



RS Mata Undaan  
Care and Smile

## SURAT KETERANGAN DIRAWAT

Yth. : Sejawat .....  
- Tuan

Pada penderita

RM : 1072972  
Sdr. LUTHFIAN HABIBI K  
(SULASTRI)  
WR SUPRATMAN 14

SIDOARJC  
Laki - Lak  
23-Mar-1998 / 20 Th  
081332582101

Kami dapatkan

005 toxic optic neuropathy

Guna penanganan lebih lanjut kami pandang perlu :

- a. Pengobatan menurut Resep;
- b. Merawat penderita di Rumah Sakit Mata Undaan  
mulai tanggal : 05-03-19 s/d 07-03-19
- c. Memberikan istirahat kepadanya selama 7 hari  
mulai tanggal : 08/19 s/d 14/19 (tjandra)

Surabaya .....  
Dokter yang merawat,

dr. Rita Tjandra, Sp.M  
NIP. 50144043053200406712017



## **FAISAL ACHMAD & PARTNERS**

Office Trosobo Gang Melati Nomor 33 RT 006 RW 001 Kecamatan Taman Kabupaten Sidoarjo  
Contact Person : 088230418027 / 081331608899

N o m o r : 020 /SBY/FAMI/PERMOHONAN/2020  
Perihal : SURAT PERMOHONAN  
Lampiran : 1 (satu) bendel

Surabaya, 17 Juni 2020

Kepada Yth,  
Bapak / Ibu Pimpinan / Direktur Rumah Sakit Mata Undaan  
Jl. Undaan Kulon No. 19 Peneleh, Kec. Genteng Kota Surabaya  
60274

Dengan Hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **FAISAL ACHMAD, S.H., M.H.**  
Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 03 Februari 1989  
Pekerjaan : Advokat / Pengacara  
N.I.A : 16.04752

Saya Advokat yang berkantor di Faisal Achmad & Partners, Office : Jalan Melati, Nomor 33 RT 006 RW 001, Kelurahan Trosobo, Kecamatan Taman, Kabupaten Sidoarjo, saya dalam hal ini dengan surat kuasa khusus tertanggal 17 Juni 2020 bertindak atas nama klien kami yang bernama :

Nama : **DRA. SULASTRI**  
Tempat Tanggal Lahir : Sidoarjo, 09 – 06 - 1967  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama / Kewarganegaraan : Islam / Indonesia  
Pekerjaan : Guru  
Status Perkawinan : Cerai Hidup  
Alamat : Jl. WR Supratman RT/RW 014/004  
Kel.Gedang Kecamatan Porong, Kabupaten.Sidoarjo  
N.I.K : 3515044906670001

Identitas yang saya sebutkan di atas adalah Klien kami yang mempunyai anak Laki-Laki yang bernama : **LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO**, dengan Nomor Rekam Medis **1072972** merupakan Pasien Mata di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, dengan Dokter Spesialis

Mata yang menangani adalah Ibu Dr. RITA TJANDRA, Sp.M, maksud dari surat permohonan ini adalah memohon kepada Bapak / Ibu Pimpinan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, untuk memberi izin kepada Ibu Dr. RITA TJANDRA, Sp.M untuk di perkenankan menjadi saksi ahli dalam agenda sidang pembuktian saksi di Pengadilan Negeri Sidoarjo, alasan kami memohon Ibu Dr. RITA TJANDRA, Sp.M, karena Ibu Dr. RITA TJANDRA, Sp.M adalah Dokter yang menangani dan memeriksa langsung kondisi mata anak laki-laki klien kami, yang bernama LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO, Pasien dengan Nomor Rekam Medis **1072972**.

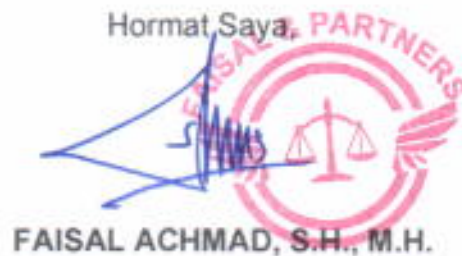
Saat ini saudara LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO, tengah kami perjuangkan, pembelaan atas hak dan keadilan di Persidangan, karena kedua mata LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO mengalami kebutaan setelah menempuh pendidikan di POLITEKNIK KELAUTAN DAN PERIKANAN SIDOARJO, atas hal itu diperlukan saksi ahli dalam hal medis, kami memahami dalam ilmu kedokteran dan profesi dokter terikat menjaga kerahasiaan Pasien di kode etik kedokteran, namun dalam ketentuan **Pasal 10 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008** berbunyi "**Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan, dapat dibuka dalam hal :**

- a) Untuk kepentingan kesehatan pasien ;
- b) Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakkan hukum atas perintah pengadilan ;
- c) Permintaan dan / atau persetujuan pasien sendiri ;
- d) Permintaan institusi / lembaga Berdasarkan ketentuan perundang-undangan dan
- e) Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien

Maka melihat poin (b) dan poin (c) kiranya Bapak / Ibu Pimpinan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, mengizinkan Ibu Dr. RITA TJANDRA, Sp.M untuk memberikan keterangan sebagai ahli medis dalam hal ini Kesehatan Mata, hal itu sangat dibutuhkan oleh klien kami sdr DRA. SULASTRI yang kini memperjuangkan keadilan untuk anaknya Saudara LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO, dan kami sudah melampirkan Surat Permintaan / Persetujuan Klien kami DRA. SULASTRI dan Pasien LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO, sebagai langkah agar kami tidak menyalahi prosedur, dan hal-hal lain apabila pihak Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, meminta kami melengkapi berkas atau persyaratan lain akan kami penuhi dan taati sebagai bentuk keseriusan kami dalam memohon izin kepada Bapak / Ibu Pimpinan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Demikian Surat Permohonan ini saya buat, dengan tulus hati saya sebagai bagian Penegak Hukum, dengan upaya kami memperjuangkan keadilan klien kami, mohon Bapak / Ibu Pimpinan Rumah Sakit Undaan Surabaya, mengizinkan Ibu Dr. RITA TJANDRA, Sp.M untuk diberi izin menjadi Saksi Ahli yang rencananya pada hari Selasa Tanggal 23 Juni 2020, agenda Sidang Pembuktian mendengarkan keterangan saksi ahli di Pengadilan Negeri Sidoarjo.

Atas Perhatian Bapak / Ibu Pimpinan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, saya mengucapkan banyak terima kasih.



**TEMBUSAN :**

- PERDAMI JAWA TIMUR
- KETUA PENGADILAN NEGERI SIDOARJO
- KLIEN
- ARSIP

**LAMPIRAN :**

- Fotocopy Surat Kuasa DRA. SULASTRI
- Fotocopy KTP DRA SULASTRI
- Fotocopy KTP LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO
- Fotocopy Surat Keterangan di rawat di RS Mata Undaan dengan Nomor Rekam Medis 1072972 A/N LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO.
- Fotocopy Surat Permintaan & Persetujuan Pasien LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO dan Orangtua

Surabaya, 18 Juni 2020

Kepada Yth,  
Bapak / Ibu Pimpinan / Direktur Rumah Sakit Mata Undaan  
Jl. Undaan Kulon No. 19 Peneleh, Kec. Genteng Kota Surabaya  
60274

Perihal : **Surat Permintaan & Persetujuan Pasien**

Dengan Hormat  
Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : **LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO**  
Umur : 22 tahun  
Nomor Rekam Medis : **1072972**  
Alamat : Jl. WR Supratman RT/RW 014/004 Kel.Gedang  
Kecamatan Porong, Kabupaten.Sidoarjo

Pasien Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya,

Nama : **DRA. SULASTRI**  
Tempat Tanggal Lahir : Sidoarjo, 09 – 06 - 1967  
N.I.K : 3515044906670001

Orang Tua / Wali dari Pasien LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO

Dengan ini memberi pernyataan dengan sadar dan tanpa paksaan, untuk memberikan persetujuan kepada Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, untuk membuka riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan Rekam Medis Nomor 1072972, untuk keperluan dalam penegakkan hukum dan keadilan di Pengadilan Negeri Sidoarjo,

Dan kami berharap kepada Bapak / Ibu Pimpinan Rumah Sakit Undaan Surabaya untuk bersedia membuka Riwayat Pemeriksaan dan memberikan izin kepada Ibu Dr. RITA TJANDRA, Sp.M untuk memberikan keterangan sebagai ahli. Demikian surat Permintaan dan Persetujuan dari Pasien dan Orang tua Pasien, kami ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Orang tua / Wali



**LUTHFIAN HABIBI KRISTANTO**

**DRA. SULASTRI**



## **FAISAL ACHMAD & PARTNERS**

Office Trosobo Gang Melati Nomor 33 RT 006 RW 001 Kecamatan Taman Kabupaten Sidoarjo  
Contact Person : 088230418027 / 0813-3160-8899

### **SURAT KUASA**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **DRA. SULASTRI**  
Tempat Tanggal Lahir : Sidoarjo, 09 – 06 - 1967  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama / Kewarganegaraan : Islam / Indonesia  
Pekerjaan : Guru  
Status Perkawinan : Cerai Hidup  
Alamat : Jl. WR Supratman RT/RW 014/004 Kel. Gedang  
Kecamatan Porong, Kab.Sidoarjo

Selanjutnya disebut sebagai **Pemberi Kuasa**

Dengan ini memberi kuasa dengan Hak Substitusi kepada :

Nama : **Faisal Achmad, S.H., M.H.**  
Tempat / Tanggal lahir : Surabaya, 03-02-1989  
Jenis Kelamin : Laki – Laki  
Pendidikan : S2 Hukum  
NIA : 16.04752  
Tanggal Berakhirnya KTPA : 31- 12 – 2021

Nama : **Iwan Sandi Pangarso, S.H., M.H.**  
Tempat / Tanggal lahir : Surabaya, 01-02-1989  
Jenis Kelamin : Laki – Laki  
Pendidikan : S2 Hukum  
NIA : 0222  
Tanggal Berakhirnya KTPA : 02- 01 – 2020

Nama : **Moh. Ibrohim, SH**  
Tempat / Tanggal Lahir : Sidoarjo, 12-05-1971  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Pendidikan : S1 Hukum  
NIA : 19.00265  
Tanggal Berakhirnya KTPA : 31- 12 – 2021

Memilih Domisili hukum para Advokat & Konsultan Hukum dari Kantor Hukum "Faisal Achmad & Rekan", berkedudukan di **Office Trosobo Gang Melati Nomor 33 RT 006 RW 001 Kecamatan Taman Kabupaten Sidoarjo** Nomor telp : **088230418027 / 082115877348 / 0813-3160-8899** email **faisalachmad980@gmail.com**, baik bersama-sama maupun sendiri-sendiri.

8

Selanjutnya disebut Sebagai **Penerima Kuasa.**

----- **K H U S U S** -----

Untuk Mendampingi dan/atau mewakili **Pemberi Kuasa :**

**Dalam mengupayakan hukum Non Litigasi, menghadap dan meminta izin dan permohonan instansi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya terkait permohonan meminta keterangan saksi ahli.**

Penerima Kuasa diberi hak serta wewenang baik memberikan nasehat-nasehat hukum, mendampingi dan mewakili Pemberi Kuasa, menghadap, berbicara dengan pejabat/aparat, Kepolisian, lembaga Pengadilan, pemerintahan, maupun swasta, mengajukan permohonan-permohonan, mengajukan keberatan-keberatan, mengajukan penolakan-penolakan, mengajukan bukti-bukti, saksi-saksi, mengajukan upaya hukum dan atau melakukan tindakan-tindakan lainnya dalam rangka untuk memperjuangkan kepentingan dan hak-hak Pemberi Kuasa, yang dibenarkan menurut ketentuan hukum yang berlaku. Surat Kuasa ini disertai hak Retentie.

Sidoarjo, 17 Juni 2020

Penerima Kuasa,



**FAISAL ACHMAD, S.H., M.H.**

**IWAN SANDI PANGARSO .S.H., M.H.,**

**MOH. IBROHIM. S.H.**

Pemberi Kuasa,



**DRA. SULASTRI**



PROVINSI JAWA TIMUR  
KABUPATEN SIDOARJO

NIK 3515042303980002

Nama: LUTHFIAN HABIBI  
KRISTANTO  
Tempat/Tgl Lahir: SIDOARJO, 23-03-1998  
Jenis Kelamin: LAKI-LAKI Gol. Darah: -  
Alamat: JLN WR. SUPRATMAN  
RT/RW: 014/004  
No. Desa: GEDANG  
Kecamatan: PORONG  
Agama: ISLAM  
Status Perkawinan: BELUM KAWIN  
Pekerjaan: PELAJAR/MAHASISWA  
Kewarganegaraan: WNI  
Sesaku Hidup: SEUMUR HIDUP



SIDOARJO  
02-56-2516

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Luthfian Habibi', written over a faint circular stamp or watermark.