

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. HASAN SADIKIN
FAKULTAS KEDOKTERAN - UNIVERSITAS PADJADJARAN
BAGIAN / UPF PATOLOGI ANATOMI

Jl. Pasteur 38 - Bandung 40132 Telp/Fax. (022) 2531447, 2531175 Ext. 3244, 3391

Yth : Nurhayat Usman, dr., Sp.B-KBD

Bagian: BEDAH DIGESTIF

R. S : dr. Hasan Sadikin
Di tempat

No Sediaan : PB.155190	Nama Penderita : No CM : Jns kel / Umur :	HAN HAN JUNIARTO 15025494 L / 42 THN	Diterima Tgl 05-08-15	Dijawab Tgl 10-08-15
---------------------------	---	--	--------------------------	-------------------------

Makroskopis :

Diterima 2 buah jaringan, terbesar uk 1x0,5x0,3 cm, terkecil 0,2 cm, putih kecoklatan kenyal.

Mikroskopis :

Sediaan terdiri dari stroma jaringan ikat fibrokollagen yang edematus dan jaringan otot.

Tampak sebaran masif sel radang limfosit, netrofil, eosinofil dan proliferasi pembuluh darah disertai perdarahan.

Tidak tampak sel ganas.

Kesimpulan :

Abses non spesifik a/r perianal.

R

dl

dl

Bandung, 10 August 2015

no reg pa 1509731

(Sri Suryanti, dr., Sp.PA(K), MS)

PASIEN INSTALASI GAWAT DARURAT - RSUP Dr. HASAN SADIKI

Telepon. (022) 234953 (Hunting) Faksimile : (022) 2032216

No. Kartu BPJS	:		No. SEP	:	
No. Rekam Medis	:	1500021206	Berat Badan	:	Tgl Rujukan
Nama Pasien	:	HAN HAN JUNIARTO		:	No. Rujukan
Tanggal Lahir	:	15-JUN-73	Sex	:	L
Diagnosa Rujukan	:		Asal Rujukan	:	
Alamat	:	Jl. SUKAMAJU HP. 0812.24.503.05 RT.03 RW.05 KEL.CIPADUNG KULON KEC.PANYILEUKAN, KODYA BANDUNG			

ANAMNESA :

[illegible]

		ICD
Diagnosa Utama		
Diagnosa Tambahan	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
Tindakan Utama		
Tindakan Tambahan	1.	
	2.	
	3.	

PERHATIAN :

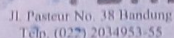
SURAT SBPK TIDAK UNTUK DIBAWA PASIEN PULANG

☎ 2034953 - 55

PKI. :

(TONO RUSTIANO)

RM - SBPK - 01/13



(Discharge Summary)

0000449625
HAN HAN JUNIARTO / L
15-JUN-73

Tanggal Masuk :
(Admission Date)
Ruang Rawat Terakhir :
(Last Ward)

Tanggal Keluar
(Discharge Date)

- ICD 10 :

RM.RI.02/14 Rev 4

(Diisi oleh Dokter)

Halaman 2 of 2

• **TINDAKAN/PROSEDUR/OPERASI :**
(Action / procedur/surgery)

- ICD 9 :
- ICD 9 :
- ICD 9 :
- ICD 9 :
- ICD 9 :
- ICD 9 :
- ICD 9 :

• **INSTRUKSI PERAWATAN LANJUTAN/EDUKASI :**
(Continued Care Instruction / education)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Cara Pulang : ☐ Izin Dokter ☐ Pindah Rumah ☐ Permintaan Sendiri ☐ Melarikan diri
Sakit
- Kondisi Saat Pulang : ☐ Sembuh ☐ Perbaikan ☐ Tidak Sembuh ☐ Meninggal < 48 Jam
☐ Meninggal > 48 Jam

• **TERAPI PULANG :**
(Take home Therapy)

No	Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian
1	Amoxicillin	10	250	3x1	Oral
2	Metformin	10	500	3x1	Oral
3	Vit C	10	500	3x1	Oral
4	Aspirin	10	100	1x1	Oral
5	Parasetamol	10	500	3x1	Oral

- **Kontrol ke :**
- **Alamat :**
 - **Tanggal:**

• **Apabila dalam keadaan darurat dapat menghubungi :**

- **Nama:**
- **No. Telp:**

- **PROGNOSIS(P**
rognose)
- | | | | | |
|----------------|---|------------------------------------|---|---|
| Ad. Functional | ☐ Ad. Bonam | ☐ Ad. Malam | ☐ Dubia ad bonam | ☐ Dubia ad Malam |
| Ad. Vitam | ☒ Ad. Bonam | ☐ Ad. Malam | ☐ Dubia ad Bonam | ☐ Dubia ad Malam |

*) Coret yang tidak perlu

Beri tanda (x) pada ☐ pilihan

Dibuat rangkap 3 (Putih: untuk Rekam Medis, Merah : untuk Pasien, Kuning: untuk Penjamin)

Bandung,
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

(.....)
Tanda Tangan dan Nama Jelas

RSUP Dr HASAN SADIKIN
JALAN PASTEUR No. 38 BDG
Telp. 2034953 - 55

INSTALASI :

0000449625 Antri 119'D 94
Dokter

No. RM :

HAN HAN JUNIARTO

Nama

Tgl Lahir : 15-06-1973

Klinik

POLI SPESIALIS

UMUM

Nurhayat Usman, dr., Sp.B-KBD

ADRIAN

No. Antrian : 25,000.00

03-08-2015

12:31:48

Bdg,

Pkl. :

ate 03-08-2015

0000919757

455600

SP
S
CIALIS

No. Dokumen: 0000449625

AH

95,000

TERBILANG

(Sembilan puluh lima ribu Rupiah)

44000-100020000449625

PEMILIK REKENING

RSHS BANDUNG

JALAN PASTEUR NO 38 BANDUNG 40161 Telp 2034953-55

PENERIMAAN PELAYANAN POLI, CARA SAYAR UMUM a.n PASIEN HAN
HAN JUNIARTO 0000449625 Rp. 95000

TELLER

EDMUNDA DORMA M

1390061163

BANDUNG

tanggal date 03-08-2015

0000919757

455600

 RSHS BANDUNG
 0000919757
 03-08-2015
 HAN JUNIARTO

LUNAS
LOKET SPECIALIS

No. Dokumen: 0000449625

NAMA PASIEN

 Pasien a.n
 HAN HAN JUNIARTO
 RSHS BANDUNG

JUMLAH

95,000

TERBILANG

(Sembilan puluh lima ribu Rupiah)

44000-100020000449625

PEMILIK REKENING

RSHS BANDUNG

 PENERIMAAN PELAYANAN POLI, CARA BAYAR UMUM a.n PASIEN HAN
 HAN JUNIARTO 0000449625 Rp. 95000

TELLER

 EDMUNDA DORMA M
 1390061163

JALAN PASTEUR NO 38 BANDUNG 40161 TELP 2034953-55

RSUP Dr. HASAN SADIKIN
JALAN PASTEUR NO. 38 BDG

1500021206 ☎ 2034953 - 55 **DARURAT**

INSTALASI
KONTRAKTOR BPJS ASKES

No. RM : 0000449625

Nama : HAN HAN JUNIARTO

Tgl Lahir : 15-06-1973
Klinik :

No. Antrian :

NO SJ

Rp.

03-08-2015

14:44:06

Bdg,

Pkl. :

RSUP Dr. HASAN SADIKIN
BANK DARAH - UPF PATOLOGI KLINIK

Jl. Pasteur No. 38 Telp. / Fax. (022) 2033307
Bandung

KARTU BUKTI PERMINTAAN DARAH

Nama :

Tanggal Lahir :

Med. Rec & No. Billing :

Ruangan :

Alamat :

Golongan Darah (A) (B) (O) (AB) / Rh (+) (-)



1500021206

HAN HAN JUNIARTO / L

15-JUN-73

: E. Bedah

: Jl. Sukamaju Cipadung Kulon

Perhatian !!!

Kartu ini harap dibawa setiap ke Bank Darah RSHS.

Jika dalam 3 hari dari tanggal permintaan darah tidak dipakai,
maka dianggap batal.



ASKES

Health Insurance Specialist

PT. ASKES (Persero)

Nomor K.A : 0009026983001 / 1001031254988

Nama : HANHAN JUNIARTO, SE

Status : PESERTA

Tgl. Lahir : 15/06/1973

Nama PPK : 10012203 - UJUNGBERUNG INDAH



13-08-2005

Ka KC BANDUNG

(TONO RUSTIANO)

PESERTA

Nama : HANHAN JUNIARTO, SE (L)
NIP/ : 132314919
Golongan : III
Tgl. Lahir : 15/06/1973
Alamat : JL. SUKAMAJU NO. 50 RT 03/05
CIBIRU

Tanda Tangan Peserta

PERHATIAN

Penggunaan Kartu Askes oleh yang
tidak berhak dikenakan sanksi sesuai (HANHAN JUNIARTO, SE)
dengan ketentuan yang berlaku

SURAT ELEGIBILITAS PESERTA
RS. HASAN SADIKIN

No. SEP : 1001R01208150001647

Tgl. SEP : 03/08/2015

No.Kartu : 0000058005281

Nama Peserta : HANNAN JUNIARTO

Tgl.Lahir : 15/06/1973

Jns.Kelamin : L

Poli Tujuan : Instalasi Gawat Darurat

Asal Faskes Tk. I : UJUNGBERUNG INDAH

Diagnosa Awal : Observation for other suspected diseases and conditions

Catatan :

**Saya Menyetujui BPJS Kesehatan menggunakan Informasi Medis Pasien jika diperlukan.
SEP bukan sebagai bukti penjaminan peserta

Cetakan ke 1 - 8/3/2015 2:46:30 PM

Peserta : PNS PUSAT

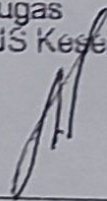
COB :

Jns.Rawat : Rawat Jalan

Kls.Rawat : Kelas I

Pasien/
Keluarga Pasien

Petugas
BPJS Kesehatan



SURAT PERNYATAAN

F.2/2018

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

No.KTP :

Alamat :

1. Saya bersedia untuk memenuhi panggilan sidang MKDKI di ruang sidang MKDKI di Gd. Konsil Kedokteran Indonesia, Jl. Teuku Cik Ditiro No.6 Gondangdia, Menteng, Jakarta Pusat, atas biaya sendiri.
2. Apabila saya tidak hadir 2 (dua) kali panggilan sidang sebagaimana yang dimaksud pada angka 1 (satu) maka saya bersedia menerima ketentuan yang berlaku.
3. Saya bersedia mematuhi dan mengikuti Tata Cara Penanganan Pengaduan Disiplin Dokter Dan Dokter Gigi tanpa ada yang dikecualikan, sesuai Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 50 tahun 2017.
4. Pengaduan yang saya sampaikan ini adalah benar dan sesuai dengan apa yang saya ketahui/alami.
5. Pengaduan ini belum pernah saya sampaikan ke MKDKI dengan Teradu dan Pokok Pengaduan yang sama.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dan ancaman serta dapat dipertanggungjawabkan.

Tanggal/bulan/tahun

...../...../.....

Pengadu

(Materai Rp. 6.000,-)

(.....)

Kepada Yth,

F.1/2018

Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia
Jln. Teuku Cik Ditiro No.6, Gondangdia Menteng
Jakarta Pusat 10350

Dengan hormat,

Bersama ini saya sampaikan Pengaduan Disiplin Dokter dan Dokter Gigi sebagai berikut:

Identitas Pengadu

Nama lengkap :
(.....)
Alamat domisili :
Nomor KTP :(fotokopi KTP terlampir)
Telepon :
Faksimili :
Email :
Kedudukan : pihak yang mengetahui/yang kepentingannya dirugikan, atau korporasi (badan) yang dirugikan*).

Identitas Teradu

Nama lengkap :
Nomor STR : (apabila diketahui)
Nomor SIP : (apabila diketahui)
Alamat praktik :
(alamat tempat praktik sesuai dengan tempat kasus)

Nama lengkap :
Nomor STR : (apabila diketahui)
Nomor SIP : (apabila diketahui)
Alamat praktik :
(alamat tempat praktik sesuai dengan tempat kasus)

Nama lengkap :
Nomor STR : (apabila diketahui)
Nomor SIP : (apabila diketahui)
Alamat praktik :
(alamat tempat praktik sesuai dengan tempat kasus)

Nama lengkap :
Nomor STR : (apabila diketahui)
Nomor SIP : (apabila diketahui)
Alamat praktik :
(alamat tempat praktik sesuai dengan tempat kasus)

Nama lengkap :
Nomor STR : (apabila diketahui)
Nomor SIP : (apabila diketahui)
Alamat praktik :
(alamat tempat praktik sesuai dengan tempat kasus)

Identitas Pasien

Nama lengkap :
Alamat domisili :
Tanggal lahir/usia :
Jenis kelamin pasien : L/P*)

Tanggal/bulan/tahun

...../...../.....

Pengadu

(.....)

*) coret yang tidak perlu.

Keterangan:

Informasi lebih lanjut tentang Tata Cara Penanganan Pengaduan Disiplin Kedokteran/Kedokteran Gigi, dapat menghubungi Sub Bagian Persidangan, Bagian Pelayanan Hukum, Sekretariat KKI di Gd. Konsil Kedokteran Indonesia, Jl. Teuku Cik Ditiro No.6 Gondangdia, Menteng, Jakarta Pusat 10350, telepon (021) 31923192, 31923193 (ext.165/105), faksimili (021) 31923183, atau dapat diperoleh melalui website Konsil Kedokteran Indonesia: www.kki.go.id *Format Pengaduan*