

PEDOMAN WAWANCARA

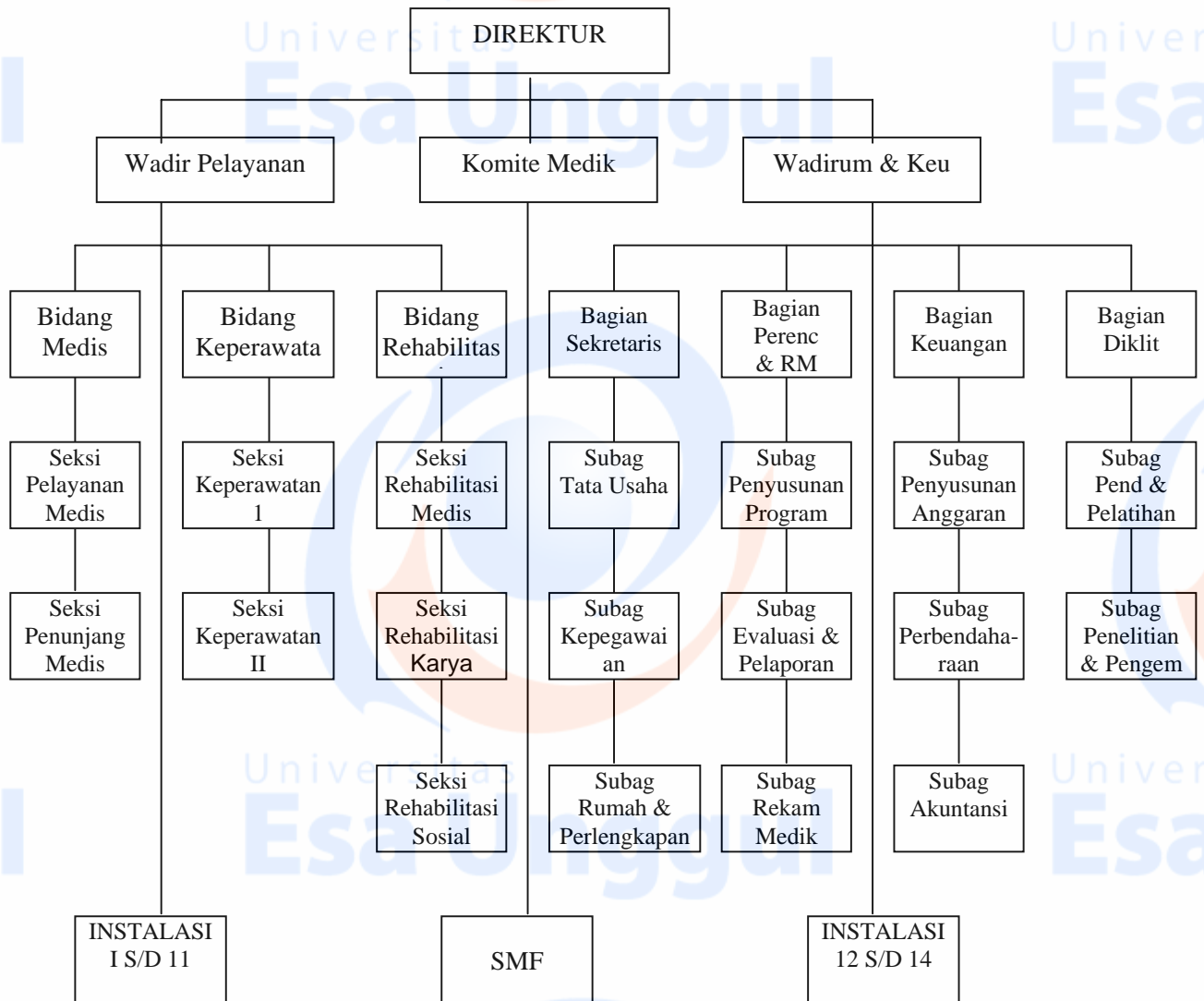
1. Apakah Bapak pernah mengevaluasi formulir Surat Persetujuan Rawat Inap yang sudah dilakukan oleh tenaga kesehatan ?
2. Apa tindakan Bapak bila Surat Persetujuan rawat Inap tidak terisi dengan lengkap?
3. Bagaimana sosialisasi formulir Surat Persetujuan Rawat Inap di Rumah sakit Sitanala Tangerang ?

QUESTIONER

1. Apakah saudara mengerti tentang Surat Persetujuan Rawat Inap ?
2. Apakah saudara tahu arti dari Surat Persetujuan Rawat Inap ?
3. Apakah saudara tahu tujuan dari Surat Persetujuan Rawat Inap ?
4. Apakah saudara memberikan penjelasan/informasi tentang Surat Persetujuan Rawat Inap kepada pasien yang akan di rawat ?
5. Apakah saudara tahu dampak dari Surat Persetujuan Rawat Inap bila tidak terisi dengan lengkap ?

Lampiran III

BAGAN ORGANISASI
RUMAH SAKIT KUSTA SITANALA TANGERANG
 LAMPIRAN KEPUTUSAN MENKES RI NOMOR : 389/MENKES/SK/IV/184 TGL. 28 APRIL 1984

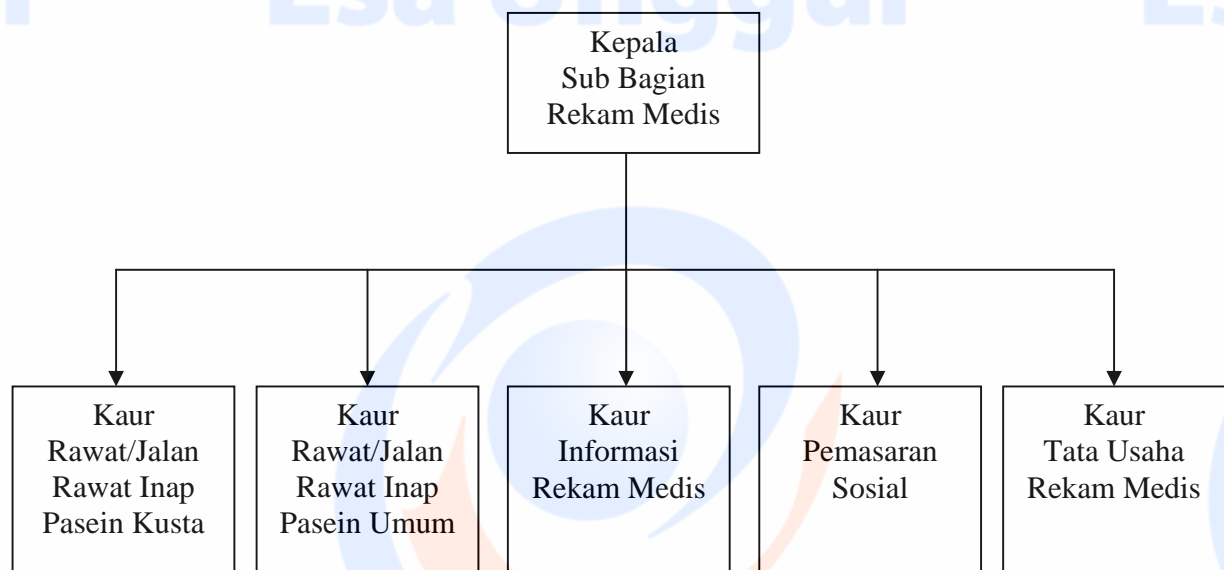


SMF : Staf Medis Fungsional

- | | | |
|----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. Inst. R. Jalan | 6. Inst. Rehab Karya | 11. Inst. Patologi |
| 2. Inst. R. Inap | 7. Inst. Rehab Sosial | 12. Inst. Diklat |
| 3. Inst. R. Intensif | 8. Inst. Farmasi | 13. Inst. Litbang |
| 4. Inst. Bedah | 9. Inst. Gizi | 14. Inst. Pem. Sarana RS |
| 5. Inst. Rehab Medik | 10. Inst. Radiologi | |

Lampiran IV

**Struktur Organisasi Sub Bagian Rekam Medis
Rumah Sakit Sitanala Tangerang**



Lembar hak kuasa

Lembar Hak Kuasa ini harus ditanda tangani oleh pasein sendiri atau oleh wali pasein keluarga terdekat/kawan/induk semang dlsb) bila pasein dinyatakan :

- a). masih dibawah umur
- b). secara phisik / mental tidak sanggup untuk mengisi

IJIN MENJALANKAN PENGOBATAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah pasein (atau eali pasein) R. S Kusta Sitanala, mengijinkan dokter manapun demi pengobatan diri saya, (bagi wali : wali adalah : Pasein).

Untuk mnjalankan berbagai cara pengobatan yang dianggap perlu dan penting demi penyembuhan

Nama Jelas : Tanggal

Nama wali :

Tanda tangan/cap jempol :

Nama saksi :

(Bacakan keterangan Ijin diatas pada pasein / wali hingga jelas. Pada waktu membubuhkan tanda tangan diatas, harus dilakukan didepan saksi).

PEMBEBASAN TANGGUNG JAWAB P.R SITANALA TERHADAP PASEIN PULANG PAKSA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini berkeinginan keras untuk pulang sebelum waktu yang telah ditetapkan / disarankan oleh staff medis R.S.K. Sitanala, (Bagi wali : sebutkan nama yang bersangkutan)

Kepulangan ini akan mengakibatkan saya (atau wali) untuk menanggung segala resiko yang terjadi kemudian serta tidak akan mengadakan penggugatan terhadap R.S.K. Sitanala

Nama Jelas :

Tanda tangan/cap jempol

Wali adalah pasein

Nama Saksi :

Tanggal :

Lampiran

PEDOMAN PENGISIAN FORMULIR REKAM MEDIS RAWAT INAP

Formulir ini ada yang harus diisi petugas loket II, dokter perawat dan harus ditandatangani serta nama jelas.

RM 1 ringkasan Masuk dan Keluar

1. Lembaran ini berada diloket II (tempat pendaftaran pasien rawat inap)
2. Identitas pasien ditulis oleh petugas loket II
3. Diagnosa masuk dan diagnosa akhir ditulis oleh dokter yang merawat, disertai dengan tanda tangan
4. Hal – hal lain yaitu
 - a. Nama Operasi
 - b. Infeksi Nasakomial
 - c. Penyebab Infeksi
 - d. Imunisasi yang didapat
 - e. Cara Keluar
(Diisi oleh perawat dirungan)
5. Formulir Penyerta RM 1 ini adalah :
 - a. RM (ringkasan masuk dan keluar)
 - b. Formulir Identitas pasien rawat inap
 - c. Formulir surat pernyataan kesanggupan pembayar biaya perawatan/pengobatan

RM 2 Masuk Darurat

1. Identitas pasein diisi lengkap
2. Ringkasan penyakit diisi oleh perawat yang berdinis saat menerima pasein serta dibubuhi tanda tangan.
3. Keadaan umum, pemeriksaan, diagnosa dan pengobatan ditulis oleh dokter juga yang memeriksa dan ditanda tangani

RM 3 Anamnesa

1. Pengisian identitas pasein harus ditulis lengkap
2. Anamnesa harus mencakup :
 - a. Keluhan utama
 - b. Riwayat penyakit sekarang dan yang lalu
 - c. Riwayat keluarga
3. Pemeriksaan fisik diisi oleh dokter yang terdiri dari : inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi
4. Diagnosa pengobatan dan tanda tangan diisi lengkap

RM 4 Lembar Grafik

1. Identitas pasein harus diisi lengkap
2. Catatan pengobatan dan jenis obat yang diberikan di evaluasi setiap hari

Lampiran V

ADMINISTRASI DAN
MANAJEMEN

PROSEDUR
KEBIJAKAN INFORMED
CONSENT

R.S.K SITANALA
TANGERANG

No. 01.06.00	Terbit ke : 1 (satu)	Tanggal : 25 – 08 – 99
1. Tujuan	Agar pasein keluarga memahami dan mengerti tentang penyakit, tindakan, pengobatan, dan perawatan yang akan diberikan.	
2. Ruang Lingkup	Sebagai acuan dalam pembuatan Informee Consent pada instalasi rawat inap. Rawat Jalan dan Instalasi Gawat Darurat RS. Kusta Sitanala Tangerang.	
3. Kebijakan	<p>3.1 Dokter diwajibkan memberikan penjelasan tentang penyakit yang diderita dan tindakan yang akan diberikan.</p> <p>3.2 Perawat diwajibkan memberikan penjelasan tentang perawatan dan tindakan perawatan yang akan diberikan.</p> <p>3.3 Pasein kelaurga pasein berhak untuk menyetujui atau menolak perawatan pengobatan dan tindakan yang akan diberikan</p> <p>3.4 Apabila pasein keluarga pasein menyetujui harus dibuat surat persetujuan yang ditanda tangani oleh pasein keluarganya dan diketahui oleh dokter perawat.</p> <p>3.5 Apabila pasein keluarga menolak, dibuat pernyataan menolak yang ditanda tangani oleh pasein keluarganya dan dikeathui oleh dokter perawat</p> <p>3.6 Infomed Consent ini dibuat rangkap dua asli untuk Rumah Sakit dan lembar kedua untuk pasein keluarga.</p>	
4. Dokumen terkait	<p>4.1 Blanko persetujuan infomed consent</p> <p>4.2 Blanko penolakan tindakan</p>	

**RUMAH SAKIT KUSTA SITANALA
TANGERANG**

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :
Bukti Diri/KTP :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa **
Terhadap diri saya sendiri */Istri */ Suami*/ Anak*/ Ibu saya *, dengan

Nama :
Umur :
Alamat :
Bukti diri / KTP . :
Dirawat di :
Nomor Rekam Medis :

Yang tujuan, sifat dan perlunya medis tersebut diatas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya menmgerti sepenuhnya.

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

	Tangerang,	
Saksi – saksi	Dokter	Yang Membuat Pernyataan
Tanda Tangan	Tanda Tangan	Tanda Tangan

1.
.....
nama jelas	nama jelas	nama jelas
2.		
.....		
nama jelas		

** diisi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan
* lingkari dan coret yang lain

**RUMAH SAKIT SITANALA
TANGERANG**

PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :
Bukti Diri / KTP :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

P E N O L A K A N

Untuk dilakukan medis berupa **
Terhadap diri saya sendiri * /Istri * / Suami / Anak * / Ibu saya *, dengan

Nama :
Umur :
Alamat :
Bukti Diri/KTP :
Dirawat di :
Nomor Rekam Medis :

Saya juga telah menyatakan dengan sesungguhnya dengan tanpa paksaan bahwa :

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

	Tangerang,	
Saksi – saksi Tanda Tangan	Dokter Tanda Tangan	Yang Membuat Pernyataan Tanda Tangan
1.
..... nama jelas nama jelas nama jelas
2.		
..... nama jelas		



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul