | Konsul KTI BAB IV s/d BAB V | Revisi BAB IV s/d BAB V |  |
| 13. | Kamis, 07 Agustus 2025 | Konsul KTI BAB IV s/d BAB V | Revisi BAB IV s/d BAB V |  |
| 14. | Jumat, 15 Agustus 2025 | Konsul KTI BAB IV s/d BAB V | ACC KTI BAB IV s/d BAB V |  |

Diketahui Dosen Pembimbing



(Erlindai, S.KM., M.Kes)

NIDN. 0104108701

BERITA ACARA PERBAIKAN KARYA TULIS ILMIAH

Pada hari Kamis, tanggal 21 Agustus Tahun 2025 bertempat di Prodi D-III
Perekam dan Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan dilaksanakan Ujian
Karya Tulis Ilmiah terhadap mahasiswa :

Nama : Dicky Rafael Pranata Munte

NIM : 2213462099

Judul : ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMENTASI MEDIS SISTEM
REPRODUKSI DENGAN PENEGAKAN DIAGNOSA DALAM
MENENTUKAN KODEFIKASI PENYAKIT DI RUMAH SAKIT
ADVENT MEDAN

Revisi Karya Tulis Ilmiah

| No. | Nama Dosen Penguji | Hal Yang Diperbaiki | Hasil Perbaikan | Paraf |
|-----|---|--|---------------------|---|
| 1. | Marta Simanjuntak, SST.MIK., MKM (Penguji I) | 1. Perbaikan kerapihan penulisan 2. Konsistensi Penulisan 3. Perbaikan BAB IV | Telah Diperbaiki |  |
| 2. | Geovani Arta Sihite, S.Tr.Kom.RM., MKM (Penguji II) | 1. Perbaikan kerapihan penulisan 2. Konsistensi Penulisan 3. Perbaikan BAB IV | Telah Diperbaiki |  |
| 3. | Erlindai, SKM., M.Kes (Penguji III) | 1. Perbaikan kerangka konsep | Telah Diperbaiki |  |

Diketahui Oleh Pembimbing



(Erlindai, SKM., M.Kes)

NUPTK. 3336765666230233

BUKTI REVISI

Nama : Dicky Rafael Pranata Munte
NIM : 2213462099
Prodi : D-III Perekam dan Informasi Kesehatan

Benar telah melakukan revisi Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "**Analisis Kelengkapan Dokumentasi Medis Sistem Reproduksi Dengan Penegakan Diagnosa Dalam Menentukan Kodefikasi Penyakit Di Rumah Sakit Advent Medan**".

Kepada penguji I : Marta Simanjuntak, S.ST., MKM
NUPTK : 3559770671230302

Demikian surat ini saya perbuat untuk dipergunakan sepenuhnya. Atas perhatian Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Medan, 22 September 2025

Diketahui Oleh,
Penguji I

Yang Menyatakan,



(Marta Simanjuntak, S.ST., MKM)
NUPTK. 3559770671230302



(Dicky Rafael Pranata Munte)
NIM. 2213462099

BUKTI REVISI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dicky Rafhael Pranata Munte
Nim : 2213462099
Tingkat/Prodi : III-D/ D-III Perekem dan Informasi Kesehatan

Benar telah melakukan revisi Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul **“Analisis Kelengkapan Dokumentasi Medis Sistem Reproduksi Dengan Penegakan Diagnosa Dalam Menentukan Kodifikasi Penyakit Di Rumah Sakit Advent Medan”**

Kepada penguji II : Geovani Arta Sihite, S.Tr.Kom.RM., MKM
NUPTK : 8563776677230123

Demikian surat ini saya perbuat untuk dipergunakan seperlunya, atas perhatian Bapak/Ibu saya ucapkan terimakasih.

Medan, 25 September 2025

Diketahui oleh,
Penguji II



(Geovani Arta Sihite, S.Tr.Kom.RM., MKM)
NUPTK. 8563776677230123

Yang Menyatakan,



(Dicky Rafhael Pranata Munte)
NIM. 2213462099

BUKTI REVISI

Nama : Dicky Rafael Pranata Munte
NIM : 2213462099
Prodi : D-III Perkam dan Informasi Kesehatan

Benar telah melakukan revisi Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "**Analisis Kelengkapan Dokumentasi Medis Sistem Reproduksi Dengan Penegakan Diagnosa Dalam Menentukan Kodefikasi Penyakit Di Rumah Sakit Advent Medan**".

Kepada penguji III : Erlindai, SKM., M.Kes
NUPTK : 3336765666230233

Demikian surat ini saya perbuat untuk dipergunakan sepenuhnya. Atas perhatian Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Medan, 08 Oktober 2025

Diketahui Oleh,

Penguji III



(Erlindai, SKM., M.Kes)
NUPTK. 3336765666230233

Yang Menyatakan,



(Dicky Rafael Pranata Munte)
NIM. 2213462099

