



**Dharma
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

DOKUMENTASI PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN ANESTESI UMUM

DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI

Dr. pelaksana tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima informasi			
NO.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1.	Diagnosis (WD dan DD)		
2.	Dasar diagnosis	<input type="checkbox"/> Anamnesis <input type="checkbox"/> Pemeriksaan fisis <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan laboratorium <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan radiologi (thorax , MRI,USG,dll) <input type="checkbox"/> lain-lain _____	
3.	Tindakan Kedokteran	Anastesi Umum	
4.	Indikasi Tindakan		
5.	Tata Cara	<ul style="list-style-type: none"> Menggunakan obat bius diberikan dengan cara suntikan ke pembuluh darah atau dihirup melalui sungkup muka Dilakukan pemasangan alat / pipa pernafasan khusus melalui mulut atau hidung ke tenggorokan (pipa endotrakeal) atau LMA (sungkup Laring) untuk menjaga jalan nafas dan memelihara kedalaman pembiusan 	
6.	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> Membuat pasien tidak sadar dan tidak merasakan apa-apa Lama pembiusan dapat disamakan dengan lama operasi Kedalaman anestesi : hilangnya kesadaran , hilangnya rasa nyeri dan lemasnya otot-otot diatur sesuai kebutuhan . 	
7.	Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Dapat timbul reaksi alergi / hypersensitif terhadap obat , mulai derajat ringan hingga berat / fatal Pada pasien yang tidak berpuasa bisa terjadi aspirasi yaitu masuknya isi lambung ke dalam jalan nafas / paru Dapat terjadi spasme laring (kejang pita suara),spasme bronkus (kejang jalan nafas bawah) dari ringan hingga berat yang bisa menyebabkan henti jantung 	
8.	Komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> Dapat terjadi kesulitan saat pemasangan pipa pernafasan yang tidak diduga sebelumnya Pipa pernafasan dapat mencederai gigi dan gusi Dapat terjadi nyeri tenggorokan dan batuk-batuk akibat pemasangan pipa pernafasan yang bersifat sementara dan bisa diatasi dengan obat Pasca bedah dapat berupa mual/muntah, menggigil, pusing, mengantuk dan bisa diatasi dengan obat 	
9.	Prognosis	Bergantung kondisi/ status finish ASA pasien	
10.	Alternatif Risiko		
11.	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> Pasca bedah pasien harus sadar penuh sebelum diberikan minum/ makan Pemulihan lebih lama dapat terjadi Jika terjadi komplikasi yang tanpa diduga sebelumnya akan diatasi sesuai prosedur 	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			Nama dokter & TT
Dengan ini menyatakan bahwa saya/keluarga pasien telah menerima informasi dari dokter ,sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya serta telah diberi kesempatan untuk bertanya/berdiskusi, dan telah memahaminya			Nama & TT ps/kel
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali / keluarga terdekat			

	<p>dan pengobatan, keluhan dapat saya sampaikan kepada petugas unit pelayanan pengaduan/ customer service diluar jam kerja dengan no telepon : 4707435 atau dapat langsung disampaikan kepada petugas yang ada di pelayanan, dapat melalui weebbs, kotak saran dll.</p> <p>b. Saya mengerti rumah sakit tidak wajib menindaklanjuti keluhan saya apabila tidak diajukan sesuai dengan prosedur, dan tidak wajib bertanggungjawab atas setiap kerugian dalam bentuk apapun yang timbul dari keluhan yang tidak diajukan sesuai prosedur.</p>
9	<p>Pelayanan kerohanian dan nilai-nilai kepercayaan</p> <p>a. Saya telah diinformasi tentang pelayanan kerohanian yang berada di rumah sakit sesuai dengan agama/ kepercayaan pasien dan cara pemberian bimbingan kerohanian disesuaikan dengan fasilitas di rumah sakit/ kebutuhan pasien.</p> <p>b. Jika saya menginginkan pelayanan sesuai dengan nilai – nilai kepercayaan saya, saya akan informasikan kepada petugas di pelayanan.</p>
10	<p>Pasien diinformasikan bila terdapat peserta didik/ pelatihan yang ikut berpartisipasi dalam asuhan pasien sebagai bagian dari pendidikan pelatihan mereka.(jika ada)</p>
11	<p>Informasi khusus asuransi BPJS/JKN/KIS</p> <p>a. Saya telah diinformasikan bahwa apabila dalam waktu 3x24 jam hari kerja/ pasien pulang belum menyerahkan fotokopi kartu BPJS maka seluruh biaya perawatan/tindakan/ pengobatan menjadi tanggung jawab pasien/ keluarga.</p> <p>b. Saya telah diinformasikan untuk membayar seluruh biaya perawatan/ tindakan yang telah saya terima jika ternyata kartu kepesertaan BPJS saya tidak terdaftar/ belum aktif saat pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) BPJS</p> <p>c. Bersedia menggunakan obat-obatan BPJS sesuai ketentuan Formularium Nasional (Fornas)</p> <p>d. Saya dengan ini memberikan kewenangan tanpa dapat dicabut kembali kepada RS Dharma Nugraha untuk memberi tagihan kepada asuransi terkait atas seluruh pelayanan dan tindakan kedokteran yang telah dilakukan</p> <p>e. Apabila di kemudian hari saya tidak lagi ditanggung oleh asuransi, maka saya atau penanggung jawab, wali, ataupun keluarga saya dengan ini setuju untuk secara pribadi bertanggung jawab dalam membayar seluruh biaya pelayanan dan tindakan kedokteran dari RS Dharma Nugraha</p> <p>f. Pasien JKN/BPJS naik kelas atas permintaan sendiri (hanya boleh naik kelas satu tingkat dan selisih biaya dibebankan kepada pasien/ keluarga. Pasien yang sudah naik kelas selama perawatan tidak diperkenankan untuk pindah kelas lagi.</p> <p>g. Dokter yang melayani pasien JKN/BPJS ditentukan rumah sakit, tidak diperkenankan memilih dokter sesuai dengan peraturan rumah sakit.</p>
12	<p>Kewajiban pembayaran</p> <p>a. Dengan ini saya atau penanggung jawab, wali, ataupun keluarga saya menyatakan setuju bahwa sesuai dengan pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada saya, maka saya wajib untuk melakukan pembayaran atas seluruh biaya pelayanan, yang akan ditentukan berdasarkan acuan biaya dan ketentuan yang ditetapkan oleh RS Dharma Nugraha</p> <p>b. Apabila asuransi kesehatan swasta atau program pemerintah menanggung pembiayaan atas pelayanan kesehatan terhadap saya, saya dengan ini memberikan kewenangan tanpa dapat dicabut kembali kepada RS Dharma Nugraha untuk memberi tagihan kepada asuransi terkait atas seluruh pelayanan dan tindakan kedokteran yang telah dilakukan. Tanggungan asuransi dari saya mungkin akan menyatakan bahwa sebagian pembayaran tetap menjadi tanggung jawab pribadi dari saya atau tidak ditanggung oleh asuransi tersebut, oleh karenanya RS Dharma Nugraha berhak untuk memberi tagihan atas biaya tagihan yang tidak ditanggung tersebut dan dengan ini saya atau penanggung jawab, wali, ataupun keluarga saya setuju untuk bertanggung jawab membayar biaya tagihan tersebut.</p> <p>c. Saya dengan ini juga memberikan persetujuan kepada RS Dharma Nugraha untuk dapat memberikan rahasia kedokteran atas rekam medis saya kepada perusahaan asuransi terkait sesuai dengan keperluan penagihan tersebut.</p>

RM 004/001/2023

- d. Apabila di kemudian hari saya tidak lagi ditanggung oleh asuransi, maka saya atau penanggung jawab, wali, ataupun keluarga saya dengan ini setuju untuk secara pribadi bertanggung jawab dalam membayar seluruh biaya pelayanan dan tindakan kedokteran dari RS Dharma Nugraha
- e. Saya telah diinformasikan bahwa penjaminan peserta dari awal sudah dipastikan menggunakan biaya _____ dan tidak dapat berubah menjadi BPJS setelah dilakukan registrasi rawat inap, selama perawatan / tindakan/ setelah pasien pulang (sesuai dengan PERMENKES NO 28 Tahun 2014 tentang pedoman JAMKESMAS.
- f. Bahwa saya pasien/ keluarga/ penanggung jawab telah dijelaskan tentang biaya sesuai dengan standar yang ada ditentukan RS Dharma Nugraha dan telah menyetujui untuk melakukan pembayaran atas seluruh biaya pelayanan, sesuai dengan acuan biaya dan ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit.

13. Informasi biaya

Saya telah dijelaskan tentang biaya sesuai dengan perencanaan :

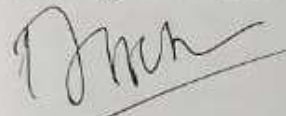
- ✓ a. Kelas perawatan Rp 775.000 / hari
- b. Biaya perkiraan tindakan pasien umum/ pribadi Rp _____
- c. Biaya administrasi pasien umum/ pribadi pribadi
- d. Biaya pemeriksaan penunjang, obat-obatan, lain-lain sesuai dengan kebutuhan
- e. Biaya jaminan BPJS/ JKN/KJS sesuai dengan coding
- f. Biaya jaminan BPJS / JKN/KIS yang naik kelas perawatan
- Pasien dari kelas 1 naik kelas VIP, selisih biaya adalah maksimal 75% dari tarif INACBG kelas 1
 - Pasien dari kelas 2 naik kelas 1, selisih biaya dihitung dari tarif INACBG kelas 1 dikurangi tarif INACBG kelas 2
 - Pasien kelas 3 naik kelas 2, selisih biaya dihitung dari tarif INCBG kelas 2 dikurangi tarif INACBG kelas 3

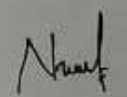
SAYA TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap pernyataan tersebut diatas

Jakarta 3 , Juli , 2023

Pasien/ Keluarga/ Penanggungjawab Pasien

Petugas Rumah Sakit


(Dwi Muli Winingsih)
Nama dan Tanda Tangan


(Sarah Nurul Izzah)
Nama dan Tanda Tangan

Hubungan dengan pasien : pasien sendiri/ suami/ istri/ orang tua/ penanggung jawab pasien

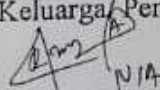
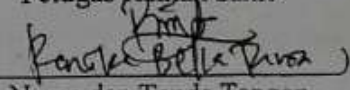


RUMAH SAKIT Dharma Nugraha
Jl. Balai Pustaka Baru No. 19 Rawamangun
Jakarta timur
Telp. (021) 4707433- s/d 37
Website : www.dhamanugraha.co.id

LABEL IDENTITAS PASIEN

Daigomi
Fenarra Hidayat 10.91.63

PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT) RAWAT JALAN

NO	MATERI INFORMASI/ PENJELASAN
1	Hak dan Kewajiban Pasien/ Keluarga a. Saya sudah mendapatkan penjelasan dan mengerti tentang hak dan kewajiban saya sebagai pasien/ keluarga sesuai dengan yang termuat dalam leaflet. b. Saya diinformasikan tentang tata tertib yang berlaku di rumah sakit Dharma Nugraha c. Sebagai pasien saya memiliki hak mendapatkan penjelasan tentang informasi medis dan mengajukan pertanyaan tentang pengobatan yang diusulkan, menyetujui dan menolak tindakan atau pengobatan setelah mendapatkan penjelasan.
2	Pengobatan/ Tindakan Medis a. Saya mengerti bahwa tindakan kedokteran adalah berisiko, meliputi tindakan medis berupa pencegahan, pengobatan dan pemulihan yang dilakukan oleh dokter/ dokter gigi terhadap pasien. b. Saya mengizinkan dokter dan pemberi asuhan lainnya untuk melakukan pengkajian, prosedur diagnostik dan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka, termasuk tapi tidak terbatas pada pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG), X-ray dan test darah, terapi fisik, pemberian obat dan prosedur lainnya yang berisiko rendah yang tidak membutuhkan persetujuan khusus. c. Saya diinformasikan bahwa dalam tindakan kedokteran berisiko akan diberikan penjelasan oleh dokter yang merawat.
3	Kerahasiaan Informasi Medis dan Pelepasan Informasi a. Saya mengerti bahwa informasi medis termasuk diagnosa, hasil laboratorium dan hasil test diagnostik yang digunakan untuk perawatan dan pengobatan medis akan dijaga kerahasiaannya oleh rumah sakit, kecuali saya mengungkapkan sendiri atau memberikan kuasa kepada orang lain. b. Saya menyetujui dan memberikan wewenang kepada rumah sakit menggunakan informasi medis pasien untuk kepentingan perawatan dan pengobatan, penagihan kepada asuransi/ pembayar biaya pengobatan dan pembahasan/ pemantauan yang dibutuhkan oleh rumah sakit. c. Jika saya menghendaki pelepasan informasi yang tidak/ diatur oleh undang-undang/ aturan terkait tentang informasi kesehatan, diagnosis, pemeriksaan dan pengobatan, maka sebagai pasien/ keluarga akan membuat pernyataan.
4	Keamanan Barang Berharga Milik Pasien a. Saya diinformasikan jika pasien tidak dapat menjaga barang miliknya misalnya pasien gawat darurat, tidak sadar, tindakan bedah rawat sehari, dan pasien yang menyatakan tidak mampu menjaga barang miliknya, dan tidak ada keluarga, maka dapat menitipkan kepada rumah sakit dengan mengisi formulir penitipan barang. b. Pasien dan keluarga diwajibkan menjaga barang miliknya dan tidak meninggalkan barang tanpa ada yang menjaganya, karena poliklinik/ rawat jalan merupakan area umum/ area publik, kehilangan barang yang tidak dititipkan kepada rumah sakit adalah tanggung jawab pribadi.
5	Informasi Pelayanan dan Fasilitas Rumah Sakit Saya telah diinformasikan tentang jenis pelayanan di rumah sakit, fasilitas dan cara untuk mendapatkan pelayanan Rawat Jalan dan pemeriksaan penunjang/ tindakan/ pengobatan di rumah sakit dengan fasilitas leaflet/ flyer.
6	INFORMASI BIAYA Saya sudah mendapatkan penjelasan tentang informasi biaya sebagai konsekuensi pengobatan/ tindakan yang diberikan kepada saya/ keluarga saya* sebagai pasien dan bersedia untuk memenuhi kewajiban finansial ini setelah mendapatkan pelayanan baik jaminan, asuransi, pribadi.
SAYA TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap pernyataan tersebut diatas.	
Jakarta 02, November, 2023 Pasien/ Keluarga/ Penanggungjawab Pasien () Nama dan Tanda Tangan	
Petugas Rumah Sakit () Nama dan Tanda Tangan	
Hubungan dengan pasien :pasien sendiri/ suami/ istri/ orang tua/ penangngg jawab pasien (Lingkari)	