

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Responden Uji Validitas dan Reliabilitas Pasien/ Keluarga Pasien Preoperasi atau Postoperasi

Rumah Sakit Pelni

di Jakarta Barat

Dengan hormat,

Saya sebagai mahasiswa program Diploma IV Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Esa Unggul Jakarta, bernama : Syifa Rachmah Yuliyanti dengan NIM : 201134004 saat ini sedang melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian mengenai “Hubungan Kelengkapan Formulir Pemberian Informasi Tindakan Kedokteran dengan Pemahaman Pasien/ Keluarga Pasien tentang Tindakan Kedokteran yang Dilakukan” di Rumah Sakit Pelni Bulan Januari - Februari 2015

Oleh karena itu saya mohon partisipasi dan kesediaan anda untuk menjadi responden penelitian ini dengan mengisi kuesioner yang disediakan. Kuesioner ini tidak mempengaruhi reputasi anda, tetapi hanya untuk memberi sumbangan terhadap penelitian ini. Atas perhatian, bantuan, dan waktu yang telah Anda luangkan saya ucapkan terimakasih.

Jakarta, Januari 2015

Hormat saya,

Syifa Rachmah Yuliyanti



KUESIONER UJI VALIDITAS PENELITIAN

**HUBUNGAN KELENGKAPAN FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI
TINDAKAN KEDOKTERAN
DENGAN PEMAHAMAN PASIEN ATAU KELUARGA PASIEN
TENTANG TINDAKAN KEDOKTERAN YANG DILAKUKAN DI
RUMAH SAKIT PELNI TAHUN 2015**

Identitas Peneliti

Nama : Syifa Rachmah Yuliyanti

NIM : 2011-34-004

Program Studi : Manajemen Informasi Kesehatan

Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan

Universitas Esa Unggul

Sehubungan dengan penelitian skripsi yang akan saya laksanakan dengan judul diatas, maka dengan ini saya mohon bantuan anda untuk dapat mengisi kuesioner ini. Kuesioner ini tidak mempengaruhi reputasi anda, tetapi hanya untuk memberi sumbangan terhadap penelitian ini. Atas perhatian, bantuan, dan waktu yang telah Anda luangkan saya ucapkan terimakasih.

CP : Syifa (085781776873)

Data Responden

ID : (diisi oleh petugas)
Tanggal lahir : (Tanggal/ Bulan/ Tahun)
Nomor Rekam Medis :
Dirawat diruang :
Status : Pasien / Keluarga Pasien (*coret yang tidak perlu)
Jenis Kelamin : Perempuan / Laki-laki
Pendidikan terakhir : SD SMP SMA D3 S1 S2

Petunjuk Pengisian :

Untuk mengisi cukup dengan memberi tanda checklist (V) pada kolom yang dianggap sesuai dengan pendapat anda.

A. Pelaksanaan Pemberian Informasi Tindakan Kedokteran

1. Apakah dokter memberi penjelasan mengenai informasi tindakan kedokteran yang akan dilakukan sebelum anda menandatangani formulir persetujuan tindakan kedokteran?
YA TIDAK
2. Apakah dokter menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dalam memberi penjelasan mengenai informasi tindakan kedokteran yang akan dilakukan?
YA TIDAK
3. Apakah informasi yang diberikan dokter sudah lengkap meliputi diagnosa, jenis tindakan, tata cara tindakan, tujuan tindakan, risiko, komplikasi, prognosa dan lain-lain?
YA TIDAK

B. Pemahaman Pasien/ Keluarga Pasien Setelah Mendapat Pemberian Informasi Tindakan Kedokteran , meliputi:

1. Apakah anda dapat menjelaskan kembali mengenai **diagnosa** penyakit anda, sehingga memerlukan tindakan kedokteran?

YA TIDAK

Jika YA, apakah diagnosa nya:

2. Apakah anda dapat menyebutkan **dasar diagnosa**/ pemeriksaan apa yang telah dilakukan sehingga diagnosa dapat diketahui ?

YA TIDAK

Jika YA, pemeriksaan berupa :
(Laboratorium, USG, Rontgen, Endoscopi, dll)

3. Apakah anda dapat menjelaskan kembali mengenai **jenis tindakan** kedokteran yang akan dilakukan?

YA TIDAK

Jika YA, jenis tindakan berupa :

4. Apakah anda dapat menjelaskan kembali mengenai **indikasi tindakan** (alasan mengapa perlu adanya tindakan kedokteran)?

YA TIDAK

Jika YA, alasan nya adalah :

5. Apakah anda dapat menyimpulkan **tata cara tindakan** kedokteran yang akan dilakukan?

YA TIDAK

Jika YA, bagaimana tata cara tindakan nya :
.....

6. Apakah anda dapat menyebutkan contoh **tujuan** atau manfaat dari tindakan kedokteran yang akan dilakukan?

YA TIDAK

Jika YA, apakah tujuan tindakan nya :

7. Apakah anda dapat menyebutkan contoh **risiko** dari tindakan kedokteran yang akan dilakukan ?

YA TIDAK

Jika YA, apakah risiko nya :

8. Apakah anda dapat menyebutkan adanya **komplikasi** dari tindakan kedokteran yang akan dilakukan? Atau

Apakah anda mempunyai komplikasi penyakit lain?

YA TIDAK

Jika YA, apakah komplikasi nya :

9. Apakah anda dapat memperkirakan **prognosa** (berapa lama proses pemulihan & bagaimana kondisi setelah operasi) ?

YA TIDAK

Jika YA, berapa lama proses pemulihannya dan bagaimana kondisi setelah operasi :

.....

10. Apakah anda dapat menyebutkan **alternatif lain** dari tindakan kedokteran yang akan dilakukan beserta risikonya?

YA TIDAK

Jika YA, alternatif dan risiko berupa:

11. Apakah anda dapat menyebutkan berapa banyak **kebutuhan darah/** transfusi jika diperlukan?

YA TIDAK

Jika YA, berapa banyak kebutuhan darah:

.....

C. Setelah Pemberian Informasi Tindakan Kedokteran

1. Apakah dokter memberi kesempatan kepada anda untuk bertanya jika informasi yang diterima belum dimengerti?
YA TIDAK
2. Apakah dokter menjelaskan kembali informasi yang anda kurang mengerti?
YA TIDAK
3. Apakah dokter memberi kesempatan (waktu) kepada anda untuk mempertimbangkan keputusan persetujuan terhadap tindakan kedokteran yang akan dilakukan?
YA TIDAK
4. Apakah dokter melakukan konfirmasi tingkat pemahaman anda terhadap informasi yang diberikan?
YA TIDAK