

Lampiran 1

DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI (KKI)

| Dokter Pelaksana Tindakan | | | |
|--|--------------------------------|---------------|-------------|
| Pemberi informasi | | | |
| Penerima Informasi | | | |
| No | JENIS INFORMASI | ISI INFORMASI | TANDAII (v) |
| 1 | Diagnosis (WD & DD) | | |
| 2 | Dasar Diagnosis | | |
| 3 | Tindakan Kedokteran | | |
| 4 | Indikasi Tindakan | | |
| 5 | Tata Cara | | |
| 6 | Tujuan | | |
| 7 | Risiko | | |
| 8 | Komplikasi | | |
| 9 | Prognosis | | |
| 10 | Alternatif & Risiko | | |
| <p>Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya/atau berdiskusi</p> | | | |
| <p>Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya</p> | | | |

Lampiran 2

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN (KKI)

| PEMBERIAN INFORMASI | | | |
|---|---------------------|---------------------|--------------|
| Dokter Pelaksana Tindakan | | | |
| Pemberi Informasi Penerima | | | |
| Informasi/Pemberi Persetujuan | | | |
| No | JENIS INFORMASI | ISI INFORMASI | TANDA (v) |
| 1 | Diagnosis (WD & DD) | | |
| 2 | Dasar Diagnosis | | |
| 3 | Tindakan Kedokteran | | |
| 4 | Indikasi Tindakan | | |
| 5 | Tata Cara | | |
| 6 | Tujuan | | |
| 7 | Risiko | | |
| 8 | Komplikasi | | |
| 9 | Prognosis | | |
| 10 | Alternatif & Risiko | | |
| | Lain-lain | | |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi | | | tanda-tangan |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi | | | tanda-tangan |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf dikolom kanannya, dan telah memahaminya | | | tanda-tangan |
| * Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat | | | |
| PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN | | | |
| Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, umur _____ tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat _____. | | | |
| dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____ terhadap saya / _____ saya* bernama _____, umur _____ tahun, laki-laki / perempuan*, alamat _____. | | | |
| Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa. | | | |
| _____, tanggal _____ pukul _____ | | | |
| Yang menyatakan * | | Saksi: | |
| (_____) | | (_____) (_____) | |

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SALATIGA

**PERNYATAAN TELAH MENERIMA INFORMASI PELAYANAN KESEHATAN
(OLEH PASIEN / KELUARGA)**

NAMA UMUR : NO. RM : INSTALASI : KL
pasien / RUANG

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
No. :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa saya, sebagai orang tua / anak / suami / istri / wali / pasien sendiri menerima informasi dengan jelas tentang :
Rencana dan hasil pelayanan pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).
Hak dan Kewajiban pasien.
Dan informasi-informasi lainnya sehubungan dengan pelayanan kesehatan pasien yang dibutuhkan.

Yang Memberikan Informasi,
Keter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)

Salatiga,

Yang Membuat Pernyataan,
(Pasien / Keluarga)

(.....)

(.....)

iran :

PEMERINTAH KOTA SALATIGA
BADAN PENGELOLAAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Osamaliki No. 19 Telp. (0298) 324074 Fax. 321925

SALATIGA 50721

KOTA SALATIGA

NO RM

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--------------------|------------------|----------|-------------------|---------|
| TUJUAN AN MEDIS | Nama : Unit : | Lantai : | Umur : Ruang : | Kelas : |
|--------------------|------------------|----------|-------------------|---------|

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

ng tanda tangan dibawah ini:

amir : _____ tahun. Laki-laki* / Perempuan*
KTP : _____
an dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

akukan tindakan medis berupa** _____ dengan/tanpa anastesi**
saya sendiri* / Istri* / Suami* / Ayah* / Ibu saya* ,dengan

amir : _____ tahun. Laki-laki* / Perempuan*
KTP : _____
M : _____

an sifat, dan perlunya tindakan medis tersebut di atas, serta risiko yang dapat ditimbulkannya,
a pengatasinya telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

peretujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

_____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____

dokter
tanda tangan

Yang membuat pernyataan
tanda tangan

Nama lengkap

_____ Nama lengkap

ari Rumah Sakit,
tanda tangan

Saksi dari keluarga
tanda tangan

Nama lengkap

_____ Nama lengkap

jenis tindakan medis yang akan dilakukan
dan coret yang lain

| | | | |
|--|---|--|------------------|
| RSUD KOTA SALATIGA  | PROSEDUR TETAP PERAWATAN ABORTUS DENGAN KURETAGE | | |
| | No Dokumen 153/IV/11/PER | No. Revisi 1 | Halaman 1 / 1 |
| PROSEDUR TETAP PERINATAL RESIKO TINGGI | Tgl. Terbit 7 April 2011 | DITETAPKAN DIREKTUR RSUD KOTA SALATIGA SURYANINGSIH | |
| DEFINISI | Abortus adalah ancaman pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, sebagai batasan digunakan kurang dari 20 minggu dan berat janin kurang dari 500 gr. Kuretase adalah cara membersihkan hasil konsepsi memakai alat kuret (sendok kerokan) | | |
| TUJUAN | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mencegah angka kesakitan ibu hamil muda dengan perdarahan pervaginam. ▪ Membersihkan sisa hasil konsepsi. | | |
| KEBIJAKAN | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenaga pelayanan dilakukan oleh Dokter Obsgyn dan Bidan. ▪ Paket pelatihan ponok Dep.Kes RI 2008 | | |
| PROSEDUR KERJA | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bidan melakukan anamnesa pada penderita ❖ Bidan melakukan pemeriksaan umum ❖ Dokter dan Bidan melakukan informed consent pada penderita dan suami ❖ Bidan kolaborasi dengan Dokter SpoG dan Dokter Anestesi ❖ Bidan mempersiapkan alat cuterace set dan obat-obatan yang diperlukan ❖ Bidan membantu tindakan dokter SpoG dan sebagai asisten ❖ Bidan melakukan Dokumentasi | | |
| LOKASI TERKAIT | IGD PONEK SMF RUANG DAHLIA PAVILIUN LT 3 Poly Obsgyn | | |