

**LAMPIRAN**

**TATKALA/JADWAL DALAM PENELITIAN INI DITENTUKAN**

**JADWAL PENELITIAN SEBAGAI BERIKUT :**

No	Kegiatan	bulan 1	bulan 2	bulan3	bulan 4	bulan 5	bulan 6
1	Tahap Persiapan						
	Menyusun Usulan Penelitian						
	Menyusun Questioner						
	Mengurus Izin Penelitian						
	Perbaikan Usulan Penelitian dan Questioner						
	Menyediakan Alat dan Bahan						
2	Tahap Kerja Lapangan/Pengumpulan Data						
3	Tahap Penyelesaian						
	Pengolahan Data Yang Tersedia						
	Analisis Data						
	Membuat Sintesa/Kesimpulan						
	Membuat Konsep LAPORAN						
	Mendiskusikan Konsep Laporan						
	Menyusun dan Mengetik Laporan						
TOTAL					6 bulan		



## RUMAH SAKIT BANYUMANIK

Jl. Bina Remaja No. 61 Semarang Telp. (024) 7471519 Fax. (024) 7462181  
Web : www.rs Banyumanik.com Email : rs Banyumanik@gmail.com

### SURAT KETERANGAN

Nomor : 092/B/RSB/II/2020

Assalamualaikum Wr. Wb.

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Banyumanik Semarang, menerangkan bahwa:

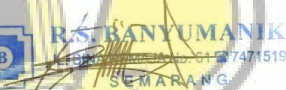
Nama : Vita Nindya Brilianti Sekar Ningrum  
NIM : 16.C1.0044  
Perguruan Tinggi : UNIKA Soegijapranata Fakultas Hukum Dan Komunikasi  
Program Studi : Ilmu Hukum

Yang bersangkutan benar-benar telah selesai melakukan penelitian di Rumah Sakit Banyumanik Semarang guna keperluan tesis dengan judul "Perlindungan Hak Pasien atas *Second Opinion* dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Banyumanik".

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Semarang, 28 Februari 2020  
Direktur,

  
R.S. BANYUMANIK  
Jl. Bina Remaja No. 61 Semarang Telp. (024) 7471519  
SEMARANG  
Dr. Akbar Kurniawan, M.Kes.  
NIK. 11.137

*Kesembuhan Anda Harapan Kami*

SURAT PERMINTAAN SECOND OPINION

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....( L/P )

Nomor kartu identitas : .....( Umur : th )

Alamat : .....

Diri sendiri/ Suami / Istri / Ayah / Ibu / Anak / Kakak / Adik / teman / kerabat dari pasien:

Nama : .....( L/P )

Tgl Lahir : .....

No RM : .....

Dengan ini menyatakan dengan sadar dan sesungguhnya bahwa :

1. Telah menerima dan memahami informasi mengenai kondisi terhadap diri saya / pasien dan tindakan penanganan awal yang telah dilakukan pihak rumah sakit.
2. Meminta kepada pihak Rumah Sakit untuk diberikan kesempatan second opinion terhadap alternative diagnosis / pengobatan diri saya / pasien ke dokter ..... di Rumah Sakit.
3. Segala sarana , biaya maupun fasilitas untuk mencari second opinion adalah tanggung jawab diri saya / pasien / keluarga.
4. Untuk keperluan tersebut di atas meminjam hasil pemeriksaan penunjang kesehatan saya / pasien berupa :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarbenarnya.

Ungaran.....

Petugas,

Saksi

Saya yang menyatakan,

Tanggal / Waktu Pengambilan Dokumen yang dipinjam : .....

Petugas

Peminjam

( )

( )

