



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

Contoh

RM (

09.13.17EMILY MANULLANG, AN  
17/10/2006 16 thn 8 bln 16 hari  
Agung Darmanto, Dr, Sp.A  
Tgl 03/07/2023 230703-0001  
PRIBADI/UMUM, KELAS I  
Lan, 307, 01

### PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT) PASIEN RAWAT INAP

Pasien / Keluarga menyatakan persetujuan atas hal – hal sebagai berikut :

NO	MATERI INFORMASI/ PENJELASAN
1.	<b>Hak, kewajiban dan tanggung jawab pasien / keluarga</b> Dengan menandatangani dokumen ini saya pasien/ penanggung jawab/wali keluarga saya menyatakan bahwa telah memperoleh dan menerima semua informasi mengenai hak-hak, kewajiban dan tanggung jawab pasien/ keluarga pada saat proses pendaftaran pasien terdapat pada leaflet hak dan kewajiban pasien.
2.	<b>Akses informasi kesehatan</b> a. Saya dengan ini memberikan persetujuan kepada rumah sakit Dharma Nugraha untuk memberikan informasi tentang hal-hal berkaitan dengan kesehatan saya kepada penanggung jawab, keluarga, • <u>Dwi Mah Wintah</u> ..... ( hubungan pasien ..... ) • ..... ( hubungan pasien ..... ) b. Pihak yang menjamin biaya perawatan saya di rumah sakit, c. jika ada hal-hal yang tidak boleh diinformasikan maka akan dibuat pernyataan tersendiri.
3.	<b>Kerahasiaan Informasi Medis/ kedokteran dan Pelepasan Informasi</b> Saya setuju RS Dharma Nugraha menjamin rahasia kedokteran saya dan hanya menggunakannya untuk kepentingan perawatan atau pengobatan, penagihan asuransi, Pendidikan dan penelitian, kecuali saya mengungkapkan sendiri atau orang lain/ pihak lain yang saya beri kuasa untuk itu.
4.	<b>Privasi</b> Apabila saya memerlukan hal-hal yang menyangkut privasi saya sebagai pasien, saya akan menyampaikan kepada staf RS Dharma Nugraha dengan membuat pernyataan tentang kebutuhan privasi.
5.	<b>Keamanan barang berharga milik pasien</b> a. Bahwa rumah sakit telah menginformasikan agar tidak membawa barang-barang berharga seperti perhiasan, uang berlebihan, elektronik dll untuk menghindari terjadinya kehilangan/ keamanan selama di rumah sakit. b. Bahwa rumah sakit mengizinkan keluarga berkunjung diluar jam kunjung sesuai dengan kebutuhannya, termasuk tetapi tidak terbatas pada kelas perawatan tertentu harus lapor dan menukarkan identitas dengan kartu identitas dengan kartu tamu (nametag tamu/ pengunjung). c. Saya diinformasikan bahwa pasien yang tidak dapat menjaga barang miliknya misalnya pasien gawat darurat, tidak sadar, tindakan bedah rawat sehari, dan pasien yang menyatakan tidak mampu menjaga barang miliknya, pasien tidak ada keluarganya maka dapat menitipkan kepada rumah sakit dengan mengisi formulir penitipan barang milik pasien. d. Pasien dan keluarga diwajibkan menjaga barang miliknya dan tidak meninggalkan barang tanpa ada yang menjaganya, kehilangan barang yang tidak dititipkan kepada rumah sakit adalah tanggung jawab pribadi.
6.	<b>Second opinion</b> Saya telah diinformasikan bahwa pasien/ keluarga pasien berhak untuk meminta second opinion/ meminta pendapat kedua dalam pelayanan medis terhadap dirinya/ keluarga saya.
7.	<b>Informasi pelayanan dan fasilitas rumah sakit</b> Saya diinformasikan tentang jenis pelayanan di rumah sakit, fasilitas dan cara untuk mendapatkan pelayanan Rawat Inap dan pemeriksaan penunjang/ tindakan/ pengobatan di rumah sakit dapat diakses melalui weeb, leaflet/ layer.
8.	<b>Pengajuan keluhan</b> a. Saya diinformasikan tata cara pengajuan keluhan dan tindak lanjut bila ada keluhan terkait pelayanan





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

LABEL IDENTITAS PASIEN

## PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT) RAWAT JALAN

NO	MATERI INFORMASI/ PENJELASAN
1	<b>Hak dan Kewajiban Pasien/ Keluarga</b> 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. <b>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.</b>
2	<b>Pengobatan/ Tindakan Medis</b> 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	<b>Kerahasiaan Informasi Medis dan Pelepasan Informasi</b> a. Saya mengerti bahwa informasi medis pasien 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	<b>Keamanan Barang Berharga Milik Pasien</b> 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 ditiptkan kepada rumah sakit adalah tanggung jawab pribadi.
5	<b>Informasi Pelayanan dan Fasilitas Rumah Sakit</b> 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	<b>INFORMASI BIAYA</b> 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.
<b>SAYA TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap pernyataan tersebut diatas.</b>	
Jakarta _____, 20____ Pasien/ Keluarga/ Penanggungjawab Pasien _____ _____ Nama dan Tanda Tangan	
_____ Petugas Rumah Sakit _____ Nama dan Tanda Tangan	
<b>Hubungan dengan pasien :pasien sendiri/ suami/ istri/ orang tua/ penanggg jawab pasien ( Lingkari)</b>	