

LAMPIRAN

Analisis Kuantitatif berdasarkan 7 elemen pendokumentasian klinis:

NO	No. RM	Identifikasi							Autentifikasi						
		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7
1	IC 00	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
2	IC 01	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	-
3	IC 02	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	-
4	IC 03	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
5	IC 04	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	-
6	IC 05	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
7	IC 06	-	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√
8	IC 07	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
9	IC 08	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
10	IC 09	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
11	IC 10	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	-
12	IC 11	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
13	IC 12	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
14	IC 13	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
15	IC 14	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
16	IC 15	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
17	IC 16	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
18	IC 17	-	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√
19	IC 18	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
20	IC 19	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
21	IC 20	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

47	IC 46	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
48	IC 47	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
49	IC 48	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	-
50	IC 49	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
51	IC 50	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
52	IC 51	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
53	IC 52	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
54	IC 53	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
55	IC 54	-	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√
56	IC 55	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
57	IC 56	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
58	IC 57	-	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√
59	IC 58	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
60	IC 59	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
JUMLAH (%)		90%	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	88,4%	100%	100%	88,4%

21	IC 20	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
22	IC 21	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
23	IC 22	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
24	IC 23	√	√	√	-	√	-	√	√	√	√	-	√	√	-
25	IC 24	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
26	IC 25	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
27	IC 26	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
28	IC 27	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
29	IC 28	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
30	IC 29	-	√	√	-	√	√	√	√	√	√	-	√	√	-
31	IC 30	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
32	IC 31	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
33	IC 32	-	√	√	-	√	-	√	-	√	√	√	√	√	√
34	IC 33	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
35	IC 34	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
36	IC 35	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
37	IC 36	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
38	IC 37	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
39	IC 38	-	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
40	IC 39	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
41	IC 40	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√
42	IC 41	√	√	√	-	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√

43	IC 42	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
44	IC 43	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
45	IC 44	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
46	IC 45	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
47	IC 46	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
48	IC 47	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
49	IC 48	√	√	√	-	√	-	√	√	√	√	√	√	√	-
50	IC 49	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
51	IC 50	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
52	IC 51	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
53	IC 52	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
54	IC 53	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
55	IC 54	-	√	√	-	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√
56	IC 55	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
57	IC 56	√	√	√	-	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√
58	IC 57	-	√	√	-	√	-	√	-	√	√	√	√	√	-
59	IC 58	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	-	√	√	-
60	IC 59	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
JUMLAH (%)		85%	100%	100%	73,4%	100%	76,7%	100%	88,4%	100%	100%	90%	100%	100%	85%

F6.2

Rumah Sakit
UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
MALANG

INFORMASI DAN PERSETUJUAN TINDAKAN

Rencana tindakan :
 Tanggal : Jam
 Ruang/kelas :
 Penjamin :

Stiker identitas pasien

Dokter pelaksana tindakan :

Pemberi informasi :

Penerima informasi/pemberi persetujuan * :

Diberikan pada tanggal : Jam :

NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1	Diagnosis (WD dan DD)		
2	Dasar diagnosis		
3	Tindakan kedokteran		
4	Indikasi tindakan		
5	Tata cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif		
11	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. Tanda tangan

Dengan ini menyatakan bahwa saya/keluarga pasien telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya serta telah diberi kesempatan untuk bertanya/berdiskusi, dan telah memahaminya. Tanda tangan


* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat

007/Med/Rev.01/RSU.UMM/2017


Gambar 6.1 Formulir *Informed Consent* (tampak depan)

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN		
Yang bertanda tangan dibawah ini, saya,		
Nama	:	
Umur	:th, laki-laki/perempuan*	
Alamat	:	
Dengan ini menyatakan SETUJU untuk dilakukan tindakan		
terhadap saya atau saya)		
Nama	:	
Umur	:th/bln, laki-laki/perempuan*	
Alamat	:	
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan dalam tabel pemberian informasi pada halaman sebelumnya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul.		
Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada Allah SWT.		
Malang..... Jam :.....		
Yang menyatakan)**	Saksi I	Saksi II
.....		
PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN		
Yang bertanda tangan dibawah ini, saya,		
Nama	:	
Umur	:th, laki-laki/perempuan*	
Alamat	:	
Dengan ini menyatakan MENOLAK untuk dilakukan tindakan		
terhadap saya atau saya)		
Nama	:	
Umur	:th/bln, laki-laki/perempuan*	
Alamat	:	
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan dalam tabel pemberian informasi pada halaman sebelumnya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan.		
Saya bertanggungjawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin bisa timbul karena tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.		
Malang..... Jam :.....		
Yang menyatakan)**	Saksi I	Saksi II
.....		
*) Coret yang tidak perlu		
**) Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat		
007/Med/Rev.01/RSU.UMM/2017		

Gambar 6.2 Formulir *Informed Consent* (tampak belakang)



Rumah Sakit Umum
UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
M A L A N G



TRANSKRIPLOGI FARMASI
UMM AM 2012

SURAT KETERANGAN
Nomor : B.I.c/001/RSU-UMM/1/2020

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. Mursidi

Jabatan : Direktur Umum dan Keuangan
Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang

Alamat : Jl. Raya Tlogomas No. 45 Malang

Menerangkan bahwa :

Nama : Rosma Dewi Kusumaning Ratri


NIM : P17410173024

Jurusan/Fakultas : DIII Rekam Medis & Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Judul Penelitian : Pengembangan Formulir Informed Consent Dikaitkan Dengan
Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis di RSU-UMM.

Adalah benar bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian untuk penyusunan skripsi dari tanggal 11 November s/d 11 Desember 2019 di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

Demikian surat keterangan ini di buat dengan sebenarnya dan untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 07 Januari 2020
Wakil Direktur,
Wakil Direktur Umum dan Keuangan,

Dr. Mursidi, MM

Jl. Raya Tlogomas No. 45, Desa Landungsari, Kec. Dau, Kab. Malang - Jawa Timur 65144
Telp. : 0341-561 666
Email : hospitalgum.ac.id

Gambar 6.4 Surat Keterangan Penelitian