

## **Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Informan**

### **LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari **Avidtrias Ambarwati** yang berjudul **Perancangan Desain Formulir *Informed Consent* Tindakan Medis Sesuai Regulasi Yang Berlaku Di Puskesmas Pagelaran Kabupaten Malang.**

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya oleh peneliti serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Oleh karena itu saya bersedia menjadi informan dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 17 Oktober 2019

Tertanda

(.....)

## Lampiran 2 Persetujuan Telah Menjadi Informan

### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

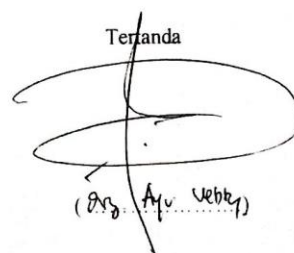
Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari **Avidtrias Ambarwati** yang berjudul **Perancangan Desain Formulir *Informed Consent* Tindakan Medis Sesuai Regulasi Yang Berlaku Di Puskesmas Pagelaran Kabupaten Malang.**

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya oleh peneliti serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Oleh karena itu saya bersedia menjadi informan dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 17 Oktober 2019

Tertanda



(Dr. Ayu Vebky)

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari **Avidtrias Ambarwati** yang berjudul **Perancangan Desain Formulir *Informed Consent* Tindakan Medis Sesuai Regulasi Yang Berlaku Di Puskesmas Pagelaran Kabupaten Malang.**

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya oleh peneliti serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Oleh karena itu saya bersedia menjadi informan dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 17 Oktober 2019

Tertanda



(Sumroh Feisal)

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

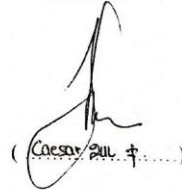
Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari **Avidtrias Ambarwati** yang berjudul **Perancangan Desain Formulir *Informed Consent* Tindakan Medis Sesuai Regulasi Yang Berlaku Di Puskesmas Pagelaran Kabupaten Malang.**

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya oleh peneliti serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Oleh karena itu saya bersedia menjadi informan dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 17 Oktober 2019

Tertanda



(Caesar Zul. ....)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari **Avidtrias Ambarwati** yang berjudul **Perancangan Desain Formulir *Informed Consent* Tindakan Medis Sesuai Regulasi Yang Berlaku Di Puskesmas Pagelaran Kabupaten Malang.**

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya oleh peneliti serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Oleh karena itu saya bersedia menjadi informan dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 17 Oktober 2019

Tertanda

  
(Gatot . K . )

### Lampiran 3 Lembar Pedoman Wawancara

#### PEDOMAN WAWANCARA

##### A. Karakteristik Informan:

1. Responden :
2. JenisKelamin :
3. Jabatan :
4. Tanggal :

##### B. DaftarPertanyaan:

1.	Bagaimana alur pendaftaran rawat jalan Poli Gigi ?	
2.	Apakah sudah ada formulir persetujuan tindakan medis ( <i>Informed Consent</i> ) di Poli Gigi?	
3.	Formulir apakah yang selama ini dipakai untuk pengisian persetujuan tindakan medis di Poli Gigi?	
4.	Apakah terdapat rencana pengadaan desain formulir persetujuan tindakan medis ( <i>Informed Consent</i> ) untuk Poli Gigi?	
5.	Adakah kebijakan yang mengatur tentang penggunaan formulir persetujuan tindakan medis ( <i>Informed Consent</i> )?	

6.	Apakah formulir <i>Informed Consent</i> dibutuhkan untuk penulisan persetujuan tindak lanjut di Poli Gigi?	
7.	Apa saja kebutuhan data formulir persetujuan tindakan medis ( <i>Informed Consent</i> )?	
8.	Bagaimana rancangan formulir persetujuan tindakan medis ( <i>Informed Consent</i> ) sesuai dengan kebutuhan di Poli Gigi?	

#### Lampiran 4 Lembar Checklist

#### Checklist Penilaian Sebelum Pembuatan Formulir Persetujuan Tindakan

#### Medis (*Informed Consent*) Di Puskesmas Pagelaran Kabupaten Malang

No.	Item Data	Kelengkapan	
		Ada	Tidak Ada
	Data Identifikasi Pasien		
1.	Nomer Rekam Medis		
2.	Kode Tahun		
3.	Kode Desa		
	Data Klinis		
4.	Dokter Pelaksana Tindakan		
5.	Pemberi Informasi		
6.	Penerima Informasi		
7.	Tindakan Kedokteran		
	Data Persetujuan		
8.	Nama Pemberi Persetujuan		
9.	Umur Pemberi Persetujuan		
10.	Jenis Kelamin Pemberi Persetujuan		
11.	Alamat Pemberi Persetujuan		
12.	Nomer KTP Pemberi Persetujuan		
13.	Nama Pasien		
14.	Umur Pasien		
15.	Jenis Kelamin Pasien		
16.	Alamat Pasien		
17.	Nomer KTP Pasien		
18.	Tanggal Waktu Persetujuan		
19.	Nama dan TTD Pemberi Persetujuan		
20.	Nama dan TTD Saksi		
21.	Nama dan TTD Dokter Pemberi Informasi		



No.	Item Data	Kelengkapan	
		Ada	Tidak Ada
	Data Identifikasi Pasien		
1.	Nomer Rekam Medis		✓
2.	Kode Tahun		✓
3.	Kode Desa		✓
	Data Klinis		
4.	Dokter Pelaksana Tindakan	✓	
5.	Pemberi Informasi		✓
6.	Penerima Informasi		✓
7.	Tindakan Kedokteran	✓	
	Data Persetujuan		
8.	Nama Pemberi Persetujuan		✓
9.	Umur Pemberi Persetujuan		✓
10.	Jenis Kelamin Pemberi Persetujuan		✓
11.	Alamat Pemberi Persetujuan		✓
12.	Nomer KTP Pemberi Persetujuan		✓
13.	Nama Pasien		✓
14.	Umur Pasien		✓
15.	Jenis Kelamin Pasien		✓
16.	Alamat Pasien		✓
17.	Nomer KTP Pasien		✓
18.	Tanggal Waktu Persetujuan		✓
19.	Nama dan TTD Pemberi Persetujuan		✓
20.	Nama dan TTD Saksi		✓
21.	Nama dan TTD Dokter Pemberi Informasi	✓	

## Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian oleh Kampus



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746  
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613  
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847  
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043  
- Kampus IV : Jl. KH Wahid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095  
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293  
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792  
Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : [direktorat@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id)



Nomor : PP.08.02/6.1/ 0035 /2019  
Lampiran : -  
Hal : Surat Ijin Penelitian (Survey Pendahuluan – Penelitian) Malang, 2 September 2019

Kepada  
Yth. Kepala Bakesbangpol dan Linmas Kabupaten Malang  
Di

Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester V Prodi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2019/2020, maka bersama ini kami berharap kepada Bapak/Tbu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama :

Nama : Avidtrias Ambarwati  
NIM : P17410173040

Untuk melakukan survey pendahuluan dan penelitian di instansi yang Bapak/Tbu pimpin dengan  
Topik / Judul : *Perancangan Desain Formulir Informed Consent Rindakan Medis Sesuai Regulasi Di Puskesmas Pagelaran Kabupaten Malang*

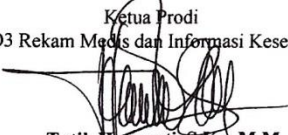
Pada : September s/d November 2019

Adapun data yang akan diambil sebagai berikut:

1. Analisis aspek dari fisik, anatomic, dan isi
2. Item yang dibutuhkan untuk kebutuhan desain
3. Kendala pengisian dan kebutuhan penggunaan formulir
4. Wawancara
5. Form *Check list Informed Consent*

Demikian surat ini kami buat. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi  
D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

  
**Tutik Herawati, S.Kp., M.M**  
NIP. 197108241994032001

Tembusan :

## Lampiran 6 Surat Ijin Penelitian dari BKBP



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jl. KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341) 366260 Fax. (0341) 366260  
Email: [bakesbangpol@malangkab.go.id](mailto:bakesbangpol@malangkab.go.id) – Website: <http://www.malangkab.go.id>  
M A L A N G - 6 5 1 1 9

### SURAT KETERANGAN

NOMOR : 072/ 1954 /35.07.207/2019

Untuk melakukan Survey/Research/Penelitian/KKN/PKL/Magang

Menunjuk : Surat Dari Ketua Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Nomor: PP.08.02/6.1/0035/20  
Tanggal : 2 September 2019 Perihal Ijin Penelitian ( Survey Pendahuluan - Penelitian )

Dengan ini Kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan Ijin Penelitian oleh;

Nama / Instansi : Avidtrias Ambarwati  
Alamat : JL.Besar Ijen  
: *Perancangan Desain Formulir Informed Consent Rindakan Medis Sesuai Regulasi di Puskesmas Pagelaran Kab.Malang*  
Thema/Judul/Survey/Research : Di Puskesmas Pagelaran Kab. Malang  
Lamanya : September s.d November 2019  
Pengkikut : -

Dengan Ketentuan :

1. Mentaati Ketentuan - Ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat Setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas

Malang, 9 September 2019

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
KABUPATEN MALANG



**GATOT YUDHA SETIAWAN, AP., MM**

Pembina Tingkat I

NIP. 19740326 199311 1 001

Tembusan :

Yth. Sdr.

1. Ketua Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab.Malang
3. Kepala Puskesmas Pagelaran Kab.Malang
4. Mhs/Ybs
- 5.Arsip

## Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan



### PEMERINTAH KABUPATEN MALANG DINAS KESEHATAN



Jln. Panji No.120 Kepanjen Telp (0341) 393730-391621, Fax. (0341) 393734  
Email : dinkes@malangkab.go.id website : [http:// dinkes.malangkab.go.id](http://dinkes.malangkab.go.id)

#### KEPANJEN

Kepanjen, 4 Oktober 2019

Nomor : 072/ 4718 /35.07.103/2019  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Penelitian

Kepada :  
Yth. Ketua Poltekkes Kemenkes Malang

Di -

#### TEMPAT

Menjawab Surat dari Ketua Poltekkes Kemenkes Malang, Nomor PP.08.02/6.1/0035/2019, tanggal 02 September 2019 tentang Penelitian , dengan ini kami TIDAK KEBERATAN dilaksanakan Kegiatan tersebut oleh :

Nama : Avidtrias Ambarwati  
NIM : -  
Judul : *Perancangan Desain Formulir Informed Consent Rindakan Medis Sesuai Regulasi di Puskesmas Pagelaran Kab. Malang*  
Tempat Kegiatan : Puskesmas Pagelaran Kab. Malang  
Waktu Kegiatan : 25 September - 30 November 2019

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati peraturan / ketentuan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat kegiatan untuk melaporkan dan berkoordinasi kepada Pejabat yang terkait.
3. Melakukan **inform consent** secara tertulis sebelum dilakukan kegiatan kepada yang bersangkutan
4. Harus memegang azas rahasia (tanpa nama / identitas responden)
5. Mempresentasikan dan menyampaikan hasil penelitian di tempat penelitian
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan untuk melaporkan kembali kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Cq. Diklat Litbang Dinas Kesehatan Kab Malang.
7. Surat ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas.


Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.




Tembusan. Yth:

1. Kepala UPT Puskesmas Pagelaran Kab. Malang
2. Sdr. Avidtrias Ambarwati

Lampiran 8 Alternatif 1 Desain Formulir Informed Consent yang belum direvisi

	PEMERINTAH KABUPATEN MALANGKABUPATEN MALANG	
	Jl. Raya Sidorejo No 39, Ardirejo, Sidorejo, Kec. Pagelaran, Malang, Jawa Timur 65174.	
	No. RM: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS</b> <b>(INFORMED CONSENT)</b>		
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:		
Nama :	_____	
Umur/Jenis Kelamin :	_____ Laki-laki / Perempuan*.	
Alamat :	_____	
Bukti diri / KTP :	_____	
Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan		
<b>PERSETUJUAN</b>		
Untuk dilakukan tindakan medis berupa: _____		
Terhadap saya*/Anak*/Istri*/Suami*/Ayah*/Ibu* saya		
Nama :	_____	
Umur/Jenis Kelamin :	_____ Laki-laki / Perempuan*.	
Alamat :	_____	
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan		
Kab.Malang, Tanggal _____ Pukul _____.		
Yang membuat pernyataan	Saksi	Dokter
(.....)	(.....)	(.....)
*Lingkari atau coret jawaban yang tidak perlu		

## Lampiran 9 Hasil Desain Formulir Informed Consent

	<b>PEMERINTAH KABUPATEN MALANG</b> <b>PUSKESMAS PAGELARAN</b> Jl. Raya Sidorejo No.39, Ardirejo, Sidorejo, Kec. Pagelaran, Malang, Jawa Timur 65174	TAHUN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	KODE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					DESA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		NO. RM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_

Umur/Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_ Laki-laki / Perempuan\*.

Alamat : \_\_\_\_\_

No. HP : \_\_\_\_\_

No. KTP : \_\_\_\_\_

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

**PERSETUJUAN**

Untuk dilakukan tindakan medis berupa: \_\_\_\_\_

Dari dasar diagnosis: \_\_\_\_\_

Terhadap diri saya\*/Anak\*/Istri\*/Suami\*/Ayah\*/Ibu\* saya.

Nama : \_\_\_\_\_

Umur/Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_ Laki-laki / Perempuan\*.

Alamat : \_\_\_\_\_

No. HP : \_\_\_\_\_

No. KTP : \_\_\_\_\_


Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin akan timbul. Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan kesadaran dan tanpa paksaan.

Kab. Malang, Tanggal \_\_\_\_\_ Pukul \_\_\_\_\_.

Yang membuat pernyataan	Saksi	Dokter
( _____ ) Tanda Tangan & Nama Terang	( _____ ) Jumrotul Faidah	( drg. Ayu Vebby P.B )

\*Coret yang tidak diperlukan

## Lampiran 10 Hasil Pelaksanaan Informed Consent

	PEMERINTAH KABUPATEN MALANG PUSKESMAS PAGELARAN Jl. Raya Sidorejo No. 39, Airdirejo, Sidorejo, Kec. Pagelaran, Malang, Jawa Timur 65174	TAHUN	19	KODE	09
		DESA	09		
		NO RM	02	09	52

**PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : E

Umur/Jenis Kelamin : 52 th Laki-laki/ Perempuan\*

Alamat : Perum Banjarejo Permai A-7 RT 31 RW 11

No. HP : 089 560 931 4739

No. KTP : 3507 33661267 0002

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

**PERSETUJUAN**

Untuk dilakukan tindakan medis berupa: Tambahan dosis insulin

Dari dasar diagnosis: Nekrosis pup 71

Terhadap diri saya\*/Anak\*/Istri\*/Suami\*/Ayah\*/Ibu\* saya.

Nama : E

Umur/Jenis Kelamin : 52 th Laki-laki/ Perempuan\*

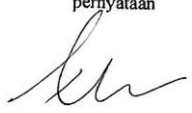


Alamat : Perum Banjarejo Permai A-7 RT 31 RW 11

No. HP : 089 560 931 4739

No. KTP : 3507 33661267 0002

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin akan timbul. Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan kesadaran dan tanpa paksaan.

Kab. Malang, Tanggal 20 November Pukul 08.10

Yang membuat pernyataan	Saksi	Dokter
		
( <u>E</u> ) Tanda Tangan & Nama Terang	( <u>Jumrotul Faidah</u> )	( <u>dr. Ayu Vebby PB</u> )

\*Coret yang tidak diperlukan



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG  
 PUSKESMAS PAGELARAN  
 Jl. Raya Sidorejo No 39, Ardirejo, Sidorejo,  
 Kec. Pagelaran, Malang, Jawa Timur 65174

TAHUN  1  9 KODE DESA  0  7

NO. RM  0  3  7  5  5

**PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : K  
 Umur/Jenis Kelamin : 66 th Laki-laki / Perempuan\*  
 Alamat : Jl. Raya Temonogo no. 86.  
 No. HP : -  
 No. KTP : 350733 06053 605

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

**PERSETUJUAN**

Untuk dilakukan tindakan medis berupa: PSA 17

Dari dasar diagnosis: Nekrasis pulp ?


Terhadap diri saya\*/Anak\*/Istri\*/Suami\*/Ayah\*/Ibu\* saya.

Nama : K  
 Umur/Jenis Kelamin : 66 th Laki-laki / Perempuan\*  
 Alamat : Jl. Raya Temonogo no. 86  
 No. HP : -  
 No. KTP : 3507 3306 08 13 005


Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin akan timbul. Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan kesadaran dan tanpa paksaan.

Kab. Malang, Tanggal 28 November Pukul 09.05

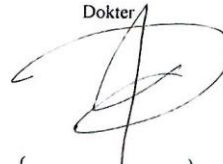
Yang membuat pernyataan

  
 ( K )  
 Tanda Tangan & Nama Terang

Saksi

  
 ( Junrotul Faidah )

Dokter

  
 ( drg. Ayu Velly P.B )

\*Coret yang tidak diperlukan





PEMERINTAH KABUPATEN MALANG  
 PUSKESMAS PAGELARAN  
 Jl. Raya Sidorejo No. 39, Ardirojo, Sidorejo,  
 Kec. Pagelaran, Malang, Jawa Timur 65174

TAHUN   KODE  
 DESA

NO RM

**PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : M  
 Umur/Jenis Kelamin : 32 th Laki-laki / Perempuan\*  
 Alamat : Jl. Patimura No. 37 RT 17 EW 02  
 No. HP : 0857 3007 9420  
 No. KTP : 350733 630588 0001

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

**PERSETUJUAN**

Untuk dilakukan tindakan medis berupa: Tambalan gas ionomer  
 Dari dasar diagnosis: OD - 71


Terhadap diri saya\*/Anak\*/Istri\*/Suami\*/Ayah\*/Ibu\* saya

Nama : I  
 Umur/Jenis Kelamin : 3 th Laki-laki / Perempuan\*  
 Alamat : Jl. Patimura No. 37 RT 17 EW 02  
 No. HP : -  
 No. KTP : 350733 520116 0013


Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin akan timbul. Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan kesadaran dan tanpa paksaan.

Kab. Malang, Tanggal 28 Desember Pukul 10.20.


Yang membuat  
 pernyataan

  
 ( M )  
 Tanda Tangan & Nama Terang

Saksi



  
 ( Jumrotul Faidah )

Dokter



  
 ( drg. Ayu Vebby P.H )

\*Coret yang tidak diperlukan

## Lampiran 11 Pembuatan SOP *Informed Consent* Poli Gigi

	<b>PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT) POLI GIGI</b>			
	<b>SOP</b>	No. Dokumen		:
		No. Revisi		: 00
		Tgl. Terbit		:
	Halaman	: 2		
<b>PUSKESMAS PAGELARAN</b>			<b>dr. Nur Eko Muhammad Samsudi NIP. 19730408 200501 1 007</b>	

Pengertian	Persetujuan tindakan medis adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melindungi pasien terhadap segala tindakan medis yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasien.</li> <li>2. Memberikan perlindungan hukum kepada dokter terhadap akibat yang tidak terduga dan bersifat negatif.</li> </ol>
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Pagelaran No. 440/31/KEP/35.07.103.130/2019 tentang Kebijakan Layanan Klinis Puskesmas Pagelaran
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis</li> <li>2. Permenkes No. 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran</li> <li>3. Permenkes No. 585/MENKES/PER/XI/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis</li> </ol>
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas memberikan penjelasan diagnosa penyakit kepada pasien.</li> <li>2. Petugas memberikan penjelasan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien menurut ras dan pendidikannya. Penjelasannya tersebut berupa pengertian, tujuan, manfaat, indikasi dan komplikasi tindakan medis gigi pasien.</li> <li>3. Petugas memastikan tingkat kepehaman pasien dan walinya atas penjelasan dari dokter tersebut.</li> </ol>

	<b>PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT) POLI GIGI</b>			
	<b>SOP</b>	No. Dokumen		:
		No. Revisi		: 00
		Tgl. Terbit		:
	Halaman	: 2		
<b>PUSKESMAS PAGELARAN</b>		<b>dr. Nur Eko Muhammad Samsudi NIP. 19730408 200501 1 007</b>		

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Selama penjelasan dari petugas, pasien diperbolehkan untuk bertanya.</li> <li>5. Petugas menanyakan apakah pasien setuju untuk menerima tindakan medis yang akan dilakukan dokter gigi atau menolaknya.</li> <li>6. Bila pasien tersebut menyetujui, petugas menyiapkan lembar <i>Informed Consent</i>.</li> <li>7. Petugas memberikan formulir <i>Informed Consent</i> kepada pasien atau walinya untuk dibaca, dan diisi dengan lengkap.</li> <li>8. Pasien atau walinya dan saksi menandatangani formulir <i>Informed Consent</i>.</li> <li>9. Bila pasien tidak bias membaca maka pasien diminta memberikan cap jempol pada formulir <i>Informed Consent</i> sebagai bentuk persetujuan.</li> <li>10. Petugas membubuhkan tanda tangan pada <i>Informed Consent</i> yang telah diisi dan ditanda tangani.</li> <li>11. Petugas menyimpan formulir yang telah ditandatangani pasien atau keluarga di dalam dokumen rekam medis milik pasien.</li> <li>12. Petugas mendokumentasikan hasil kegiatannya.</li> </ol>
Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Gigi</li> <li>2. Perawat Gigi</li> </ol>
Peralatan Perlengkapan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulir <i>Informed Consent</i></li> <li>2. ATK</li> <li>3. Dokumen Rekam Medis Pasien</li> </ol>
Unit Berkait	Instalasi Rawat Jalan Poli Gigi

## Lampiran 12 Surat Keterangan Pelaksanaan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG  
DINAS KESEHATAN  
**UPT PUSKESMAS PAGELARAN**

Jl. Raya Sidorejo Nomor 39 ☎ (0341) 875262 Pagelaran  
Email : [PKM-pagelaran@gmail.com](mailto:PKM-pagelaran@gmail.com)  
**Malang 65174**



Pagelaran : 4 Nopember 2019

Nomor : 440 / ~~327~~ 35.07.103.130/ 2019  
Lampiran : 1  
Perihal : Balasan

Kepada

Yth : Direktur Polkesma

di

Malang

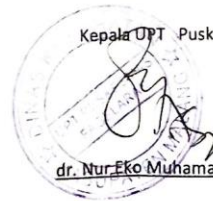
Menunjuk Surat dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Nomor : PP.08.02 / 6.1/0035 /2019 atas nama :

Nama : Avidtrias Ambarwati  
N I M : P.17410173040  
Judul Skripsi : Perancangan Desain Formulir Informed Consent Tindakan Medis Sesuai  
Regulasi Yang Berlaku di Puskesmas Pagelaran Kab.Malang  
Tempat kegiatan : Puskesmas Pagelaran  
Pelaksanaan : September s/d Nopember

Telah selesai melakukan Survey Pendahuan - penelitian di Puskesmas Pagelaran,

Demikian atas kerja samanya kami ucapkan terima kasih

Kepala UPT Puskesmas Pagelaran



dr. Nur Eko Muhamad Samsudi

Pembina

Nip : 19730408 200501 1 007

**Lampiran 13 Dokumentasi**



**Gambar 1 Peneliti bersama dengan petugas Rekam Medis melakukan wawancara untuk kelancaran penelitian**




**Gambar 2 Peneliti bersama petugas medis poli gigi melakukan wawancara untuk kelancaran penelitian**



**Gambar 3 Pelaksanaan *Informed Consent* di Puskesmas Pagelaran**

Lampiran 14 Kartu Bimbingan LTA

	<b>KARTU BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR</b>
	<b>JURUSAN KESEHATAN TERAPAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG</b>

**NIM** : P.17410173040  
**Nama Lengkap** : AVIDRIAS AMBARWATI  
**Dosen Pembimbing 1** : PRIMA SULTONI AKBAR SST MPH  
**Dosen Pembimbing 2** : -  
**Judul Tugas Akhir** : PERANCANGAN DESAIN FORMULIR INFORMED CONSENT TINDAKAN MEDIS SESUAI REGULASI YANG BERLAKU DI RUSKESMAS PAGELARAN KABUPATEN MALANG

FOTO  
2x3

No.	Tanggal Bimbingan	Pokok Bahasan	Paraf Dosen Pembimbing
1	22 Oktober 2019	Revisi Bab 4	
2	29 Oktober 2019	lanjut bab pembahasan	
3	03 Desember 2019	Revisi Gambar dan Tabel	
4	12 Desember 2019	Tambahan SOP IC	
5	06 Januari 2020	Lengkap bab 1-5	
6	18 Januari 2020	Revisi Gantikan seminar ke-11	

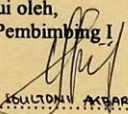
**Catatan Untuk Dosen Pembimbing Bimbingan Tugas Akhir**

**Dimulai pada tanggal** : 22 Oktober 2019  
**Diakhiri pada tanggal** : 18 Desember 2020  
**Jumlah pertemuan** : 6 (ENAM)

Disetujui oleh,  
Dosen Pembimbing II

Disetujui oleh,  
Dosen Pembimbing I

.....  
NIP.

  
 PRIMA SULTONI AKBAR, SST, MPH  
 NIP. 92.06.1.226

\*Lembar konsultasi tugas akhir tidak boleh hilang