

Nomor : 1179/RSPWDC/LP/SDM/XII/2016  
Hal : Jawaban Ijin Pra Survey  
Lampiran : 3 ( tiga ) lembar

01 Desember 2016

Kepada Yth.  
Ka. Prodi. Ilmu Hukum  
Fakultas Hukum & Komunikasi  
Jl. Pawiyatan Luhur IV / 1 Bendan Duwur  
SEMARANG – 50234

Dengan hormat,

Menjawab surat dari Ketua Program Studi Ilmu Hukum No : 034/B.3.3/FKH/IX/ 2016 perihal Permohonan Ijin Pra Survey yang kami terima beberapa waktu yang lalu, kami sampaikan hal sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya kami memberikan Ijin untuk pelaksanaan kegiatan tersebut untuk 1 ( satu ) mahasiswa selama ( satu ) semester. **a.n. Ocman Vicky ( 13.20.0039 )**
2. Untuk kelancaran kegiatan tersebut mohon dapat dilengkapi data sebagai berikut, maksimal 1 ( satu ) minggu sebelum pelaksanaan kegiatan meliputi :
  - a. Biodata setiap mahasiswa yang praktek memakai formulir terlampir.
  - b. Pakta Integritas setiap mahasiswa yang praktek, memakai formulir terlampir, di tanda tangani dengan meterai Rp. 6.000,-
4. Teknis kegiatan dapat dikoordinasikan dengan Plt. Ka. SDM dan Plt. Ka. Inst. Rekam Medis RS Panti Wilasa "Dr. Cipto" pada jam kerja.
5. Administrasi dapat diselesaikan dengan Unit SDM RS Panti Wilasa "Dr. Cipto" pada jam kerja.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



a/n Direktur,  
Pelayanan,

*dr. Yoseph Chandra, M.Kes*

Tembusan :

1. Plt. Ka. Unit SDM RS. PW DC
2. Plt. Ka. Instalasi Rekam Medis RS. PWDC
3. Arsip



## SURAT KETERANGAN

Nomor : 243/RSPWDC/LP/SDM/III/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr. Daniel Budi Wibowo, M.Kes  
Jabatan : Direktur RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto"  
Alamat : Jl. Dr. Cipto No. 50 Semarang

menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : OCMAN VICKY  
Tempat / Tgl. Lahir : Long Bawan, 03 Oktober 1992  
Institusi : Universitas Katholik Soegijapranata Semarang  
N I M : 13.20.0039  
Fakultas : Hukum & KOMUNIKASI ( S1 )  
Program Studi : Ilmu Hukum

Telah melaksanakan **Penelitian** di Bagian Rekam Medis, Unit Rawat Inap, dan Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Panti Wilasa "Dr.Cipto" Semarang selama bulan November 2016 s/d Maret 2017.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 09 Maret 2017  
Direktur,

  
Dr. Daniel Budi Wibowo, M.Kes

Alamat : Jalan Dr. Cipto No. 50 Semarang 50126 Telp. 024 - 3546040 (Hunting) Fax. 024 - 3546042

e-mail : rswdc@indo.net.id, rswdc@pantiwilasa.com, website : www.pantiwilasa.com



**PEMBERIAN INFORMASI  
 TINDAKAN & PENGOBATAN  
 APPENDICTOMY  
 KEPADA PASIEN**

No.Rekam Medis:

--

Nama : .....

Tanggal Lahir:

Tanggal: --

L       P

--

Jam :

Dokter Pelaksana Tindakan

Pemberi Informasi

Penerima Informasi /  
 Pemberi Persetujuan

NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA ✓
1	Diagnosa (WD dan DD)	Appendicitis	
2	Dasar diagnosa	Asesmen pasien dan pada pemeriksaan fisik ditemukan nyeri perut kanan bawah, nyeri tekan di daerah Mc Burney, Psoas Sign (+), Obturator sign (+). Ditunjang dengan USG abdomen dan leukositosis pada pemeriksaan laboratorium.	
3	Tindakan Kedokteran	Appendectomy.	
4	Indikasi Tindakan	Appendicitis Akut, Appendicitis Infiltrate, Periappendicular Abses, Appendicitis Perforasi.	
5	Tata Cara	Dilakukan tindakan aseptis & antiseptis. Sayatan pada daerah griedion, dibuka lapis demi lapis sampai ditemukan hernia. Dilakukan pengangkatan usus buntu. Kemudian ditutup jahit kembali lapis per lapis.	
6	Tujuan	Sebagai tindakan pengobatan yang dilakukan dengan operasi untuk mengangkat usus buntu (appendix) yang terinfeksi disertai/tanpa berbagai penyulit.	
7	Risiko	Terjadi perdarahan, infeksi luka operasi dan kondisi lain yang tidak diharapkan.	
8	Komplikasi	Perdarahan.	
9	Prognosa	Dubia ad bonam (kemungkinan bisa membaik)	
10	Alternatif	-	
	Lain - lain	-	

Dengan ini menyatakan bahwa saya selaku dokter operator telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi.

Tanda  
 tangan  
 Dokter

Dengan ini menyatakan bahwa saya / keluarga pasien ..... telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya serta telah diberi kesempatan untuk bertanya/berdiskusi, dan telah memahaminya.

Tanda  
 tangan  
 I

Tanda  
 tangan  
 II

\* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat.

Terima kasih atas kerja samanya telah mengisi formulir Informed Consent dengan benar

Nama Lengkap : ..... ( L/P )  
 Nomor RM : .....  
 Tanggal Lahir / Umur : ..... / ..... / ..... ( th/bl/hr )

**PERSETUJUAN RAWAT INAP DAN TINDAKAN MEDIS UMUM**

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Lengkap : ..... Tanggal lahir/umur : ..... Th.  
 Alamat : .....  
 Pekerjaan : .....  
 No. KTP/SIM : .....

1. Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk dilakukan rawat inap di RS. Pantii Wilasa "Dr.Cipto" Semarang, di kelas : ..... Ruang / No. Kamar ..... terhadap diri saya sendiri/istri/suami/anak/orangtua : ..... \*) saya :  
 Nama lengkap : ..... Tanggal lahir/umur : ..... Th.  
 Alamat : .....  
 Pekerjaan : .....

Untuk dirawat oleh Dokter umum/ Spesialis : .....  
 Dengan penanggung biaya \*:  
 Pribadi : .....  BPJS  
 Instansi : .....  
 Asuransi : .....

2. Untuk keadaan darurat hubungi : .....  No. Telp / HP : .....  
 2. Demi kelancaran pelayanan perawatan, pengobatan dan administrasi, dengan ini saya menyatakan :

**PERSETUJUAN**

1. Menyetujui dilakukan tindakan medik umum ( ketentuan tindakan medik umum tertulis di belakang halaman sebaliknya pernyataan ini ).
2. Memberi Ijin kepada dokter yang merawat untuk merawat pasien tersebut diatas.
3. Bersedia menaati segala peraturan yang berlaku di RS Pantii Wilasa " Dr.Cipto" Semarang
4. Sanggup/ bersedia membayar seluruh biaya perawatan sesuai dengan kelas yang saya kehendaki sesuai ketentuan yang berlaku.
5. Bersedia melengkapi persyaratan yang dibutuhkan Rumah Sakit untuk kelancaran administrasi bagi peserta BPJS dan ASURANSI lainnya.
6. Untuk kerahasiaan/ privasi identitas pasien di ruang rawat inap maupun data dibagian informasi \*  
 Dicantumkan  Tidak dicantumkan
7. Rahasia medis dapat diberikan ke pihak lain.
8. Persetujuan medis / tindakan dan hal - hal lain yang terkait dengan pelayanan yang diterima dapat disampaikan / dideliasikan kepada :  
 1. ....  
 2. ....  
 3. ....
9. Saya memahami dan sudah mendapat informasi tentang :  
 a. Hak & Kewajiban pasien serta peraturan di RS Pantii Wilasa Dr Cipto  
 b. Kehilangan barang pribadi yang tidak ditanggung RS Pantii Wilasa Dr Cipto  
 c. Kewajiban pemeriksaan identitas dan pemakaian tanda pengenal bagi pengunjung di luar jam besuk.

	Semarang, .....	
Saksi - Saksi Tanda tangan	Dokter Tanda tangan	Yang Membuat Pernyataan Tanda tangan
1.  (.....)	  (.....)	  (.....)
2.  (.....)		Petugas Penerimaan Pasien Rawat Inap  (.....)

**KETENTUAN TENTANG**  
**PERNYATAAN TINDAKAN MEDIK UMUM**  
**( INFORMED CONSENT UMUM / GENERAL INFORMED CONSENT )**

Informed Consent adalah pernyataan yang diberikan pasien atau keluarga atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik umum baik bersifat perawatan, diagnostik, maupun terapeutik yang akan dilakukan pada pasien tersebut.

Tindakan Medik Umum adalah suatu tindakan medik sederhana untuk tujuan diagnostik/ Terapi yang sehari – hari dilakukan di Rumah Sakit.

Yang termasuk dalam tindakan – tindakan Medik Umum antara lain :

- Pengambilan darah untuk keperluan diagnostik.
  - Pemberian obat untuk tujuan terapeutik secara intrakutan, subkutan, intramuskuler, atau intravena.
  - Pemasangan infus dengan catheter vena/ jarum infus.
  - Penusukan riengan jarum pada daerah tertentu ( misalnya : akupuntur )
  - Pemasangan alat tertentu :
    - Catheter neilton untuk pria dan wanita
    - Catheter logam hanya untuk wanita
    - Pemasangan nasogastric tube (NGT )
    - Pemasangan Bidal
    - Pemasangan Traksi
    - Pembersihan lendir dari hidung, mulut, ataupun pemasangan endotrakheal tube ( ET )
    - Pengambilan benda asing dari rongga hidung atau liang telinga.
    - Pengobatan luka pencucian luka, penjahitan luka dengan anestesi lokal.
    - Pengambilan corpus allineum pada mata ( misal gram pada cornea/ conjungtiva)
    - Pemberian Lavement ( Cuci Usus Besar )
- Untuk pemeriksaan radiologi/ persiapan operasi

Tindakan Medik yang berhubungan dengan tindakan Bedah atau Tindakan Invasif atau yang berpotensi membahayakan jiwa pasien, harus di berikan Informed Consent Khusus.

Dokter  
 Tanda Tangan

Semarang, .....20.....  
 Yang membuat pernyataan

(.....)  
 Nama Terang

(.....)  
 Nama Terang

Petugas Penerimaan Pasien  
 Rawat Inap

(.....)  
 Nama Terang

## PENOLAKAN

- Rawat Inap  
 Tindakan Medik Operatif  
 Tindakan Terapeutik/Diagnostik  
 Konsultasi ke Dokter Lain  
 Perawatan di Instalasi Rawat Intensif/PICU/NICU/Peristri  
 Lain-Lain .....

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Umur : ..... tahun

Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan

Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bahwa saya, sebagai orang tua/anak/suami/istri/wali menolak memberikan persetujuan perawatan yang diperlukan / yang masih diperlukan atas diri pasien tersebut di bawah ini :

Nama : .....

Umur : ..... tahun

Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan

Alamat : .....

No.RM : .....

Saya sepenuhnya sadar bahwa penolakan tersebut dapat menimbulkan akibat atau resiko yang tidak diharapkan seperti yang sudah diterangkan dengan jelas.

Oleh sebab itu saya membebaskan dokter / RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" dari tanggung jawab hukum jika akibat atau resiko yang tidak diharapkan tersebut benar-benar terjadi di kemudian hari.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, .....

Dokter yang menjelaskan,

Yang menyerahkan :

.....  
Nama Terang & tanda tangan

.....  
Nama Terang & tanda tangan

Saksi (Perawat/Bidan/Suster/Keluarga lain)

.....  
Nama Terang & tanda tangan



RUMAH SAKIT  
PANTI WILASA "Dr. CIPTO"

F.RM.U.39A

## SURAT PERNYATAAN

Sebagai Persetujuan Membuka Rahasia Kedokteran(\*)  
(Untuk Asuransi / Perusahaan Lain)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
Umur : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat : .....

Adalah Ayah / Ibu / Suami / Istri / Anak / Keluarga dari :\*)

Nama : .....  
Umur : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat : .....

Penderita yang dirawat di RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" Semarang dari tanggal .....s /d ..... atas permintaan sendiri terhadap tim dokter RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" untuk dapat memberikan keterangan tertulis mengenai rahasia kesehatan / penyakit selama saya / penderita \*) dirawat di RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto".

Untuk keperluan :

1. Pengajuan klaim perawatan ke Asuransi : .....
2. Pengajuan klaim perawatan ke Perusahaan : .....
3. Keperluan Lainnya.....

Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya atas akibat dibukanya rahasia kesehatan / penyakit saya / penderita \*) kepada pihak lain dan saya menyatakan tidak akan menuntut kepada tim dokter Rumah Sakit RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto".

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan dari pihak manapun

Semarang,.....

Yang membuat pernyataan

UU No 10 th 66 tentang Wajib Sipan ahasia Kedokteran, UU No 14 th 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik, PP No 61 th 2010 tentang Keterbukaan Inforasi Publik, Permenkes No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis, SK DiUenYanMed No 78/YanMed/RS.Um.Dik/UMU/I/1991 tentang Juklak Penyelenggaraan Rekam Medis, SK Konsil Kedokteran th 2006 tentang Manual Rekam Medis

F.RM.U.39A.R.00.T.01.01.15

 RUMAH SAKIT PANTI WILASA "Dr.CIPTO"	<b>PENGEMBALIAN DOKUMEN REKAM MEDIS  KURANG LENGKAP</b>		
	No. Dok. : SPO.PWDC.RM.028	Revisi Ke : 00	Halaman : 1/1
<b>STANDAR  PROSEDUR  OPERASIONAL</b>	Tgl. Terbit: 4 Maret 2014	 Ditetapkan, Direktur  dr. Daniel Budi Wibowo, M.Kes	
<b>Pengertian</b>	Pengembalian dokumen rekam medis yang kurang lengkap kepada DPJP. Dokter penanggung jawab ruangan, perawat, bidan untuk dilengkapi segera.		
<b>Tujuan</b>	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk melaksanakan pengembalian dokumen rekam medis yang kurang lengkap.		
<b>Kebijakan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DRM harus lengkap</li> <li>2. DRM yang tidak lengkap harus dilengkapi dengan dikembalikan ke petugas yang berkompeten.</li> </ol>		
<b>Prosedur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekam Medis yang kembali dari Rawat Inap yang dikirim ke Rekam Medis disusun dan dilakukan analisis kuantitatif dan kualitatif.</li> <li>2. Dokumen Rekam Medis yang sudah lengkap diteruskan ke urusan kode penyakit sedangkan berkas Rekam Medis kurang lengkap akan diteruskan/ dilaporkan kepada Panitia Rekam Medis untuk dikembalikan kepada DPJP, dokter penanggung jawab ruangan atau perawat yang merawat pasien itu untuk dilengkapi paling lambat 2 x 24 jam setelah dokumen dikembalikan harus sudah diterima kembali di urusan Rekam Medis.</li> <li>3. Setelah dokumen RM lengkap maka diinput kembali di ekpedisi komputer rawat inap.</li> </ol>		
<b>Unit terkait</b>	Rekam Medis, IRNA		

 RUMAH SAKIT PANTI WILASA "Dr.CIPTO"	<b>ASSEMBLING DAN EVALUASI</b>		
	No. Dok. : SPO.PWDC.RM.022	Revisi Ke : 00	Halaman : 1 / 2
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	Tgl. Terbit: 4 Maret 2014	 Ditetapkan, Direktur <b>dr. Daniel Budi Wibowo, M.Kes</b>	
<b>Pengertian</b>	Suatu tata cara yang berhubungan dengan Perakitan Dokumen Rekam Medis rawat inap dan evaluasi ketidaklengkapan pengisian catatan medis.		
<b>Tujuan</b>	Sebagai acuran penerapan langkah – langkah untuk melaksanakan pengelolaan assembling dan evaluasi rekam medis rawat inap.		
<b>Kebijakan</b>	1. Dokumen rekam medis 2 x 24 jam oleh petugas rawat inap dengan lengkap. 2. Lakukan evaluasi terhadap ketidaklengkapan DRM tiap bulannya		
<b>Prosedur</b>	1. Petugas Assembling rekam medis menerima DRM dari IRNA Langsung melakukan evaluasi dan pengecekan rekam medis jika pengembalian pada jam kerja. 2. Jika pengembalian diluar jam kerja ambil setiap DRM dari rawat inap yang sudah ada di setiap kotak per ruang perawatan. 3. Tulis dalam buku ekspedisi setiap DRM yang telah di ambil dari IRNA. 4. Setiap rekam medis yang telah selesai dipergunakan harus diperiksa kualitas dan kuantitasnya dengan cara : a. Lakukan perakitan ( <b>assembling</b> ) berdasarkan nomor urut formulir rawat inap b. Pastikan kelengkapan pengisian catatan medis tentang : b.1. Identitas pasien. b.2. Tanda tangan Dokter. b.3. Diagnosa. b.4. Resume Dokter. b.5. Ringkasan Keluar Masuk. b.6. Laporan Operasi/ Anestesi/ persalinan b.7. Assesmen DPJP b.8. Informed Consent c. Dokumen yang sudah di rakit dimasukan kedalam folder paling atas jika pasien pernah rawat inap sebelumnya. 5. Input ekspedisi dokumen Rekam Medis ke dalam computer		

## SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.  
Bapak/Ibu Calon Responden Penelitian  
Di Wilayah Kerja Rumah Sakit Panti Wilasa Dr. Cipto  
Semarang

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Ocman Vicky  
NIM : 13.20.0039  
Status Pendidikan : Mahasiswa  
Fakultas : Hukum dan Komunikasi Universitas Katolik Soegijapranata  
Program Studi : Ilmu Hukum

Dengan ini mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk bersedia menjadi responden pada penelitian yang akan saya lakukan dengan judul "**Pelaksanaan *Informed Consent* dalam Pelayanan Kesehatan dan Perlindungan Hak Terhadap Pasien Lansia (Studi Kasus di Rumah Sakit Panti Wilasa Dr.Cipto Semarang)**".

Adapun hal-hal yang perlu saya informasikan terlebih dahulu kepada Bapak/Ibu yaitu:

1. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan *informed consent*/Persetujuan tindakan kedokteran yang merupakan hak pasien khususnya pasien lansia beserta hambatanya di Rumah Sakit Panti Wilasa Dr.Cipto;
2. Kesediaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tanpa paksaan;
3. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan pada Bapak/Ibu sebagai responden;
4. Peneliti menjamin akan menjaga kerahasiaan identitas Bapak/Ibu atas informasi yang diberikan dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian;
5. Penelitian ini tidak akan memungut biaya apapun dari Bapak/Ibu;
6. Peneliti menjamin kerahasiaan setiap informasi yang akan digali dari Bapak/Ibu sebagai responden;

Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti.

Demikian surat permohonan ini, atas kesediaan dan kerjasama Bapak/Ibu peneliti mengucapkan terima kasih.

Semarang, 2016  
Peneliti

Ocman Vicky

## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :  
Umur :  
Status : Pasien/Wakil/Keluarga\*  
(\* Coret yang tidak perlu)

Dengan ini menyatakan **BERSEDIA** untuk turut berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh **OCMAN VICKY** mahasiswa Fakultas Hukum dan Komunikasi, Program Studi Ilmu Hukum Universitas Katolik Soegijapranata dengan judul penelitian "*Pelaksanaan Informed Consent dalam Pelayanan Kesehatan dan Perlindungan Hak terhadap Pasien Lansia (Studi Kasus di Rumah Sakit Panti Wilasa Dr.Cipto Semarang)*".

Saya telah diberi informasi dan memahami hak-hak saya sebagai responden. Saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan dalam bentuk apapun.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang,

2016

Responden

( )

## PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN

### Identitas Responden

Nama :  
Umur :  
Alamat :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Status : Manajemen Rumah Sakit

### Pertanyaan Penelitian

1. Apakah ada Standar Operasional Pelayanan (SOP) yang dibuat rumah sakit dalam pelaksanaan *Informed consent*?
2. Apakah rumah sakit menyediakan dan memberikan format *informed consent*?
3. Apakah di Rumah Sakit Panti Wilasa menyediakan layanan geriatri?
  - a) Jika Ya, bagaimana prosedur *informed consent* dilaksanakan ?
  - b) Jika Tidak, apa alasannya? Bagaimana pelayanan kesehatan terhadap lansia dilaksanakan?
4. Apakah pernah terjadi komplain dari pasien yang timbul setelah tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien?
5. Siapa yang ditugaskan dalam pengendalian terhadap *informed consent* di Rumah Sakit Panti Wilasa?
  - a) Jika ada, bagaimana kerjanya dan bagaimana evaluasinya?
  - b) Jika tidak ada, apa alasannya?

## PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN

### Identitas Responden

Nama :  
Umur :  
Alamat :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Status : Dokter Rumah Sakit (Umum/Gigi/Spesialis)\*  
\*coret yang tidak perlu

### Pertanyaan Penelitian

1. Apakah ada Standar Operasional Pelayanan (SOP) terkait *Informed Consent* di Rumah Sakit Panti Wilasa?
2. Bagaimana prosedur *informed consent* dilakukan?
3. Apakah dalam memberi tindakan medis, telah diberikan informasi lengkap tentang perawatan yang akan diterima pasien Lanjut Usia (Lansia)?
  - a) Jika Ya, Informasi apa saja yang diberikan?
  - b) Jika hanya sebagian, informasi apa saja yang disampaikan dan mengapa ada informasi yang tidak disampaikan. (lihat indikator khusus untuk informasi yang disampaikan)
  - c) Jika tidak sama sekali, mengapa informasi tersebut tidak disampaikan?

No.	Indikator	Check
1	Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran	
2	Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan	
3	Alternatif tindakan lain, dan resikonya	
4	Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi	
5	Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan	
6	Prakiraan pembiayaan	

### Khusus

- 1) Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran
  - a) Apakah diberikan secara lengkap, jelas, dan dapat dipahami

- pasien? Apa alasannya?
- b) Apakah langsung terhadap pasien? Apa alasannya?
  - c) Jika tidak langsung kepada siapa informasi ini diberikan? Apa alasannya?
- 2) Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan
- a) Bagaimana menginformasikan secara lengkap tujuan tindakan yang akan dilakukan?
  - b) Kepada siapa informasi ini disampaikan? Apa alasannya?
- 3) Alternatif tindakan lain dan resikonya
- a) Apakah lengkap, jelas, dan dapat dipahami pasien? Apa alasannya?
  - b) Kepada siapa informasi ini disampaikan? Apa alasannya?
- 4) Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
- a) Apakah diberikan informasi resiko dan komplikasi jika tindakan dilakukan?
  - b) Apakah diberikan informasi resiko dan komplikasi jika tindakan tidak dilakukan?
  - c) Kepada siapa informasi ini disampaikan? Apa alasannya?
- 5) Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan
- a) Apakah diberikan lengkap, jelas, dan dapat dipahami pasien? Apa alasannya?
  - b) Apakah informasi ini selalu anda berikan setiap saat apabila pasien maupun keluarganya meminta? Apa alasannya?
  - c) Kepada siapa informasi ini disampaikan? Apa alasannya?
- 6) Prakiraan pembiayaan
- a) Apakah sebelum menerima tindakan diberikan
  - b) Kepada siapa informasi ini disampaikan? Apa alasannya?
3. Apakah dalam memberikan informasi terhadap pasien dikarenakan pasien yang bertanya?
- a) Jika Ya, apa alasannya?
  - b) Jika tidak/inisiatif sendiri, apa alasannya?

4. Apakah *informed consent* tersebut selalu dicatat lengkap di dalam rekam medik?
5. Bagaimana cara informasi diberikan, agar informasi tersebut dipahami dengan baik oleh pasien lansia?
6. Jika mendapat pasien lansia dalam kondisi tidak dapat memberikan persetujuan, apakah dilakukan tindakan dulu, lalu memberikan informasi kepada keluarganya kemudian atau menunggu keluarga? Apa alasannya?
7. Apakah pernah dilakukan tindakan terhadap pasien lansia dimana tindakan tersebut dianggap tidak perlu mendapatkan persetujuan?
  - a) Jika Ya, kenapa? Apa alasannya?
  - b) Jika Tidak, Kenapa? Apa alasannya?
8. Siapa yang memberikan *Informed Consent* itu? Apakah anda sendiri atau perawat atau tenaga kesehatan lain?
  - a) Jika anda sendiri, apa alasannya?
  - b) Kalau perawat atau tenaga kesehatan lain, apa alasannya?
9. Apakah pernah diberikan informasi yang tidak yang sebenarnya? Dikarenakan munculnya kekhawatiran jika pasien lansia akan menolak tindakan sedangkan dalam pandangan medis tindakan tersebut perlu untuk dilakukan?
10. Apakah diberikan formulir persetujuan tindakan kedokteran secara tertulis untuk ditandatangani oleh pasien?
  - a) Jika Ya, apa alasannya?
  - b) Jika Tidak, apa alasannya?
11. Apakah pernah terjadi reaksi anafilaksis terhadap pasien lansia, dalam hal ini telah dilaksanakan *informed consent*?
  - a) Jika Ya, *Informed consent* tersebut dituangkan dalam bentuk apa? Lisan atau tertulis?
  - b) Tidak pernah terjadi.
12. Apa kesulitan atau hambatan anda dalam meminta *informed consent* kepada pasien?

## PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN

### Identitas Responden

Nama :  
Umur :  
Alamat :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Status : Penanggung Jawab Rekam Medik

1. Apakah ada Standar Operasional Pelaksanaan (SOP) dalam penyelenggaraan rekam medik?
2. Adakah pedoman dalam penulisan rekam medik?
3. Bagaimana pengetahuan dokter terhadap penulisan rekam medis?
4. Apakah dokter selalu menuliskan setiap informasi yang disampaikan pasien serta persetujuan pasien?
5. Apakah ada prosedur pengecekan kelengkapan pengisian rekam: medik?
- 6.

## PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN

### Identitas Responden

Nama :  
Umur :  
Alamat :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Status : Pasien

### Pertanyaan Penelitian

1. Apakah sebelum mendapatkan tindakan medis pasien/keluarga telah diberikan informasi yang lengkap?

No.	Indikator	Check
1	Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran	
2	Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan	
3	Alternatif tindakan lain, dan risikonya	
4	Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi	
5	Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan	
6	Prakiraan pembiayaan	

2. Siapa yang memberikan penjelasan tersebut?
3. Apakah pasien/keluarga memahami semua informasi yang diberikan oleh dokter sebagai dasar untuk memberikan persetujuan?
4. Kepada siapa dokter memberikan informasi tersebut?
  - a) Jika pasien sendiri, apa alasannya? Apakah anda memahami penjelasan tersebut?
  - b) Jika kepada keluarga, apa alasannya?
5. Apakah dalam memberikan informasi dokter sendiri berinisiatif memberikan informasi tersebut?
  - a) Jika Ya, apakah cukup lengkap?
  - b) Jika Tidak, apakah menunggu pasien/keluarga bertanya terlebih dahulu?

6. Apakah semua tindakan yang dilakukan dokter selalu meminta persetujuan kepada anda?
  - a) Jika Ya, Apakah selalu disertai dengan informasi terlebih dahulu? (Jika tanpa informasi lihat nomor 8)
  - b) Tidak diminta persetujuan
7. Apakah dokter langsung melakukan tindakan tanpa memberi penjelasan dan meminta persetujuan kepada pasien/keluarga sebelumnya?
8. Apakah pasien/keluarga diminta persetujuan tanpa terlebih dahulu diberikan penjelasan yang lengkap?
9. Apakah pasien/keluarga tetap setuju untuk dilakukan tindakan medis walaupun belum ada penjelasan?
  - a) Jika Ya, apa alasannya?
  - b) Jika Tidak, apa alasannya?
10. Apakah pasien/keluarga merasa terpaksa dalam memberikan persetujuan?
11. Apa hambatan pasien/keluarga dalam menerima informasi serta memberikan persetujuan?

