

PROVINSI JAWA TENGAH
KABUPATEN PURWOREJO

NIK : 3214130907730003

Nama : AWALUDIN
Tempat/Tgl Lahir : PURWOREJO, 09-07-1973
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah :
Alamat : DUKUH NGUBENGAN
RT/RW : 001/001
Kel/Desa : SOMOGEDE
Kecamatan : PITURUH
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : BURUH HARIAN LEPAS
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



PURWOREJO
17-03-2023

3

RM 02.69

RUMAH SAKIT BETHESDA
Jl. Jendral Sudirman 70
Telp. 562246, 586688
Yogyakarta 55224

PERMINTAAN PEMERIKSAAN
LABORATORIUM

Diagnosis/Keterangan Klinik		MOP REGISTER																																																																																																																									
		20/03/2025 01-26-08-38 AWALUDIN BP L [Is] To.Lhr: 09/07/1973 Umur: 51 Th 8 Bl 5 Hr DUKUH NGUBENGAN RT 001/001 - SOMOGED - PITURUH - PURWOREJO 0700/0702-6 10:34:21 OT																																																																																																																									
		Dokter / Pengirim: Asanti, Sp.N (K) FAN SIP : 503/0352/di.Sp/IX/2021 Klinik/Ruang																																																																																																																									
No. SID :	Tanggal :	Jam Pengambilan :	PUASA/TIDAK PUASA																																																																																																																								
Keterangan bahan :		CYTO/BIASA																																																																																																																									
DARAH <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">HEMATOLOGI</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">IMUNOLOGI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> LENGKAP <input type="checkbox"/> Darah lengkap (CBC, LED, Hitung Jenis) <input type="checkbox"/> Darah Rutin (CBC, Hitung Jenis) <input type="checkbox"/> Hemoglobin <input type="checkbox"/> Hematokrit <input type="checkbox"/> Trombosit <input type="checkbox"/> Lekosit <input type="checkbox"/> LED </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> HEMATOLOGI LAIN <input type="checkbox"/> Golongan darah A, B, O <input type="checkbox"/> Golongan Rhesus <input type="checkbox"/> Limfosit Plasma Biru (LPB) <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> ICT Malaria <input type="checkbox"/> Angka Malaria <input type="checkbox"/> Mikrofilaria <input type="checkbox"/> Coomb's Test <input type="checkbox"/> CD4 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> FAAL HEMOSTASIS <input type="checkbox"/> Masa Pendarahan / Bleeding Time <input type="checkbox"/> Masa Pembekuan / Clotting Time <input type="checkbox"/> PT (Prothrombin Time) <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Substitusi APTT </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Fibrinogen <input type="checkbox"/> D-Dimer <input type="checkbox"/> AT III <input type="checkbox"/> Retraksi Jendalan <input type="checkbox"/> TAT <input type="checkbox"/> Viskositas Darah ANEMIA <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin & Retikulosit <input type="checkbox"/> Retikulosit </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Besi/IBC/TIBC <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Sitologi Darah Tepi BMP <input type="checkbox"/> Sitokimia <input type="checkbox"/> Hemosiderin <input type="checkbox"/> Hb Elektroforesis </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">HEPATITIS</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">INFEKSI LAIN</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">TORCH</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">HORMON</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> Anti HBs <input type="checkbox"/> Anti Hbc <input type="checkbox"/> Anti Hbc - IgM <input type="checkbox"/> Anti HAV <input type="checkbox"/> Anti HAV - IgM <input type="checkbox"/> HBeAg <input type="checkbox"/> Anti HBe <input type="checkbox"/> Anti HCV <input type="checkbox"/> Anti HCV - IgM </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Antigen Dengue (NS1) <input type="checkbox"/> Anti Dengue-IgM <input type="checkbox"/> Anti Dengue - IgG <input type="checkbox"/> Salmonella typhi IgM <input type="checkbox"/> HIV (AIDS) <input type="checkbox"/> Anti Amoeba <input type="checkbox"/> Anti H. Pilly <input type="checkbox"/> Anti Leptospira <input type="checkbox"/> Anti Flu Burung <input type="checkbox"/> Anti Chikungunya IgM </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgG <input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgM <input type="checkbox"/> Aviditas Anti-Toxo IgG <input type="checkbox"/> Anti Rubella IgG <input type="checkbox"/> Anti Rubella IgM <input type="checkbox"/> Anti CMV IgG <input type="checkbox"/> Anti CMV IgM <input type="checkbox"/> Aviditas Anti CMV IgG <input type="checkbox"/> Anti HSV - 1 IgG </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Anti HSV - 1 IgM <input type="checkbox"/> Anti HSV - 2 IgG <input type="checkbox"/> Anti HSV - 2 IgM </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> FT3 <input type="checkbox"/> FT4 <input type="checkbox"/> T3 Total <input type="checkbox"/> T4 Total <input type="checkbox"/> TSHs <input type="checkbox"/> Prolaktin <input type="checkbox"/> Beta HCG <input type="checkbox"/> Testosterone <input type="checkbox"/> Progesterone <input type="checkbox"/> FSH / LH </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">PENANDA TUMOR</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">REMATIK</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">KIMIA</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">LEMAK</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Alpha Fetoprotein <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Free PSA <input type="checkbox"/> Ca 125 <input type="checkbox"/> Ca 19 - 9 <input type="checkbox"/> Ca 15 - 3 <input type="checkbox"/> Cyfra 21 - 1 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> hs CRP <input type="checkbox"/> ANA Test <input type="checkbox"/> SEL LE <input type="checkbox"/> RA Test / RF <input type="checkbox"/> Anti ds DNA <input type="checkbox"/> Anti CCP </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> HATI <input type="checkbox"/> Protein Elektroforesis <input type="checkbox"/> Protein Total <input type="checkbox"/> Albumin/Globulin <input type="checkbox"/> Bilirubin Total <input type="checkbox"/> Bilirubin Direk/Indirek <input type="checkbox"/> SGOT (AST) <input type="checkbox"/> SGPT (ALT) <input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali <input type="checkbox"/> LFT </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Cholinesterase (CHE) <input type="checkbox"/> Gamma GT </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Cholesterol Total <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL <input type="checkbox"/> Small-Dense LDL <input type="checkbox"/> V LDL <input type="checkbox"/> Trigliserida <input type="checkbox"/> Apo A1 <input type="checkbox"/> Apo B <input type="checkbox"/> Lp (a) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">DIABETES</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">ELEKTROLIT-GAS DARAH</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">JANTUNG</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">GINJAL</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">URINE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Glucose Puasa <input type="checkbox"/> Glucose 2 jam pp <input type="checkbox"/> Glucose sesaat <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> HbA1C <input type="checkbox"/> Fruktosamin <input type="checkbox"/> Glucose Kurva Harian </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Chlorida <input type="checkbox"/> CO2 Total <input type="checkbox"/> Anion Gap <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Fosfat Anorganik <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Analisa Gas Darah </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> CK - Total <input type="checkbox"/> CK - MB <input type="checkbox"/> Troponin - I <input type="checkbox"/> Homosystein <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> Myoglobin </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Urem / Urea - N <input type="checkbox"/> Creatinin <input type="checkbox"/> Creatinin - Clearance <input type="checkbox"/> Asam Urat </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Paket NAPSA <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> Barbiturates <input type="checkbox"/> Opiates <input type="checkbox"/> Cannabinoids <input type="checkbox"/> Amphetamine </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">URINE</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">FAESES</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">GETAH LAMBUNG</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">CAIRAN OTAK</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">PLEURA/ACITES</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Urine Rutin (pH, BJ, Pro, Red, Sed) <input type="checkbox"/> Urine Lengkap (Rutin, Urobilin, Nitrit, Keton, Darah, Lekosit, Estrase) </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Protein <input type="checkbox"/> Reduksi <input type="checkbox"/> Berat Jenis <input type="checkbox"/> Sedimen <input type="checkbox"/> Darah (Hb/Ery) <input type="checkbox"/> Protein (Esbach) </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Bence Jones <input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Chlorida <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Fosfat Organik </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Urem/Urea_N <input type="checkbox"/> Creatinin <input type="checkbox"/> Asam Urat <input type="checkbox"/> Glucose (Kuantitatif) <input type="checkbox"/> Test Kehamilan </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Titer HCG <input type="checkbox"/> Morfologi Eritrosit <input type="checkbox"/> Protein Total <input type="checkbox"/> Hemosiderin <input type="checkbox"/> Mikroalbumin </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">CAIRAN OTAK</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">GETAH LAMBUNG</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">CAIRAN OTAK</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">PLEURA/ACITES</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">LAIN-LAIN</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Rutin <input type="checkbox"/> Benzidin <input type="checkbox"/> Pencernaan <input type="checkbox"/> Amuba <input type="checkbox"/> Konsentrasi <input type="checkbox"/> Stercobilin </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Asam Basal <input type="checkbox"/> Berjangka <input type="checkbox"/> Mikroskopik <input type="checkbox"/> Benzidin </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Jumlah Sel/Hitung Jenis <input type="checkbox"/> Nonne/Pandy <input type="checkbox"/> Glucose/Protein <input type="checkbox"/> C. Reaktif Protein <input type="checkbox"/> Warna/Kekeruhan/ Bekuan </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Rivalta <input type="checkbox"/> Glucose/Protein <input type="checkbox"/> LDH </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Analisa Sperma <input type="checkbox"/> Analisa Batu Ginjal <input type="checkbox"/> Analisa Cairan Sendi <input type="checkbox"/> Analisa Batu Empedu </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="padding: 5px; text-align: center;"> Keterangan : Berilah Tanda (X) pada tanda <input type="checkbox"/> untuk bahan yang minta diperiksa Tanda Tangan Dokter/Kepala Ruang : Nama Terang : </td> </tr> </table>				HEMATOLOGI		IMUNOLOGI		LENGKAP <input type="checkbox"/> Darah lengkap (CBC, LED, Hitung Jenis) <input type="checkbox"/> Darah Rutin (CBC, Hitung Jenis) <input type="checkbox"/> Hemoglobin <input type="checkbox"/> Hematokrit <input type="checkbox"/> Trombosit <input type="checkbox"/> Lekosit <input type="checkbox"/> LED		HEMATOLOGI LAIN <input type="checkbox"/> Golongan darah A, B, O <input type="checkbox"/> Golongan Rhesus <input type="checkbox"/> Limfosit Plasma Biru (LPB) <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> ICT Malaria <input type="checkbox"/> Angka Malaria <input type="checkbox"/> Mikrofilaria <input type="checkbox"/> Coomb's Test <input type="checkbox"/> CD4		FAAL HEMOSTASIS <input type="checkbox"/> Masa Pendarahan / Bleeding Time <input type="checkbox"/> Masa Pembekuan / Clotting Time <input type="checkbox"/> PT (Prothrombin Time) <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Substitusi APTT		Fibrinogen <input type="checkbox"/> D-Dimer <input type="checkbox"/> AT III <input type="checkbox"/> Retraksi Jendalan <input type="checkbox"/> TAT <input type="checkbox"/> Viskositas Darah ANEMIA <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin & Retikulosit <input type="checkbox"/> Retikulosit		Besi/IBC/TIBC <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Sitologi Darah Tepi BMP <input type="checkbox"/> Sitokimia <input type="checkbox"/> Hemosiderin <input type="checkbox"/> Hb Elektroforesis		HEPATITIS		INFEKSI LAIN		TORCH		HORMON		<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> Anti HBs <input type="checkbox"/> Anti Hbc <input type="checkbox"/> Anti Hbc - IgM <input type="checkbox"/> Anti HAV <input type="checkbox"/> Anti HAV - IgM <input type="checkbox"/> HBeAg <input type="checkbox"/> Anti HBe <input type="checkbox"/> Anti HCV <input type="checkbox"/> Anti HCV - IgM		<input type="checkbox"/> Antigen Dengue (NS1) <input type="checkbox"/> Anti Dengue-IgM <input type="checkbox"/> Anti Dengue - IgG <input type="checkbox"/> Salmonella typhi IgM <input type="checkbox"/> HIV (AIDS) <input type="checkbox"/> Anti Amoeba <input type="checkbox"/> Anti H. Pilly <input type="checkbox"/> Anti Leptospira <input type="checkbox"/> Anti Flu Burung <input type="checkbox"/> Anti Chikungunya IgM		<input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgG <input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgM <input type="checkbox"/> Aviditas Anti-Toxo IgG <input type="checkbox"/> Anti Rubella IgG <input type="checkbox"/> Anti Rubella IgM <input type="checkbox"/> Anti CMV IgG <input type="checkbox"/> Anti CMV IgM <input type="checkbox"/> Aviditas Anti CMV IgG <input type="checkbox"/> Anti HSV - 1 IgG		<input type="checkbox"/> Anti HSV - 1 IgM <input type="checkbox"/> Anti HSV - 2 IgG <input type="checkbox"/> Anti HSV - 2 IgM		<input type="checkbox"/> FT3 <input type="checkbox"/> FT4 <input type="checkbox"/> T3 Total <input type="checkbox"/> T4 Total <input type="checkbox"/> TSHs <input type="checkbox"/> Prolaktin <input type="checkbox"/> Beta HCG <input type="checkbox"/> Testosterone <input type="checkbox"/> Progesterone <input type="checkbox"/> FSH / LH		PENANDA TUMOR		REMATIK		KIMIA		LEMAK		<input type="checkbox"/> Alpha Fetoprotein <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Free PSA <input type="checkbox"/> Ca 125 <input type="checkbox"/> Ca 19 - 9 <input type="checkbox"/> Ca 15 - 3 <input type="checkbox"/> Cyfra 21 - 1		<input type="checkbox"/> hs CRP <input type="checkbox"/> ANA Test <input type="checkbox"/> SEL LE <input type="checkbox"/> RA Test / RF <input type="checkbox"/> Anti ds DNA <input type="checkbox"/> Anti CCP		HATI <input type="checkbox"/> Protein Elektroforesis <input type="checkbox"/> Protein Total <input type="checkbox"/> Albumin/Globulin <input type="checkbox"/> Bilirubin Total <input type="checkbox"/> Bilirubin Direk/Indirek <input type="checkbox"/> SGOT (AST) <input type="checkbox"/> SGPT (ALT) <input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali <input type="checkbox"/> LFT		<input type="checkbox"/> Cholinesterase (CHE) <input type="checkbox"/> Gamma GT		<input type="checkbox"/> Cholesterol Total <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL <input type="checkbox"/> Small-Dense LDL <input type="checkbox"/> V LDL <input type="checkbox"/> Trigliserida <input type="checkbox"/> Apo A1 <input type="checkbox"/> Apo B <input type="checkbox"/> Lp (a)		DIABETES		ELEKTROLIT-GAS DARAH		JANTUNG		GINJAL		URINE		<input type="checkbox"/> Glucose Puasa <input type="checkbox"/> Glucose 2 jam pp <input type="checkbox"/> Glucose sesaat <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> HbA1C <input type="checkbox"/> Fruktosamin <input type="checkbox"/> Glucose Kurva Harian		<input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Chlorida <input type="checkbox"/> CO2 Total <input type="checkbox"/> Anion Gap <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Fosfat Anorganik <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Analisa Gas Darah		<input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> CK - Total <input type="checkbox"/> CK - MB <input type="checkbox"/> Troponin - I <input type="checkbox"/> Homosystein <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> Myoglobin		<input type="checkbox"/> Urem / Urea - N <input type="checkbox"/> Creatinin <input type="checkbox"/> Creatinin - Clearance <input type="checkbox"/> Asam Urat		Paket NAPSA <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> Barbiturates <input type="checkbox"/> Opiates <input type="checkbox"/> Cannabinoids <input type="checkbox"/> Amphetamine		URINE		FAESES		GETAH LAMBUNG		CAIRAN OTAK		PLEURA/ACITES		<input type="checkbox"/> Urine Rutin (pH, BJ, Pro, Red, Sed) <input type="checkbox"/> Urine Lengkap (Rutin, Urobilin, Nitrit, Keton, Darah, Lekosit, Estrase)		<input type="checkbox"/> Protein <input type="checkbox"/> Reduksi <input type="checkbox"/> Berat Jenis <input type="checkbox"/> Sedimen <input type="checkbox"/> Darah (Hb/Ery) <input type="checkbox"/> Protein (Esbach)		<input type="checkbox"/> Bence Jones <input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Chlorida <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Fosfat Organik		<input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Urem/Urea_N <input type="checkbox"/> Creatinin <input type="checkbox"/> Asam Urat <input type="checkbox"/> Glucose (Kuantitatif) <input type="checkbox"/> Test Kehamilan		<input type="checkbox"/> Titer HCG <input type="checkbox"/> Morfologi Eritrosit <input type="checkbox"/> Protein Total <input type="checkbox"/> Hemosiderin <input type="checkbox"/> Mikroalbumin		CAIRAN OTAK		GETAH LAMBUNG		CAIRAN OTAK		PLEURA/ACITES		LAIN-LAIN		<input type="checkbox"/> Rutin <input type="checkbox"/> Benzidin <input type="checkbox"/> Pencernaan <input type="checkbox"/> Amuba <input type="checkbox"/> Konsentrasi <input type="checkbox"/> Stercobilin		<input type="checkbox"/> Asam Basal <input type="checkbox"/> Berjangka <input type="checkbox"/> Mikroskopik <input type="checkbox"/> Benzidin		<input type="checkbox"/> Jumlah Sel/Hitung Jenis <input type="checkbox"/> Nonne/Pandy <input type="checkbox"/> Glucose/Protein <input type="checkbox"/> C. Reaktif Protein <input type="checkbox"/> Warna/Kekeruhan/ Bekuan		<input type="checkbox"/> Rivalta <input type="checkbox"/> Glucose/Protein <input type="checkbox"/> LDH		<input type="checkbox"/> Analisa Sperma <input type="checkbox"/> Analisa Batu Ginjal <input type="checkbox"/> Analisa Cairan Sendi <input type="checkbox"/> Analisa Batu Empedu		Keterangan : Berilah Tanda (X) pada tanda <input type="checkbox"/> untuk bahan yang minta diperiksa Tanda Tangan Dokter/Kepala Ruang : Nama Terang : 									
HEMATOLOGI		IMUNOLOGI																																																																																																																									
LENGKAP <input type="checkbox"/> Darah lengkap (CBC, LED, Hitung Jenis) <input type="checkbox"/> Darah Rutin (CBC, Hitung Jenis) <input type="checkbox"/> Hemoglobin <input type="checkbox"/> Hematokrit <input type="checkbox"/> Trombosit <input type="checkbox"/> Lekosit <input type="checkbox"/> LED		HEMATOLOGI LAIN <input type="checkbox"/> Golongan darah A, B, O <input type="checkbox"/> Golongan Rhesus <input type="checkbox"/> Limfosit Plasma Biru (LPB) <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> ICT Malaria <input type="checkbox"/> Angka Malaria <input type="checkbox"/> Mikrofilaria <input type="checkbox"/> Coomb's Test <input type="checkbox"/> CD4		FAAL HEMOSTASIS <input type="checkbox"/> Masa Pendarahan / Bleeding Time <input type="checkbox"/> Masa Pembekuan / Clotting Time <input type="checkbox"/> PT (Prothrombin Time) <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Substitusi APTT		Fibrinogen <input type="checkbox"/> D-Dimer <input type="checkbox"/> AT III <input type="checkbox"/> Retraksi Jendalan <input type="checkbox"/> TAT <input type="checkbox"/> Viskositas Darah ANEMIA <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin & Retikulosit <input type="checkbox"/> Retikulosit		Besi/IBC/TIBC <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Sitologi Darah Tepi BMP <input type="checkbox"/> Sitokimia <input type="checkbox"/> Hemosiderin <input type="checkbox"/> Hb Elektroforesis																																																																																																																			
HEPATITIS		INFEKSI LAIN		TORCH		HORMON																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> Anti HBs <input type="checkbox"/> Anti Hbc <input type="checkbox"/> Anti Hbc - IgM <input type="checkbox"/> Anti HAV <input type="checkbox"/> Anti HAV - IgM <input type="checkbox"/> HBeAg <input type="checkbox"/> Anti HBe <input type="checkbox"/> Anti HCV <input type="checkbox"/> Anti HCV - IgM		<input type="checkbox"/> Antigen Dengue (NS1) <input type="checkbox"/> Anti Dengue-IgM <input type="checkbox"/> Anti Dengue - IgG <input type="checkbox"/> Salmonella typhi IgM <input type="checkbox"/> HIV (AIDS) <input type="checkbox"/> Anti Amoeba <input type="checkbox"/> Anti H. Pilly <input type="checkbox"/> Anti Leptospira <input type="checkbox"/> Anti Flu Burung <input type="checkbox"/> Anti Chikungunya IgM		<input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgG <input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgM <input type="checkbox"/> Aviditas Anti-Toxo IgG <input type="checkbox"/> Anti Rubella IgG <input type="checkbox"/> Anti Rubella IgM <input type="checkbox"/> Anti CMV IgG <input type="checkbox"/> Anti CMV IgM <input type="checkbox"/> Aviditas Anti CMV IgG <input type="checkbox"/> Anti HSV - 1 IgG		<input type="checkbox"/> Anti HSV - 1 IgM <input type="checkbox"/> Anti HSV - 2 IgG <input type="checkbox"/> Anti HSV - 2 IgM		<input type="checkbox"/> FT3 <input type="checkbox"/> FT4 <input type="checkbox"/> T3 Total <input type="checkbox"/> T4 Total <input type="checkbox"/> TSHs <input type="checkbox"/> Prolaktin <input type="checkbox"/> Beta HCG <input type="checkbox"/> Testosterone <input type="checkbox"/> Progesterone <input type="checkbox"/> FSH / LH																																																																																																																			
PENANDA TUMOR		REMATIK		KIMIA		LEMAK																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Alpha Fetoprotein <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Free PSA <input type="checkbox"/> Ca 125 <input type="checkbox"/> Ca 19 - 9 <input type="checkbox"/> Ca 15 - 3 <input type="checkbox"/> Cyfra 21 - 1		<input type="checkbox"/> hs CRP <input type="checkbox"/> ANA Test <input type="checkbox"/> SEL LE <input type="checkbox"/> RA Test / RF <input type="checkbox"/> Anti ds DNA <input type="checkbox"/> Anti CCP		HATI <input type="checkbox"/> Protein Elektroforesis <input type="checkbox"/> Protein Total <input type="checkbox"/> Albumin/Globulin <input type="checkbox"/> Bilirubin Total <input type="checkbox"/> Bilirubin Direk/Indirek <input type="checkbox"/> SGOT (AST) <input type="checkbox"/> SGPT (ALT) <input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali <input type="checkbox"/> LFT		<input type="checkbox"/> Cholinesterase (CHE) <input type="checkbox"/> Gamma GT		<input type="checkbox"/> Cholesterol Total <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL <input type="checkbox"/> Small-Dense LDL <input type="checkbox"/> V LDL <input type="checkbox"/> Trigliserida <input type="checkbox"/> Apo A1 <input type="checkbox"/> Apo B <input type="checkbox"/> Lp (a)																																																																																																																			
DIABETES		ELEKTROLIT-GAS DARAH		JANTUNG		GINJAL		URINE																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Glucose Puasa <input type="checkbox"/> Glucose 2 jam pp <input type="checkbox"/> Glucose sesaat <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> HbA1C <input type="checkbox"/> Fruktosamin <input type="checkbox"/> Glucose Kurva Harian		<input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Chlorida <input type="checkbox"/> CO2 Total <input type="checkbox"/> Anion Gap <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Fosfat Anorganik <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Analisa Gas Darah		<input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> CK - Total <input type="checkbox"/> CK - MB <input type="checkbox"/> Troponin - I <input type="checkbox"/> Homosystein <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> Myoglobin		<input type="checkbox"/> Urem / Urea - N <input type="checkbox"/> Creatinin <input type="checkbox"/> Creatinin - Clearance <input type="checkbox"/> Asam Urat		Paket NAPSA <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> Barbiturates <input type="checkbox"/> Opiates <input type="checkbox"/> Cannabinoids <input type="checkbox"/> Amphetamine																																																																																																																			
URINE		FAESES		GETAH LAMBUNG		CAIRAN OTAK		PLEURA/ACITES																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Urine Rutin (pH, BJ, Pro, Red, Sed) <input type="checkbox"/> Urine Lengkap (Rutin, Urobilin, Nitrit, Keton, Darah, Lekosit, Estrase)		<input type="checkbox"/> Protein <input type="checkbox"/> Reduksi <input type="checkbox"/> Berat Jenis <input type="checkbox"/> Sedimen <input type="checkbox"/> Darah (Hb/Ery) <input type="checkbox"/> Protein (Esbach)		<input type="checkbox"/> Bence Jones <input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Chlorida <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Fosfat Organik		<input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Urem/Urea_N <input type="checkbox"/> Creatinin <input type="checkbox"/> Asam Urat <input type="checkbox"/> Glucose (Kuantitatif) <input type="checkbox"/> Test Kehamilan		<input type="checkbox"/> Titer HCG <input type="checkbox"/> Morfologi Eritrosit <input type="checkbox"/> Protein Total <input type="checkbox"/> Hemosiderin <input type="checkbox"/> Mikroalbumin																																																																																																																			
CAIRAN OTAK		GETAH LAMBUNG		CAIRAN OTAK		PLEURA/ACITES		LAIN-LAIN																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Rutin <input type="checkbox"/> Benzidin <input type="checkbox"/> Pencernaan <input type="checkbox"/> Amuba <input type="checkbox"/> Konsentrasi <input type="checkbox"/> Stercobilin		<input type="checkbox"/> Asam Basal <input type="checkbox"/> Berjangka <input type="checkbox"/> Mikroskopik <input type="checkbox"/> Benzidin		<input type="checkbox"/> Jumlah Sel/Hitung Jenis <input type="checkbox"/> Nonne/Pandy <input type="checkbox"/> Glucose/Protein <input type="checkbox"/> C. Reaktif Protein <input type="checkbox"/> Warna/Kekeruhan/ Bekuan		<input type="checkbox"/> Rivalta <input type="checkbox"/> Glucose/Protein <input type="checkbox"/> LDH		<input type="checkbox"/> Analisa Sperma <input type="checkbox"/> Analisa Batu Ginjal <input type="checkbox"/> Analisa Cairan Sendi <input type="checkbox"/> Analisa Batu Empedu																																																																																																																			
Keterangan : Berilah Tanda (X) pada tanda <input type="checkbox"/> untuk bahan yang minta diperiksa Tanda Tangan Dokter/Kepala Ruang : Nama Terang : 																																																																																																																											

Rumah Sakit BETHESDA
 Jl. Jend. Sudirman 70, Yogyakarta, 55224
 Telepon / Phone : (0274) 562246, 586688
 Faksimil / Fax : (0274) 563312

KUITANSI NO. 356592

25030622020020 12:28:09



Telah terima dari Bp. / Ibu / Sdr.
 Payment received from Mr/Mrs/Ms
 Alamat / Address :

Sebanyak / Amount in words :
 Sembilan Ratus Sepuluh Ribu Enam Ratus Rupiah
 Terbilang / Say 910,600.00
 Guna Biaya perawatan untuk Bp. / Ibu / Sdr. AWALUDIN ,BP
 For the hospitalization expense of Mr/Mrs/Ms
 Nomor Rekam Medis / Medical Record Number: 250304011 / 01260838
 Ruang / Room Galilea IV no.7 A III-KHUSUS

RINCIAN BIAYA PERAWATAN / DESCRIPTION :

TITIPAN / DEPOSITS	TGL/DATE	TITIPAN/DEPOSITS	NO. BUKTI	Tanggal / Date : 04-03-2025 - 06-03-2025	=	2 Hari / Days
2025-03-05	1,000,000.00	25030522020002		04-03-2025 -- 05-03-2025 = 1 Hari @ 250000	250,000.00	
2025-03-05	1,200,000.00	25030522020004		05-03-2025 -- 06-03-2025 = 1 Hari @ 200000	200,000.00	
				02 KONSUL DOKTER / ELEKTRODIAGNOST	136,100.00	
				03 INSTALASI RAWAT INAP	343,341.60	
				06 INSTALASI FARMASI	434,476.59	
				07 INSTALASI LABORATORIUM	516,000.00	
				08 INSTALASI RADIOLOGI	1,023,000.00	
				09 REHABILITASI MEDIK	96,000.00	
				15 INSTALASI GIZI	11,003.50	
				0002 THNASTI SURYANI, DCN	15,996.50	
				0702 LLAKSMI ASANTI, dr., Sp.S. (K)	84,658.40	

Jml. Titipan :	2,200,000.00	Jumlah Biaya :	Rp. 3,110,576.59
Total Deposits		Total Expense	Rp. 3,110,600.00
RINCIAN PEMBAYARAN / OVERALL COST			
Jumlah Biaya	Rp. 3,110,600.00		
Total Expense			
Jml. Titipan	Rp. 2,200,000.00		
Total Deposits			
Jml. Potongan	Rp. 0.00		
Discounts			
Biaya Yang Harus Dibayar	Rp. 910,600.00		

Yogyakarta, Tgl. 06-03-2025

Kasir / Bank



Halaman : 1 dari 1

RUMAH SAKIT BETHESDA

 Jl. Jendral Sudirman No.70
 Yogyakarta
 Telp. 562246, 586688

RESUME MEDIS/RINGKASAN PASIEN PULANG

NO.RM : 01260838
 NAMA : AWALUDIN ,BP
 TGL.LAHIR : 09/07/1973 UMUR 51 Th 6 bl 5 hr
 SEX : L

TGL MASUK : 04/03/2025
AdmittedTGL KELUAR : 6/3
DischargedRUANG/KELAS : Galilea IV no.7 A
Ward/Class**ALASAN DIRAWAT** (In Patient Indication)

Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri lemes, bicara pelo

DIAGNOSA UTAMA (Diagnoses)

cva NH

ckd

DIAGNOSA SEKUNDER/KOMORBIDITAS (Comorbidity)

hipertensi

TINDAKAN/PROSEDUR UNTUK DIAGNOSIS/TERAPI (Diagnoses Procedure and Treatment)

ct kepala

thorax

RINGKASAN RIWAYAT & PEMERIKSAAN FISIK (Yang penting/berhubungan)

Brief History & Essential Physical Examination

Sejak kemarin (03/03/2025) jam 04.30 wib pasien mengeluh tangan dan kaki kiri lemes, bicara pelo, mulut perot ke kanan

HASIL LABORATORIUM/PA, RONTGEN, USG DLL (Yang penting/berhubungan)

Significant Laboratory, X-Ray, USG, etc

CVD dengan fokal infarkpons dan parietalisi kanan.

TERAPI/PENGOBATAN SELAMA DIRAWAT (Treatment)

clopi 1 x 300 lanjut 1 x1 aptor 1 x1 rosuvastatin 1 x 10 amlo 1 x10 allopurinol 2 x100

TERAPI/PENGOBATAN YANG DIBAWA PULANG (Treatment)

clopi 1 x1 aptor 1 x1 rosuvastatin 1 x 10 amlo 1 x10 allopurinol 2 x100

Kondisi Pulang (Discharged Condition) : PERBAIKAN

KU : Baik Kesadaran : CM GCS : E 4 V: 5 M: 6 TD : 160/82 mmHg Nadi : 80 x/mnt

Respirasi : 20 x/mnt Skala Nyeri : Suhu : 36 °C Dirujuk ke :

INSTRUKSI (Follow-up Arrangements)

Waktu & Tempat Kontrol :

Edukasi :

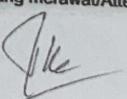
Keluhan yang mendesak :

CATATAN :
 Bila ada keluhan yang mendesak
 sebelum Tgl. Kontrol segera periksa
 ke RS. Bethesda (IGD) atau RS. terdekat

Yogyakarta, 06/03/2025 Pukul 08:43

Dokter yang merawat/Attending physician

Penerima Resume Medis
 Pasien/Keluarga
 (W.K. Wartinen)


 L. LAKSMI ASANTI, dr., Sp.S. (K)

Catatan : Lembar 1 untuk Rumah Sakit, Lembar 2 untuk RS. Rujukan, Lembar 3 untuk Pasien, 4 Penjamin Biaya



Nama Kepala Keluarga : AYU AYUDIN
Alamat : DUKUH NGU BECENGAN
RT/RW : 001/001
Kota/Prov. : BANTEN

No. KTP : 54263
Desa/Kelurahan : SOMOGODE
Kecamatan : PITURUH
Kabupaten/Kota : PURNOREJO
Provinsi : JAWA TENGAH

KARTU KELUARGA

No. 3306111206170007

Desa/Kelurahan : SOMOGODE
Kecamatan : PITURUH
Kabupaten/Kota : PURNOREJO
Provinsi : JAWA TENGAH

No	Nama Lengkap	NIK	Jenis Kelamin	Tempat Lahir	Tanggal Lahir	Agama	Pendidikan	Jenis Pekerjaan	Golongan Darah
1	AYU AYUDIN	32141206170007	(1)	JAKARTA	08-07-1976	ISLAM	(1)	(1)	(1)
2	FERDINAND	32141206170004	(2)	JAKARTA	08-07-1976	ISLAM	(1)	BUJUR SUMUR BIAS	001
3	RETTA HANIFAH	321412050619001	(3)	JAKARTA	29-05-2005	ISLAM	(1)	WENG BOS BUDI TEGOG	001
4	SYAFIQAH ERWAN	321412200205001	(4)	JAKARTA	22-05-2006	ISLAM	(1)	KARTINI BINTA	001
5	FAULI HANIF	321412170607001	(5)	JAKARTA	17-06-2007	ISLAM	(1)	SEJANTIK BERSAMA	001
6									
7									
8									
9									
10									

KEPALA KELUARGA

AYU AYUDIN
KEPALA KELUARGA DAN
PENGATURAN SDAK KUS PURNOREJO

Diketahui dan Tandatangani : 23-05-2023





RUMAH SAKIT BETHESDA

JL. JEND. SUDIRMAN 70 ☎ (0274) 582246 (6 LINES) 586688 (9 LINES) YOGYAKARTA 55224

Direktur	581774	Hot Line AIDS	583785	Pluitang	586706
Sekretariat	586695	Gawat Darurat	586708	AKPN	586703
Humas & Pemasaran	586701	ICU/UPI	586705	P.O.BOX	1124 YK

Facsimile (0274) 583312



- Surat Kontrol
- Resume medis
- Kuitansi



RUMAH SAKIT BETHESDA
Jl. Jendral Sudirman 70
Telp. 562246, 586688 Yogyakarta 55224

04/03/2025 07:11 - 24 - 0000000000
AWALUDIN, BP L (ls)
Tgl.Lhr: 09/07/1973 Umur: 51 Th 8 Bl 3 Hr
DUKUH NEUBENGAN RT 001/001 - SOHOGEDIE
- PITURUH - PURWOREJO
0793/0702-4 OT:

PESANAN PULANG PASIEN RAWAT INAP

Tanggal masuk : 14 MAR 2025	Tanggal keluar : 6/3 - 2025	Dokter yang merawat dr. Lakawi, A																																																																																																													
Kondisi waktu pulang Perbaikan		Diagnosa waktu pulang :																																																																																																													
TD : 160/80 mmHg	Nadi : 80 x/mnt	Respirasi : 20 x/mnt	Suhu : 36 °C	Skala nyeri :																																																																																																											
Pasien pulang ke <input checked="" type="checkbox"/> Rumah sendiri		<input type="checkbox"/> Panti asuhan	<input type="checkbox"/> Asrama	<input type="checkbox"/> Rujuk ke Yankes lain																																																																																																											
Jadwal kontrol : NO (6)																																																																																																															
Hari & tgl : Camis, 20/3/25	Dokter : dr. Lakawi, A	Waktu : 11.00-13.00	Tempat : Klinik send																																																																																																												
Hari & tgl :	Dokter :	Waktu :	Tempat :																																																																																																												
Pendamping saat pulang : Transportasi yang digunakan :																																																																																																															
Pendidikan kesehatan yang diberikan :																																																																																																															
<table border="1"> <tr> <td>1. Diet</td> <td><input type="checkbox"/> Bebas</td> <td><input type="checkbox"/> Diet cair</td> <td><input type="checkbox"/> Diet rendah serat tinggi kalori</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Diet Diabetes Militus</td> <td><input type="checkbox"/> Susu rendah laktosa</td> <td><input type="checkbox"/> ASI : lamabulan</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Diet tinggi kalori tinggi protein</td> <td><input type="checkbox"/> PASI :</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Diet rendah garam, rendah lemak</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Seruoi ah li g/21</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Aktivitas</td> <td><input type="checkbox"/> Bebas</td> <td><input type="checkbox"/> Latihan pasif</td> <td><input type="checkbox"/> Istirahat baring lama</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Latihan aktif bertahap</td> <td><input type="checkbox"/> Latihan aktif dengan bantuan</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Perawatan lanjutan dirumah</td> <td><input type="checkbox"/> Perawatan luka/luka operasi</td> <td><input type="checkbox"/> Cara menyusui yang benar</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Perawatan kateter</td> <td><input type="checkbox"/> Cara memandikan bayi</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Perawatan nutrisi zonde</td> <td><input type="checkbox"/> Perawatan tali pusat</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Personal Hygiene</td> <td><input type="checkbox"/> Senam nifas</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Perawatan : mata, hidung, mulut, telinga, kulit</td> <td><input type="checkbox"/> Perawatan payudara</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Imunisasi, jadual imunissi</td> </tr> <tr> <td>4. Pencegahan terhadap kekambuhan</td> <td><input type="checkbox"/> Jaga kebersihan tangan</td> <td><input type="checkbox"/> Jaga kebersihan lingkungan</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Hasil pemeriksaan dan surat yang dibawakan</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Foto RO"</td> <td><input type="checkbox"/> MRI</td> <td><input type="checkbox"/> Surat Istirahat sakit/cuti</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> CT Scan</td> <td><input type="checkbox"/> USG</td> <td><input type="checkbox"/> Copy Hasil Laboratorium</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> K M S</td> <td><input type="checkbox"/> Surat Kelahiran</td> <td><input type="checkbox"/> Tanda bukti administrasi</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Surat Rujukan</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Surat Kontrol</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Pemeriksaan penunjang medis lanjutan sebelum kontrol</td> <td><input type="checkbox"/> Kontrol buza hasil <i>profil lipid</i> <i>dan asam urat</i></td> <td><input type="checkbox"/> C choltotol, LDL, HDL, triglycerid</td> </tr> <tr> <td>7. Penggunaan Obat</td> <td><input type="checkbox"/> Konseling</td> <td><input type="checkbox"/> Jadwal</td> <td><input type="checkbox"/> Rekonsiliasi</td> </tr> <tr> <td>Nama Obat, Kekuatan, Bentuk</td> <td>Indikasi</td> <td>Dosis (Kekuatan, Frekvensi)</td> <td>Cara Penggunaan</td> </tr> <tr> <td><i>Clopidogrel</i></td> <td></td> <td><i>1X75 mg</i></td> <td><i>Waktu Penggunaan</i></td> </tr> <tr> <td><i>Aptor 100 mg</i></td> <td></td> <td><i>1X1</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Neuraxafolin</i></td> <td></td> <td><i>1X10 mg</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Amiodipin</i></td> <td></td> <td><i>1X10 mg</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Alupuhinol</i></td> <td></td> <td><i>2X1</i></td> <td></td> </tr> </table>					1. Diet	<input type="checkbox"/> Bebas	<input type="checkbox"/> Diet cair	<input type="checkbox"/> Diet rendah serat tinggi kalori		<input type="checkbox"/> Diet Diabetes Militus	<input type="checkbox"/> Susu rendah laktosa	<input type="checkbox"/> ASI : lamabulan		<input type="checkbox"/> Diet tinggi kalori tinggi protein	<input type="checkbox"/> PASI :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Diet rendah garam, rendah lemak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Seruoi ah li g/21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Aktivitas	<input type="checkbox"/> Bebas	<input type="checkbox"/> Latihan pasif	<input type="checkbox"/> Istirahat baring lama		<input checked="" type="checkbox"/> Latihan aktif bertahap	<input type="checkbox"/> Latihan aktif dengan bantuan	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Perawatan lanjutan dirumah	<input type="checkbox"/> Perawatan luka/luka operasi	<input type="checkbox"/> Cara menyusui yang benar		<input type="checkbox"/> Perawatan kateter	<input type="checkbox"/> Cara memandikan bayi		<input type="checkbox"/> Perawatan nutrisi zonde	<input type="checkbox"/> Perawatan tali pusat		<input checked="" type="checkbox"/> Personal Hygiene	<input type="checkbox"/> Senam nifas		<input type="checkbox"/> Perawatan : mata, hidung, mulut, telinga, kulit	<input type="checkbox"/> Perawatan payudara		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Imunisasi, jadual imunissi	4. Pencegahan terhadap kekambuhan	<input type="checkbox"/> Jaga kebersihan tangan	<input type="checkbox"/> Jaga kebersihan lingkungan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Hasil pemeriksaan dan surat yang dibawakan	<input checked="" type="checkbox"/> Foto RO"	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Surat Istirahat sakit/cuti		<input checked="" type="checkbox"/> CT Scan	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> Copy Hasil Laboratorium		<input type="checkbox"/> K M S	<input type="checkbox"/> Surat Kelahiran	<input type="checkbox"/> Tanda bukti administrasi		<input type="checkbox"/> Surat Rujukan	<input checked="" type="checkbox"/> Surat Kontrol	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Pemeriksaan penunjang medis lanjutan sebelum kontrol	<input type="checkbox"/> Kontrol buza hasil <i>profil lipid</i> <i>dan asam urat</i>	<input type="checkbox"/> C choltotol, LDL, HDL, triglycerid	7. Penggunaan Obat	<input type="checkbox"/> Konseling	<input type="checkbox"/> Jadwal	<input type="checkbox"/> Rekonsiliasi	Nama Obat, Kekuatan, Bentuk	Indikasi	Dosis (Kekuatan, Frekvensi)	Cara Penggunaan	<i>Clopidogrel</i>		<i>1X75 mg</i>	<i>Waktu Penggunaan</i>	<i>Aptor 100 mg</i>		<i>1X1</i>		<i>Neuraxafolin</i>		<i>1X10 mg</i>		<i>Amiodipin</i>		<i>1X10 mg</i>		<i>Alupuhinol</i>		<i>2X1</i>	
1. Diet	<input type="checkbox"/> Bebas	<input type="checkbox"/> Diet cair	<input type="checkbox"/> Diet rendah serat tinggi kalori																																																																																																												
	<input type="checkbox"/> Diet Diabetes Militus	<input type="checkbox"/> Susu rendah laktosa	<input type="checkbox"/> ASI : lamabulan																																																																																																												
	<input type="checkbox"/> Diet tinggi kalori tinggi protein	<input type="checkbox"/> PASI :	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
	<input type="checkbox"/> Diet rendah garam, rendah lemak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
	<input checked="" type="checkbox"/> Seruoi ah li g/21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
2. Aktivitas	<input type="checkbox"/> Bebas	<input type="checkbox"/> Latihan pasif	<input type="checkbox"/> Istirahat baring lama																																																																																																												
	<input checked="" type="checkbox"/> Latihan aktif bertahap	<input type="checkbox"/> Latihan aktif dengan bantuan	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
3. Perawatan lanjutan dirumah	<input type="checkbox"/> Perawatan luka/luka operasi	<input type="checkbox"/> Cara menyusui yang benar																																																																																																													
	<input type="checkbox"/> Perawatan kateter	<input type="checkbox"/> Cara memandikan bayi																																																																																																													
	<input type="checkbox"/> Perawatan nutrisi zonde	<input type="checkbox"/> Perawatan tali pusat																																																																																																													
	<input checked="" type="checkbox"/> Personal Hygiene	<input type="checkbox"/> Senam nifas																																																																																																													
	<input type="checkbox"/> Perawatan : mata, hidung, mulut, telinga, kulit	<input type="checkbox"/> Perawatan payudara																																																																																																													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Imunisasi, jadual imunissi																																																																																																													
4. Pencegahan terhadap kekambuhan	<input type="checkbox"/> Jaga kebersihan tangan	<input type="checkbox"/> Jaga kebersihan lingkungan																																																																																																													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
5. Hasil pemeriksaan dan surat yang dibawakan	<input checked="" type="checkbox"/> Foto RO"	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Surat Istirahat sakit/cuti																																																																																																												
	<input checked="" type="checkbox"/> CT Scan	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> Copy Hasil Laboratorium																																																																																																												
	<input type="checkbox"/> K M S	<input type="checkbox"/> Surat Kelahiran	<input type="checkbox"/> Tanda bukti administrasi																																																																																																												
	<input type="checkbox"/> Surat Rujukan	<input checked="" type="checkbox"/> Surat Kontrol	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
6. Pemeriksaan penunjang medis lanjutan sebelum kontrol	<input type="checkbox"/> Kontrol buza hasil <i>profil lipid</i> <i>dan asam urat</i>	<input type="checkbox"/> C choltotol, LDL, HDL, triglycerid																																																																																																													
7. Penggunaan Obat	<input type="checkbox"/> Konseling	<input type="checkbox"/> Jadwal	<input type="checkbox"/> Rekonsiliasi																																																																																																												
Nama Obat, Kekuatan, Bentuk	Indikasi	Dosis (Kekuatan, Frekvensi)	Cara Penggunaan																																																																																																												
<i>Clopidogrel</i>		<i>1X75 mg</i>	<i>Waktu Penggunaan</i>																																																																																																												
<i>Aptor 100 mg</i>		<i>1X1</i>																																																																																																													
<i>Neuraxafolin</i>		<i>1X10 mg</i>																																																																																																													
<i>Amiodipin</i>		<i>1X10 mg</i>																																																																																																													
<i>Alupuhinol</i>		<i>2X1</i>																																																																																																													
Catatan : bila ada keluhan sebelum tanggal kontrol, segera periksa ke RS. Bethesda (IGD) atau RS terdekat.																																																																																																															
Instruksi "Rencana Pemulangan Pasien/Discharge Planning" ini telah dijelaskan kepada pasien atau keluarga, telah dibaca dan dimengerti :																																																																																																															
Yogyakarta, tanggal 6/3/2025																																																																																																															
2r. Uilly . (Nama Jelas Perawat/Bidan)		Wk Warisim (Nama Jelas Pasien/Keluarga)																																																																																																													

PESANAN PULANG PASIEN RAWAT INAP



UNIT LABORATORIUM
PUSKESMAS PITURUH

Desa Pituruh RT. 05 RW. 05 Pituruh 54263 Tlp. : (0275) 6451039
Email : puskesmaspituruh@gmail.com; Website : www.puskesmaspituruh.com

BPJS

Nama Pasien : Th. Anwarudin L/P
Umur : 9.7.1973
Alamat : Somojede
No. BPJS :
NIK :
Tgl. Pemeriksaan : 20.3.2025
Dokter : *[Signature]*

1. HEMATOLOGI		
Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan Normal
Hemoglobin		L : 14 - 18 gr/dL P : 12 - 16 gr/dL
Jumlah leukosit		5000 - 11.600 /mm3
Σ trombosit		156.000 - 342.000 /mm3
Hematokrit		L : 40% - 50% P : 35% - 45%

HITUNG JENIS LEUKOSIT

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan Normal
Eosinofil		0 - 6 %
Basofil		0 - 2 %
Batang		2 - 5 %
Segmen		36 - 73 %
Limfosit		25 - 45 %
Monosit		0 - 11 %

Parasit darah

Malaria	Negatif
Golongan Darah	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O

Rhesus :

2. URINE

MAKROSKOPIS

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan Normal
Warna		Kuning muda
Kekruhan		Jernih
BJ		1.003 - 1.025
PH		5
Protein		Negatif
Reduksi		Negatif
Bilirubin		Negatif
Urobilinogen		Ada (dalam batas normal)
Keton		Negatif
Nitrit		Negatif

MIKROSKOPIS

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan Normal
Leukosit		< 5 LPB
Eritrosit		< 5 LPB
Epitel		Negatif
Silinder		Negatif
Parasit lain		Negatif
Kristal		Negatif
Tes Kehamilan (HCG)		Negatif

Penanggung Jawab
Ka. Puskesmas Pituruh

3. FESES

MAKROSKOPIS

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan Normal
Warna		Kuning kehijauan
Konsistensi		Agak lunak dan berbentuk
Lendir		Tidak ada
Darah		Tidak ada

MIKROSKOPIS

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan Normal
Leukosit		Ditemukan sedikit
Darah		Negatif
Epitel		Ditemukan sedikit
Ameba		Tidak ada
Telur cacing		Negatif
Bilirubin		Negatif

4. KIMIA DARAH

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan Normal
Gula Darah Puasa		76 - 110 mg
Gula Darah 2 jam PP		80 - 120 mg
Gula Darah Sewaktu		\leq 200 mg
Asam Urat	5,1	L : 3,4 - 7,0 mg P : 2,4 - 5,7 mg
Kolesterol Total	39	< 200
Trigliserida		< 150

5. IMUNO - SEROLOGI

WIDAL

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan Normal
Salmonella typhi O		Negatif
Salmonella typhi H		Negatif
Rapid tes HIV		Negatif
Rapid tes DHF		Negatif
Rapid tes Sifilis		Negatif
Rapid tes Leptospirosis		Negatif
Rapid tes HBsAg		Negatif
Ig G Dengue		Negatif
Ig M Dengue		Negatif

6. SPUTUM

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan Normal
BTAS / P TCM		Negatif / Negatif Negatif

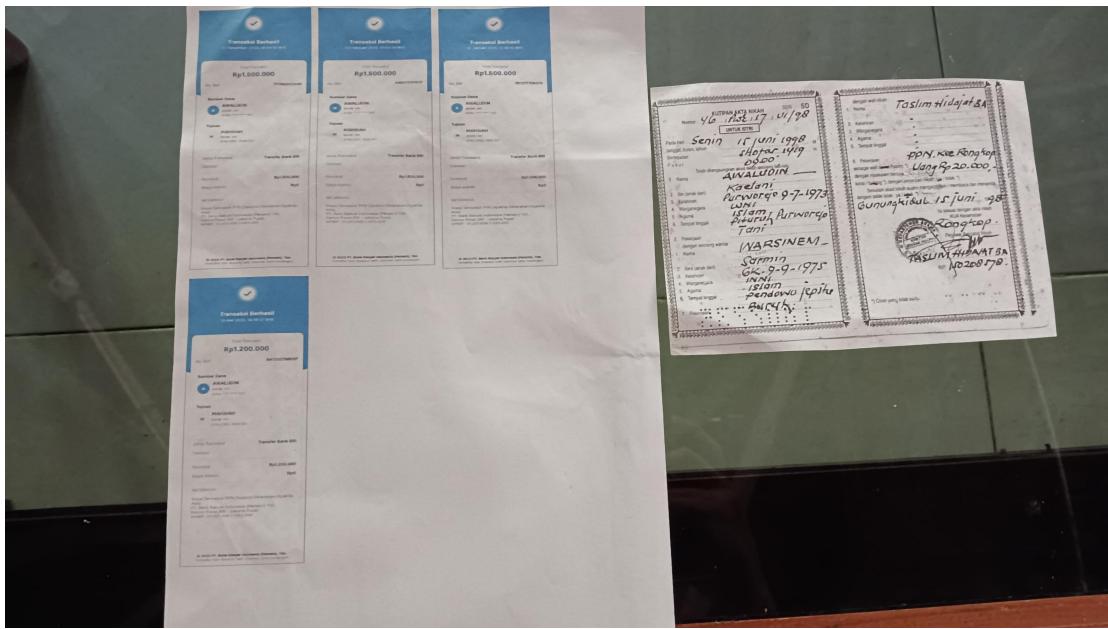
Bagian Laboratorium

(.....) (.....)

PT. BANK RAKYAT INDONESIA (PERSERO) Tbk.		No. Rek Pinjaman 6765-01-020330-10-2	
UNIT PITURUH		NOMOR REKENING	
KUR / ARDIAN		1. MAHSIAH	
Deb 1	6765-01-034569-53-1	2. KAEANI	
KWITANSI		SOMOGEDE RT.001 RW.001	
Pemasukan 5829		Kec. Pituruh	
URAIAN		JUMLAH	
Unit Pituruh 40,000,000		36	40,000,000
ERBILANG		JUMLAH Rp.	
Jumlah: 1,216,900		40,000,000	
EMPAT PULUH JUTA RUPIAH			
PETUGAS LOKET		DIFAT OLEH	
SIGNER	CHECKER	MAKER	
Gandhi Wijaya Kepala Unit	Gandhi Wijaya Kepala Unit	Yan Setyo Customer Service	
		Pituruh, 26-Apr-2024	
		Material	
		Tanda tangan yang Menerima	
		MAHSIAH KAEANI	

TOARJO 286555 / 0275641208	TANGGAL PENGAJUAN KREDIT 19-03-2025 TANGGAL JATUH TEMPO 16-07-2025	
W: 001/001 /082219061824	 240172492599 MARSINEN 13597-01 001281	
SYARAT DAN KETENTUAN 1. Tarif sewa modal utama, bunga dan Pajak/Biaya Luring Pajangan disesuaikan dengan ketentuan yang berlaku. Untuk bunga modal utama sebesar 10,4% - 16,00% dan pajak/luring pajangan sebesar 15 hingga 20%. 2. Biaya modal ditambah sebesar tiga persen (3%) sampai dengan tanggal berikutnya berdasarkan persyaratan kredit. 3. Jangka waktu kredit maksimum adalah 6 (enam) bulan, dan minimal adalah 1 (satu) bulan. 4. Bila transaksi penurunan dan peningkatan kredit disesuaikan dengan yang ditentukan oleh PT PEGADAIAN, maka tidak dibebani bunga dan pajak/luring pajangannya. 5. Dalam hal surat perjanjian kredit untuk sebagian besar atau seluruh jangka waktu kreditnya dibuat dalam bahasa Inggris atau dalam bahasa lainnya, maka surat perjanjian kredit tersebut dibuat dalam bahasa Inggris atau dalam bahasa lainnya. 6. Pengembalian bunga penurunan kredit ditentukan dengan bunga dan pajak/luring pajangannya. 7. Surat Bantuan Gadai dan nota transaksi kredit harus disimpan dengan baik, jika nantinya ada tuntutan hukum ke Gading Unt Pelayanan Cabang PT PEGADAIAN (Gading Unt Pelayanan Cabang). 8. Nota Transaksi dituliskan dalam Surat Bantuan Gadai. 9. NASABAH wajib mematuhi segala ketentuan dan peraturan yang tertera dalam Surat Bantuan Gadai beserta addendumnya. 10. Jika NASABAH melakukan penyalahgunaan dan/atau pelanggaran terhadap Surat Bantuan Gadai, maka informasikan ke Gading Unt Pelayanan Cabang penyalahgunaan.		
Selaku atau syarat dan ketentuan dan isi Perjanjian Utang Pajang Dengan Jaminan Gadai yang tertera di belakang Surat Bantuan Gadai ini NASABAH <i>Wk</i>		
PT. PEGADAIAN <i>Pelugas</i>		





Dengan ini saya "Awaludin" memohon bantuan bapak wapres, saat ini saya sedang menderita sakit stroke, sedangkan saya sebagai kepala keluarga harus bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup, saya memiliki tanggungan hutang dari BRI atas nama ibu saya "Mahsiah", saya yang bertanggung jawab untuk mengangsur setiap bulan, karna saya yang pakai, namun atas nama ibu saya, angsuran 3 tahun, sudah berjalan saya angsur selama 1 tahun, dan kurang 2 tahun senilai 28 juta, saat sakit seperti ini akhirnya saya tidak bisa bekerja dan tidak bisa mengangsur hutang tersebut, karna jatuh sakit ini, saya akhirnya menggadaikan perhiasan istri saya "Warsinem" di pegadaian senilai 30 juta, untuk biaya berobat saya, saya memohon sangat bantuan bapak wapres untuk meringankan beban hutang saya, saya memiliki 3 anak, 2 sudah bekerja namun gaji perbulannya tidak bisa mencukupi kebutuhan serta untuk membantu bayar hutang saya, gaji anak saya sebulan 1 juta 20 ribu, anak ketiga saya baru lulus sekolah tahun ini, karna saya sakit ini, mimpi anak saya untuk melanjutkan ke perguruan tinggi harus pupus, dan karna biaya terapi saya ini, motor satu satunya anak pertama saya untuk bekerja ikut terjual senilai 20 juta, dan uang tersebut untuk biaya terapi saya selama 1 bulan, istri saya sehari hari bekerja menjadi tukang vermak (penjahit) yang seharinya kadang dapat uang, kadang tidak, saya dengan hormat meminta pertolongan bapak wapres "Gibran Rakabuming Raka" untuk senantiasa membantu saya, terima kasih banyak sebelumnya, semoga bapak wapres sehat selalu dan sukses selalu.