


Lampiran 1
SPO Persetujuan Tindakan Kedokteran


 <p>RSU ADHYAKSA</p>	<p>PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN</p>		
<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)</p>	<p>No. Dokumen :</p>	<p>No. Revisi :</p>	<p>Halaman : 1/2</p>
	<p>Tanggal Terbit : 17 Juli 2017</p>	<p>Ditetapkan, Plt. Direktur RSUD Adhyaksa, <u>dr. Dyah Eko Judihartanti</u> NIP. 19710817 200604 2 044</p>	
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat informasi secara jelas dan lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.</p>		
<p>TUJUAN</p>	<p>Sebagai dasar legalitas hukumbagi dokter atau dokter gigi untuk melakukan tindakan kedokteran terhadap pasien.</p>		
<p>KEBIJAKAN</p>	<p>Peraturan Direktur nomor tentang Persetujuan Tindakan Medis di RSUD Adhyaksa</p>		
<p>PROSEDUR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter melakukan 6 langkah cuci tangan 2. Dokter mengucapkan salam kepada pasien dan keluarga 3. Dokter memperkenalkan diri 4. Dokter memastikan identitas pasien. 5. Dokter meminta keluarga / wali untuk mendampingi sebagai saksi 6. Dokter menyiapkan formulir pemberian informasi tindakan kedokteran 7. Dokter menjelaskan kepada pasien / keluarga / wali tentang penyakit, komplikasi, alternatif serta informasi lain terkait tindakan kedokteran yang akan dilakukan. 8. Dokter memberikan kesempatan pasien/wali/keluarga untuk bertanya 9. Dokter meminta persetujuan medis kepada pasien 10. Dokter meminta persetujuan dari wali / keluarga jika pasien berhalangan untuk memberikan persetujuannya 		

11. Dokter memberikan apresiasi terhadap keputusan yang diambil.
12. Dokter mempersilahkan pasien membubuhkan tanda tangan/cap ibu jari tangan kiri pada formulir yang telah disediakan
13. Dokter mempersilahkan wali/keluarga membubuhkan tandatangan/cap jempol pada formulir yang telah disepakati
14. Dokter mengucapkan salam dan “terima kasih”
15. Dokter melakukan 6 langkah cucitangan

 RSU ADHYAKSA	PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman : 2/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit :		ditetapkan Plt. Direktur RSUD Adhyaksa, <u>dr. Dyah Eko Judihartanti</u> NIP. 19710817 200604 2 044
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rekam Medis 2. Komite Medis 3. Semua unit pelayanan 		

Lampiran 2


SPO Pengisian Lembar Persetujuan Tindakan Kedokteran

 RSU ADHYAKSA	PENGISIAN LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman : 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit :	Ditetapkan, Plt. Direktur RSUD Adhyaksa, <u>dr. Dyah Eko Judihartanti</u> NIP. 19710817 200604 2 044	
PENGERTIAN	Tatacara pengisian rekam medis pada persetujuan tindakan kedokteran		
TUJUAN	Agar pengisian surat pernyataan persetujuan tindakan medis berjalan dengan baik dan benar		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur nomor tentang Pemberlakuan Persetujuan Tindakan Medis di RSUD Adhyaksa		
PROSEDUR	1. Pemberian informasi bisa diisi oleh dokter dan perawat <ul style="list-style-type: none"> - Dokter pelaksana tindakan, diisi nama dokter yang melakukan tindakan operasi - Pemberi informasi, diisi nama yang memberikan informasi - Penerima informasi/pemberi persetujuan, diisi nama yang memberikan persetujuan (pihak pasien/keluarga pasien) 2. Jenis informasi, isi informasi dan tanda. Dijelaskan oleh dokter yang merawat/dokter yang memberikan informasi, bisa diisi oleh perawat, dan diberi tanda oleh pasien. <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosa (WD/ Working Diagnosa & DD/Differencia Diagnosis), diisi diagnosa (diagnosa kerja/ diagnosa banding) - Dasar diagnosa, diisi dasar menegakkan diagnosa - Tindakan kedokteran, diisi nama tindakan/operasi yang dilakukan - Indikasi/tindakan, diisi tindakan yang akan dilakukan mengacu pada WD - Tata cara, diisi proses/cara tindakan operasi 		

- Tujuan, diisi tujuan dilakukannya tindakan operasi
- Resiko dan Komplikasi, diisi resiko dan komplikasi apabila tidak mentaati perintah dokter. Misal resiko pembiusan jika puasa tidak cukup
- Prognosis, diisi keadaan setelah pulang dari perawatan
- Alternatif dan Risiko, diisi tindakan lain jika ada

Lampiran 3

Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*)

 RUMAH SAKIT UMUM ADHYAKSA Jl. Hankam Raya No. 60, Ceger, Jakarta Timur Telp. 021-29462345, Fax. 021-29462370 Email : adhyaksarsua@gmail.com		Nomor RM : Nama : Tanggal Lahir : Jenis Kelamin : (L/P)
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN		
PEMBERIAN INFORMASI		
Dokter Pelaksana Tindakan		
Pemberi Informasi		
Penerima Informasi/Pemberi Persetujuan *		
JENIS INFORMASI		ISI INFORMASI
TANDA (✓)		
1	Diagnosis (WD & DD)	
2	Dasar Diagnosis	
3	Tindakan Kedokteran	
4	Indikasi Tindakan	
5	Tata Cara	
6	Tujuan	
7	Risiko	
8	Komplikasi	
9	Prognosis	
10	Alternatif & Risiko	
	Lain - lain	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal - hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi		Ttd dokter (.....)
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas kemudian saya beri tanda/paraf di kolom kanan nya, dan telah memahaminya		Ttd pasien/wali (.....)
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi. maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat		
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN		
Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, umur ____ tahun, laki - laki/perempuan*, alamat _____		
Dengan ini menyatakan Persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____ terhadap diri saya / orangtua / anak / suami / istri / kakak / adik / keluarga / _____ saya* bernama _____, umur ____ tahun, laki - laki / perempuan*, alamat _____		
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.		
Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.		
Jakarta, tanggal _____ pukul _____		
Yang menyatakan (.....)	Dokter (.....)	Saksi RS (.....)
Saksi Pasien (.....)		
*coret yang tidak perlu		

38	084674	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0
39	087871	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0
40	08587	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41	086770	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
42	066970	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
43	087270	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
44	086342	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0
45	086047	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
46	086548	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0
47	085748	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0
48	081545	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
49	087579	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
50	084478	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
51	082978	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
52	084476	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0
53	087079	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
54	085876	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
55	085752	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0
56	086954	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0
57	086358	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0
58	085858	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0
59	003757	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0
60	086050	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
61	085150	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
62	087332	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0
63	087291	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0

64	086736	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0
65	085166	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
66	086563	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
67	085569	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0
68	089060	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
69	088366	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
70	087722	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0
71	079162	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
72	082068	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
73	086396	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0
74	089097	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0
75	087789	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0
76	083588	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
77	086727	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
78	085828	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
79	086127	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
80	088600	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0
81	085003	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
82	082803	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
83	076303	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0
84	087447	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0
85	086359	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
86	087476	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
87	088788	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
JUMLAH		75	75	45	63	80	59	65	75	42	43	41	55	37	66	84	59	86	87	87	27

Lampiran 5

Formulir Analisis Kuantitatif pada Bagian Persetujuan Tindakan Kedokteran

No	No RM	Identitas Yang Menyatakan				Kelengkapan Laporan Yang Penting						Autetikasi Penulisan						Catatan Yang Baik					
		Nama	Tanggal Lahir/Umur	Jenis Kelamin	Alamat	Pemberi Persetujuan	Nama	Tanggal Lahir/ Umur	Jenis Kelamin	Alamat	No.RM	Nama Yang Menyatakan	TTD Yang Menyatakan	Nama Saksi Dari Pasien	TTD Saksi Dari Pasien	Nama Dokter	TTD Dokter	Nama Saksi Dari RS	TTD Saksi Dari RS	Tidak Ada Coretan	Tidak Ada Tipe-Ex	Tidak Ada Bag Yang Kosong	
1	087348	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
2	081541	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	086842	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
4	086745	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
5	087143	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
6	088349	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
7	079146	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
8	089242	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
9	087677	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
10	087496	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0

53	087079	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
54	085876	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
55	085752	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
56	086974	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
57	086354	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
58	085858	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
59	003757	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
60	086050	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
61	085150	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
62	087332	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
63	087291	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
64	086736	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
65	085166	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
66	086563	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
67	085569	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
68	089060	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
69	088366	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
70	087722	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
71	079162	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
72	082068	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
73	086396	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0

74	089097	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
75	087789	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
76	083588	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0
77	086727	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
78	085828	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
79	086127	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
80	088600	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
81	085003	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
82	082803	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
83	076303	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
84	087447	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
85	086359	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
86	087476	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
87	088788	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
JUMLAH		85	82	77	86	70	85	79	72	84	86	80	87	69	76	81	86	84	85	87	87	44

Lampiran 6
Hasil Observasi Awal

No	No RM	Lengkap	Tidak Lengkap
1	0872**		1
2	0105**		1
3	0894**	1	
4	0391**	1	
5	0804**		1
6	0893**		1
7	0893**		1
8	0851**	1	
9	0883**	1	
10	0893**	1	
11	0896**	1	
12	0899**	1	
13	0892**		1
14	0555**	1	
15	0884**		1
16	0105**		1
17	0887**		1
18	0685**		1
19	0887**	1	
20	0893**	1	
21	0824**		1
22	0882**		1
23	0874**	1	
24	0685**	1	
25	0884**		1
26	0817**	1	
27	0820**		1
28	0861**		1
29	0855**	1	
30	0881**		1
JUMLAH		14	16

Dari 30 lembar informed consent, dihasilkan lembar informed consent yang lengkap 14 berkas dengan presentase 47 % dan yang tidak lengkap sebanyak 16 berkas dengan presentase 53%.

Lampiran 7

PEDOMAN WAWANCARA

1. Apakah di RSUD Adhyaksa sudah ada SPO mengenai *Informed Consent*?
2. Apakah ada petugas khusus untuk mengecek kelengkapan *Informed Consent*?
3. Apakah Dampak jika *Informed Consent* tidak lengkap?
4. Apakah di RSUD Adhyaksa sudah melakukan analisis kuantitatif?
5. Apa saja formulir rekam medis yang sudah di analisis kuantitatif?
6. Apakah di RSUD Adhyaksa bekerjasama dengan asuransi kesehatan?