

LAMPIRAN - LAMPIRAN



LAMPIRAN I

PP. No. 10 Tahun 1966

Tentang Simpan Rahasia Kedokteran



LAMPIRAN 5

PERATURAN PEMERINTAH NOMOR 10 TAHUN 1966
TENTANG
WAJIB SIMPAN RAHASIA KEDOKTERAN
PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang : Bahwa perlu ditetapkan peraturan tentang wajib simpan rahasia kedokteran.
- Mengingat : 1. Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Dasar 1945.
2. Pasal 10 ayat (4) Undang-Undang Tentang Pokok-Pokok Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1960 No. 131).
3. Peraturan Pemerintah No. 26 tahun 1960 tentang lafal sumpah dokter (Lembaran Negara Tahun 1960 No. 69).

Mendengar Presidium Kabinet Dwikera yang disempurnakan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : "Peraturan Pemerintah Tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran".

Pasal 1

Yang dimaksud dengan rahasia kedokteran ialah segala sesuatu yang diketahui oleh orang-orang tersebut dalam pasal 3 pada waktu atau selama melakukan pekerjaan dalam lapangan kedokteran.

Pasal 2

Pengetahuan tersebut pasal 1 harus dirahasiakan oleh orang-orang yang tersebut dalam pasal 3, kecuali apabila suatu peraturan lain yang sederajat atau lebih tinggi dari pada Peraturan Pemerintah ini menentukan lain.

Pasal 3

- Yang diwajibkan menyimpan rahasia yang dimaksud dalam pasal 1 ialah:
- Tenaga kesehatan menurut pasal 2 Undang-Undang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1963 No. 73).
 - Mahasiswa kedokteran, murid yang bertugas dalam lapangan pemeriksaan, pengobatan dan/atau perawatan, dan orang lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Pasal 4

Terhadap pelanggaran ketentuan mengenai wajib simpan rahasia kedokteran yang tidak atau tidak dapat dipidana, Menteri Kesehatan dapat melakukan tindakan administratif berdasarkan pasal 11 Undang-Undang Tenaga Kesehatan.

Pasal 5

Apabila pelanggaran yang dimaksud dalam pasal 4 dilakukan oleh mereka yang disebut dalam pasal 3 huruf b, maka Menteri Kesehatan dapat mengambil tindakan berdasarkan wewenang dan kebijaksanaannya.

Pasal 6

Dalam pelaksanaan peraturan ini Menteri Kesehatan dapat mendengar Dewan Perlindungan Susila Kedokteran dan/atau badan-badan lain bilamana perlu.

Pasal 7

Peraturan ini dapat disebut "Peraturan Pemerintah Tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran".

Pasal 8

Peraturan ini dimulai berlaku pada hari diundangkannya. Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Pemerintah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada Tanggal 21 Mei 1966
PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

SOEKARNO

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 21 Mei 1966
SEKRETARIS NEGARA

MOHD ICHSAN
L N Tahun 1966 No. 21



Penjelasan Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966
Tentang
Wajib Simpan Rahasia Kedokteran

UMUM /

Setiap orang harus dapat meminta pertolongan kedokteran dengan perasaan aman dan bebas. Ia harus dapat menceritakan dengan hati terbuka segala keluhan yang menanggunginya, baik bersifat jasmaniah maupun rohaniyah, dengan keyakinan bahwa hak itu berguna untuk menyembuhkan dirinya. Ia tidak boleh merasa khawatir bahwa segala sesuatu mengenai keadaannya akan disampaikan kepada orang lain baik oleh dokter maupun petugas kedokteran yang bekerja sama dengan dokter tersebut.

Ini adalah syarat utama untuk hubungan baik antara dokter dengan penderita.

Pada waktu menerima ijazah seorang dokter bersumpah: "Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena pekerjaan saya dan karena keilmuan saya sebagai dokter".

Dan sebagai pemangku suatu jabatan ia wajib merahasiakan apa yang diketahuinya karena jabatannya, menurut pasal 322 KUHP yang berbunyi:

"Barang siapa dengan sengaja membuka rahasia yang ia wajib menyimpan oleh karena jabatan atau pekerjaannya baik yang sekarang maupun yang dahulu, dihukum dengan penjara selama-lamanya sembilan bulan atau denda selanyak-banyaknya enam ratus rupiah".

"Jika kejahatan ini dilakukan terhadap seseorang yang tertentu maka ini hanya dituntut atas pengaduan orang itu".

Peraturan Pemerintah ini diperlukan untuk mereka yang melakukan perbuatan-perbuatan pelanggaran rahasia kedokteran yang tidak dapat dipidana menurut pasal 322 KUHP tersebut atau pasal 112 KUHP tentang pengrahasiaan sesuatu yang bersifat umum.

Penjelasan Pasal Demi Pasal.

Paragraf 1.

Dengan kata-kata "Segala sesuatu yang diketahui", dimaksud:

Segala fakta yang didapat dalam pemeriksaan penderita, interpretasinya untuk menegakkan diagnose dan melakukan pengobatan: dari anamnesis, pemeriksaan jasmaniah, pemeriksaan dengan alat-alat kedokteran dan sebagainya. Juga termasuk fakta yang dikumpulkan oleh penantu-pembatunya. Seorang ahli obat dan mereka yang bekerja dalam apotik harus pula merahasiakan obat dan khasiatnya yang diberikan dokter kepada pasiennya. Merahasiakan resep dokter adalah sesuatu yang penting dari etik pejabat yang bekerja dalam apotik.

Pasal 2

Berdasarkan pasal ini orang (selain dan pada tenaga kesehatan) yang dalam pekerjaannya berurusan dengan orang sakit atau mengetahui keadaan si sakit, (baik) yang tidak maupun yang belum mengucapkan sumpah jabatan, berkewajiban menjunjung tinggi rahasia mengenai keadaan si sakit.

Demikian para mahasiswa kedokteran, kedokteran gigi, ahli farmasi, ahli laboratorium, ahli sinar, bidan, para pegawai, murid paramedis dan sebagainya termasuk dalam golongan yang diwajibkan menyimpan rahasia. Menteri Kesehatan dapat menetapkan, baik secara umum, maupun secara insidental, orang-orang yang wajib menyimpan rahasia kedokteran, misalnya pegawai tata-usaha rumah-rumah sakit dan laboratorium.

Pasal 3

Cukup jelas.

Pasal 4

Berdasarkan pasal 322 KUHP maka pembocoran rahasia jabatan, dalam hal ini rahasia kedokteran, adalah suatu tindak pidana yang dituntut atas pengaduan (Kachdelict), apabila kejahatan itu ditujukan pada seseorang tertentu. Demi kepentingan umum Menteri Kesehatan dapat bertindak terhadap pembocoran rahasia kedokteran, meskipun tidak ada suatu pengaduan.

Sebagai contoh :

Seorang pejabat kedokteran berulang kali mengobrolkan di depan orang banyak tentang keadaan dan tingkah laku pasien yang diobatinya. Dengan demikian ia merendahkan martabat jabatan kedokteran dan mengurangi kepercayaan orang kepada pejabat kedokteran.

Pasal 5

Berdasarkan pasal ini Menteri Kesehatan dapat meminta kepada instansi yang berwenang (umpama untuk urusan mahasiswa kepada Departemen PTIP dan sebagainya) agar mengambil tindakan administratif yang wajar bilamana dilanggar wajib simpan rahasia kedokteran ini.

Pasal 6

Menteri Kesehatan membentuk Dewan Pelindung Sosial Kedokteran justru untuk mendapat nasihat dalam soal-soal susila kedokteran.

Pasal 7 dan 8.

Cukup jelas.

Mengetahui :
Sekretaris Negara,

MOHID. ICHSAN.

LAMPIRAN 2

PERMENKES 505/MENKES/PER/IX/1989 Tentang Informed Consent



LAMPIRAN 6

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA :
 NOMOR : 575/MEN.KES/PER/IX/1939
 TENTANG
 PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa dalam menjalankan profesi kedokteran perlu ditetapkan landasan hukum untuk menjadi pedoman bagi para dokter, baik yang bekerja di rumah sakit, puskesmas, klinik maupun pada praktek perorangan atau bersama;

b. bahwa pengaturan tentang persetujuan tindakan medik/informed consent merupakan suatu hal yang berkaitan erat dengan tindakan medik yang dilakukan oleh dokter dan oleh karenanya perlu diatur dalam suatu Peraturan Menteri Kesehatan.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1960 Nomor 131, Tambahan Lembaran Negara Nomor 2068);

2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1963 Nomor 79, Tambahan Lembaran Negara Nomor 2776).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TENTANG PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK.

BAR I
 KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

- a. Persetujuan tindakan medik/informed consent adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut

- b. Tindakan medik adalah suatu tindakan yang dilakukan terhadap pasien berupa diagnostik atau terapeutik;
- c. Tindakan invatif adalah tindakan medik yang langsung dapat mempengaruhi ketahanan jaringan tubuh;
- d. Dokter adalah dokter umum/dokter spesialis dan dokter gigi/dokter gigi spesialis yang bekerja di rumah sakit puskesmas, klinik atau praktek perorangan/bersama.

BAB I PERSETUJUAN

Pasal 2

- (1) Semua tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
- (3) Persetujuan sebagaimana dimaksud ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat informasi yang adekuat tentang perlunya tindakan medik yang bersangkutan serta risiko yang dapat ditimbulkannya.
- (4) Cara penyampaian dan isi informasi harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan serta kondisi dan situasi pasien.

Pasal 3

- (1) Setiap tindakan medik yang mengandung risiko tinggi harus dengan persetujuan tertulis yang ditanda tangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
- (2) Tindakan medik yang tidak termasuk sebagaimana dimaksud dalam pasal ini tidak diperlukan persetujuan tertulis, cukup persetujuan lisan.
- (3) Persetujuan sebagaimana dimaksud ayat (2) dapat diberikan secara nyata-nyata atau secara diam-diam.

BAB III INFORMASI

Pasal 4

- 1) Informasi tentang tindakan medik harus diberikan kepada pasien, baik diminta maupun tidak diminta.

- (2) Dokter harus memberikan informasi selengkap-lengkapny, kecuali bila dokter menilai bahwa informasi tersebut dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien atau pasien menolak diberikan informasi.
- (3) Dalam hal-hal sebagaimana dimaksud ayat (2) dokter dengan persetujuan pasien dapat memberikan informasi tersebut kepada keluarga terdekat dengan diampingi oleh seorang perawat/paramedik lainnya sebagai saksi.

Pasal 5

- (1) Informasi yang diberikan mencakup keuntungan dan kerugian dari tindakan medik yang akan dilakukan, baik diagnostik maupun terapeutik.
- (2) Informasi diberikan secara lisan.
- (3) Informasi harus diberikan secara jujur dan benar kecuali bila dokter menilai bahwa hal itu dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien.
- (4) Dalam hal-hal sebagaimana dimaksud ayat (3) dokter dengan persetujuan pasien dapat memberikan informasi tersebut kepada keluarga terdekat pasien.

Pasal 6

- (1) Dalam hal tindakan bedah (operasi) atau tindakan invasif lainnya, informasi harus diberikan oleh dokter yang akan melakukan operasi itu sendiri.
- (2) Dalam keadaan tertentu dimana tidak ada dokter sebagaimana dimaksud ayat (1) informasi harus diberikan oleh dokter lain dengan pengetahuan atau petunjuk dokter yang bertanggung jawab.
- (3) Dalam hal tindakan yang bukan bedah (operasi) dan tindakan yang tidak invasif lainnya, informasi dapat diberikan oleh dokter lain atau perawat, dengan pengetahuan atau petunjuk dokter yang bertanggung jawab.

Pasal 7

- (1) Informasi juga harus diberikan jika ada kemungkinan perluasan operasi.
- (2) Perluasan operasi yang tidak dapat diduga sebelumnya, dapat dilakukan untuk menyelamatkan jiwa pasien.
- (3) Setelah perluasan operasi sebagaimana dimaksud ayat (2) dilakukan, dokter harus memberikan informasi kepada pasien atau keluarganya.

BAB IV YANG BERHAK MEMBERIKAN PERSETUJUAN

Pasal 8

Persetujuan diberikan oleh pasien dewasa yang berada dalam keadaan sadar dan sehat mental.

Pasien dewasa sebagaimana dimaksud ayat (1) adalah yang telah berumur 21 (duapuluh satu) tahun atau telah menikah.

Pasal 9

Bagi pasien dewasa yang berada di bawah pengampuan (curatele) persetujuan diberikan oleh wal./curator.

• Bagi pasien dewasa yang menderita gangguan mental, persetujuan diberikan oleh orang tua/wali/curator.

Pasal 10

Bagi pasien di bawah umur 21 (dua puluh satu) tahun dan tidak mempunyai orang tua/wali dan atau orang tua/wali berhalangan, persetujuan diberikan oleh keluarga terdekat atau induk semang (guardian).

Pasal 11

Dalam hal pasien tidak sadar/pingsan serta tidak didampingi oleh keluarga terdekat dan secara medik berada dalam keadaan gawat dan atau darurat yang memerlukan tindakan medik segera untuk kepentingannya, tidak diperlukan persetujuan dari siapapun.

BAB V TANGGUNG JAWAB

Pasal 12

Dokter bertanggung jawab atas pelaksanaan ketentuan tentang persetujuan tindakan medik.

Pemberian persetujuan tindakan medik yang dilaksanakan di rumah sakit/klinik, maka rumah sakit/klinik yang bersangkutan ikut bertanggung jawab.

**BAB VI
SANKSI**

Pasal 13

Terhadap dokter yang melakukan tindakan medik tanpa adanya persetujuan dari pasien atau keluarganya dapat dikenakan sanksi administratif berupa pencabutan surat izin prakteknya.

**BAB VII
KETENTUAN LAIN**

Pasal 14

Dalam hal tindakan medik yang harus dilaksanakan sesuai dengan program pemerintah dimana tindakan medik tersebut untuk kepentingan masyarakat banyak, maka persetujuan tindakan medik tidak diperlukan.

**BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 15

Hal-hal yang bersifat teknis yang belum diatur dalam Peraturan Menteri ini, ditetapkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

Pasal 16

Peraturan Menteri ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal : 4 September 1989

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Dr. ADHYATMA, MPH.



LAMPIRAN 3

Surat Keputusan Direktur Jenderal
Pelayanan Medik No. HK.00.06.3.5.1966





DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK

TELEPON : 5201500 (RUJUKING)
FAKSIMIL : 5261014, 5203372

JL. H.R. RASUNA SAID BLOK 1/5 KAV. NO. 4-B P.O. BOX : 3097, 1106 JAKARTA 12956

Lampiran :

SURAT KEPUTUSAN
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN MEDIK
NOMOR : HK. 00.06.3.5.1066
TANGGAL : 27 APRIL 1999TENTANG
PEDOMAN PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK
(INFORMED CONSENT)

I. PENDAHULUAN.

1. UMUM.

- a. Bahwa masalah kesehatan seseorang (pasien) adalah tanggung jawab seseorang (pasien) itu sendiri. Dengan demikian, sepanjang keadaan kesehatan tersebut tidak sampai mengganggu orang lain, maka keputusan untuk mengobati atau tidaknya masalah kesehatan yang dimaksud, sepenuhnya terpulang dan menjadi tanggung jawab yang bersangkutan.
- b. Bahwa tindakan kedokteran yang dilakukan oleh dokter untuk meningkatkan atau memulihkan kesehatan seseorang (pasien) hanya merupakan suatu upaya yang tidak wajib diterima oleh seseorang (pasien) yang bersangkutan. Karena sesungguhnya dalam pelayanan kedokteran, tidak seorangpun yang dapat memustikan hasil akhir dari diselenggarakannya pelayanan kedokteran tersebut (*uncertainty result*), dan karena itu tidak etis sifatnya jika penerimannya dipaksakan. Jika seseorang karena satu dan lain hal, tidak dapat dan atau tidak bersedia menerima tindakan kedokteran yang ditawarkan, maka sepanjang penolakan tersebut tidak sampai membahayakan orang lain, harus dihormati.
- c. bahwa hasil dari tindakan kedokteran akan lebih berdaya guna dan berhasil guna apabila terjalin kerja sama yang baik antara dokter dengan pasien, karena dokter dan pasien akan dapat saling mengisi dan melengkapi. Dalam rangka menjalin kerja sama yang baik ini perlu diadakan ketentuan yang mengatur tentang perjanjian antara dokter dan pasien. Pasien menyetujui (*consent*), atau menolak, hak pribadinya dilanggar setelah dia mendapat informasi dari dokter terhadap hal-hal yang akan dilakukan dokter sehubungan dengan pelayanan kedokteran yang akan diberikan kepadanya.
- d. *Informed Consent* terdiri dari kata *informed* yang berarti telah mendapat informasi dan *consent* berarti persetujuan (ijin). Yang dimaksud dengan *informed consent* dalam profesi kedokteran adalah pernyataan setuju (*consent*) atau ijin dari seseorang (pasien) yang diberikan dengan bebas, rasional, tanpa paksaan (*voluntary*) tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadapnya sesudah mendapatkan informasi cukup tentang tindakan kedokteran yang dimaksud.

TELEPON LANGSUNG :

DIRJEN : 5203272, FESQITJEN : 5203079, KADIT RUMOK : 5203093, KADIT RSIS : 5222430
KADIT JIWA : 5222429, KADIT GIGI : 5222433, KADIT INSTALMED : 5251119



DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK

Jl. H.P. RASUNA SAID BLOK C5 KAV. NO. 4-0 - P.O. BOX : 3097, 1196 JAKARTA 12950

TELEPON : 5201590 (HUNTING)
FAKSIMIL : 5261014, 5203072

- c. Bahwa, untuk mengatur keserasian, keharmonisan dan ketertiban hubungan dokter dan pasien melalui pemberian *Informed Consent* harus ada pedoman sebagai acuan bagi pemilik dan pengelola rumah sakit.

2. DASAR.

Sebagai dasar dikeluarkannya edaran ini adalah ketentuan dalam bidang kesehatan terutama yang menyangkut *Informed Consent* yaitu :

- Undang-undang Nomor 32 tahun 1992 Tentang Kesehatan;
- Peraturan pemerintah Nomor 32 tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan;
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 159b/Menkes/SK/PER/II/1988 Tentang Rumah Sakit;
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 749a/Menkes/Per/IX/1989 Tentang Rekam Medis/Medical Record;
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 585/Menkes/Per/IX/1989 Tentang Persetujuan Tindakan Medis;
- Keputusan Menteri Kesehatan RI. Nomor : 436/Menkes/SK/VI/1993 Tentang Berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit Dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit.

3. TUJUAN.

Pedoman ini bertujuan agar dijadikan acuan bagi seluruh rumah sakit di Indonesia dalam melaksanakan ketentuan tentang *Informed Consent*.

4. PENGERTIAN.

- Persetujuan Tindakan Medik (*Informed Consent*), adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
- Tindakan Medik, adalah tindakan yang bersifat diagnostik terapeutik yang dilakukan terhadap pasien.
- Tindakan Invasif, adalah tindakan medik langsung yang dapat mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh.
- Pasien adalah penerima jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit, baik dalam keadaan sehat maupun sakit.
- Dokter, adalah dokter umum / dokter spesialis dan dokter gigi / dokter gigi spesialis yang bekerja di rumah sakit.
- Orang tua adalah ayah dan ibu.

TELEPON LANGSUNG :

DIRJEN : 5203072, SESDITJEN : 5203678, KADIT RUMDIK : 5203000, KADIT RSKS : 5222430
KADIT JIWA : 5222429, KADIT GIGI : 5222433, KADIT INSTALMED : 5251119



DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK

JL. H.R. RASUNA SAID BLOK XS KAV. NO. 4-D · P.O. BOX : 3037, 1106 JAKARTA 12050

TELEPON : 5201500 (MULI) /
FAKSIMIL : 5261014, 5233377

g. Ayah : - Ayah kandung

- Termasuk "ayah" adalah ayah angkat yang ditetapkan berdasarkan penetapan pengadilan atau berdasarkan Hukum adat.

h. Ibu : - Ibu Kandung

- Termasuk "ibu" adalah ibu angkat yang ditetapkan berdasarkan Hukum adat.

- Memberikan persetujuan/penolakan apabila "ayah" tidak ada atau berhalangan.

i. Suami : - Seorang laki-laki yang dalam ikatan perkawinan dengan seorang perempuan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

j. Istri : - Seorang perempuan yang dalam ikatan perkawinan dengan seorang laki-laki berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- Apabila yang bersangkutan mempunyai lebih dari 1 (satu) istri, persetujuan / penolakan dapat dilakukan oleh salah satu dari mereka.

k. Wali, adalah orang yang menurut hukum menggantikan orang lain yang belum dewasa untuk mewakilinya dalam melakukan perbuatan hukum, atau orang yang menurut hukum menggantikan kedudukan orang tua.

l. Induk Semang, adalah orang yang berkewajiban untuk mengawasi serta ikut bertanggung jawab terhadap pribadi orang lain, seperti pimpinan usramadari anak perantauan, atau kepala rumah tangga dari seorang pembantu rumah tangga yang belum dewasa.

m. Gangguan Mental, adalah sekelompok gejala psikologik atau perilaku yang secara klinis menimbulkan penderitaan dan gangguan dalam fungsi kehidupan seseorang, mencakup Gangguan Mental Berat, retardasi mental Sedang, retardasi Mental Berat, Dementia Senilis.

n. Pasien Gawat Darurat, adalah pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya (dikutip dari buku *Peloman Pelayanan Gawat Darurat*, cetakan kedua, Departemen Kesehatan 1995, Nomor 362, 28 Ind P, halaman 2).

II. PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT).

Setiap rumah sakit dalam menetapkan dan melaksanakan kebijakan dan prosedur tentang Informed Consent harus memperhatikan ketentuan-ketentuan di bawah ini:

TELEPON LANGSUNG :

DIRJEN : 5203072, SESDITJEN : 5203070, KADIT RUMDIK : 5203000, KADIT REKS : 5222430
KADIT JIWA : 5222425, KADIT GIGI : 5222433, KADIT INSTALMED : 5251119



DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK

JL. H. R. RASUNA SAID BLOK XS KAV. NO. 4-9 · P.O. BOX : 3097, 1196 JAKARTA 12950

TELEPON : 5201556 (PULM)
FAKSIMIL : 5201814, 5203

1. Pengaturan Persetujuan atau Penolakan Tindakan Medis harus dalam bentuk kebijakan dan prosedur (*Standard operating procedure*) dan ditetapkan tertulis oleh pimpinan rumah sakit;
2. Memperoleh informasi dan penjelasan merupakan hak pasien dan sebaliknya memberikan informasi dan penjelasan adalah kewajiban dokter.
3. Pelaksanaan *Informed Consent* dianggap benar jika memenuhi ketentuan dibawah ini;
 - a. Persetujuan atau Penolakan Tindakan Medis diberikan untuk tindakan medis yang dinyatakan secara spesifik (*the consent must be for what will be actually performed*);
 - b. Persetujuan atau Penolakan Tindakan medis diberikan tanpa paksaan (*voluntary*);
 - c. Persetujuan atau Penolakan Tindakan Medis diberikan oleh seseorang (pasien) yang sehat mental dan yang memang berhak memberikannya dari segi hukum;
 - d. Persetujuan atau Penolakan Tindakan Medis diberikan setelah diberikan cukup (*adekuat*) informasi dan penjelasan yang diperlukan.
4. Isi informasi dan penjelasan yang harus diberikan.
Informasi dan penjelasan dianggap cukup (*adekuat*) jika paling sedikit enam hal pokok di bawah ini disampaikan dalam memberikan informasi dan penjelasan, yaitu:
 - a. Informasi dan penjelasan tentang tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medis yang akan dilakukan (*purpose of medical procedure*).
 - b. Informasi dan penjelasan tentang tata cara tindakan medis yang akan dilakukan (*contemplated medical procedures*).
 - c. Informasi dan penjelasan tentang risiko (*risk inherent in such medical procedure*) dan komplikasi yang mungkin terjadi.
 - d. Informasi dan penjelasan tentang alternatif tindakan medis lain yang tersedia dan serta risikonya masing-masing (*alternative medical procedure and risk*).
 - e. Informasi dan penjelasan tentang prognosis penyakit apabila tindakan medis tersebut dilakukan (*prognosis with and without medical procedure*).
 - f. Diagnosis.
5. Kewajiban memberikan informasi dan penjelasan.
Dokter yang akan melakukan tindakan medis mempunyai tanggungjawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan. Apabila berhalangan, informasi dan penjelasan yang harus diberikan dapat diwakilkan kepada dokter lain dengan sepengetahuan dokter yang bersangkutan.
6. Cara menyampaikan informasi dan penjelasan.
Informasi dan penjelasan disampaikan secara lisan. Informasi dan penjelasan secara tulisan dilakukan hanya sebagai pelengkap penjelasan yang telah disampaikan secara lisan.
7. Pihak yang berhak menyatakan persetujuan.
 - a. Pasien sendiri, yaitu apabila pasien telah berumur 21 tahun atau telah menikah.
 - b. Bagi pasien dibawah umur 21 tahun, Persetujuan (*Informed Consent*) atau Penolakan Tindakan Medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak sebagai berikut:
 - (1). Ayah/ibu kandung.
 - (2). Saudara-saudara kandung.

TELEPON LANGSUNG :

GURUH : 5203072, SESDITJEN : 5203070, KADIT RUMDIK : 5203000, KADIT RSKS : 5222430
KADIT JIWA : 5222420, KADIT GIGI : 5222431, YADIT INSTALMED : 5251119



DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIS

Jl. H.R. RASUNA SAID BLOK XS KAV. NO. 4-9 - P.O. BOX: 3097, 1196 JAKARTA 12050

TELEPON : 5201000 (MUKUTING)
FAKSIMIL : 5261014, 5203072

- c. Bagi pasien dibawah umur 21 tahun dan tidak mempunyai orang tua atau orang tuanya berhalangan hadir, Persetujuan (*Informed Consent*) atau Penolakan Tindakan Medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak sebagai berikut:
- (1). Ayah/ibu adopsi.
 - (2). Saudara-saudara kandung.
 - (3). Induk semang.
- d. Bagi pasien dewasa dengan gangguan mental, Persetujuan (*Informed Consent*) atau Penolakan Tindakan medis diberikan oleh mereka menurut urutan hal sebagai berikut:
- (1). Ayah/ibu kandung.
 - (2). Wali yang sah.
 - (3). Saudara-saudara kandung.
- e. Bagi pasien dewasa yang berada dibawah pengampunan (*curatelle*) Persetujuan atau penolakan tindakan medis di berikan menurut urutan hal tersebut.
- (1). Wali
 - (2). Curator
- f. Bagi pasien dewasa yang telah menikah / orang tua, persetujuan atau penolakan tindakan medik diberikan oleh mereka menurut urutan hal tersebut.
- a. Suami / isteri
 - b. Ayah / ibu kandung
 - c. Anak-anak kandung
 - d. Saudara-saudara kandung.
8. Cara menyatakan persetujuan.
Cara pasien menyatakan persetujuan dapat secara tertulis (*expres*) maupun lisan. Persetujuan secara tertulis mutlak diperlukan pada tindakan medis yang mengandung risiko tinggi, sedangkan persetujuan secara lisan diperlukan pada tindakan medis yang tidak mengandung risiko tinggi.
9. Semua jenis tindakan medis yang mengandung risiko tinggi harus disertai *Informed Consent*. Jenis tindakan medis yang memerlukan *informed Consent* disusun oleh Komite Medik dan kemudian ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Bagi rumah sakit yang belum mempunyai Komite Medik atau keberadaan Komite medis belum lengkap, maka dapat mengacu pada jenis tindakan medis yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit lain yang fungsi dan kelasnya sama.
10. Perluasan tindakan medis selain tindakan medik yang telah disetujui tidak dibenarkan dilakukan dengan alasan apapun juga, kecuali apabila perluasan tindakan medis tersebut terpaksa dilakukan untuk menyelamatkan jiwa pasien.
11. Pelaksanaan *Informed Consent* untuk tindakan medis tertentu, misalnya tubektomi atau vasektomi yang berkaitan dengan program keluarga berencana, harus merujuk pada ketentuan lain melalui konsultasi dengan perhimpunan profesi yang terkait.
12. Demi kepentingan pasien, *informed Consent* tidak diperlukan bagi pasien gawat darurat dalam keadaan tidak sadar dan tidak didampingi oleh keluarga pasien yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan medis.

TELEPON LANGSUNG :

DIRJEN : 5201077, SESJITJEN : 5203070, KADIT RUMOHK : 5203980, KADIT PASKS : 5222430
KADIT JIWA : 5222420, KADIT GIGI : 5222433, KADIT INSTAL MED : 525119



DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK

R.A. RASUNA SAID BLOK X5 K/V. NO. 4-9 - P.O. BOX : 3097, 1106 JAKARTA 12950

TELEPON : 5201110 (MUNTIR)
FAKSIMIL : 5261111, 5203072


13. Format isian Persetujuan Tindakan Medik (*Informed Consent*) atau Penolakan Tindakan Medik, digunakan seperti contoh formulir terlampir, dengan ketentuan sebagai berikut.
- Diketahui dan ditanda tangani oleh dua orang saksi. Perawat bertindak sebagai salah satu saksi;
 - Meterai tidak diperlukan;
 - Formulir asli harus disimpan dalam berkas rekam medis pasien;
 - Formulir harus sudah diisi dan ditanda tangani 24 jam sebelum tindakan medis dilakukan;
 - Dokter harus ikut membubuhkan tanda tangan sebagai bukti bahwa telah diberikan informasi dan penjelasan secukupnya;
 - Sebagai ganti tanda tangan, pasien atau keluarganya yang bisa huraf harus membubuhkan cap jeir pol ibu jari tangan kanan.

III. PENUTUP.

- Dengan ditetapkannya keputusan ini maka setiap rumah sakit agar melaksanakan ketentuan tentang Informed Consent sebaik-baiknya.
- Apabila dijumpai kesulitan dalam melaksanakan keputusan ini agar menghubungi Direktorat Jenderal Pelayanan medik.

Dikeluarkan di : J A K A R T A
Pada tanggal : 21 APRIL, 1999

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN MEDIK


Dr. Sri Astuti S. Supriyanto, MSc, PH
NIP. 140061067

TELEPON LANGSUNG :

DIREJEN : 5203072, SESDITJEN : 5203070, KAJIT RUMCIK : 5203080, KADIT RSKS : 5222430
KADIT J'WA : 5222420, KADIT GIGI : 5222433, KADIT INSTALMED : 5251110



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN MEDIK
Nomor : HK.00.06.3.5.1866

TENTANG
PEDOMAN PERSetujuan TINDAKAN MEDIK
(INFORMED CONSENT)



DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN MEDIK

Menimbang : a. bahwa untuk kemudahan dalam melaksanakan ketentuan tentang persetujuan tindakan medik, dipandang perlu menjabarkan lebih lanjut ketentuan teknis berupa pedoman sebagai pelaksanaan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 585/Menkes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik;

b. bahwa selubung dengan butir a) maka perlu ditetapkan Pedoman Persetujuan Tindakan Medik (informed consent) dengan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 32 tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 749a/Menkes/Per/IX/1999 tentang Rekam Medis/Medical Record;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 585/Menkes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis;
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
Pertama : Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent).
Kedua : Pedoman Persetujuan Tindakan Medik sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pertama tercantum dalam lampiran keputusan ini, sebagai bagian yang tidak terpisahkan.

TELEPON LANGSUNG :

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur/kelamin : tahun, laki-laki/perempuan

Alamat :

bukti diri/KTP :

dengan ini menyatakan dengan seanehaknya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa *.....* terhadap diri saya sendiri */istri/suami*/anak*/ayah*/ibu saya * dengan

Nama :

Umur/kelamin : tahun, laki-laki/perempuan

Alamat :

Bukti diri/KTP :

Di rawat di :

Non. or. rekam medis :

yang tujuan, sifat, dan perlunya tindakan medis tersebut di atas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah cukup dijejaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

..... Tgl. Bulan tahun

Saksi-saksi
Tanda tangan

dokter
tanda tangan

Yang membuat pernyataan
tanda tangan

1.

(.....)
nama jelas

(.....)
nama jelas

(.....)
nama jelas

2.

(.....)
nama jelas

- * Isi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan
- * Lingkari dan coret yang lain.

PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama
 Umur/kelamin tahun, laki-laki/perempuan
 Alamat
 bukti diri/KTP

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah menyatakan

PENOLAKAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa **
 Terhadap diri saya sendiri */istri/suami*/anak*/ayah*/ibu saya *, dengan

Nama
 Umur/kelamin tahun, laki-laki/perempuan
 Alamat
 Di rawat di
 Nomor rekam medis

- Saya juga telah menyatakan dengan sesungguhnya dengan tanpa paksaan bahwa saya:
- telah diberikan informasi dan penjelasan serta peringatan akan bahaya, resiko serta kemungkinan-kemungkinan yang timbul apabila tidak dilakukan tindakan medis berupa **
 - telah saya pahami sepenuhnya informasi dan penjelasan yang diberikan dokter.
 - Atas tanggungjawab dan resiko saya sendiri tetap menolak untuk melakukan tindakan medis yang dianjurkan dokter.

..... Tgl. Bulan tahun

Saksi-saksi
Tanda tangan

dokter
tanda tangan

Yang membuat pernyataan
tanda tangan

1.

(.....)
nama jelas

(.....)
nama jelas

(.....)
nama jelas

2.

(.....)
nama jelas

** Isi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan
 * Langkari dan coret yang lain.



DEPARTEMEN KESEHATAN R.I
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK

R.R. RASUNA SAID BLOK XS KAV. NO. 4-9 - P.O. BOX : 3097, 1106 JAKARTA 12050

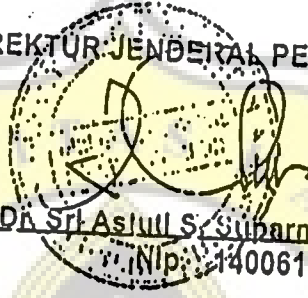
TELEPON : 5201590 (HUNTING)
FAKSIMIL : 5261014, 5203072

Keliga

Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan kelentuan akan diadakan perbaikan seperlunya apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

DITETAPKAN DI : J A K A R T A
PADA TANGGAL : 21 APRIL 1999

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN MEDIK


Dr. Sri Astuti S. Suharmanto, MSc, PH
NIP. 140061067



TELEPON LANGSUNG :

DIRJEN : 5203072, SESDITJEN : 5203079, KADIT RUMDIK : 5203000, KADIT RSRS : 5222410
KADIT JIWA : 5222429, KADIT GIGI : 5222433, KADIT INSTALMED : 5251119



The logo of Universitas Katolik Gegerijapranata is a yellow shield with a white border. Inside the shield, there is a central emblem featuring a book and a cross. The text "UNIVERSITAS KATOLIK" is written along the top edge of the shield, and "GEGERIJAPRANATA" is written along the bottom edge. The word "LAMPIRAN 4" is written in yellow, bold, uppercase letters across the top of the shield.

LAMPIRAN 4

Surat Edaran HK.00.06.1.5.01160

Tentang Petunjuk Teknis

*Pengadaan Formulir Rekam Medis dan
Pemusnahan Rekam Medis di Rumah Sakit*

SURAT EDARAN
No. : HK.00.06.1.5.01160

TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PENGADAAN FORMULIR REKAM MEDIS DASAR DAN
PEMUSNAHAN ARSIP REKAM MEDIS
DI RUMAH SAKIT

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 749a/Menkes/Per/XII/1983 telah menetapkan ketentuan-ketentuan mengenai Penyelenggaraan Rekam Medis/Medical Records di rumah sakit.
2. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. 78/Yanmed/RS. Umdik/YMU/1/91 sebagai penjabaran Peraturan Menteri Kesehatan tersebut pada butir 1 telah menetapkan pula ketentuan-ketentuan mengenai pelaksanaan pemusnahan rekam medis.
3. Rekam Medis berdasarkan ketentuan Ps. 1 Undang-undang NO. 7 tahun 1971 tentang Ketentuan-Ketentuan pokok Kearsipan dikategorikan sebagai arsip.
4. Untuk meningkatkan keandalan penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit serta untuk ketertiban pelaksanaan pemusnahannya inaka berdasar masukari-masukan dari rumah sakit-rumah sakit dipandang perlu menyempurnakan jenis-jenis formulir rekam medis dasar dan tata cara pemusnahan arsip rekam medis di rumah sakit sebagaimana terlampir.
5. Surat Edaran ini dimaksudkan sebagai pedoman kerja bagi pejabat yang ditetapkan sebagai penyelenggara rekam medis di rumah sakit.
6. Dengan dikeluarkannya Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis sebagaimana terlampir dalam Surat Edaran ini, maka Surat Edaran No. HK.00.06.1.5.10.373 tertanggal 17 Desember 1993 tentang Petunjuk Teknis tentang Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit tidak berlaku lagi.
7. Setiap Rumah Sakit hendaknya melaksanakan Surat Edaran ini sesuai dengan tingkat kebutuhan dan keadaan masing-masing Rumah Sakit.

Jakarta, 21 Maret 1995

Direktur Jenderal Pelayanan Medik

Dr. H. Soejoga, MPH

NIP 140074148

LAMPIRAN

**SURAT EDARAN NO.HK.00.06.1.5.01160 TANGGAL 21 MARET 1995
TENTANG PETUNJUK TEKNIS PENGADAAN FORMULIR REKAM MEDIS
DASAR DAN PEMUSNAHAN ARSIP REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT****I. PENGERTIAN**

1. Arsip rekam medis adalah naskah-naskah/berkas-berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan (termasuk film), pengobatan tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.
2. Arsip rekam medis inaktif adalah naskah/berkas yang telah disimpan minimal selama 5 (lima) tahun di unit kerja rekam medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani pada sarana pelayanan kesehatan atau 5 (lima) tahun setelah meninggal dunia.
3. Tim rekam medis adalah suatu tim yang dibentuk dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit yang mempunyai tugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam penyelenggaraan rekam medis.
4. Arsip rekam medis yang mempunyai sifat khusus, adalah arsip rekam medis yang tercipta dari kegiatan pelayanan orthopaedi dan prothese, penyakit jiwa, penyakit akibat ketergantungan obat dan penyakit kusta.
5. Rekam medis yang mempunyai nilai guna tertentu adalah rekam medis yang mempunyai kegunaan/berguna untuk kepentingan :
 - ⇒ Administrasi
 - ⇒ Hukum
 - ⇒ Keuangan
 - ⇒ Iptel:
 - ⇒ Pembuktian
 - ⇒ Sejarah

II. PENGADAAN FORMULIR REKAM MEDIS DASAR**1. RAWAT JALAN****a). Lembaran Umum**

1. Kartu pasien
2. Identitas pasien
3. Ringkasan Riwayat Pasien Rawat Jalan
4. Catatan Poliklinik
5. Konsultasi
6. Hasil Pemeriksaan Penunjang
7. Informed Consent (stempel)
8. Lembaran spesifik

b). Lembaran Khusus

1. Evaluasi sosial
2. Evaluasi psikolog
3. Data dasar medis
4. Data dasar nurse/keperawatan
5. Catatan lanjutan medis
6. Salinan resep
7. Catatan lanjutan nurse
8. KIUP



9. Buku register
2. Rekam Medis Gawat Darurat
 - Formulir Gawat Darurat dengan atau tanpa Folder Formulir Gawat Darurat + Rawat Jalan.
3. Rawat Nginap
 1. Ringkasan riwayat masuk keluar
 2. Surat permintaan Rawat
 3. Anamnesis
 4. Catatan lanjutan nurse/keperawatan
 5. Formulir perjalanan penyakit/instruksi/tindakan/terapi
 6. Daftar pengobatan/form catatan pemberian obat
 7. Grafik S,N,T (observasi)
 8. Permintaan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan penunjang
 9. Ringkasan diagnosis
 10. Resume keluar (hidup/mati)
 11. Formulir spesialisasi sesuai jenis spesialisasinya
 12. Keseimbangan cairan
 13. Laporan Anasthesi
 14. Laporan Operasi
 15. Laporan persalinan dan identifikasi bayi
 16. Konsultasi
 17. Diagnostik invasif
 18. Informed Consent
 19. Catatan dokter pasien pindah
 20. Catatan nurse pasien pindah
 21. Salinan resep
 22. Sebab kematian
 23. Puiang paksa

Dari lembaran-lembaran Rekam Medis tersebut harus diperhatikan :

1. Tanggal dan jam : masuk, pemeriksaan, pengobatan/tindakan, perawatan serta keluar.
2. Dengan tidak merupakan nama dan tanda tangan dokter yang menanganii.
3. Jenis Rekam Medis Dasar ini disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi Rumah Sakit masing-masing.
4. Pemisahan dan penyimpanan Rekam Medis Rawat Jalan dan Rawat Nginap tersebut hanya bagi Rumah Sakit yang belum menggunakan sistem sentralisasi.

III. TATA CARA PEMUSNAHAN ARSIP REKAM MEDIS

A. JADUAL RETENSI ARSIP REKAM MEDIS

Untuk pertama kalinya sebelum melakukan proses pemusnahan harus terlebih dahulu ditetapkan jadwal Retensi Arsip Rekam Medis sebagaimana rincian berikut

1. UMUM

No	KELOMPOK	AKTIF		INAKTIF		KETERANGAN
		RJ	RI	RJ	RI	
1	UMUM	5 TH	5 TH	2 TH	2 TH	RJ=RAWAT JALAN
2	MATA	5 TH	10 TH	2 TH	2 TH	RI=RAWAT INAP
3	JIWA	10 TH	5 TH	5 TH	5 TH	
4	ORTHOPAEDI	10 TH	10 TH	2 TH	2 TH	
5	KUSTA	15 TH	15 TH	2 TH	2 TH	
6	KETERGANTUNGAN OBAT	15 TH	15 TH	2 TH	2 TH	
7	JANTUNG	10 TH	10 TH	2 TH	2 TH	
8	PARU	5 TH	10 TH	2 TH	2 TH	

2. ANAK

Anak di retensi menurut kebutuhan tertentu

3. KIJIP+Register+Indek, disimpan permanen/abadi

4. Retensi berkas-berkas Rekam Medis berdasarkan penggolongan penyakit.

- Rumah Sakit harus membuat ketentuan sendiri bila retensinya lebih lama dari ketentuan umum yang ada, antara lain untuk :

- * Riset dan edukasi
- * Kasus-kasus terikat hukum (legal aspek) minimal 23 tahun setelah ada ketetapan hukum
- * Untuk kepentingan tertentu
- * Penyakit jiwa, Ketergantungan obat, Orthopaedi, Kusta, Mata
- * Mata
- * Perkosaan
- * HIV
- * Penyesuaian Kelamin
- * Pasien orang asing
- * Kasus adopsi
- * Bayi Tabung
- * Cangkok Organ
- * Plastik Rekonstruksi

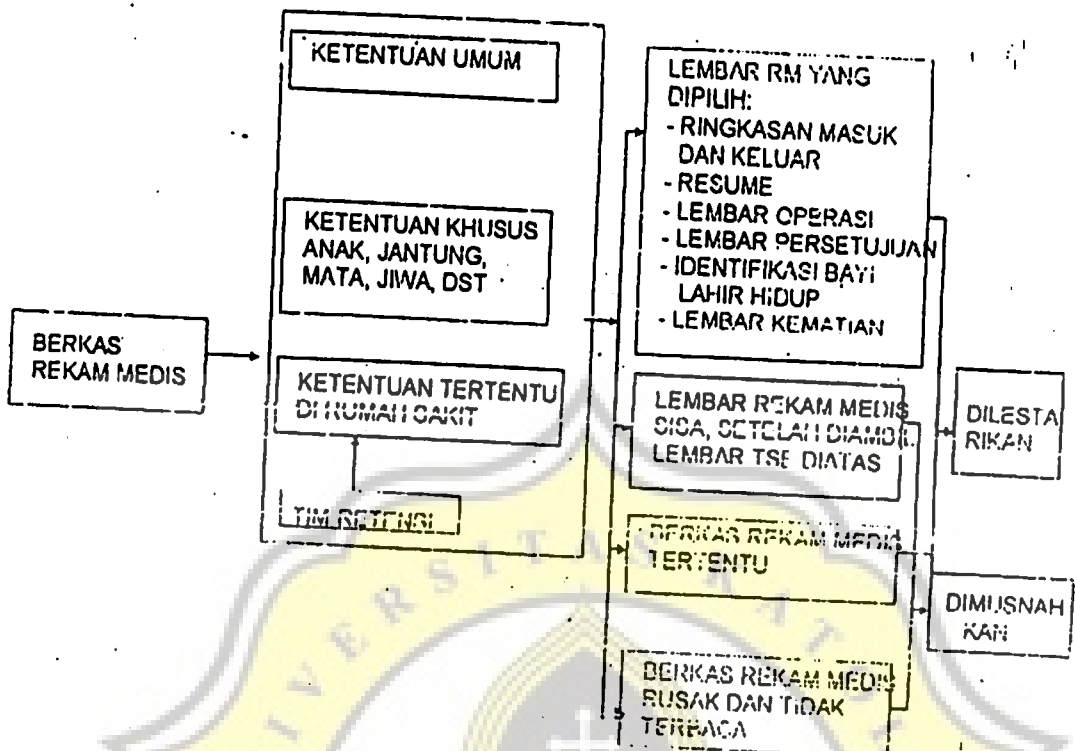
5. Retensi berdasarkan diagnosa

Masing-masing Rumah Sakit berdasarkan keputusan Komite Rekam Medis/ Komite Medis menetapkan jadual Retensi dari diagnosis tertentu, bila lebih dari ketentuan umum dengan pertimbangan nilai guna.

INDIKATOR NILAI GUNA

- Primer :
1. Adminstrsi
 2. Hukum
 3. Keuangan
 4. IPTEK
- Sekunder:
5. Pembuktian
 6. Sejarah

3. Prosedur: penilaian berkas rekam medis



3.4 Lembar rekam medis yang dipilih :

- 1) Ringkasan masuk dan keluar
- 2) Resume
- 3) Lembar operasi
- 4) Identifikasi bayi
- 5) Lembar persetujuan
- 6) Lembar kematian

3.5 Berkas rekam medis tertentu disimpan di ruang berkas rekam medis inaktif

3.6 Lembar rekam medis sisa dan berkas rekam medis rusak tidak terbaca disiapkan untuk dimusnahkan

3.7 Tim penilai dibentuk dengan SK Direktur bertanggung jawab Rekam Rekam Medis/Komite Medis, pegawai rekam medis senior, perawat senior dan tenaga lain yang terkait.

4 TATA CARA PEMUSNAHAN

4.1 Pembentukan Tim Musnahkan dan Musnah Malaria, Malaria dan Malaria
Lahir dengan SK Direktur RS

4.2 Tim pembuat keputusan

No	NOMOR REKAM MEDIS	TAHUN	LAMORA WAKTU DEMIVINDANA	DIAGNOSIS AKHIR
----	-------------------	-------	--------------------------	-----------------

(Petunjuk pengisian terlampir)

4.3 Pelaksanaan pemusnahan :

- a. Dibakar : - menggunakan incinerator
- dibakar biasa
- b. Dicairkan, dibuat bubuk
- c. Pihak ke III melaksanakan Tim Pemusnahan

4.4 Tim Pemusnah membuat Berita Acara Pemusnahan yang ditandatangani Ketua dan Sekretaris dan diketahui Direktur Rumah Sakit

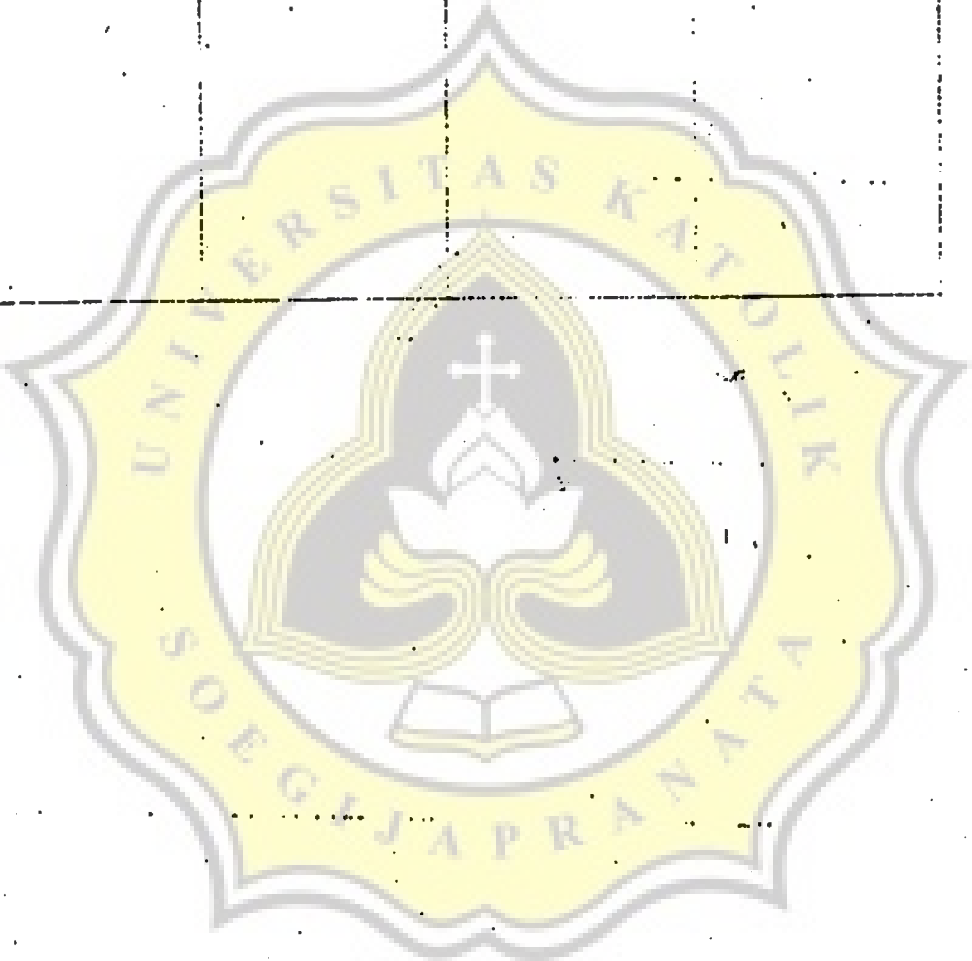
4.5 Berita Acara Pemusnahan RM, yang asli disimpan di Rumah Sakit, lembar ke 2 dikirim kepada pemilik RS (RS yang telah mendapat tugas Pelayanan Mandiri)

4.6 Khusus untuk orang Suku Mada, yang sudah rusak/busak terdapat di bagian yang ditunjuk oleh RS, maka RS yang bersangkutan mempunyai tugas untuk mengkoordinasikan pelaksanaan pemusnahan melalui prosedur prosedur yang ada



Lampiran 1 Surat Keputusan
Dinas Pelayanan Medik
No. 108/100/1/2014
Tanggal

DAFTAR PERTI-KAN ARSIP REKAM MEDIS INAKTIF
YANG AKAN DIMUSNAHKAN

NO	NOMOR REKAM MEDIS	TAHUN	JANGKA PENYIMPANAN	DASAR-NOMOR
1.	2.	3.	4.	5.
				



LAMPIRAN 5

Surat Edaran Direktur Jenderal
Pelayanan Medik

No. YM.02.04.3.5.2504 Tentang Pedoman Hak dan Kewajiban Pasien, Dokter Dan Rumah Sakit

SURAT EDARAN
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN MEDIK
NOMOR : YM.02.04.3.5.2504
TENTANG
PEDCMAN HAK DAN KEWAJIBAN
PASIEN, DOKTER DAN RUMAH SAKIT



I PENDAHULUAN

1. UMUM :

- a. Pembangunan Kesehatan diselenggarakan berazaskan berikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan yang Maha Esa, manfaat, usaha bersama dan kekeluargaan, adil dan merata, perikehidupan dalam keseimbangan serta kepercayaan akan kemampuan dan kekuatan sendiri, dimana kepentingan masyarakat lebih diutamakan dari pada kepentingan individu atau golongan.
- b. Dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sesuai dengan tujuan Pembangunan Kesehatan maka perlu diselenggarakan sarana kesehatan yang antara lain adalah rumah sakit.
- c. Di dalam rumah sakit, hubungan antara pasien, dokter dan rumah sakit merupakan hubungan yang sangat kompleks dan terus berkembang sesuai dengan berubahnya tata nilai dan norma dalam masyarakat. Dengan demikian meningkatnya pendidikan dan kesadaran masyarakat terhadap hukum maka tertib hukum dalam pelayanan kesehatan yang pada intinya akan memberikan kepastian hukum kepada pasien, dokter dan rumah sakit perlu dikembangkan. Kepastian hukum dan perlindungan hukum berlaku untuk pasien, dokter dan rumah sakit sesuai dengan hak dan kewajibannya masing-masing.
- d. Pada dasarnya hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit haruslah dilaksanakan secara seimbang dalam arti hak dan kewajiban tersebut berlaku secara timbal balik (hak pihak kesatu terhadap pihak kedua merupakan kewajiban pihak kedua terhadap pihak kesatu dan sebaliknya, hak pihak kedua terhadap pihak kesatu merupakan kewajibannya dan demikian seterusnya). Apabila satu pihak tidak melaksanakan kewajibannya maka ia tidak dapat menuntut hak yang menjadi imbalan kewajiban tersebut kepada pihak yang lain.
- e. Untuk meningkatkan hubungan yang serasi dan harmonis antara dokter, pasien dan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit maka dipandang perlu adanya surat edaran tentang kejelasan hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit yang dalam hal ini telah diatur dalam berbagai tingkat peraturan, namun kita menyadari, tidaklah mudah.
- f. Untuk merinci hak dan kewajiban masing-masing, satu terhadap yang lain, tetapi tetap diperlukan adanya suatu pedoman meskipun tidak selengkap yang diharapkan agar dapat dipergunakan sebagai acuan bagi rumah sakit dalam menyusun hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit di lingkungannya masing-masing.

2. D A S A R.:

Sebagai dasar dikeluarkannya edaran ini adalah ketentuan dalam bidang kesehatan terutama yang menyangkut hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit yaitu :

1. KUHPA pasal 170;
2. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan;

3. Peraturan Pemerintah Nomor 10 tahun 1966 tentang Kewajiban Simpan Rahasia Kedokteran;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 18 tahun 1981 tentang Bedah Mayat Klinis dan Bedah Mayat Anatomis serta Transplantasi Alat dan atau Jaringan Tubuh Manusia;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 575/Menkes/Per/IX/1989 tentang Persejuaan Tindakan Medik;
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis/Medical Record;
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 434/Menkes/SK/X/1983 tentang Berlakunya Kode Etik Kedokteran Indonesia Bagi Para Dokter di Indonesia;
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 924/Menkes/SK/XII/1986 tentang berlakunya kode etik rumah sakit Indonesia bagi rumah sakit di seluruh Indonesia;
11. United Nations Universal Declaration of Human Right tahun 1948 yaitu :
 - Hak atas pemeliharaan kesehatan.
 - Hak untuk menentukan nasib sendiri.
12. Declaration of Lisboa on the Right of the Patients (Tahun 1981).

3. TUJUAN :

Edaran ini adalah sebagai acuan bagi seluruh rumah sakit di Indonesia dalam menyusun hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit yang perlu diterapkan di lingkungannya masing-masing.

4. PENGERTIAN :

1. Hak : Kekuasaan/kewenangan yang dimiliki oleh seseorang atau suatu badan hukum untuk mendapatkan, atau memutuskan untuk berbuat sesuatu.
2. Kewajiban : Sesuatu yang harus diperbuat atau yang harus dilakukan oleh seseorang atau suatu badan hukum.
3. Pasien : Penerima jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit baik dalam keadaan sehat maupun sakit
4. Dokter : Tenaga medis yang memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit, mencakup dokter dan dokter gigi
5. Rumah Sakit : Sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian

II. PASIEN

a. HAK PASIEN

Hak pasien adalah hak-hak pribadi yang dimiliki manusia sebagai pasien.

1. Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
2. Pasien berhak atas pelayanan yang manusiawi, adil dan jujur.
3. Pasien berhak memperoleh pelayanan medis yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran/kedokteran gigi dan tanpa diskriminasi.
4. Pasien berhak memperoleh asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi keperawatan.

5. Pasien berhak memilih dokter dari kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit
6. Pasien berhak dirawat oleh dokter yang secara bebas menentukan pendapat klinis dan pendapat etisnya tanpa campur tangan dari pihak luar.
7. Pasien berhak meminta konsultasi kepada dokter lain yang terdaftar di rumah sakit tersebut (second opinion) terhadap penyakit yang dideritanya, sepengetahuan dokter yang merawat.
8. Pasien berhak atas "privacy" dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.
9. Pasien berhak mendapat informasi yang meliputi :
 - penyakit yang diderita.
 - tindakan medik apa yang hendak dilakukan.
 - kemungkinan penyulit sebagai akibat tindakan tersebut dan tindakan untuk mengatasinya.
 - alternatif terapi lainnya.
 - prognosanya.
 - perkiraan biaya pengobatan.
10. Pasien berhak menyetujui/memberikan izin atas tindakan yang akan dilakukan oleh dokter sehubungan dengan penyakit yang dideritanya.
11. Pasien berhak menolak tindakan yang hendak dilakukan terhadap dirinya dan mengakhiri pengobatan serta perawatan atas tanggung jawab sendiri sesudah memperoleh informasi yang jelas tentang penyakitnya.
12. Pasien berhak didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.
13. Pasien berhak menjalankan ibadah sesuai agama/kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya.
14. Pasien berhak atas keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit.
15. Pasien berhak mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya.
16. Pasien berhak menerima atau menolak bimbingan moril maupun spiritual.

b. KEWAJIBAN PASIEN.

1. Pasien dan keluarganya berkewajiban untuk mentaati segala peraturan dan tata-tertib rumah sakit.
2. Pasien berkewajiban untuk menaati segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya.
3. Pasien berkewajiban memberikan informasi dengan jujur dan selengkapnyanya tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat.
4. Pasien dan atau penanggungnya berkewajiban untuk melunasi semua imbalan atas jasa pelayanan rumah sakit/dokter.
5. Pasien dan atau penanggungnya berkewajiban memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.

III. DOKTER.

a. HAK DOKTER.

1. Dokter berhak mendapat perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
2. Dokter berhak untuk bekerja menurut standar profesi, serta berdasarkan hak otonomi.
(suorang dokter, walaupun ia berstatus hukum sebagai karyawan rumah sakit, namun pemilik atau direksi rumah sakit tidak dapat memerintahkan untuk melakukan sesuatu tindakan yang menyimpang dari standar profesi atau keyakinannya).
3. Dokter berhak untuk menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika.
4. Dokter berhak menghentikan jasa profesionalnya kepada pasien apabila misalnya hubungan dengan pasien sudah berkembang begitu buruk sehingga kerjasama yang baik tidak mungkin diteruskan lagi, kecuali untuk pasien gawat darurat dan wajib menyerahkan pasien kepada dokter lain.
5. Dokter berhak atas privacy. (Berhak menuntut apabila nama baiknya dicemarkan oleh pasien dengan ucapan atau tindakan yang melecehkan atau memalukan).
6. Dokter berhak mendapat informasi lengkap dari pasien yang dirawatnya atau dari keluarganya.
7. Dokter berhak atas informasi atau pemberitahuan pertama dalam menghadapi pasien yang tidak puas terhadap pelayanannya.
8. Dokter berhak untuk diperlakukan adil dan jujur, baik oleh rumah sakit maupun oleh pasien.
9. Dokter berhak untuk mendapat imbalan atas jasa profesi yang diberikannya berdasarkan perjanjian dan atau ketentuan/peraturan yang berlaku di rumah sakit tersebut.

b. KEWAJIBAN DOKTER.

1. Dokter wajib mematuhi peraturan rumah sakit sesuai dengan hubungan hukum antara dokter tersebut dengan rumah sakit.
2. Dokter wajib memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan menghormati hak-hak pasien.
3. Dokter wajib merujuk pasien ke dokter lain/rumah sakit lain yang mempunyai keahlian/kemampuan yang lebih baik, apabila ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.
4. Dokter wajib memberi kesempatan kepada pasien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan dapat menjalankan ibadah sesuai keyakinannya.
5. Dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang penderita, bahkan juga setelah penderita itu meninggal dunia.
6. Dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.
7. Dokter wajib memberikan informasi yang adekwat tentang perlunya tindakan medik yang bersangkutan serta risiko yang dapat ditimbulkannya.
8. Dokter wajib membuat rekam medis yang baik secara berkesinambungan berkaitan dengan keadaan pasien.
9. Dokter wajib terus menerus menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran/kedokteran gigi.

10. Dokter wajib memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.
11. Dokter wajib bekerjasama dengan profesi dan pihak lain yang terkait secara timbal balik dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
12. Dokter wajib mengadakan perjanjian tertulis dengan pihak rumah sakit.

IV. RUMAH SAKIT

a. HAK RUMAH SAKIT

1. Rumah Sakit berhak membuat peraturan-peraturan yang berlaku di rumah sakitnya sesuai dengan kondisi/keadaan yang ada di rumah sakit tersebut (hospital by laws).
2. Rumah Sakit berhak mensyaratkan bahwa pasien harus mentaati segala peraturan rumah sakit.
3. Rumah Sakit berhak mensyaratkan bahwa pasien harus mentaati segala instruksi yang diberikan dokter kepadanya.
4. Rumah Sakit berhak memilih tenaga dokter yang akan bekerja di rumah sakit melalui panitia kredensial.
5. Rumah Sakit berhak menuntut pihak-pihak yang telah melakukan wanprestasi (termasuk pasien, pihak ketiga, dan lain-lain).
6. Rumah Sakit berhak mendapat perlindungan hukum.

b. KEWAJIBAN RUMAH SAKIT

1. Rumah sakit wajib mematuhi perundangan dan peraturan yang dikeluarkan oleh Pemerintah.
2. Rumah sakit wajib memberikan pelayanan kepada pasien tanpa membedakan suku, rupa, agama, seks dan status sosial pasien.
3. Rumah sakit wajib merawat pasien sebaik-baiknya dengan tidak membedakan kelas perawatan (duty of care).
4. Rumah sakit wajib menjaga mutu perawatan dengan tidak membedakan kelas perawatan (quality of care)
5. Rumah sakit wajib memberikan pertolongan pengobatan di unit gawat darurat tanpa meminta jaminan materi terlebih dahulu.
6. Rumah sakit wajib menyediakan sarana dan peralatan umum yang dibutuhkan.
7. Rumah sakit wajib menyediakan sarana dan peralatan medik (medical equipment) sesuai dengan standar yang berlaku.
8. Rumah sakit wajib menjaga agar semua sarana dan peralatan senantiasa dalam keadaan siap pakai (ready for use).
9. Rumah sakit wajib merujuk pasien kepada rumah sakit lain apabila tidak memiliki sarana, prasarana, peralatan dan tenaga yang diperlukan.
10. Rumah sakit wajib mengusahakan adanya sistem, sarana dan prasarana pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.
11. Rumah sakit wajib melindungi dokter dan memberikan bantuan administrasi dan hukum bilamana dalam melaksanakan tugas dokter tersebut mendapat perlakuan tidak wajar atau tuntutan hukum dari pasien atau keluarganya.
12. Rumah sakit wajib mengadakan perjanjian tertulis dengan para dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut.
13. Rumah sakit wajib membuat standar dan prosedur tetap baik untuk pelayanan medik, penunjang medik, non medik.

V. PENUTUP

1. Dengan dikeluarkannya edaran ini maka setiap rumah sakit agar menyusun dan menetapkan hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit sebagai pedoman di rumah sakitnya masing-masing.
2. Apabila dalam melaksanakan surat edaran ini dijumpai kesulitan-kesulitan agar menghubungi Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
3. Surat edaran ini agar dijalankan sebaik-baiknya.

Dikeluarkan di : J A K A R T A

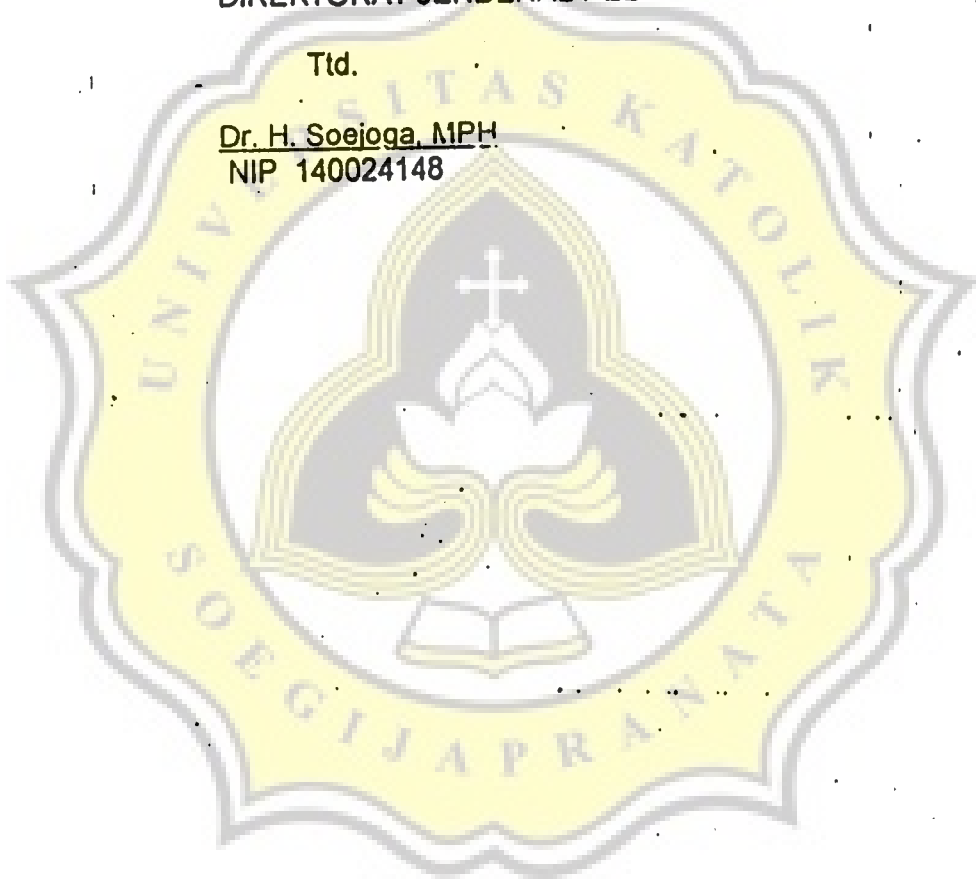
Pada tanggal : 10 JUNI 1997

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK

Ttd.

Dr. H. Soejoga, MPH

NIP 140024148







LAMPIRAN 6

Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit
Dr. Kariadi No. KP.08.02.1270 Tentang Prosedur Tindakan Medis di Rumah Sakit Dr. Kariadi

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RS DOKTER KARIADI SEMARANG

NOMOR : KP.08.02 - 1270

Tentang :

PROSEDUR TETAP PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
DI RS DR. KARIADI SEMARANG

DIREKTUR RS DR. KARIADI SEMARANG

- Mimbang** :
- a. bahwa untuk menjamin keserasian, keharmonisan hubungan dokter dan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan medis khususnya proses tindakan medik (informed consent) terhadap pasien yang dapat dipertanggung jawabkan secara etik dan hukum di RS. Dr. Kariadi Semarang, maka perlu adanya prosedur tetap.
 - b. bahwa Surat keputusan Direktur RS. Dr. Kariadi No. KP.08.02 - 005 tanggal 01 April 2000 tentang Prosedur Tetap Persetujuan Tindakan Medik (informed Consent) perlu ditinjau kembali dan disempurnakan.
 - c. bahwa untuk keperluan tersebut pada huruf (a) dan (b) perlu ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.
- Mengingat** :
1. UU Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.
 2. Peraturan Pemerintah Indonesia nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga Kesehatan.
 3. Peraturan Pemerintah No. 120, tanggal 12 Desember 2000 tentang Pendirian Perjan RS. Dr. Kariadi Semarang.
 4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 749a/MENKES/PER/XIV/1989 Tentang Rekam Medis/Medical Record.
 5. Per. Men. Kes. RI No. 575/Men. Kes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik
 6. Kep. Men. Kes. RI No. 436/Men. Kes/SK/VI/1993 tentang berlakunya standar pelayanan medis Rumah Sakit & Standar pelayanan medis di Rumah sakit.
 7. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. YM.00.03.2.2.1996 tanggal 27 Nopember 1996 tentang Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit.
 8. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. HK.00.06.3.5.1866 tanggal 26 April 1999. tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent)
 9. Surat Edaran Dir. Jen. Yan. Med. No. YM.02.04.3.5.2504 tentang pedoman Hak dan Kewajiban Pasien, Dokter dan Rumah Sakit.

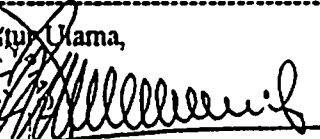
MEMUTUSKAN

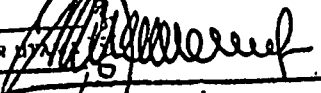
Menetapkan :

- Pertama** : Mencabut Surat keputusan Direktur RSUP Dr. Kariadi Semarang No. KP.08.02- 005 tanggal 01 April 2000 tentang Prosedur tetap Persetujuan tindakan Medis (Informed Consent)
- Kedua** : Memberlakukan Prosedur Tetap Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent) yang baru sebagaimana protap terlampir beserta contoh formatnya.
- Ketiga** : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : SEMARANG.

PADA TANGGAL : 29 DEC 2004

Direktur Utama,

 Dr. H. GATOT SUHARTO, M.KES.
 * SEMARANG *
 T.P. 140 068 226

DR. KARIADI SEMARANG	PROSEDUR TENTANG INFORMED CONSENT	
	NO. : 07.03.01.12/a	NO. REVISI : HALAMAN : 1/3
PROSEDUR TETAP	TANGGAL 20 DEC 2004	DITETAPKAN : DIREKTUR UTAMA,  Dr. H. Gatot Suharto, M.Kes. SEMARANG 140 068 226

PENGERTIAN

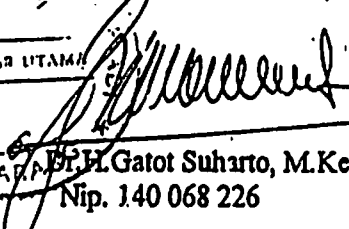
Persetujuan Tindakan Medik (informed consent), adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atau dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

TUJUAN

Adapun ini bertujuan untuk dijadikan acuan bagi seluruh dokter dalam melaksanakan ketentuan tentang informed consent.

KELAJAKAN


1. Setiap tindakan medik yang akan dilakukan harus mendapatkan persetujuan lebih dahulu dari orang yang berhak baik secara tindakan lisan ataupun tertulis, kecuali pasien dalam keadaan emergensi.
2. Persetujuan sebagaimana dimaksudkan dalam butir 1 harus diberikan dalam keadaan sadar, bebas dan tanpa unsur paksaan atau tipu daya.
3. Sebelum memberikan persetujuannya, kepada yang bersangkutan harus diberikan penjelasan lebih dahulu sehingga dengan penjelasan itu dapat menentukan sikapnya, kecuali ia dengan secara jelas dan tegas menolak menerima penjelasan.
4. Penjelasan cukup diberikan secara lisan, meliputi :
 - Alasan perlunya dilakukan tindakan medik (diagnosis)
 - Manfaat yang diharapkan dari tindakan medik itu.
 - Resiko yang kemungkinan bisa terjadi jika tindakan medik itu dilakukan.
 - Akibat tak menyenangkan yang pasti terjadi setelah dilakukan tindakan medik.
 - Resiko yang dapat terjadi jika yang bersangkutan menolak tindakan medik yang dianjurkan oleh dokter.
 - Ada tidaknya tindakan medik alternatif beserta prosedur, resiko dan akibatnya.
5. Tenaga kesehatan yang mempunyai kewajiban memberikan penjelasan adalah Dokter yang hendak melakukan tindakan medik, tetapi kewajiban tersebut dapat didelegasikan kepada dokter lain, perawat atau bidan dengan catatan, jika terjadi kesalahan dalam memberikan penjelasan maka yang bertanggung jawab adalah dokter yang melakukan tindakan medik.
6. Sesudah diberikan penjelasan maka yang bersangkutan dapat menyampaikan persetujuannya dalam bentuk lisan (oral consent) atau tertulis (written consent) atau sikap yang menunjukkan persetujuan (implied consent).
7. Dalam hal tindakan medik yang hendak dilakukan mengandung resiko tinggi atau mengakibatkan hal-hal yang sangat tidak menyenangkan bagi pasien maka sebaiknya persetujuan tindakan medik dibuat dalam bentuk tertulis dengan cara menandatangani atau membubuhkan cap ibu jari tangan kiri, pada formulir yang sesuai dengan jenis tindakan medik yang akan dilakukan.
8. Sebelum ditandatangani atau dibubuhkan cap ibu jari tangan kiri, formulir tersebut pada butir 7 harus sudah diisi lengkap oleh dokter yang akan melakukan tindakan medik atau oleh tenaga medik lain yang menerima pendelegasian untuk kemudian yang bersangkutan dipersilahkan membacanya, atau jika dipandang perlu formulir yang telah diisi tadi dibacakan dihadapannya.
9. Jika orang yang berhak memberikan persetujuan menolak menerima penjelasan dan selanjutnya menyerahkan sepenuhnya kepada kebijakan dokter maka ia dianggap menyetujui tindakan medik yang akan dilakukan dokter.

KDR. KARLADI SEMARANG :	PROSEDUR TENTANG INFORMED CONSENT		
	NO. : 01.0001-12/04	NO. REVISI :	HALAMAN : 2/3
PROSEDUR TETAP	TANGGAL 20 DEC 2004	DITETAPKAN : DIREKTUR UTAMA,  DR. H. Gatot Suharto, M.Kes. Nip. 140 068 226	

10. Dalam hal yang bersangkutan menolak memberikan persetujuan tindakan medik maka ia hendaknya diniunda menandatangani atau menubuhkan cap ibu jari tangan kiri pada formulir pernyataan penolakan, setelah formulir penolakan tersebut diisi lebih dahulu.
11. Orang yang berhak memberikan atau menolak memberikan persetujuan tindakan medik adalah PASIEN yang bersangkutan, kecuali ia belum dewasa (belum berumur 21 tahun) atau belum pernah menikah atau tidak sehat akalnya.
12. Dalam hal pasien belum dewasa atau tidak sehat akalnya maka yang berhak memberikan atau menolak memberikan persetujuan tindakan medik adalah orang tuanya atau keluarga dekatnya atau walinya.
13. Dalam hal tindakan medik yang hendak dilakukan dokter merupakan tindakan medik *non-teratipik*, pengaruhnya bersifat *irreversible* serta akibatnya bakal dirasakan pasien beserta pasangannya sebagai suami-istri (misalnya sterilisasi untuk kepentingan KB) maka pasangannya (yaitu suaminya bagi pasien wanita atau istrinya bagi pasien laki-laki) harus ikut memberikan persetujuannya dengan menubuhkan tanda tangan atau cap jari tangan kiri.
14. Meskipun tindakan medik yang hendak dilakukan dokter bersifat *irreversible* serta akibatnya bakal dirasakan pasien beserta pasangannya sebagai suami-istri tetapi jika tindakan tersebut merupakan tindakan medik teratipik (misalnya pengangkatan uterus, kedua ovarium atau kedua testisnya karena tumor ganas) maka pasangannya tidak diikutsertakan untuk memberikan persetujuannya.
15. Persetujuan tindakan medik yang sudah diberikan dapat ditarik kembali (dicabut) setiap saat, kecuali tindakan medik yang dimaksud sudah sampai pada tahapan pelaksanaan yang berdasarkan pertimbangan medik tidak mungkin lagi untuk dibatalkan.
16. Penarikan kembali (pencabutan) sebagaimana dimaksud dalam butir 15 hanya dapat dilakukan oleh orang yang telah memberikan persetujuan tindakan medik.
17. Dalam hal persetujuan tindakan medik diberikan oleh keluarganya maka yang berhak menarik kembali adalah anggota keluarga yang telah memberikan persetujuannya atau anggota keluarga lainnya yang kedudukan hukumnya lebih berhak untuk bertindak sebagai wali.
18. Penarikan kembali (pencabutan) persetujuan tindakan medik yang telah diberikan secara tertulis harus dilakukan secara tertulis pula.
19. Semua hal-hal yang sifatnya luar biasa yang ditemukan dalam proses mendapatkan persetujuan tindakan medik harus dicatat didalam rekam medik.
20. Semua persetujuan tertulis ataupun surat penolakan yang telah dibuat, harus disimpan sebagai dokumen bersama-sama Rekam Medik dari pasien yang bersangkutan.

III. Langkah - langkah :

1. Sebelum melakukan tindakan Medik, dokter yang akan melakukan tindakan medik tersebut memberikan penjelasan dan informasi kepada pasien atau keluarganya tentang tindakan medik yang akan dilakukan. Pemberian penjelasan tersebut dapat didelegasikan kepada dokter lain atau Perawat atau Bidan
2. Sesudah mendapatkan penjelasan dan informasi, maka pasien atau keluarganya segera dapat menyampaikan keputusan apakah menyetujui atau menolak dilakukannya tindakan medik tersebut.

RS.DR. KARLADI SEMARANG	PROSEDUR TENTANG INFORMED CONSENT		
	NO. : 07.0001-17/01	NO. REVISI :	HALAMAN : 3/3
PROSEDUR TETAP	TANGGAL	DITETAPKAN : DIREKTUR UTAMA,	
	20 DEC 2004	 * SEMARANG * Nip. 140 068 226	

3. Bila pasien menyetujui atau menolak, maka persetujuan atau penolakan tersebut dibuat dalam bentuk tertulis dengan menandatangani atau membubuhkan cap ibu jari tangan kiri pada formulir yang sesuai dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan, diketahui dan ditanda tangani oleh dua orang saksi (perawat bertindak sebagai salah satu saksi)
4. Jika pasien menyetujui maka dokter melakukan tindakan medis dimaksud.
5. Penarikan kembali persetujuan tindakan medik dibuat secara tertulis dan ditanda tangani oleh orang yang telah memberikan persetujuan tindakan medik dan dua orang saksi (perawat bertindak sebagai salah seorang saksi)
6. Penarikan kembali persetujuan tindakan medik dapat dikabulkan dengan syarat tindakan medik dimaksud belum sampai pada tahapan pelaksanaan yang berdasarkan pertimbangan medik tidak mungkin lagi untuk dibatalkan.

TUGAS

1. Dokter
2. Perawat/Bidan
3. Tenaga RM

DIVISI TERKAIT :

1. Divisi Rawat Inap
2. Divisi Bedah Sentral
3. Divisi Rawat Jalan
4. Divisi Rawat Darurat
5. Divisi Rawat Intensif
6. Divisi Rawat Jantung
7. Divisi Rekam Medis
8. Divisi Radio Therapi
9. Divisi CDC



LAMPIRAN 7

*Dokumen Informed Consent
Rumah Sakit Elisabeth*





PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK OPERATIF

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

 Umur : tahun, Laki-laki / Perempuan
 Alamat :

 Bukti diri / KTP :

selaku:

- diri sendiri (No. RM) ayah suami wali
 anak ibu istri

Terhadap: (diisi bila pemuat pernyataan bukan pasien sendiri)

Nama :

 Umur : tahun, Laki-laki / Perempuan
 No. RM :
 Dirawat di ruang :

dengan ini memberikan

PERSETUJUAN

kepada dokter / RS. St. Eli: abeth Semarang untuk melakukan tindakan medik operatif, berupa operasi:

Dengan menggunakan anestesi lokal / blok / umum.

Dan bila dipandang perlu mengambil jaringan atau organ atau sebagian organ yang tidak dapat dipertahankan lagi atau melakukan operasi perluasan.

Saya memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh dokter mengenai:

1. Penyakit serta kondisi pasien.
2. Tindakan medik yang akan dilakukan serta tindakan alternatif lainnya untuk mengatasinya.
3. Alasan, sifat, tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari tindakan operasi tersebut di atas.
4. Alasan, sifat, tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari anestesi yang diberikan.
5. Kemungkinan perluasan operasi, pengangkatan organ / jaringan bilamana dipandang perlu.
6. Akibat serta resikonya apabila menolak tindakan medik tersebut.

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Dokter: Semarang,
 Yang menyatakan

(.....)
 (Nama dan tanda tangan)

(.....)
 (Nama dan tanda tangan)

Saksi-saksi:

Saksi 1:

Saksi 2:

(.....)
 (Nama dan tanda tangan pribadi)

(.....)
 (Nama dan tanda tangan keluarga)

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK OPERATIF

08-2004



PERSETUJUAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Yang bertanda di bawah ini :

Nama :
 Umur : tahun, Laki-laki / Perempuan
 Alamat :
 Bukti diri / KTP :

selaku :

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> diri sendiri (No. RM | <input type="checkbox"/> ibu |
| <input type="checkbox"/> anak | <input type="checkbox"/> suami |
| <input type="checkbox"/> wali | <input type="checkbox"/> istri |
| <input type="checkbox"/> ayah | |

Terhadap : (diisi bila pembuat pernyataan bukan pasien sendiri)

Nama :
 Umur : tahun, Laki-laki / Perempuan
 No. RM :

merencanakan untuk memberikan persetujuan pemeriksaan laboratorium :

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> TPHA |
| <input type="checkbox"/> NARKOBA | <input type="checkbox"/> GRAVINDEX |
| <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> LAIN LAIN : |

Saya telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan tentang pemeriksaan seperti tersebut di atas. Saya sanggup menanggung sendiri hasil pemeriksaan tersebut dan bila berhalangan saya akan mewakilkan dengan Balai Pengambilan Hasil Laboratorium yang asli.

Semikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan

Semarang,

Yang menjelaskan,

Mengeluji,

(.....)
 (Nama dan tanda tangan)

(.....)
 (Nama dan tanda tangan)



RUMAH SAKIT ST. ELISABETH

Jl. Kawi No. 1 ☎ Hunting : 310035, 310076, 448566, Fax : 413373
SEMARANG - 50231

PERSETUJUAN TINDAKAN TERAPETIK (OLEH KELUARGA)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur : tahun
Jenis Kelamin : Laki - laki / Perempuan
Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa saya, sebagai orang tua / anak / suami / isteri / wali, memberikan persetujuan kepada dokter / RS Elisabeth untuk melakukan tindakan medik terapeutik, berupa :

atas diri pasien tersebut dibawah ini :

Nama :
Umur : tahun
Jenis Kelamin : Laki - laki / Perempuan
Alamat :
No. Rekam Medik :

Persetujuan tersebut saya berikan setelah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh dokter / perawat / bidan bernama :

tertentang :

1. Penyakit atau gangguan kesehatan pasien.
2. Sifat, tujuan, prosedur, akibat dan resiko dari tindakan medik tersebut diatas.
3. Akibat serta resikonya jika menolak tindakan medik.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar - benarnya.

Semarang,

Dokter yang menjelaskan,

Menyetujui,

(.....)
Nama terang & tanda tangan

(.....)
Nama terang & tanda tangan

Saksi (Perawat / Bidan / Suster / Keluarga lain)

(.....)
Nama terang & tanda tangan



**PENOLAKAN PERAWATAN
 (OLEH KELUARGA)**

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 / isteri / 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. Rekam Medik :

Saya sepenuhnya sadar bahwa penolakan tersebut dapat menimbulkan akibat atau resiko
 yang tidak diharapkan seperti yang sudah diterangkan dengan jelas oleh dokter / perawat
 / bidan bernama :

Oleh sebab itu saya membebaskan dokter / RS. Elisabeth dari tanggung jawab hukum jika
 akibat atau resiko yang tidak diharapkan tersebut benar benar terjadi dikemudian hari.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar - benarnya.

Semarang,

Dokter yang menjelaskan.

(.....)
 Nama terang & tanda tangan

(.....)
 Nama terang & tanda tangan

Saksi (Perawat / Bidan / Suster / Keluarga lain)

(.....)
 Nama terang & tanda tangan



**PENOLAKAN TERHADAP TINDAKAN DIAGNOSTIK
 (OLEH KEJUARGA)**

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama :
 Umur : tahun
 Jenis Kelamin : Laki - laki / Perempuan
 Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa saya, sebagai orang tua / anak / suami / isteri / wali menclak memberikan persetujuan kepada dokter / RS Elisabeth untuk melakukan tindakan diagnostik berupa pemeriksaan :

.....
 guna membantu menemukan dan mengidentifikasi penyakit atau gangguan kesehatan pasien tersebut dibawah ini :

Nama :
 Umur : tahun
 Jenis Kelamin : Laki - laki / Perempuan
 Alamat :
 No. Rekam Medik :

Saya sepenuhnya sadar bahwa penolakan tersebut dapat menyulitkan dokter didalam menemukan dan mengidentifikasi penyakit atau gangguan kesehatan pasien, seperti yang sudah diterangkan dengan jelas oleh dokter / perawat / bidan bernama :

.....
 Oleh sebab itu saya membebaskan dokter serta Rumah Sakit Elisabeth dari tanggung jawab hukum jika terjadi ketidak-tepatan diagnosis sehingga menyebabkan timbulnya akibat atau resiko yang tidak diharapkan dikemudian hari.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar - benarnya

Semarang

Dokter yang menjelaskan.

(.....)
 Nama terang & tanda tangan

(.....)
 Nama terang & tanda tangan

Saksi Perawat / Bidan / Suami / Keluarga lain

(.....)
 Nama terang & tanda tangan





LAMPIRAN 8

Dokumen Informed Consent Rumah Sakit Bhayangkara



POLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH JAWA TENGAH
UMAH SAKIT BHAYANGKARA
Majapahit No. 140 Semarang Telp. (024) 6715280

SURAT PERNYATAAN MENOLAK TINDAKAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :
Hub dg pasien :

Menyatakan menolak untuk dilakukan tindakan
pada pasien :

Nama :
Umur :
Alamat :
Diagnosa medis :

Kami sanggup untuk bertanggung jawab jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan
terhubung dengan penyakit pasien.

Demikian surat pernyataan ini di buat tanpa paksaan dari siapapun.

Mengesahui
An. Ka. RS. Bhayangkara

Semarang 20

Yang menyatakan

(.....)

(.....)



PT BINA SARANA BINA
DAERAH JAWA TENGAH
RS SAKIT BHAYANGKARA
Jl. Dr. H. Sanusi, Tegal, Jawa Tengah 52162

SURAT PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama
Umur (L/P)
Alamat

Dengan ini menyatakan sesungguhnya telah memberikan PERSETUJUAN untuk dilakukan tindakan medis terhadap: Diri saya/ Suami Istri/ Anak/ Ibu/ Ayah saya :

Yang bernama
Umur/ kelamin (L/P)
Alamat
Ruangan / Poli
Med, Rec, No.

Surat persetujuan ini saya tanda tangani setelah saya mendapat penjelasan dari dokter yang memeriksa.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat tanpa paksaan dari siapapun.

Semarang.....

Dokter Pemeriksa

Yang Menyatakan

Sigari di Bureq 2.



RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
JAWA TENGAH
Jl. Majapahit No. 140 Semarang

PERSETUJUAN TINDAKAN BEDAH / OPERASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur : (L/P)

Alamat :

Dengan ini menyatakan sesungguhnya telah menandatangani PERSETUJUAN untuk dilakukan operasi terhadap : Diri saya / Suami Istri / Anak / Ibu / Ayah saya :

Yang bernama :

Umur / Kelamin : (L/P)

Alamat :

Keangan / Poli :

Med, Rec, No. :

Yang sifat dan tujuan operasi serta kemungkinan timbulnya akibat / akibatnya telah dijelaskan sepenuhnya oleh dokter dan saya mengerti sepenuhnya

Saya juga menyatakan telah memberikan persetujuan saya untuk tindakan operasi lebih lanjut, apabila pada waktu pembedahan ternyata diperlukan demi keselamatan jiwa

YANG MEMBUAT PERNYATAAN

Ayah / Ibu / Suami / Istri / Keluarga

Penderita

(.....)

(.....)

Mengetahui
Dokter / Bidan / Perawat Jaga
RS Bhayangkara

(.....)



LAMPIRAN 9

***Dokumen Informed Consent
Rumah sakit Dr. Kariadi***



al :	Kls :	Nomor RM :
:	:	Umur :

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur / Kelamin :

Alamat :

Bukti diri (KTP/SIM) :

mengerti dan memahami tentang penjelasan yang diberikan oleh dr :

Diagnosis (Diagnose) :

Tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medis yang akan dilakukan (purpose of Medical procedure).

Tatacara tindakan medis yang akan dilakukan (Contemplated medical procedure)

Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi (Risk inherent in such medical procedure)

Alternatif tindakan medis yang tersedia dengan risikonya masing-masing (alternative medical procedure and risk).

Prognosis penyakit bila tindakan medis tersebut dilakukan (prognoses with and without medical procedure).

ini saya menyatakan dengan sesungguhnya untuk memberikan :

PERSETUJUAN

dilakukan tindakan

ap saya sendiri / isteri / suami / anak / ayah / ibu *) saya :

Nama :

Umur / kelamin :

Alamat :

Bukti diri (KTP/SIM) :

Dirawat di Ruang : Kelas :

Nomor Rekam Medis :

an pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

aksi : Semarang :

Saksi 1. Dokter. Yang membuat pernyataan.

(.....) (.....) (.....)
 gan & nama terang td. tangan & nama terang td. tangan & nama terang

Saksi 2.

(.....)
 gan & nama terang

*) Coret yang tidak sesuai.

Bangsal	Kls	Nomor RM
Nama	Umur	

PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama

Umur / Kelamin

Alamat

Buku dan (KTP/SIM)

Telah mengerti dan memahami tentang penjelasan yang diberikan oleh dr. Mengenai

1. Diagnosis (Diagnosis)
2. Tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medis yang akan dilakukan (purpose of Medical procedure)
3. Tatacara tindakan medis yang akan dilakukan (contemplated medical procedure)
4. Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi (Risk inherent in such medical procedure)
5. Alternatif tindakan medis yang tersedia dengan resiko yang masing-masing (alternatives procedure and risk)
6. Prosedur perawatan bila tindakan medis tersebut dilakukan (prognosis with and without a medical procedure)

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya untuk memberikan

PERSETUJUAN

Dalam tindakan tindakan

Terhadap saya sendiri / isteri / suami / anak / ayah / ibu *) saya

Nama

Umur / Kelamin

Alamat

Buku dan (KTP/SIM)

Dirawat di Ruang

Kelas

Nomor Rekam Medis

Pemberikan persetujuan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan

Saksi-saksi :

Saksi 1

Tanda

Yang menerima persetujuan

Tid. tangan & nama terang

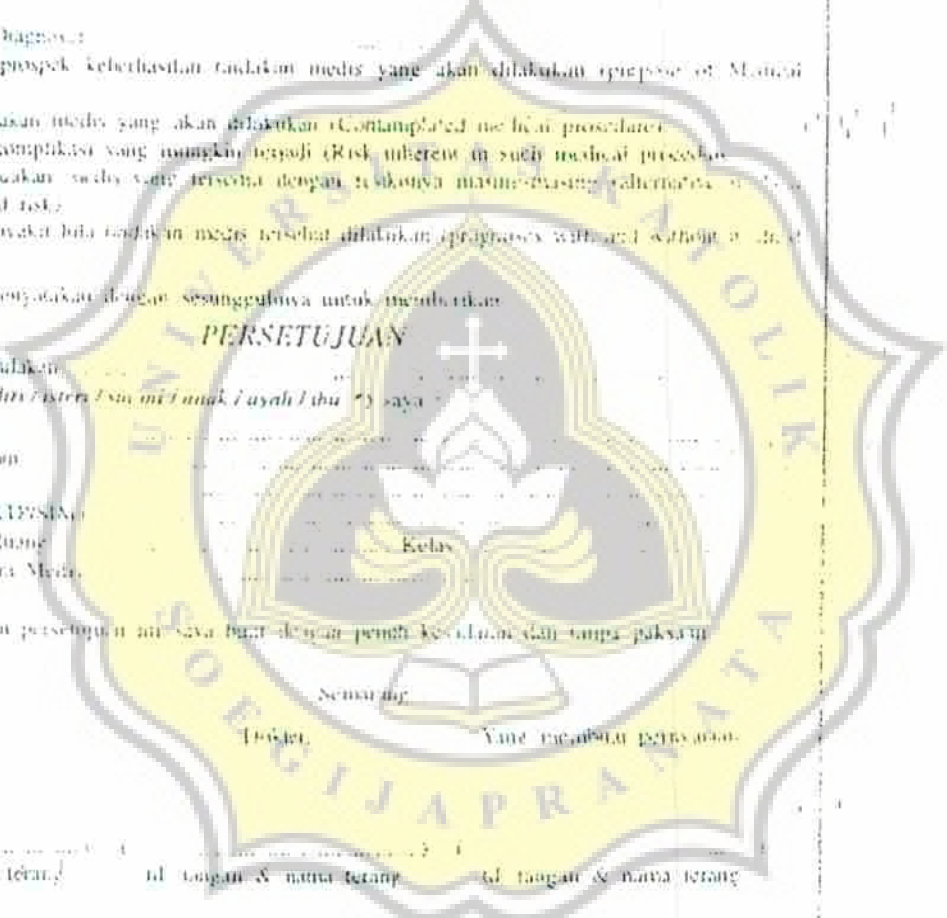
Tid. tangan & nama terang

Tid. tangan & nama terang

Saksi 2

Tid. tangan & nama terang

*) Coret yang tidak sesuai.







LAMPIRAN 10

*Dokumen Informed Consent
Rumah Sakit Kodya (Ketileng)*

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

... yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Jenis kelamin : U, L/P
Alamat :
Kartu diri/KTP :

... dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

... tindakan medis berupa **
... terhadap diri saya sendiri * /istri/sjami*/anak*/ayah*/ibu saya*, dengan:

Nama :
Jenis kelamin :
Alamat :
Kartu diri/KTP :
Rawat di :
Nomor rekam medis :

... tujuan sifat dan perlunya tindakan medis tersebut di atas serta resiko yang dapat ditimbulkan telah
... dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

... pemberian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa ada paksaan.

Semarang,

Saksi-saksi
Tanda tangan

Dokter
Tanda tangan

Yang Membuat Pernyataan
Tanda tangan

_____ nama jelas

_____ nama jelas

_____ nama jelas

_____ nama jelas

** Isi dengan jelas tindakan medis yang akan dilakukan
* Lingkari dan coret yang jelas





PEMERINTAH KOTA SEMARANG
RUMAH SAKIT UMUM

Jl. Fatmawati No. 1 Telp. (024) 6711500 Fax. 6717755 Kode Pos : 50272 Semarang

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN OPERASI DAN ANESTESI
 Yang bertanda tangan di bawah ini :

I. Saya, pasien :

Nama : L / P

No. RM : Ruang :

Umur : Th / Bl / Hr

Alamat :

II. Nama :

Umur : Th

Alamat :

Hubungan : dari pasien

Setelah mendapat penjelasan mengenai penyakit, operasi dan pembiusan yang akan dilaksanakan dan memahaminya dengan segala akibat samping/komplikasi yang mungkin terjadi, baik akibat tindakan operasi dan pembiusan maupun yang berkaitan dengan penyakitnya, dengan ini meminta dan memberikan wewenang kepada dokter yang telah ditunjuk untuk melaksanakan tindakan operasi dan pembiusan yang dimaksud demi kepentingan pasien.

Saya juga menyatakan telah memberikan persetujuan saya atas tindakan & pembiusan lebih lanjut apabila pada waktu pembedahan & pembiusan berlangsung ternyata diperlukan demi keselamatan jiwa, setelah terlebih dahulu dokter yang bersangkutan dan atau salah satu anggota tim bedah memberitahukan keluarga pasien yang menunggui, kecuali bila keadaan darurat sekali / mengancam keadaan jiwa pasien.

Peretujuan dan permintaan ini diberikan dengan penuh kesadaran setelah memahami akan kemungkinan terjadinya hal - hal tersebut diatas serta kami nyatakan pula tidak akan mengajukan tuntutan apapun baik perdata maupun pidana terhadap dokter dan atau tim pelaksana operasi dimaksud sepanjang pelaksanaan operasi & pembiusan ini telah memenuhi Standar Pelayanan dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di rumah sakit ini.

Denukial: surat pernyataan ini dibuat dengan rasa tanggung jawab dan dalam keadaan sehat jasmani dan rohani.

Semarang,200..

I. Pasien

III. Saksi (Perawat RSU Kota Sng)

(.....)

II.

(.....)

(.....)

Saya menyatakan bahwa saya (DOKTER BEDAH) telah menjelaskan sifat dan tujuan serta kemungkinan akibat / komplikasi yang timbul dari tindakan ini kepada pasien sendiri / istri / suami / anak

(.....)

Saya menyatakan bahwa saya (DOKTER ANESTESI) telah menjelaskan sifat dan tujuan serta kemungkinan akibat / komplikasi yang timbul dari tindakan pembiusan ini kepada pasien sendiri / istri / suami / anak

(.....)

Ket.: Jika pasien belum dewasa / tak sadar / gangguan mental; tidak perlu ditandatangani, tetapi ditulis keterangan tersebut. Untuk keadaan gawat dan atau darurat / keadaan mengancam nyawa pasien, disetujui / diketahui oleh direktur RS atau dokter yang ditunjuk.

PEMERINTAH KOTA SEMARANG
RUMAH SAKIT UMUM

199

Jl. Fatmawati No. 1 Tejo. (024) 671500 Fax 6717755 Kode Pos : 50272 Semarang

RM 14 B

PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur / kelamin : th, L/P
Alamat :

Bukti diri / KTP :

Dengan ini menyatakan: dengan sesungguhnya telah menyatakan:

PENOLAKAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa **

Terhadap diri saya sendiri / istri / suami / anak / ayah / ibu saya *, dengan

Nama :
Umur / kelamin : th, L/P
Alamat :

Bukti diri / KTP :

Drawat di :
Nomor Rekam Medis :

Saya menyatakan dengan sesungguhnya tanpa paksaan bahwa saya:

- Telah diberikan informasi dan penjelasan serta peringatan akan bahaya; resiko serta kemungkinan-kemungkinan yang timbul apabila tidak dilakukan tindakan medis berupa **
- Telah saya pahami sepenuhnya informasi dan penjelasan yang diberikan dokter.
- Asas tanggung jawab dan resiko saya sendiri tetap menolak untuk dilakukan tindakan medis yang dianjurkan dokter.

Semarang.

Saksi-saksi
Tanda tangan

Dokter
Tanda tangan

Yang membuat pernyataan
Tanda tangan

1.

nama jelas

nama jelas

nama jelas

2.

nama jelas

** Isi dengan jelas tindakan medis yang akan dilakukan.
* Lingkari dan coret dengan jelas



LAMPIRAN 11

*Dokumen Informed Consent
Rumah Sakit Banyumanik*





Persetujuan Operasi Umum (Oleh Keluarga)	Bangsai :	Nomor :
	Nama :	Umur :

Yang bertanda tangan di bawah ini :



Nama :

Umur : tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Alamat :

No. Rekam Medik :

Dengan ini menyatakan bahwa saya, selagai orang tua / anak / suami / isteri / wali, memberikan persetujuan kepada dokter RS BANYUMANIK untuk melakukan tindakan medik berupa operasi dengan menggunakan anestesi lokal / blok / umum, mengambil jaringan / organ / sebagian organ yang sudah tidak dapat lagi dipertahankan serta melakukan operasi' pembedahan yang diperlukan bagi penyelamatan atas diri pasien tersebut di bawah ini :

Nama :

Umur : tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Alamat :

No. Rekam Medik :

Persetujuan tersebut saya berikan sesudah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh dokter / perawat / bidan bernama tentang :

1. Penyakit atau gangguan kesehatan pasien.
2. Sifat, tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari operasi dan anestesi.
3. Akibat serta resiko nya apabila menolak operasi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Yang memberi penjelasan

Semarang,

(.....)
(Tanda tangan & nama terang)

Saksi I

Saksi II

(.....)
(Tanda tangan & nama terang)

(.....)
(Tanda tangan & nama terang)

(.....)

* coret yang tidak perlu



The logo of Universitas Katolik Soegijapranata is a yellow shield with a scalloped border. Inside the shield, there is a stylized figure of a person with arms raised, holding a book. The text "UNIVERSITAS KATOLIK SOEGIJAPRANATA" is written around the inner edge of the shield.

LAMPIRAN 12

***Dokumen Informed Consent
Rumah Sakit Sultan Agung***

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS UMUM

bertanda tangan dibawah ini :

.....

..... tahun L P

.....

/HP :

..... an iri menyatakan dengan sesungguhnya, telah memberikan

PERSETUJUAN

..... la Dokter / Perawat / Bidan RSI Sultan Agung untuk melakukan tindakan medis berupa :

.....

..... ap diri saya / suami / istri / anak / ayah / ibu / ** dengan :

.....

..... : Th Bl Hr L P

.....

..... kam Medik : Ruang :

..... nemahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh Dokter / Perawat / Bidan, mengenai :

..... yakit serta kondisi pasien

..... akan medis yang akan dilakukan

..... , tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari tindakan medis tersebut

..... at serta resikonya apabila pasien menolak tindakan medis tersebut

..... n pernyataan persetujuan ini, saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Semarang,

Mengetahui

Yang menyatakan :

..... ter / Perawat / Bidan

.....)
Tanda tangan & nama jelas

(.....)
Tanda tangan & nama jelas

..... ngan jelas tindakan yang dilakukan

..... yang tidak perlu

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS KHUSUS

yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jumlah tahun : tahun L P

Alamat :

Telepon / HP :

Pernyataan ini menyatakan dengan sesungguhnya, Memberikan

PERSETUJUAN

kepada Dokter / RSI Sultan Agung untuk melakukan tindakan medis berupa ** :

Apakah menggunakan pembiusan : Lokal / Umum,

dan siapa diri saya / istri / suami / anak / ayah / ibu saya dengan :

Umur th L F

Saya memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh Dokter / petugas, mengenai :

penyakit serta kondisi pasien

tindakan medis yang akan dilakukan serta tindakan alternatif lainnya untuk mengatasinya

tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari tindakan medis tersebut

tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari anestesi yang diberikan

kemungkinan perluasan operasi, pengangkatan organ / jaringan bilamana perlu

akibat serta resikonya apabila pasien menolak tindakan medis tersebut

kemungkinan keberhasilan / kegagalan tindakan

Pernyataan persetujuan ini, saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Semarang,

Dokter

Yang menyatakan :

(.....)
Tanda tangan & nama jelas

(.....)
Tanda tangan & nama jelas

Rumah Sakit

2. Pihak Pasien

(.....)
Tanda tangan & nama jelas

(.....)
Tanda tangan & nama jelas

Tanda tangan jelas tindakan yang dilakukan

JENIS PEMERIKSAAN RUANG DIAGNOSA	NAMA :	UMUR :
	RUANG :	NO. RM :

PERNYATAAN

yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur / Kelamin :

Alamat :

Ruangan :

Rekam Medis :

yang ini menyatakan sesungguhnya telah memberikan

PENOLAKAN

untuk dilakukan pemeriksaan penunjang Diagnosa berupa :

.....

Adapun, diri saya sendiri / istri / anak *

Yang bernama :

Umur / Kelamin :

Alamat :

Ruangan :

No. Rekam Medis :

yang sifat dan tujuan pemeriksaan tersebut telah dijelaskan sepenuhnya oleh Dokter dan telah saya mengerti seluruhnya.

Mengetahui,
Dokter / Perawat Ruang :

Semarang,

Yang menyatakan

(.....)
Tanda tangan dan nama terang

(.....)
Tanda tangan nama terang

PERSETUJUAN TINDAKAN ANASTESI / PEMBIUSAN

bertanda tangan dibawah ini :

.....
..... tahun L P
.....
/ HF :

.....
..... ini menyatakan dengan sesungguhnya, memberikan

PERSETUJUAN

.....
..... Dokter R.SI Sultan Agung untuk melakukan tindakan medis berupa anastesi / pembiusan terhadap
..... saya / istri / suami / anak / ayah / ibu saya dengan * :

.....
..... Tahun Bl Hr L P
.....
..... Ruang :

.....
..... memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan, oleh Dokter / petugas, mengenai :
..... penyakit serta kondisi pasien
..... at, prosedur dan tujuan tindakan anastesi / pembiusan tersebut.
..... siko tindakan anastesi / pembiusan tersebut
..... mungkin perlunya perubahan sifat, prosedur pembiusan.
..... mungkin terjadinya komplikasi / penyulit / hal - hal yang tidak dapat diperkirakan sebelumnya yang
..... bat berakibat fatal akibat tindakan anastesi / pembiusan tersebut.
..... bat serta resikonya apabila menolak tindakan anastesi / pembiusan tersebut.
..... mungkin keberhasilan / kegagalan tindakan anastesi / pembiusan tersebut.
..... itu mematuhi perintah Dokter / petugas selama masa persiapan dan pemulihan pembiusan.
..... ian pernyataan persetujuan ini, saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

..... Semarang,

Dokter

Yang menyatakan :

.....)
..... tanda tangan & nama jelas

(.....)
Tanda tangan & nama jelas

.....
..... Rumah Sakit

2. Pihak Pasien

.....)
..... tanda tangan & nama jelas

(.....)
Tanda tangan & nama jelas

.....
..... et yang tidak perlu

TUJUAN PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSA	NAMA : RUANG :	UMUR : NO. RM :
--	-------------------------------	--------------------------------

PERNYATAAN



yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
 Umur / Kelamin :
 Alamat :
 Ruangan :
 Rekam Medis :

yang ini menyatakan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

untuk dilakukan pemeriksaan penunjang Diagnosa berupa :

.....
sikap, diri saya sendiri / istri / anak *

Yang bernama :
 Umur / Kelamin :
 Alamat :
 Ruangan :
 No. Rekam Medis :

sifat dan tujuan pemeriksaan tersebut telah dijelaskan sepenuhnya oleh Dokter dan telah mengerti seluruhnya.

Mengetahui,
Dokter / Perawat Ruangan
R.S. Islam Sultan Agung Semarang

Semarang,
Yang menyatakan

(.....)
tanda tangan dan nama terang

(.....)
tanda tangan nama terang

PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS KHUSUS

RM 7 B2

bertanda tangan dibawah ini :

a :

: tahun: L P

at :

/ HP :

an ini menyatakan dengan sesungguhnya, telah memberikan

PENOLAKAN

da Dokter / RSI Sultan Agung untuk melakukan tindakan medis berupa ** :

ir menggunakan anastesi : Lokal / General / Umum,

lap diri : saya / istri / suami / anak / ayah / ibu saya dengan :

: Umur L P

t :

M. :

memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh Dokter, mengenai :

nyakit serta kondisi pasien

tindakan medis yang akan dilakukan serta tindakan alternatif lainnya untuk mengatasinya

nt, tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari tindakan medis tersebut

nt, tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari anastesi yang diberikan

ungkinan perluasan operasi, pengangkatan organ / jaringan bilamana perlu

obat serta resikonya apabila pasien menolak tindakan medis tersebut

an pernyataan persetujuan ini, saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

ang,

Dokter

Yang menyatakan :

k Rumah Sakit

)
& nama jelas

(.....)
Ttd & nama jelas

(.....)
Ttd & nama jelas

k Pasien

)
& nama jelas

ngan jelas tindakan yang akan dilakukan

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS ESWL

Tertanda tangan dibawah ini :

.....
 Tahun L P

 HP :

ini menyatakan dengan sesungguhnya, memberikan :

PERSETUJUAN

Dokter di RS Islam Sultan Agung Semarang untuk melakukan tindakan medis berupa :
 memecahan batu dengan alat ESWL (Electro Shock Wave Lithotripsy)
 : Pembiusan Lokal / Umum / Tanpa Pembiusan.
 p diri saya / Istri / Suami Anal / Ayah / Ibu saya :

..... Umur Th. L P

menerima sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh Dokter / pelugas, mengenai :

- 1. Penyakit serta kondisi pasien.
- 2. Tindakan medis yang akan dilakukan adalah memecahkan batu dengan menggunakan gelombang elektrik.
- 3. Tindakan hanya dilakukan pada satu lokasi dimana batu terada.
- 4. Pasien perlu mempertahankan posisi tertentu kurang lebih 1 jam, agar mendapatkan hasil yang optimal.
- 5. Pada saat tindakan akan terdengar bunyi yang keras.
- 6. Pada saat tindakan akan terjadi paparan radiasi
- 7. Kemungkinan batu tidak pecah seluruhnya pada tindakan ke-1 / ke-2 / maupun ke-3.
- 8. Mungkin diperlukan lebih dari satu kali tindakan untuk menghancurkan batu.
- 9. Apabila tindakan ke-3 tidak bisa tuntas, maka dianjurkan cara lain.
- 10. Akibat sampingan dari tindakan medis tersebut dapat berupa :
 - a. Hematom (bengkak kemerahan).
 - b. Hematuri (kencing berwarna merah).
 - c. Gangguan fungsi ginjal.

Apabila pasien menolak dilakukan / dihancurkan batunya, akan dapat berakibat terjadi infeksi / sumbatan, dan gangguan fungsi ginjal.

Dengan pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan telah memahami isinya.

Semarang,

Dokter

Yang menyatakan

.....)
Tanda tangan & nama jelas

(.....)
Tanda tangan & nama jelas

Rumah Sakit

2. Pihak Pasien

.....)
Tanda tangan & nama jelas

(.....)
Tanda tangan & nama jelas

PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS UMUM

RM 7 A

Bertanda tangan dibawah ini :

a :
 r : tahun L P
 at :
 / HP :

an ini menyatakan dengan sesungguhnya, telah memberikan

PENOLAKAN

da Dokter / RSI Sultan Agung untuk melakukan tindakan medis berupa * :

lap diri saya / istri / suami / anak / ayah / ibu saya ** dengan :

: Umur L P
 t :
 l :

nemahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh Dokter, mengenai :

yakit serta kondisi pasien

akan medis yang akan dilakukan

, tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari tindakan medis tersebut

at serta resikonya apabila pasien menolak tindakan medis tersebut

n pernyataan persetujuan ini, saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

ng,

Mengetahui
Dokter / Perawat

Yang menyatakan

(.....)
Tanda tangan & nama terang

(.....)
Tanda tangan & nama terang

dengan jelas tindakan yang akan dilakukan

et yang tidak perlu



LAMPIRAN 13

Dokumen Informed Consent
Rumah Sakit Panti Wiloso Dr. Cipto



PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS

yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur / Jenis Kelamin : tahun, Laki-laki / Perempuan
Alamat :
Bukti diri / KTP :

an ini m menyatakan dengan sesungguhnya telah menyatakan

PENOLAKAN

k dilakukan tindakan medis berupa **
adap diri saya sendiri * / istri / suami * / anak * / ayah * / ibu saya *, dengan

Nama :
Umur / Jenis Kelamin : tahun, Laki-laki / Perempuan
Alamat :
Bukti diri / KTP :
Dirawat di :
No. Rekam Medis :

JUGA telah menyatakan dengan sesungguhnya dengan tanpa paksaan bahwa saya :

Telah diberikan informasi dan penjelasan serta peringatan akan bahaya, resiko serta kemungkinan-kemungkinan yang timbul apabila tidak dilakukan tindakan medis berupa **

Telah saya pahami sepenuhnya informasi dan penjelasan yang diberikan dokter.

Atas tanggung jawab dan resiko saya sendiri tetap menolak untuk dilakukan tindakan medis yang dianjurkan dokter.

....., Tri. Bulan Tahun

Saksi-saksi
Tanda tangan

Dokter
Tanda tangan

Yang membuat pernyataan
Tanda tangan

.....)
Nama Terang

(.....)
Nama Terang

(.....)
Nama Terang

.....)
Nama Terang

F.RM.09.R.00.T.01.10.04

dengan jenis tindakan medis yang dilakukan.
gk.ri dan coret yang lain.



R.S. PANTI WILASA "Dr. CIPTO"
Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum
(YAKKUM) CABANG SEMARANG
Jalan Dr Cipto No. 5C - Telepon (024) 3546040
SEMARANG - 50126



PERNYATAAN PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Pasien yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bahwa selaku pasien/keluarga terdekat pasien (ayah/ibu/suami/istri/kakak/adik/anak/ atau lainnya
.....)

Nama :

yang sedang menjalani perawatan di RS. Parti Wilasa "Dr. Cipto" Bagian :

- a. Instalasi Rawat Jalan (I diklinik)
- b. Instalasi Gawat Darurat
- c. Instalasi Rawat Inap Ruang

Setelah menerima penjelasan dari dokter yang merawat, menyetujui untuk dilakukan tindakan
..... dengan biaya kurang lebih Rp. Terbilang (.....)

Mengetahui,

Petugas Bagian,

Semarang,

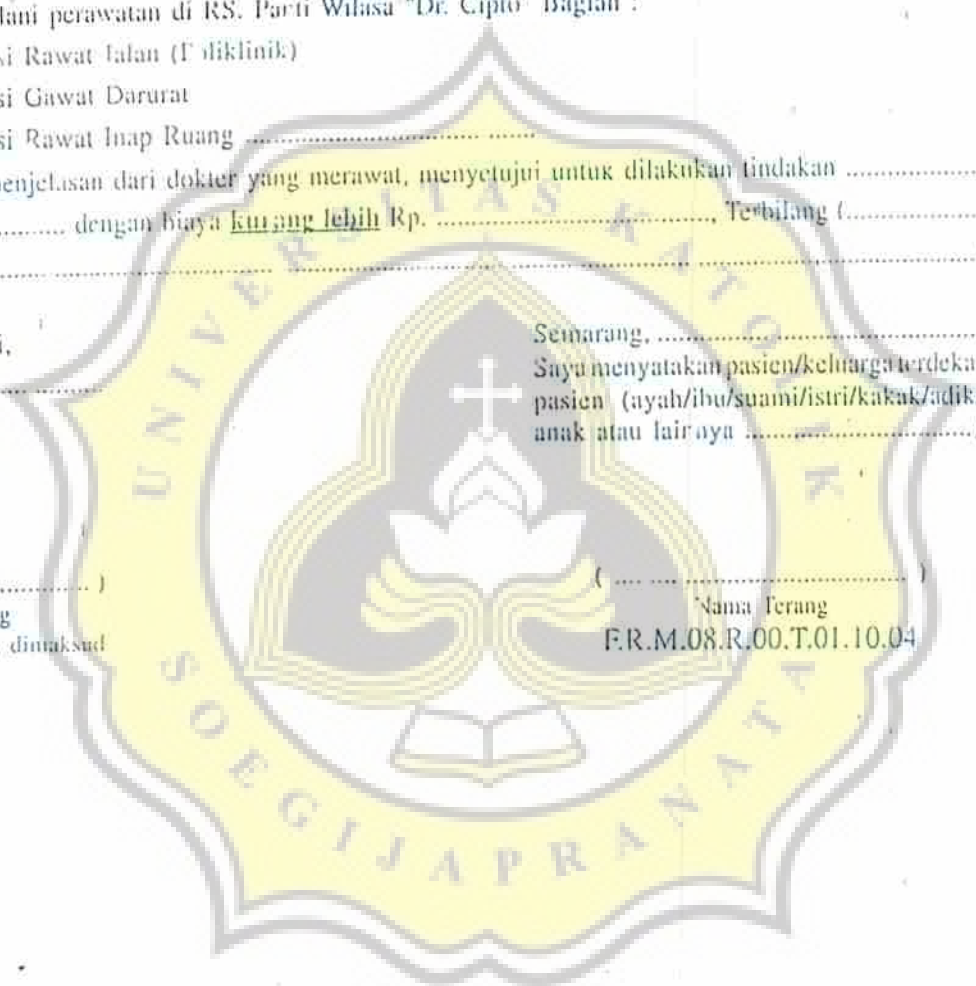
Saya menyatakan pasien/keluarga terdekat
pasien (ayah/ibu/suami/istri/kakak/adik/
anak atau lainnya

Nama Terang

.....
Beri tanda X yang dimaksud

Nama Terang

.....
E.R.M.08.R.00.T.01.10.04



PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur / Jenis Kelamin : tahun, Laki-laki / Perempuan

Alamat :

Bukti diri / KTP :

ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

diakukan tindakan medis berupa **

lap diri saya sendiri * / istri / suami * / anak * / ayah * / ibu saya *, dengan

Nama :

Umur / Jenis Kelamin : tahun, Laki-laki / Perempuan

Alamat :

Bukti diri / KTP :

irawat di :

lo. Rekam Medis :

ujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut diatas serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

an pernyataan persetujuan ini saya hua' dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

....., Tgl. Bulan Tahun

Saksi-saksi
Tanda tangan

Dokter
Tanda tangan

Yang membuat pernyataan
Tanda tangan

.....)
Nama Terang

(.....)
Nama Terang

(.....)
Nama Terang

.....)
Nama Terang



LAMPIRANS 14

Dokumen Informed Consent
Rumah Sakit Panti Wiloso Citarum





RUMAH SAKIT PANTI WILASA "CITARUM"
JL. CITARUM NO. 98 SEMARANG

PERSETUJUAN RAWAT INAP DAN TINDAKAN MEDIK UMUM

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
 Alamat :
 Pekerjaan :
 Nomor KTP/SIM :

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk dilanjutkan rawat inap di RS. Panti Wilasa "Citarum" Semarang di kelas : Ruang/No.Kamar :/.....

terhadap diri saya sendiri/ Istri/ Suami/ Anak/ Orang tua *) saya
 yang bernama : Umur : Th/ bl/ hari

dirawat oleh Dokter :
 menanggung Biaya : Pribadi Askes

Instansi :

Asuransi Lain :

untuk kelancaran pelayanan perawatan, pengobatan dan administrasi, dengan ini saya menyatakan :

Menyetujui dilakukan tindakan medik umum, (Ketentuan tindakan medik umum tertulis di halaman sebaliknya pernyataan ini).

Memberi ijin kepada dokter yang merawat untuk merawat pasien tersebut diatas.

Bersedia mentaati segala peraturan yang berlaku di RS. Panti Wilasa "Citarum" Semarang.

Sanggup/ bersedia membayar seluruh biaya perawatan sesuai dengan kelas yang saya kehendaki dan ketentuan yang berlaku.

Bersedia melengkapi persyaratan yang dibutuhkan Rumah Sakit untuk kelancaran administrasi bagi peserta ASKES SOSIAL, ASKES SUKARELA dan ASURANSI lainnya.

Semarang,

Yang menyatakan,

Tanda tangan & nama terang

Coret yang tidak perlu

medik/formpipi/lamp1



RUMAH SAKIT GANTI WILASA "CITARUM"
Jl. Citarum No.98 Semarang Telp. (024) 3542224 (hunting)

PERNYATAAN TENTANG TINDAKAN MEDIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : L / P
Umur/ Tgl lahir :
Alamat :
Tanda pengenal/ No. :

Setelah mendapat penjelasan secara lengkap dari dokter tentang tindakan medis berupa :

..... serta tujuan dan resiko yang mungkin terjadi dari tindakan medis tersebut.

Telah mengerti dan memahami penjelasan dokter tersebut serta bersedia menerima sepenuhnya segala resiko yang mungkin terjadi karena tindakan medis tersebut.

Dengan ini menyatakan sesungguhnya, memberikan :

PERSETUJUAN:

Untuk dilakukan tindakan medis tersebut diatas, dengan pemberian pembiusan dan tindakan medis serta obat/ bahan medis lainnya terhadap : diri saya sendiri/ isteri/ suami/ ayah/ ibu/ anak/ saya, :

Nama : L / P
No. Rekam Medis :
Umur/ Tgl lahir :
Ruang/ No. Kamar :
Alamat :

Setuju untuk dilakukan tindakan lebih lanjut apabila pada waktu tindakan medis/ operasi berlangsung ternyata diperlukan demi keselamatan jiwa.

Semarang,

Yang menyatakan persetujuan

Saksi :
Tanda tangan & nama terang

.....
Tanda tangan & nama terang

Saksi : Saksi dari pihak keluarga

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Dokter :
Keahlian :

Dengan ini menerangkan dan menyatakan :

Benar-benar sudah memberikan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis berupa :
....., serta tujuan dan resiko yang mungkin dapat terjadi akibat pemberian
pemberian termasuk obat dan bahan medis lain kepada

Yang bersangkutan sudah menyatakan mengerti dan memahami seluruh penjelasan dan sanggup menerima
segala resiko yang kemungkinan dapat terjadi.

Semarang,

Jam :

Yang menyatakan :

Dokter

Saksi

Perawat

.....
Nama terang & tanda tangan



LAMPIRAN 15

***Dokumen Informed Consent
Rumah Sakit Tugurejo***



SURAT KETERANGAN
No. 017 / S.Ket



Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sr. M.Yosephita OSF, M.Kes
Jabatan : Direktur Eksekutif
Instansi : RS St. Elisabeth Semarang
Alamat : Jl. Kawi No. 1 Semarang

menerangkan bahwa :

Nama : Eka Gita Pidi Artri, SH
NIM : 04.93.0007
Program Studi : Magister Hukum, UNIKA "Soegijapranata"
Semarang.

Telah melaksanakan Penelitian untuk membuat Tesis dengan judul "Tinjauan Yuridis Terhadap Kekuatan Informed Consent Sebagai Alat Bukti", di Rumah Sakit St. Elisabeth Semarang, terhitung mulai tanggal 01 April s.d. 05 April 2007.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan dengan sebaik-baiknya.

Dikeluarkan di : Semarang,
Pada tanggal : 08 Mei 2007

Direktur Eksekutif,

Sr.M.Yosephita OSF, M.Kes



LAMPIRAN 17

*Surat Pernyataan Telah Survei
Dari Rumah Sakit Bhayangkara*





KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG
Jl.Majapahit No.140 Semarang

SURAT KETERANGAN

No. Pol . : Sket /214/ V /2007/Rumkit

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Semarang Polda Jawa tengah, menerangkan bahwa Mahasiswa Program Studi Magister Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan Universitas Katolik Soegijapranata Semarang yang tersebut dibawah ini :

NAMA : EKA GITA PIDI ARTI, SH
NIM : 04.93.0007

Benar- benar telah melaksanakan pengambilan data di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang Polda Jateng, pada tanggal 21 Maret 2007 dengan judul Thesis Tinjauan Yuridis Terhadap Kekuatan Informed Consent Sebagai Alat Bukti.

Demikian surat keterangan ini untuk di pergunakan seperlunya .





LAMPIRAN 18

Surat Pernyataan Telah Survei
Dari Rumah Sakit Kariadi



RSUP DOKTER KARIADI SEMARANG

Jl. Dr. Sutomo No 16, Semarang, PO Box 1104
Telpon : 024-8413993, 8413476, 8413764 Fax : 024-8318617
Website : <http://www.rskariadi.go.id> Email : rsdk@indosat.net.id

RSUP Dr. KARIADI

nomor
lamp.
perihal

: DL.00.02. *wbi*
:-
: Surat Keterangan Selesai
Melaksanakan Penelitian

Semarang, 09 JUL 2007

Kepada Yth :
Ketua Program Studi Magister Hukum
Pasca Sarjana Universitas Katolik Soegijapranata
Jl. Pawiyatan Luhur IV/ 1 Bendan Duwur
di -
SEMARANG

Menyambung surat kami No.DL.00.02.683 tanggal 30 April 2007 perihal
Penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa :

Nama : Eka Gita Pidi Atri, SH
NIM : 04.93.0007
Judul : Tinjauan Yuridis Terhadap kekuatan Informed Consent
Yang Dipergunakan Sebagai Alat Bukti di Dalam
Persidangan Pada Pekara Pidana.
Pembimbing I : Prof.P.J. Soepratignja, SH, SpN
II : Petrus Soerjowenoto, SH, MH

Telah selesai melaksanakan Penelitian mulai tanggal 30 April s/d 30 Mei 2007 di
RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas kepercayaan yang telah
diberikan kepada kami diucapkan terima kasih.

An. Direktur Utama
Direktur SDM dan Pendidikan


Dr.H.M. Sholeh Kosim, SpA(K)M
NIP. 140 086 952

Penyampaian Kepada Yth :
1. Yang bersangkutan
2. Arsip.



LAMPIRAN 19

*Surat Pernyataan Telah Survei
Dari Rumah Sakit Kodya*





PEMERINTAH KOTA SEMARANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Fatmawati No. 1 Telp. (024) 6711500, Fax (024) 6717755 Kode Pos : 50272 Semarang

Semarang, 30 JUNI 2007

Nomor : 070/942.
Lampiran :
Perihal : Ijin Penelitian


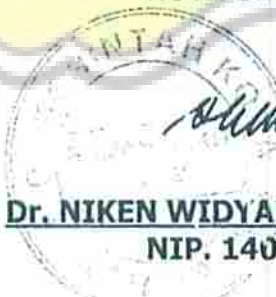
Kepada Yth :
**KETUA PROGRAM STUDI MAGISTER HUKUM
UNIKA SOEGIJAPRANATA SEMARANG**
Di –
SEMARANG



Menanggapi surat dari Ketua Program Studi Magister Hukum Universitas Katolik Soegijapranata Semarang Nomor : 139 / B.7.3 / MHK / II / 2007 Tanggal 9 Maret 2007 perihal sebagaimana pokok surat, menerangkan bahwa mahasiswa, atas nama : **Eka Gita Pidi Arti, SH, NIM 04.93.0007** mahasiswa Program Studi Magister Hukum telah menyelesaikan tugas penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang dengan judul tesis **Tinjauan Yuridis Terhadap Kekuatan Informed Consent Sebagai Alat Bukti.**

Demikian untuk menjadikan maklum.

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA SEMARANG**

Dr. NIKEN WIDYAH HASTUTI, M.Kes
NIP. 140 120 877



LAMPIRAN 20

Surat Pernyataan Telah Survei
Dari Rumah Sakit Banyumanik





RUMAH SAKIT BANYUMANIK

Jl. Bina Remaja 61 Telp. (024)7471519 Semarang

SURAT KETERANGAN

Nomor : 189/RSE/VII/2007

Assalamualaikum Wr. Wb.

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

Nama : Eka Gita Pidi Artri

Nim : 04.93.00072

Program Studi : Hukum Kesehatan

Yang bersangkutan benar-benar telah selesai melakukan Orientasi di Rumah Sakit Banyumanik Semarang, akan digunakan untuk pembuatan tugas akhir.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Semarang, 20 Juli 2007

Direktur,

Dr. H. Sugeng Riswanto, Sp.A

Nik. 02.078



LAMPIRAN 21

Surat Pernyataan Telah Survei
Dari Rumah Sakit Sultan Agung





YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

Jl. Raya Kaligawe Kotak Pos 1235 Telp. (024) 6580019 (5 Saluran) Fax. (024) 6581928
Email : rsisula@indosat.net.id
SEMARANG

/ Sek

Bismillaahirrahmaanirrahlim

SURAT-KETERANGAN

No : 104/ B/RSI-SA/V/2007

Direktur Rumah Sakit Islam Sultan Agung, dengan ini menerangkan bahwa Mahasiswa Magister Hukum Kesehatan

Nama : Eka Gita Pidi Artri, SH
Nim : 0493007
Program : MAGISTER HUKUM KESEHATAN
Jurusan : HUKUM KESEHATAN
Universitas : SOEGIYOPRANOTO SEMARANG

Telah melaksanakan pengambilan data di Rumah Sakit Islam Sultan Agung bulan Maret 2007

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

12 Robiul Akhir 1428 H
Semarang,-----
29 Mei 2007 M

**RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

DR.H. MASYHUDI AM.

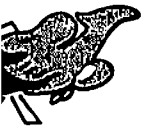
Direktur Pendidikan & Penunjang Medis



LAMPIRAN 22

*Surat Pernyataan Telah Survei
Dari Rumah Sakit Pantiwiloso DR Cipto*





RS. PANTI WILASA "Dr. CIPTO"

Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum

(YAKKUM) CABANG SEMARANG

Jl. Dr. Cipto No. 50 Semarang 50126



LOVE
QUALITY

011395559
0004383052
139.894.8-504.002

Phone : (024) 3546040
(Hunting)

Facs : (024) 3546042

e - mail : rspwdcip@semarang.wasantara.net.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 498 / RS.PWDC / Diklat / V / 2007

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" Semarang menerangkan

sebagai berikut :

Nama : Eka Gita Pidi Artri, SH

N I M : 04.93.0007

adalah Mahasiswa PROGRAM PASCA SARJANA MAGISTER HUKUM KESEHATAN
UNIVERSITAS SOEGIJAPRANATA Semarang yang telah melaksanakan Penelitian di RS.Panti
Wilasa "Dr. Cipto" Semarang dengan judul :

**"Tinjauan Yuridis Terhadap Kekuatan Informed Consent
Sebagai Alat Bukti"**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan seperlunya.



Sejarah, 23 Mei 2007
RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto"

Joseph Chandra, MKes
Direktur



LAMPIRAN 23

Surat Pernyataan Telah Survei Dari Rumah Sakit Pantiwiloso Citarum



SURAT KETERANGAN

Nomor : 1118/RS.PW.C/DIKLAT/VII/07

Yang bertanda-tangan di bawah ini, Direktur RS Panti Wilasa "Citarum" Semarang, menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Eka Gita Pidi Artri, SH
Pekerjaan : Mahasiswa Program Pascasarjana Magister Hukum Kesehatan Universitas Katolik Soegijapranata Semarang
NIM : 04.93.0007

dalam rangka menyusun tesis dengan judul : " TINJAUAN YURIDIS TERHADAP KEKUATAN INFORMED CONSENT SEBAGAI ALAT BUKTI " , yang bersangkutan benar-benar telah melakukan penelitian dan pengambilan data di RS Panti Wilasa "Citarum" Semarang pada tanggal 15 Mei s.d. 11 Juli 2007.

Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan seperlunya. Kepada yang berkepentingan, untuk menjadikan maklum.

Samarang, 13 Juli 2005
RS Panti Wilasa "Citarum"



Dr. Daniel Budi Wibowo, MKes.
Direktur



LAMPIRAN 24

*Surat Pernyataan Telah Survei
Dari Rumah Sakit Tugurejo*





PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH

RSUD TUGUREJO

Alamat Kantor : Jl. Raya Tugurejo – Semarang Telp. (024) 7605297, 7605378 Fax. 7604398

SURAT KETERANGAN

NO : 445/ 01411 /2006

yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Dr. HESTU WALUYO, M Kes**
N I P : 140 134 957
Pangkat/Golongan Ruang : Pembina Utama Muda (IV/c)
Jabatan : Direktur RSUD Tugurejo Semarang
Provinsi Jawa Tengah

yang menerangkan bahwa :

Nama : **EKA GITA PIDIRI ARTRI, SH**
N I M : 04.93.007
Program Studi : Magister Hukum
UNIKA SOEGIJAPRANOTO
Judul Tesis : " Tinjauan Yuridis Terhadap Kekuatan Informed Consent yang dipergunakan sebagai alat bukti di dalam Persidangan pada Perkara Pidana"

yang bersangkutan telah selesai melaksanakan kegiatan penelitian di RSUD Tugurejo Semarang Provinsi Jawa Tengah pada bulan April – Juli 2007.

Sehubungan dengan Surat Keterangan ini kami buat, agar dapat dipergunakan seperlunya.

Semarang, 12 Juli 2007

DIREKTUR
RSUD TUGUREJO SEMARANG
PROVINSI JAWA TENGAH

Dr. HESTU WALUYO, M Kes

Pembina Utama Muda

NIP : 140 134 957