

LAMPIRAN



PEMERINTAH KOTA SALATIGA
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Jalan Osamaliki No.19 Salatiga, Kode pos 50721
Telepon (0298) 324074, Faks (0298) 321925
Website www.rsudkotasalatiga.com, Email : rsud.salatiga@gmail.com

Nomor : 423/0912/1902.1
Sifat : -
Lamp. : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Salatiga, 03 Maret 2020

Kepada
Yth. Ketua Program Studi
Magister Hukum Kesehatan
di
UNIKA SOEGIJARJANATA

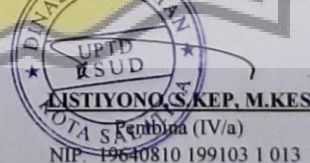
Memperhatikan surat Saudara Nomor : 269/B.7.3/PMHK/I/2020 tanggal 13 Januari 2020 perihal sebagaimana tersebut dalam pokok surat, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan mahasiswa Magister Hukum Kesehatan Saudara untuk melakukan Penelitian dengan keterangan sebagai berikut:

Nama : Titik Sutarsinah
Prodi : Magister Hukum Kesehatan
Judul : Perlindungan Hukum Keluarga Berencana Pasca Salin di RSUD Salatiga Ditinjau Dari Perspektif Hak Asai Manusia.

Demi kelancaran dan tertib administrasi pelaksanaan kegiatan tersebut Saudara diwajibkan untuk menyelesaikan administrasi dengan memberi kontribusi biaya sebelum pelaksanaan kegiatan sebesar Rp.300.000,- (tiga ratus ribu rupiah).

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

an DIREKTUR UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PADA DINAS KESEHATAN KOTA SALATIGA,
WABIR ADMINISTRASI & KEUANGAN


LISTIYONO, S.KEP, M.KES
Kembali (IV/a)
NIP. 19640810 199103 1 013



PEMERINTAH KOTA SALATIGA
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Letjend. Sukowati Nomor 51 Salatiga, Kode Pos 50724 Telp. (0298) 325159
Faks. (0298) 325159 Website www.salatigakota.go.id
Email kesbangpol@salatigakota.go.id

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
NOMOR : 070/ 128 /504

- I. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor : 3 tahun 2018 tanggal 11 Januari tahun 2018 tentang Pedoman Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.
2. Keputusan Menteri dalam Negeri Nomor : SD. 6/ 6/ 2/ 12 tanggal 5 Juli 1972 tentang kegiatan Riset, Survei dan Keputusan Direktur Jendral Sosial Politik Nomor : 14 Tahun 1981 tentang Surat Pembentahan Penelitian (SPP).
3. Surat Program Studi Magister Hukum Kesehatan Fakultas Hukum dan Komunikasi Unika Soegijapranata No. 268/B.7.3/PMHK/2020 tanggal 13 Januari 2020 penhal Ijin Penelitian

- II. Yang bertandatangan di bawah ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Salatiga, menyatakan Tidak Keberatan atas pelaksanaan Penelitian dalam wilayah Kota Salatiga yang dilaksanakakan oleh :

a. Nama	Titik Sutarsinah
b. NIM/ NIP	17.C2.0049
c. Pekerjaan	mahasiswa
d. Program Studi	Magister Hukum Kesehatan
e. Alamat Asal	Jl. Nakula Sadewa II 7A RT 1 RW 3 Kel. Dukuh, Kec. Sidomukti Kota Salatiga
f. Penanggungjawab	Dr. Endang Wahyati, Y, SH, MH
g. Maksud dan Tujuan	Melakukan penelitian dalam rangka penyusunan tesis yang berjudul "Perindungan Hukum Keluarga Berencana Pasca Salin di RSUD Salatiga Ditinjau Dan Perspektif Hak Asasi Manusia". RSUD Kota Salatiga
h. Lokasi	RSUD Kota Salatiga

Dengan Ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

- a. Sebelum melakukan kegiatan tersebut dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat/ Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Rekomendasi ini.
b. Pelaksanaan Penelitian tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan dan tidak membahas masalah politik dan/ atau agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.
c. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana dari sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan permohonan.
d. Surat Rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati/mengindahkan peraturan dan/ atau melanggar hukum yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
e. Setelah Penelitian selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesbang Pol Kota Salatiga.

- III. Surat Rekomendasi Penelitian ini berlaku dari tanggal 15 Januari s.d 15 April 2020

Dikeluarkan di : Salatiga
pada tanggal : 15 Januari 2020

a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KOTA SALATIGA

KABID. KBWASPADAN NASIONAL,

P. YASTI WINARNI SE MM
Pembina
NIP. 19640626 198903 2 009

Tembusan:

1. Walikota Salatiga (Sebagai laporan)
2. Kepala BAPOLITBANG Kota Salatiga
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Salatiga
4. Kepala RSUD Kota Salatiga

**PROGRAM STUDI MAGISTER HUKUM KESEHATAN
FAKULTAS HUKUM DAN KOMUNIKASI**

Jl. Pawiyatan Luhur IV/1 Bendaan Duwur Semarang 50234
Telp. (024) 8441555, 8505003(hunting) Fax. (024) 8415429 - 8445265
e-mail: mh.kes@unika.ac.id http://www.unika.ac.id



Nomor : 269/B.7.3/PMHK/2020
Lampiran :
Penhal : **IJIN PENELITIAN**

Semarang, 13 Januari 2020

Kepada Yth.
DIREKTUR RSUD SALATIGA
Jalan Osamaliki No. 19
SALATIGA

Dengan hormat,
Dalam rangka penyelesaian tesis Program Studi Magister Hukum Kesehatan Universitas Katolik Soegijapranata Semarang untuk mahasiswa tersebut dibawah ini:

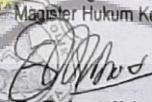
Nama : **TITIK SUTARSINAH**
NIM : **17.C2.0049**
Judul Tesis :

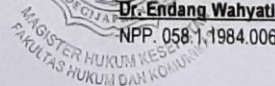
**" PERLINDUNGAN HUKUM KELUARGA BERENCANA PASCA SALIN
DI RSUD SALATIGA DITINJAU DARI PERSPEKTIF HAK ASASI MANUSIA "**

bersama ini kami mohon kepada Bapak/Ibu berkenan memberikan izin serta informasi ataupun data yang diperlukan oleh mahasiswa tersebut untuk mengadakan penelitian di institusi yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian, atas perhatian dan kerjasama Bapak / Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi
Magister Hukum Kesehatan


Dr. Endang Wahyati Y. SH., MH
NPP: 058.1.1984.006



Lampiran 1: Pengantar Instrumen

Kepada Yth

Bapak, Ibu.....

di

tempat

Dengan hormat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : TITIK SUTARSINAH

Nim : 17.C2.0049

Umur : 53 Tahun

Selaku mahasiswa Pasca Sarjana Magister Hukum Kesehatan Universitas Katolik Soegyoпрanoto, Semarang Bermaksud melakukan penelitian tesis dengan judul "Perlindungan Hukum Keluarga Berencana Pasca Salin di RSUD Salatiga di tinjau dari perspektif Hak Asasi Manusia

Atas hal tersebut diatas saya mohon kesediaan Bapak/ Ibu sebagai nara sumber/ responden penelitian untuk menjawab pertanyaan pertanyaan yang saya kemukakan dengan sebenar benarnya, Informasi yang saya dapatkan dari dari responden akan saya jaga kerahasiaannya dengan cara,

1. Nama narasumber/ responden akan ditampilkan dengan nama inisial jika tidak bersedia Ditampilkan nama lengkapnya
2. Data akan dimusnahkan setelah penelitian selesai
3. Data data yang ada akan disajikan dengan kode kode yang diketahui oleh peneliti

Hasil penelitian ini akan digunakan dengan sebaik baiknya untuk kepentingan ilmiah di bidang Hukum Kesehatan.

Terimakasih atas Kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian tesis saya ini

Salatiga, Januari 2020

Hormat saya

TITIK SUTARSINAH

Lampiran 2 : Daftar pertanyaan wawancara untuk pedoman Nara sumber Dokter Jaga Obsgyn di ruang Ponek 1 RSUD Salatiga.

Daftar pertanyaan pedoman wawancara

A. Identitas responden

1. Nama lengkap :
2. NIP :
3. Pangkat/ Golongan :
4. Jabatan :

B. Pertanyaan

1. Apakah Dokter sudah punya sertifikat Kompetensi, untuk apa fungsinya ?
2. Mengapa ada perlindungan hukum bagi Tenaga Kesehatan dan pasien?
3. Apakah Dokter memasang sendiri apa delegasi ke BIdan jaga?
4. Berapa jumlah pasien yang dipasang kontrasepsi pasca salin per bulannya?
5. Apakah ada kriteria tertentu dalam pemasangan alat kontrasepsi, jelaskan?
6. Mengapa harus ada regulasi pada pemasangan alat kontrasepsi?
7. Untuk apa kebijakan Direktur tentang KB Pasca Salin di buat?
8. Mengapa harus ada standar Prosedur Operasionalnya ?
9. Bagaimana cara pencegahan infeksi yang di jalankan?
10. Sebutkan faktor pendukung dan penghambat pada pelaksanaan Program KB Pasca salin ?

Lampiran 3 : Daftar pertanyaan wawancara untuk pedoman Nara sumber Bidan jaga di ruang Ponck 1 RSUD Salatiga.

Daftar pertanyaan pedoman wawancara

A. Identitas responden

1. Nama lengkap :
2. NIP :
3. Pangkat/ Golongan :
4. Jabatan :

B. Pertanyaan

1. Apakah Ibu Bidan sudah punya sertifikat Kompetensi ?
2. Mengapa harus ada perlindungan hukum bagi Tenaga Kesehatan dan pasien?
3. Benarkah Ibu Bidan memasang alkon sendiri apa ada pengawasan dari Dokter?
4. Berapa jumlah pasien yang dipasang kontrasepsi pasca salin per bulannya?
5. Sebutkan kriteria dalam pemasangan alat kontrasepsi?
6. Mengapa harus ada regulasi pada pemasangan alat kontrasepsi?
7. Untuk apa kebijakan Direktur tentang KB Pasca Salin dibuat?
8. Jelaskan tentang standar Prosedur Operasionalnya ?
9. Sebutkan cara pencegahan infeksi ?
10. Sebutkan faktor pendukung dan penghambat pada pelaksanaan Program KB Pasca salin ?

Lampiran 4 : Daftar pertanyaan wawancara untuk pedoman Nara sumber Ibu hamil dan mau melahirkan di ruang Ponek I RSUD Salatiga.

Daftar pertanyaan pedoman wawancara

A. Identitas responden

1. Nama lengkap

2. Umur

3. Alamat

4. Gravida berapa

B. Pertanyaan

1. Mengapa Ibu mau di pasang alat kontrasepsi pada saat habis melahirkan ?

2. Apakah Ibu sudah tanda tangan persetujuan bahwa ibu mau dipasang alat Kontrasepsi ?

3. Apakah Ibu dipaksa untuk pasang alat kontrasepsi jelaskan ?

4. Mengapa Ibu mau di pasang alat kontrasepsi pada saat habis melahirkan ?

5. Sudahkah ibu dikasih penjelasan mengenai Alat kontrasepsi dan kegunaannya ?

6. Ada berapa macam alat kontrasepsi yang Ibu tahu ?

7. Apakah ibu sudah pernah pasang alat kontrasepsi sebelumnya ?

8. Mengapa suami ibu mendukung ibu untuk pasang alat kontrasepsi ?

9. Alat kontrasepsi apa yang akan ibu pakai ?

10. Apakah suami ibu sudah tanda tangan persetujuan bahwa ibu mau dipasang Alat kontrasepsi ?

Lampiran 5 : Daftar pertanyaan wawancara untuk pedoman Nara sumber Ibu habis melahirkan dan sudah pasang alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) di ruang Ponex 1 RSUD Salatiga.

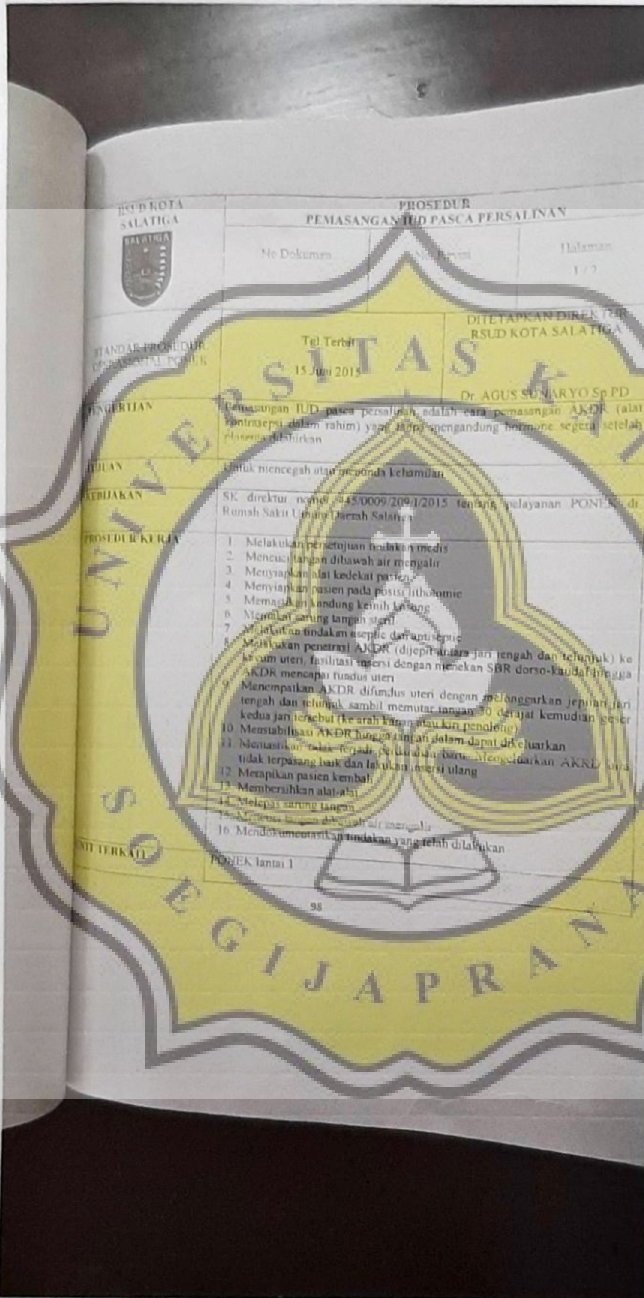
Daftar pertanyaan pedoman wawancara

A. Identitas responden

1. Nama lengkap
2. Umur
3. Alamat
4. Gravida berapa

B. Pertanyaan

1. Mengapa Ibu ibu mau dipasang alat Kontrasepsi ?
2. Apakah Ibu dipaksa untuk pasang alat kontrasepsi tersebut ?
3. Sudahkah ibu dikasih penjelasan mengenai Alat kontrasepsi dan kegunaannya ?
4. Ada berapa macam alat kontrasepsi yang Ibu tahu ?
5. Mengapa ibu memilih alat kontrasepsi yang ibu pakai sekarang ?
6. Apakah ibu sudah pernah pasang alat kontrasepsi sebelumnya ?
7. Apa alasan suami ibu mendukung ibu untuk pasang alat kontrasepsi ?
8. Apakah suami ibu sudah tanda tangan persetujuan bahwa ibu mau dipasang Alat kontrasepsi ?
9. Tahukah ibu , berapa lama alat kontrasepsi yang ibu pakai bisa dilepas ?
10. Tahukah ibu kalau ada efek samping dari alat kontrasepsi dalam rahim ?



RUMAH SAKIT
SALATIGA

PROSEDUR
PEMASANGAN IUD PASCA PERSALINAN

No Dokumen	Revisi	Halaman
		1 / 2

STANDAR PROSEDUR
OPERASIONAL POKOK

Tgl Terbit
15 Juni 2015

DITETAPKAN DIKEP
RSUD KOTA SALATIGA

Dr. AGUS SUNARYO Sp.PD

DEFINISI

Pemasangan IUD pasca persalinan adalah cara pemasangan AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) yang tidak mengandung hormone segera setelah melahirkan.

TUJUAN

Untuk mencegah atau menunda kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

SK direktur nomor 345/0009/2009/2015 tentang pelayanan PONSIS di Rumah Sakit Ujung Duren Salatiga

PROSEDUR KERJA

1. Melakukan persetujuan tindakan medis
2. Menekuk lengan di bawah air mengalir
3. Menyapkan alat kedekat pasien
4. Menyapkan pasien pada posisi lithotomic
5. Memastikan kondisi rahim terangsang
6. Memakai sarung tangan steril
7. Melakukan tindakan aseptic dan aseptik
8. Melakukan penetrasi AKDR (dipejalkan jari tengah dan telunjuk) ke kavum uteri, insiniasi insersi dengan menekan SBR dorso-kauda hingga AKDR mencapai fundus uteri
9. Memastikan AKDR difundus uteri dengan menggerakkan jari-jari tengah dan telunjuk kebawah sambil memutar tangan 30 derajat kemudian geser kedua jari tersebut ke arah kanan atau kiri (penelitian)
10. Menstabilkan AKDR dengan jari-jari dalam dapat dilepaskan
11. Menanyakan rasa nyeri dan keluhan bery. Menanyakan AKDR sudah tidak terpasang baik dan lakukan insersi ulang
12. Memeriksa pasien kembali
13. Membersihkan alat-alat
14. Melepas sarung tangan
15. Mencuci tangan dengan air mengalir
16. Mendiskusikan tindakan yang telah dilakukan

DAFTAR TERKAIT

POD/PA Jantai 1

Daftar pertanyaan wawancara untuk pedoman Nara sumber Ibu hamil dan mau melahirkan di ruang Ponck 1 RSUD Salatiga.


Daftar pertanyaan pedoman wawancara

A. Identitas responden

1. Nama lengkap : Ny. Priyan
2. Umur : 31 th
3. Alamat : Sinden 2/, hukung.
4. Gravida berapa : G 2 P, Ad.

B. Pertanyaan

1. Apakah Ibu mau di pasang alat kontrasepsi pada saat habis melahirkan? mau.
2. Apakah Ibu sudah tanda tangan persetujuan bahwa ibu mau dipasang alat Kontrasepsi? sudah
3. Apakah Ibu dipaksa untuk pasang alat kontrasepsi? tidak
4. Maukah Ibu di pasang alat kontrasepsi pada saat habis melahirkan? ya
5. Apakah ibu dikasih penjelasan mengenai Alat kontrasepsi dan kegunaannya? ya
6. Apakah ibu tahu ada berapa macam alat kontrasepsi? tahu
7. Apakah ibu sudah pernah pasang alat kontrasepsi? sudah
8. Apakah suami ibu mendukung ibu untuk pasang alat kontrasepsi? ya
9. Alat kontrasepsi apa yang akan ibu pakai? implan
10. Apakah suami ibu sudah tanda tangan persetujuan bahwa ibu mau dipasang Alat kontrasepsi? ya.


(.....Priyan.....)

Daftar pertanyaan wawancara untuk pedoman Nara sumber Ibu habis melahirkan dan sudah pasang alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) di ruang Ponex 1 RSUD Salatiga.

Daftar pertanyaan pedoman wawancara

A. Identitas responden

1. Nama lengkap : Ny. Hari
2. Umur : 35 th
3. Alamat : Bangun putih - Selo kgjò
4. Gravida berapa : G2 P1 A0

B. Pertanyaan

1. Apakah Ibu sudah tanda tangan persetujuan bahwa ibu mau dipasang alat Kontrasepsi ? *tidak*
2. Apakah Ibu dipaksa untuk pasang alat kontrasepsi tersebut ? *tidak*
3. Apakah ibu dikasih penjelasan mengenai Alat kontrasepsi dan kegunaannya ? *Ya*
4. Apakah ibu tahu ada berapa macam alat kontrasepsi ? *Tahu, IUD, implan, Suntik*
5. Apakah ibu yang memilih alat kontrasepsi yang ibu pakai sekarang ? *Ya, IUD*
6. Apakah ibu sudah pernah pasang alat kontrasepsi sebelumnya ? *sdh, suntik*
7. Apakah suami ibu mendukung ibu untuk pasang alat kontrasepsi ? *Ya*
8. Apakah suami ibu sudah tanda tangan persetujuan bahwa ibu mau dipasang Alat kontrasepsi ? *Ya*
9. Apakah ibu tahu , berapa lama alat kontrasepsi yang ibu pakai bisa dilepas ? *Tahu, 5-8 th*
10. Apakah ibu sudah tahu efek samping dari alat kontrasepsi dalam rahim ? *Tahu*

[Signature]
(...Ny. H.....)

Daftar pertanyaan wawancara untuk pedoman Nara sumber Ibu habis melahirkan dan sudah pasang alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) di ruang Ponex 1 RSUD Salatiga.

Daftar pertanyaan pedoman wawancara

A. Identitas responden

1. Nama lengkap : Ny. Karyati
2. Umur : 37 tahun
3. Alamat : Kadipuro 9/3, pasekan, Ambarawa
4. Gravida berapa : G4P2A1

B. Pertanyaan

1. Apakah Ibu sudah tanda tangan persetujuan bahwa ibu mau dipasang alat Kontrasepsi? ya, sudah tanda tangan
2. Apakah Ibu dipaksa untuk pasang alat kontrasepsi tersebut? tidak
3. Apakah ibu dikasih penjelasan mengenai Alat kontrasepsi dan kegunaannya? sudah dikasih penjelasan
4. Apakah ibu tahu ada berapa macam alat kontrasepsi? Empat Csuntik, Implan, IUD, pil
5. Apakah ibu yang memilih alat kontrasepsi yang ibu pakai sekarang? ya
6. Apakah ibu sudah pernah pasang alat kontrasepsi sebelumnya? pernah
7. Apakah suami ibu mendukung ibu untuk pasang alat kontrasepsi? mendukung
8. Apakah suami ibu sudah tanda tangan persetujuan bahwa ibu mau dipasang Alat kontrasepsi? sudah, tanda tangan
9. Apakah ibu tahu, berapa lama alat kontrasepsi yang ibu pakai bisa dilepas? IUD, 8 tahun
10. Apakah ibu sudah tahu efek samping dari alat kontrasepsi dalam rahim? sudah, biasanya untuk permulaan haidnya banyak

(Ny. Karyati.....)

Daftar pertanyaan wawancara untuk pedoman Nara sumber Dokter Jaga Obsgyn di ruang Ponek 1 RSUD Salatiga.

Daftar pertanyaan pedoman wawancara

A. Identitas responden

1. Nama lengkap : Chan Chen, Ricardo, Tampubolon
2. NIP :
3. Pangkat/ Golongan : dokter mitra
4. Jabatan : dokter mitra obsgyn

B. Pertanyaan

1. Apakah Dokter sudah punya sertifikat Kompetensi? ya
2. Apakah ada perlindungan hukum bagi Tenaga Kesehatan dan pasien? ya
3. Apakah Dokter memasang sendiri apa delegasi ke Bidan jaga? semua delegasi
4. Berapa jumlah pasien yang dipasang kontrasepsi pasca salin per bulannya? ± 10
5. Apakah ada kriteria tertentu dalam pemasangan alat kontrasepsi? ya
6. Apakah ada regulasi pada pemasangan alat kontrasepsi? ya
7. Apakah ada kebijakan Direktur tentang KB Pasca Salin? ya
8. Apakah ada standar Prosedur Operasionalnya? ya
9. Bagaimana cara pencegahan infeksi yang dijalankan? Melaksanakan sesuai protip
10. Apakah faktor pendukung dan penghambat pada pelaksanaan Program KB Pasca salin? kurangnya pengetahuan pasien & keluarga

fericki
(Chan Chen, R. Tampubolon)

Daftar pertanyaan wawancara untuk pedoman Nara sumber Bidan jaga di ruang Ponek 1 RSUD Salatiga.

Daftar pertanyaan pedoman wawancara

A. Identitas responden

1. Nama lengkap : Rati Widyah
2. NIP : 198008182006022006
3. Pangkat/ Golongan : III C / Penata Muda
4. Jabatan : Bidan pelaksana lanjutan

B. Pertanyaan

1. Apakah Ibu Bidan sudah punya sertifikat Kompetensi? sudah
2. Apakah ada perlindungan hukum bagi Tenaga Kesehatan dan pasien? ada
3. Apakah Ibu Bidan memasang sendiri apa ada pengawasan dari Dokter? sudah pengawasan dari dokter
4. Berapa jumlah pasien yang dipasang kontrasepsi pasca salin per bulannya? 10
5. Apakah ada kriteria tertentu dalam pemasangan alat kontrasepsi? ada
6. Apakah ada regulasi pada pemasangan alat kontrasepsi? ada
7. Apakah ada kebijakan Direktur tentang KB Pasca Salin? ada
8. Apakah ada standar Prosedur Operasionalnya? ada
9. Bagaimana cara pencegahan infeksi yang dijalankan? APD, alat = disinfektan & CSSD
10. Apakah faktor pendukung dan penghambat pada pelaksanaan Program KB Pasca salin? sudah kadang mengizinkan kadang tidak

(Rati Widyah)



**PEMERINTAH KOTA SALATIGA
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Osamaliki No. 19 Salatiga, Kode Pos 50721

Telepon. (0298) 324074 Faks. (0298) 321925

Website : www.rsudkotasalatiga.com, Email : rsud.salatiga@gmail.com

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN
TINDAKAN / PENGOBATAN
(INFORMED CONSENT)**

No RM :
 Nama :
 Tgl. Lahir :
 NIK :
 Alamat :

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Penanggung Jawab			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi			
Pemberi Persetujuan			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	BERI TANDA ✓
1.	Diagnosis		
2.	Dasar Diagnosis		
3.	Tindakan/pengobatan Kedokteran		
4.	Indikasi Tindakan/pengobatan Kedokteran		
5.	Tata Cara		
6.	Tujuan		
7.	Resiko		
8.	Komplikasi		
9.	Prognosis		
10.	Alternatif & resiko lainnya		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi			Nama/TTD (.....)
Dengan ini menyatakan bahwa saya/keluarga/wali telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda tangan dikolom kananya dan saya telah memahaminya.			Nama/TTD (.....)
Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN TINDAKAN / PENGOBATAN (INFORMED CONSENT)			
Yang bertandatangan di bawah ini, saya			
Nama :		Jenis Kelamin :	
Umur :	Tahun	Alamat :	
Dengan ini menyatakan persetujuannya untk dilakukan tindakan / pengobatan*) Terhadap saya / yang bernama			
Nama :		Jenis Kelamin :	
Umur :	Tahun	Alamat :	
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.			

Salatiga, Jam WIB

Saksi-saksi :

Saya yang menyatakan,

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

*) coret yang tidak perlu

**LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KONTRASEPSI**

Nomor Kode Tindakan

lembar untuk kabupaten / Kota

Nomor Kode Tindakan

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama KURSUS/DPS/SFS (*)

Nomor Kode Klinik KB

Nomor Klinik

(Sesuai dengan KIV/KB)

Kode Keluarga Indonesia (KKI)

Nomor Kode Klinik KB

Nomor Klinik

Kode Keluarga Indonesia (KKI)

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama

Umur

Alamat Lengkap

Tahun

Jenis Kelamin

RT

RW

Kelurahan/Desa

Prov

Kab/Kota

Kode Pos

Setelah mendapat penjelasan dan MENERTI SEPENUHNYA PERHAL KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN/ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI BERUPA

IUD

IMPLANT

MOW

MOP

PERSETUJUAN SUAMI/ISTRI KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama

Umur

Alamat Lengkap

Tahun

Jenis Kelamin

RT

RW

Kelurahan/Desa

Prov

Kab/Kota

Kode Pos

Setelah SUAMI/ISTRI (*) klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik atau pelayanan kontrasepsi tersebut

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

Yang membuat pelayanan konseling

Dokter/Bidan/Perawat (*)

Klien

Suami/Istri Klien (*)

(.....)
Keterangan *) coret yang tidak perlu
*) Beri tanda

Diisi Oleh Petugas

Tindakan	Jenis Metode	No Kode
Operative	Wanita (Tuba)	01
	Pria (Vasa)	02
Pemasangan	Implant 1 barang	03
	Implant 2 barang	04
	Implant 6 barang	05
	IUD Cu	06
	IUD Lain-lain	07

Tindakan	Jenis Metode	No Kode
Rekanalisasi	Wanita (Tuba)	08
	Pria (Vasa)	09
Pencabulan	Implant 1 barang	10
	Implant 2 barang	11
	Implant 6 barang	12
	IUD Cu	13
	IUD Lain-lain	14

Tindakan	Jenis Metode	No Kode
Pencabulan dan Pemasangan	Implant 1 barang	15
	Implant 2 barang	16
	Implant 6 barang	17
	IUD Cu	18
	IUD Lain-lain	19

- Isilah kode kedalam kotak pada pojok kanan atas sesuai tindakan yang akan diberikan
- Lembar ini setelah dirobek agar dikirim setiap bulan bersama dengan F/IKB ke instansi yang mengelola program KB pada tingkat Kabupaten/ Kota

CHECK LIST UNTUK PROVIDER

No	Pertanyaan yang dijawab sendiri oleh provider	YA	TIDAK						
1.	Untuk alat kontrasepsi IUD / Implant / MOW / MOP *) apakah telah dijelaskan tentang: <ul style="list-style-type: none"> a. Cara Kerja b. Kontraindikasi c. Efek samping, komplikasi dan kegagalan d. Keuntungan dan kerugian pemakaian 								
2.	Untuk tindakan follow-up apakah telah dijelaskan tentang: <ul style="list-style-type: none"> a. Jadwal/waktu kunjungan ulang b. Tempat pelayanan 								
3.	Untuk sterilisasi (MOW / MOP) apakah sudah dijelaskan mengenai: <ul style="list-style-type: none"> a. Persyaratan MOW / MOP b. Persyaratan rekalifikasi c. Keberhasilan rekalifikasi 								
4.	Bagi calon peserta IUD/Implant *) apakah sudah dijelaskan kapan jadwal pencabutan IUD / Implantnya								
5.	Untuk klien yang akan dicabut IUD / Implant *) apakah sudah dijelaskan tentang risiko pencabutannya?								
6.	Bagi peserta IUD / Implant yang akan menjalani pencabutan, apakah sudah dilakukan kapan tanggal pencabutan yang sehanusnya? Kalau Ya, Kapan? <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Tanggal</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Bulan</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Tahun</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tanggal	Bulan	Tahun					
Tanggal	Bulan	Tahun							
7.	Pencabutan ini termasuk dalam kategori? <ul style="list-style-type: none"> 1. Pencabutan dini 2. Pencabutan pada waktunya 3. Pencabutan terlambat 	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>							

CATATAN TINDAKAN DAN PERNYATAAN

Catatan seluruh tindakan yang dilakukan

A. Metode :

B. Keberhasilan tindakan (apakah ditemukan adanya efek samping, komplikasi dan penyakit lainnya)

Pertanyaan :

Dengan ini saya menyatakan bahwa tindakan medik yang dilakukan, telah memenuhi standar mutu pelayanan yang ditetapkan.

Tanggal, bulan dan tahun dibenarkan tindakan :

Tanggal	Bulan	Tahun

Yang melaksanakan tindakan Dokter/Bidan *)

(.....)

*) coret yang tidak perlu



Fungsi Dual Protection Kondom

- Sebagai alat kontrasepsi (KB)
- Sebagai alat perlindungan pencegahan PMS (Penyakit Menular Seksual) dan HIV/AIDS



Sasaran Promosi Kondom Dual Protection



PUS

Pasangan Usia Subur terutama peserta KB



IRT (Ibu Rumah Tangga)

dengan resiko tinggi



INGATLAH...

Metode kontrasepsi apapun yang digunakan oleh penderita HIV, apabila penderita HIV berhubungan sex dengan pasangannya harus **TETAP MENGGUNAKAN KONDOM**

Pilihan Kontrasepsi pada Penderita PMS, HIV/AIDS



IUD

(sebaiknya tidak digunakan pada pasien PMS)



PIL & Suntikan Kombinasi



Implant (susuk)



MOW (tubektomi)



MOP (vasektomi)



PERKUAT Kebersihan Keluarga Untuk **MENVEGAH** HIV / AIDS Pada Keluarga Kita

KONDOM DUAL PROTECTION

PUT ME ON!



Stop AIDS, Keep the Promise

Segeh Penularan PMS, HIV & AIDS Sekarang Juga!



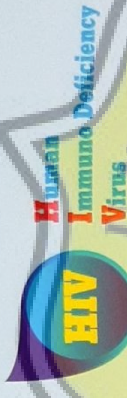
RUANG PONEK
RSUD SALATIGA

Penyakit Menular Seksual



Cara Penularan

- ➔ **Hubungan Seksual**
 - Penis
 - Vagina
 - Anal (Dubur)
 - Oral (Mulut)
- ➔ **Non Seksual**
 - Tranfusi Darah tanpa *screening* PMS
 - Jarum suntik tidak *steril* yang bergantian
 - Jalan lahir ibu ke bayi
 - Bersentuhan, misalnya sifilis stadium III
 - Tidak terjaganya kebersihan alat reproduksi dengan baik.



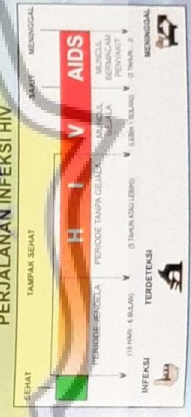
Virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, dan kemudian menyebabkan AIDS



Kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh.


Cara Penularan

- Cairan dari :
- Darah
 - Cairan Sperma
 - Cairan Vagina
 - Air Susu Ibu





9.64% PLAGIARISM
APPROXIMATELY

1.89% IN QUOTES 

Report #11593458

BAB IPENDAHULUAN Latar Belakang Perlindungan hukum yaitu memberikan perlindungan terhadap hak asasi manusia yang telah dirusak oleh orang lain dan perlindungan ini diberikan kepada masyarakat agar mereka dapat menikmati semua hak yang diberikan oleh hukum atau dengan kata lain perlindungan hukum adalah berbagai tindakan hukum yang harus diberikan oleh aparat penegak hukum untuk memberikan rasa aman secara fisik serta pikiran dari berbagai ancaman dari pihak manapun. ¹² Perlindungan hukum adalah perlindungan terhadap harkat dan martabat, serta pengakuan hak asasi manusia yang dimiliki subkum hukum berdasarkan ketentuan hukum dari suatu kesewenang-wenangan atau sebagai seperangkat aturan atau aturan yang melindungi satu hal dari hal lain. Adapun bagi konsumen, artinya hukum memberikan perlindungan terhadap hak-hak konsumen dari sesuatu yang bermuara pada tidak dipenuhinya hak tersebut. Keluarga Berencana adalah upaya mewujudkan keluarga yang baik dengan cara mengedepankan, melindungi dan membantu perwujudan hak reproduksi serta memberikan pelayanan, pengaturan dan dukungan yang diusahakan untuk membentuk keluarga dengan usia pernikahan yang ideal, mengatur jumlah, jarak, usia reproduksi, hak asuh, ketahanan dan kesejahteraan keluarga yang ideal.

REPORT CHECKED
#1159345822 OCT 2020, 9:58 AM

AUTHOR
STUDIO PEMBELAJARAN DIGITA

PAGE
1 OF 84