LAMPIRAN : PERATURAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : 001 / PER/ DIR/ P03/ RSUD-DM/ I/ 2018

TENTANG : KEBIJAKAN HAK PASIEN DAN KELUARGA RSUD dr.MURJANI

SAMPIT

**PANDUAN PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN**

**( *Informed Consent* )**

**BAB I**

**DEFINISI**

1. ***Informed Consent*** terdiri dari kata i*nformed* yang berarti telah mendapatkan informasi dan *consent* berarti persetujuan (ijin). Yang dimaksud dengan *Informed Consent* dalam profesi kedokteran adalah pernyataan setuju *(consent)* atau ijin dari seseorang (pasien) yang diberikan secara bebas, rasional, tanpa paksaan *(voluntary)* terhadap tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadapnya sesudah mendapatkan informasi yang cukup tentang kedokteran yang dimaksud
2. **Persetujuan Tindakan Kedokteran** adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.
3. **Tindakan Kedokteran** atau **Kedokteran Gigi** yang selanjutnya disebut **Tindakan Kedokteran**, adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostik, terapeutik atau rehabilitatif yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien.
4. **Tindakan invasif**, adalah tindakan yang langsung dapat mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh pasien.
5. **Tindakan Kedokteran yang mengandung resiko tinggi** adalah tindakan medis yang berdasarkan tingkat probabilitas tertentu, dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan.
6. **Pasien,** adalah penerima jasa pelayanan kesehatan di Rumah Sakit baik dalam keadaan sehat maupun sakit.
7. **Dokter dan Dokter Gigi** adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan
8. **Keluarga terdekat**  adalah suami atau istri, ayah atau ibu kandung, anak-anak kandung, saudara-saudara kandung atau pengampunya.

**Ayah :**

* Ayah Kandung
* Termasuk “Ayah” adalah ayah angkat yang ditetapkan berdasarkan penetapan pengadilan atau berdasarkan hukum adat.

**Ibu :**

* Ibu Kandung
* Termasuk “Ibu” adalah Ibu angkat yang ditetapkan berdasarkan penetapan pengadilan atau berdasarkan hukum adat

**Suami :**

* Seorang laki-laki yang dalam ikatan perkawinan dengan seorang perempuan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

**Istri :**

* Seorang perempuan yang dalam ikatan perkawinan dengan seorang laki-laki berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
* Apabila yang bersangkutan mempunyai lebih dari 1 (satu) istri persetujuan / penolakan dapat dilakukan oleh salah satu dari mereka.

1. **Wali,** adalah orang yang menurut hukum menggantikan orang lain yang belum dewasa untuk mewakilinya dalam melakukan perbuatan hukum, atau orang yang menurut hukum menggantikan kedudukan orang tua.
2. **Induk semang**, adalah orang yang berkewajiban untuk mangawasi serta ikut bertangung jawab terhadap pribadi orang lain, seperti pemimpin asrama dari anak perantauan atau kepala rumah tangga dari seorang pembantu rumah tangga yang belum dewasa.
3. **Gangguan Mental**, adalah sekelompok gejala psikologis atau perilaku yang secara klinis menimbulkan penderitaan dan gangguan dalam fungsi kehidupanseseorang, mencakup Gangguan Mental Berat, Retardasi Mental Sedang, Retardasi Mental Berat, Dementia Senilis.
4. **Pasien Gawat Darurat**, adalah pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya.

**BAB II**

**RUANG LINGKUP**

Ruang lingkup dari persetujuan tindakan kedokteran atau *Informed Consent* meliputi semua pasien yang akan dilakukan tindakan kedokteran, pemberian obat khusus, pemeriksaan penunjang yang harus menggunakan *Informed Consent* baik radiologi maupun produk darah.

**BAB III**

**TATA KELOLA**

1. **Persetujuan dan penjelasan**

Dalam menetapkan dan Persetujuan Tindakan Kedokteran harus memperhatikan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Memperoleh Informasi dan penjelasan merupakan hak pasien dan sebaliknya memberikan informasi dan penjelasan adalah kewajiban dokter atau dokter gigi.

2. Pelaksanaan Persetujuan Tindakan kedokteran dianggap benar jika memenuhi persyaratan dibawah ini :

a. Persetujuan atau Penolakan Tindakan Kedokteran diberikan untuk tindakan kedokteran yang dinyatakan secara spesifik (*The Consent must be for what will be actually performied*)

b. Persetujuan atau Penolakan Tindakan Kedokteran diberikan tanpa paksaan (*Voluntary*)

c. Persetujuan atau Penolakan Tindakan Kedokteran diberikan oleh seseorang (pasien) yang sehat mental dan yang memang berhak memberikannya dari segi hukum

d. Persetujuan dan Penolakan Tindakan Kedokteran diberikan setelah diberikan cukup (adekuat) informasi dan penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.

3. Informasi dan penjelasan dianggap cukup (adekuat) jika sekurang-kurangnya mencakup :

1. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran *(contemplated medical procedure)*;
2. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;
3. Alternatif tindakan lain, dan risikonya *(alternative medical procedures and risk)*;
4. Risiko (*risk inherent in such medical procedures*) dan komplikasi yang mungkin terjadi;
5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan *(prognosis with and without medical procedures*;
6. Risiko atau akibat pasti jika tindakan kedokteran yang direncanakan tidak dilakukan;
7. Informasi dan penjelasan tentang tujuan dan prospek keberhasilan tindakan kedokteran yang dilakukan *(purpose of medical procedure)*
8. Informasi akibat ikutan yang biasanya terjadi sesudah tindakan kedokteran.

4. Kewajiban memberikan informasi dan penjelasan.

Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan tindakan medik mempunyai tanggung jawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan. Apabila berhalangan, informasi dan penjelasan yang harus diberikan dapat diwakilkan kepada dokter atau dokter gigi lain dengan sepengetahuan dokter atau dokter gigi yang bersangkutan. Bila terjadi kesalahan dalam memberikan informasi tanggung jawab berada ditangan dokter atau dokter gigi yang memberikan delegasi

Penjelasan harus diberikan secara lengkap dengan bahasa yang mudah dimengerti atau cara lain yang bertujuan untuk mempermudah pemahaman. Penjelasan tersebut dicatat dan didokumentasikan dalam berkas rekam medis oleh dokter atau dokter gigi yang memberikan penjelasan dengan mencantumkan :

* tanggal
* waktu
* nama
* tanda tangan

pemberi penjelasan dan penerima penjelasan.

Dalam hal dokter atau dokter gigi menilai bahwa penjelasan yang akan diberikan dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien atau pasien menolak diberikan penjelasan, maka dokter atau dokter gigi dapat memberikan penjelasan kepada keluarga terdekat dengan didampingi oleh seorang tenaga kesehatan lain sebagai saksi.

Hal-hal yang disampaikan pada penjelasan adalah :

1. Penjelasan tentang diagnosis dan keadaan kesehatan pasien dapat meliputi :
   1. Temuan klinis dari hasil pemeriksaan medis hingga saat tersebut;
   2. Diagnosis penyakit, atau dalam hal belum dapat ditegakkan, maka sekurang-kurangnya diagnosis kerja dan diagnosis banding;
   3. Indikasi atau keadaan klinis pasien yang membutuhkan dilakukannya tindakan kedokteran;
   4. Prognosis apabila dilakukan tindakan dan apabila tidak dilakukan tindakan.
2. Penjelasan tentang tindakan kedokteran yang dilakukan meliputi :
   1. Tujuan tindakan kedokteran yang dapat berupa tujuan preventif, diagnostik, terapeutik, ataupun rehabilitatif;
   2. Tata cara pelaksanaan tindakan apa yang akan dialami pasien selama dan sesudah tindakan, serta efek samping atau ketidaknyamanan yang mungkin terjadi;
   3. Alternatif tindakan lain berikut kelebihan dan kekurangannya dibandingkan dengan tindakan yang direncanakan;
   4. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi pada masing-masing alternatif tindakan;
   5. Perluasan tindakan yang mungkin dilakukan untuk mengatasi keadaan darurat akibat risiko dan komplikasi tersebut atau keadaan tak terduga lainnya.

Perluasan tindakan kedokteran yang tidak terdapat indikasi sebelumnya, hanya dapat dilakukan untuk menyelamatkan pasien. Setelah perluasan tindakan kedokteran dilakukan, dokter atau dokter gigi harus memberikan penjelasan kepada pasien atau keluarga terdekat.

1. Penjelasan tentang risiko dan komplikasi tindakan kedokteran adalah semua risiko dan komplikasi yang dapat terjadi mengikuti tindakan kedokteran yang dilakukan, kecuali :
   1. Risiko dan komplikasi yang sudah menjadi pengetahuan umum;
   2. Risiko dan komplikasi yang sangat jarang terjadi atau dampaknya sangat ringan;
   3. Risiko dan komplikasi yang tidak dapat dibayangkan sebelumnya (unforeseeable).
2. Penjelasan tentang prognosis meliputi :
   1. Prognosis tentang hidup-matinya (*ad vitam*);
   2. Prognosis tentang fungsinya (*ad functionam*);
   3. Prognosis tentang kesembuhan (*ad senationam*).

Penjelasan diberikan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien atau salah satu dokter atau dokter gigi dari tim dokter yang merawatnya.

Dalam hal dokter atau dokter gigi yang merawatnya berhalangan untuk memberikan penjelasan secara langsung, maka pemberian penjelasan harus didelegasikan kepada dokter atau dokter gigi lain yang kompeten.

Tenaga kesehatan tertentu dapat membantu memberikan penjelasan sesuai dengan kewenangannya. Tenaga kesehatan tersebut adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien.

Demi kepentingan pasien, persetujuan tindakan kedokteran tidak diperlukan bagi pasien gawat darurat dalam keadaan tidak sadar dan tidak didampingi oleh keluarga pasien yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan kedokteran.

1. **Pihak yang berhak memberI persetujuan**
2. Yang berhak untuk memberikan persetujuan setelah mendapatkan informasi adalah.

a. Pasien sendiri, yaitu apabila telah berumur 21 tahun atau telah menikah.

b. Bagi Pasien dibawah umur 21 tahun, persetujuan (informed consent) atau Penolakan Tindakan Medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak sebagai berikut :

1) Ayah/ Ibu Kandung

2) Saudara – saudara kandung

c. Bagi pasien dibawah umur 21 tahun dan tidak mempunyai orang tua atau orang tuanya berhalangan hadir, persetujuan (Informed Consent) atau Penolakan Tindakan medis diberikan oleh mereka menurut hak sebagai berikut :

1) Ayah/Ibu Adopsi

2) Saudara – saudara Kandung

3) Induk Semang

d. Bagi pasien dewasa dengan gangguan mental, persetujuan (Informed Consent) atau penolakan penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut hak sebagai berikut:

1) Ayah/Ibu kandung

2) Wali yang sah

3) Saudara – Saudara Kandung

e. Bagi pasien dewasa yang berada dibawah pengampunan (curatelle) Persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan menurut hal tersebut.

1) Wali

2) Curator

f. Bagi Pasien dewasa yang telah menikah/ orang tua, persetujuan atau penolakan tindakanmedik diberikan pleh mereka menurut urutan hal tersebut.

1) Suami/ Istri

2) Ayah/ Ibu Kandung

3) Anak- anak Kandung

4) Saudara – saudara Kandung

Cara pasien menyatakan persetujuan dapat dilakukan secara terucap (oral consent), tersurat (written consent), atau tersirat (implied consent).

Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan. Persetujuan

tertulis dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran.

Sebelum ditandatangani atau dibubuhkan cap ibu jari tangan kiri, formulir tersebut sudah diisi lengkap oleh dokter atau dokter gigi yang akan melakukan tindakan kedokteran atau oleh tenaga medis lain yang diberi delegasi, untuk kemudian yang bersangkutan dipersilahkan membacanya, atau jika dipandang perlu dibacakan dihadapannya.

Persetujuan secara lisan diperlukan pada tindakan kedokteran yang tidak mengandung risiko tinggi. Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.

1. **Ketentuan pada situasi khusus**
2. Tindakan penghentian/penundaan bantuan hidup (*withdrawing/withholding life support*) pada seorang pasien harus mendapat persetujuan keluarga terdekat pasien.
3. Persetujuan penghentian/penundaan bantuan hidup oleh keluarga terdekat pasien diberikan setelah keluarga mendapat penjelasan dari tim dokter atau dokter gigi yang bersangkutan. Persetujuan harus diberikan secara tertulis.
4. **Penolakan tindakan kedokteran**
5. Penolakan tindakan kedokteran dapat dilakukan oleh pasien dan/atau keluarga terdekatnya setelah menerima penjelasan tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan.
6. Jika pasien belum dewasa atau tidak sehat akalnya maka yang berhak memberikan atau menolak memberikan persetujuan tindakan kedokteran adalah orang tua, keluarga, wali atau kuratornya.
7. Bila pasien yang sudah menikah maka suami atau isteri tidak diikut sertakan menandatangani persetujuan tindakan kedokteran, kecuali untuk tindakan keluarga berencana yang sifatnya *irreversible*; yaitu tubektomi atau vasektomi.
8. Jika orang yang berhak memberikan persetujuan menolak menerima informasi dan kemudian menyerahkan sepenuhnya kepada kebijakan dokter atau dokter gigi maka orang tersebut dianggap telah menyetujui kebijakan medis apapun yang akan dilakukan dokter atau dokter gigi.
9. Apabila yang bersangkutan, sesudah menerima informasi, menolak untuk memberikan persetujuannya maka penolakan tindakan kedokteran tersebut harus dilakukan secara tertulis. Akibat penolakan tindakan kedokteran tersebut menjadi tanggung jawab pasien.
10. Penolakan tindakan kedokteran tidak memutuskan hubungan dokter pasien.
11. Persetujuan yang sudah diberikan dapat ditarik kembali (dicabut) setiap saat, kecuali tindakan kedokteran yang direncanakan sudah sampai pada tahapan pelaksanaan yang tidak mungkin lagi dibatalkan.
12. Dalam hal persetujuan tindakan kedokteran diberikan keluarga maka yang berhak menarik kembali (mencabut) adalah anggota keluarga tersebut atau anggota keluarga lainnya yang kedudukan hukumnya lebih berhak sebagai wali.
13. Penarikan kembali (pencabutan) persetujuan tindakan kedokteran harus diberikan secara tertulis dengan menandatangani format yang disediakan
14. **Daftar Tindakan Yang Perlu Informed Consent**

Sesuai Undang – Undang no 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, terdapat beberapa tindakan kedokteran dan kedokteran gigi yang **wajib** diberikan *informed consent.* Tindakan tersebut yaitu:

1. AMPUTASI SERVIKS
2. ANGKAT IMPLANT KB
3. BIOPSI

|  |
| --- |
| 1. CONDILOMA ACCUMINATA |
| 1. CRYOSURGERI |
| 1. CYSTEKTOMI |
| 1. EKSPLORASI VAGINA |
| 1. EKSTIRPASI KISTA OVARIUM |
| 1. EKSTIRPASI MIOMA GEBURT |
| 1. EKSTRAKSI POLIP |
| 1. ENUCLEASI KISTA |
| 1. ENUKLEASI |
| 1. HER HECTING |
| 1. HIDROTUBASI |
| 1. HISTEREKTOMI PARTIAL |
| 1. INSISI ABSES BESAR |
| 1. INSISI ABSES VAGINAL |
| 1. INSISI HEMATOMA VULVA |
| 1. KEHAMILAN ABDOMEN |
| 1. KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU (KET) |
| 1. KISTA OVARIUM |
| 1. KOLPODEKSIS |
| 1. KOLPORAFI POSTERIOR/PERINEOPLASTY |
| 1. KONISASI |
| 1. KURET KONDILOMA ACCUMINATUM |
| 1. KURET MOLA HIDATIDOSA |
| 1. KURET SISA JARINGAN |
| 1. KURETASE |
| 1. LABIOPLASTI BILATERAL |
| 1. LAPARATOMI EKSPLORASI |
| 1. LAPAROSKOPI PERCOBAAN |
| 1. LAPAROSKOPI STERILISASI |
| 1. LAPAROTOMI + PERLENGKETAN |
| 1. MARSUPLALISASI BARTHOLINI |
| 1. MASTEKTOMI |
| 1. MASTOIDEKTOMI RADIKA |
| 1. MIKROKURET |
| 1. MIOMEKTOMI MULTIPLE |
| 1. MIOMEKTOMI SIMPLE |
| 1. MOW/STERILISASI/TUBEKTOL DG NARKOSE UMUM |
| 1. VENA SECTIO |
| 1. OPERASI PERINEUM |
| 1. OPERASI TUMOR GANAS OVARIUM |
| 1. OPERASI TUMOR JINAK OVARIUM |
| 1. PASANG DAN LEPAS IMPLANT KB |
| 1. POLIP EKSTRAKSI |
| 1. RADIKAL HISTEREKTOMI |
| 1. REPARASI FISTULA VESIKO VAGINAL |
| 1. REPARASI KONTRAKTUR KOMPLEKS |
| 1. REPARASI LUKA ROBEK SEDERHANA |
| 1. REPOSISI UTERUS PERVAGINAM |
| 1. RESEKSI ADENOMIOSIS |
| 1. RUPTURE UTERI |
| 1. SALPINGO OPHOREKTOMI |
| 1. SECTIO SESARIA POST SC |
| 1. SEKSIO SESARIA |
| 1. ABSES DOUGLAS/PUNKSI DARAH |
| 1. ADENOLISIS |
| 1. AMPUTASI EKSISI KISTA BRACHIOGENIK |
| 1. AMPUTASI FOREQUATER |
| 1. AMPUTASI HIND QUARTER |
| 1. AMPUTASI JARI |
| 1. AMPUTASI TANGAN ATAU KAKI |
| 1. AMPUTASI TRANSMEDULER |
| 1. AMPUTASI TUNGKAI |
| 1. ANASTOMOSIS URETER BILATERAL |
| 1. ANASTOMOSIS URETER DG USUS |
| 1. ANASTOMOSIS URETER UNILATERAL |
| 1. ANGIOFIBROMA NASOFARING |
| 1. ANGKAT IMPLANT KB |
| 1. ANGKAT PEN/SCREW |
| 1. ANGKAT WIRE |
| 1. ANOPLASTY |
| 1. ANTERIOR/POSTERIOR SKLEROTOMI |
| 1. APEKS RESEKSI |
| 1. APENDEKTOMI PER LAPAROTOMI |
| 1. APENDEKTOMI SIMPLE |
| 1. ARGON LASER |
| 1. ARTHRODOSIS |
| 1. ARTHRODOSIS HIP/KNEE/ELBOW JOINT |
| 1. ARTHROPLASTY |
| 1. ARTHROSCOPY |
| 1. ATROSOTOMI + ADENSIDEKTOMI |
| 1. AV SHUNT CIMINO |
| 1. BEDAH FLAP LOKAL |
| 1. BEDAH FLAP REGIONAL |
| 1. BIOPSI |
| 1. BIOPSI CA PENIS |
| 1. BIOPSI EKSTIRPASI |
| 1. BIOPSI GINJAL |
| 1. BIOPSI INSISI |
| 1. BIOPSI PROSTAT |
| 1. BIOPSI SARAF KUTANEUS/OTOT |
| 1. BIOPSI TUMOR |
| 1. BIOPSI UTEROVAGINAL |
| 1. BLADDER NECK INCISION |
| 1. BLOK RESECTIE |
| 1. BN/CEILINS KNIFE |
| 1. BULOKTOMI |
| 1. BYPASS PEMBULUH DARAH BESAR |
| 1. CAIDWELL LUC ANTHROSTOMI |
| 1. CONDILOMA ACCUMINATA KECIL |
| 1. CYCIODIALYSA |
| 1. CYCLODIA TERMI |
| 1. DAKRIO-SISTORHINOSTOMI |
| 1. DEBRIDEMENT FRAKTUR TERBUKA |
| 1. DEBRIDEMENT LUKA BAKAR |
| 1. DEBULKING |
| 1. DEEPENING SULCUS |
| 1. DEKON PRESIA FASIALIS |
| 1. DERMABRASI |
| DESITIO LENTIS |
| DISARTIKULASI |
| DISEKSI KELENJAR INGUINAL |
| DIVERTIKULEKTOMI |
| DIVERTIKULEKTOMI VESICA |
| DRAINAGE PERIURETER |
| EKSENTRASI |
| EKSISI |
| EKSISI CHORDAE |
| EKSISI CORPUS ALINEUM DG NARKOSE UMUM |
| EKSISI DUKTUS/KISTA URACTUS |
| EKSISI ENSEFALOKAL |
| EKSISI GANGLION POPLITEA |
| EKSISI HEMANGIOMA < 5 CM |
| EKSISI HEMANGIOMA KOMPLEKS |
| EKSISI HEMANIOMA KOMPLEKS |
| EKSISI KELENJAR SUBMANDIBULA |
| EKSISI KELOID LBH DR 5CM DG SKIN GRAFT |
| EKSISI KELOID LEBIH DR 5CM TP SKIN GRAFT |
| EKSISI KISTA ATHEROMA LEBIH DARI 2 CM |
| EKSISI KISTA DUCTUS TIROGLOSUS |
| EKSISI KOLOID 2 - 5 CM TANPA SKIN GRAFT |
| EKSISI MAMMA ABERRAN UNILATERAL |
| EKSISI MENINGOCELE |
| EKSISI MUCOCELE INTRA ORAL |
| EKSISI MUSCLE GROUP |
| EKSISI MYELOKEL |
| EKSISI NERVUS < 2 CM |
| EKSISI NEURO FIBROMA |
| EKSISI TUMOR DG BEDAH BEKU |
| EKSISI TUMOR INTRA ABDOMEN DG PENYULIT |
| EKSISI TUMOR INTRA ABDOMEN TNP PENYULIT |
| EKSISI TUMOR JARINGAN LUNAK TNP PENYULIT |
| EKSISI TUMOR KULIT <2CM TANPA SKIN GRAFT |
| EKSISI TUMOR KULIT LBH DR 2CM DG SKIN GR |
| EKSISI TUMOR KULIT LBIH DR 2CM TANPA SG |
| EKSISI TUMOR KULIT WAJAH DG GRAFT KULIT |
| EKSPLORASI KISTA BRANCHIAL |
| EKSPLORASI KISTA TIROID |
| EKSPLORASI KOLEDEKUS DG/TNPA PSNG T TUBE |
| EKSTERNAL VENTRIKULAR DRAINASE |
| EKSTIRPASI CORPUS ALLINEUM AKSPLORATIF |
| EKSTIRPASI FAM < 3 CM |
| EKSTIRPASI FAM LBH DR 3 CM |
| EKSTIRPASI GANGLION LEBIH DARI 2 CM |
| EKSTIRPASI KISTA RADIKULER |
| EKSTIRPASI LIPOMA LEBIH DARI 2 CM |
| EKSTIRPASI POLIP UTEROVAGINAL |
| EKSTIRPASI TUMOR INTRA ORAL |
| EKSTIRPASI TUMOR RETROBULIER |
| EKSTIRPASI TUMOR SCALP/CRANIUM |
| EKSTRAKSI KUKU |
| EKSTRAKSI KUKU MULTIPLE |
| EKSTRAKSI LINEAR |
| EKSTRAKSI TRANSOKASI IUD |
| EKSTRAKSI URETROLITHIASIS GLAUS |
| ELEKTROKAUTERISASI KONDILOMA SEDIKIT |
| END TO END ANASTOMOSE URETER |
| ENUKLEASI KISTA GINJAL |
| ETHMOIDEKTOMI (INTRANASAL) |
| EXOOCHILIASI |
| EXTENDED PYELOLITHEKTOMI (GILVERNE) |
| EXTIRPASI PLUNGING RANULA |
| FARE HEAD FLAP |
| FARINGOTOMI |
| FIKSASI EKSTERNA SEDERHANA |
| FIKSASI INTERNA SEDERHANA |
| FISTULA ETEROVISIKA |
| FISTULEKTOMI ANUS TANPA PENYULIT |
| FISTULEKTOMI DENGAN PENYULIT |
| FLAP KONJUCTIVA |
| FOTO KUAGULASI |
| FRAKTUR RAHANG MULTIPLE/KOMPLEKS |
| FRAKTUR RAHANG SEDERHANA |
| FRENECTOMI |
| GANTI SENDI |
| GASTRECTOMI (BILIROTH 1 & 2) |
| GASTROSTOMY/FEEDING JEJUNOSTOMI |
| GLOSEKTOMI TOTALIS |
| GONIOTOMI |
| GRAFT KULIT < 20CM |
| GRAFT KULIT LBIH DR 20 CM |
| GRAFT PEMBULUH DARAH PERIFER |
| GRAFT VENA MEMBUAT A-V FISTULA |
| GRAFTING URETER |
| HEMIGLOSSEKTOMI |
| HEMIMANDIBULEKTOMI |
| HEMORRHOIDEKTOMI |
| HEPARTORRHAPI SEDERHANA |
| HEPATORRHAPI KOMPLEKS |
| HER HECTING |
| HERNIA DENGAN KOMPLIKASI |
| HERNIKOLEKTOMI |
| HERNIKOLEKTOMI PARTIAL |
| HERNIPELVEKTOMI |
| HISTEREKTOMI PARTIAL |
| HISTEREKTOMI TOTAL |
| HISTEREKTOMI VAGINAL |
| HYPOSPADIA + SYSTOSTOMI |
| ICCE/ECCE |
| ILEAL CONDOIT (BRICKER) |
| INSISI ABSES SUBMANDIBULARIS |
| INSISI ABSES VAGINAL |
| INSISI DRAINAGE ABSES < 5 CM |
| INSISI HEMATOMA VULVA |
| INTERNAL URETHROTOMI |
| IRIDEKTOMI PERIFER, SEKTORAL |
| ISTHMOBEKTOMI |
| ISTHMOLOBEKTOMI |
| JAHIT TRAUMA MULTIPLE REKONSTRUKSI |
| KASSAIS OPERATION |
| KEHAMILAN ABDOMEN |
| KERATOPLASTI |
| KOLESISTEKTOMI |
| KOLOSTOMI/ILEOSTOMI |
| KOREKSI EKSTOPLON/ENTROPLON |
| KOREKSI FRAKTUR IMPRESIF SEDERHANA |
| KOREKSI HIPOSPADIA 1 TAHAP |
| KOREKSI IMPRESIF FRAKTUR SEDERHANA |
| KOREKSI PRIPISMUS |
| KOREKSI SCOLLOSIS |
| KOREKSI STRABISMUS / KOREKSI PTOSIS |
| KRIKOTIROSTOMI |
| KRIKOTIROTOMI |
| KURETASE |
| LABIOPLASTI BILATERAL |
| LABIOPLASTI UNILATERAL |
| LAMINEKTOMI |
| LAPARATOMI EKSPLORASI |
| LAPAROSCOPY OPERATIF |
| LAPAROTOMI + PERLENGKETAN |
| LAPAROTOMI VC |
| LARINGOSCOPI DG EKSTIRPASI |
| LEPAS DJ STENT/BENDA ASING |
| LEPAS PLATE POST ORIF TULANG KECIL |
| LITORIPSI |
| LOBULOPLASTI 1 TELINGA |
| LONGITUDINAL NEFROLITHOTOMI (KADET) |
| MANCHESTER FORIEGLL |
| MANDIBULEKTOMI MARGINALIS |
| MANDIBULEKTOMI TOTALIS |
| MARSUPIALISASI RANULA |
| MASTEKTOMI |
| MASTOIDEKTOMI RADIKAL |
| MEATOTOMI |
| MEGACOLON HIERCHPRUNG |
| MELEPAS WSD |
| MILES OPERATION |
| MUCOCELE |
| MYRINGOPLASTI |
| NEFREKTOMI/NEFROFFHAPI BILATERAL |
| NEFRO URETEROKTOMI |
| NEFROIDOMI PARTIAL |
| NEFROIDOMI/NEFRORRHAPI UNILATERAL |
| NEFROKTOMI TERBUKA |
| NEFROLITHOTOMI/NEFREOSTOMI UNILATERAL |
| NEFROLITHOTOMI/NEFROSTOMI BILATERAL |
| NEFROPEXIE |
| NEFROSTOMI PERCUTAN |
| NEKROTOMI |
| NEOREKTOMI SARAF VIDIAN |
| ODONTECTOMI |
| ODONTECTOMY LEBIH DARI 2 ELEMEN |
| OPEN CYSTOSTOMI |
| OPEN NEFROSTOMI DG PENYULIT |
| OPEN PROSTATECTOMI |
| OPEN REDUKSI FRAKTUR/DISLOKASI LAMA |
| OPEN RENAL BIOPSI |
| OPERASI BESAR DG PNYULT/PSNG ALAT KHUSUS |
| OPERASI DESANG DG PENYLT/PSG ALAT KHUSUS |
| OPERASI HERNIA TANPA PENYULIT |
| OPERASI HIDROKEL |
| OPERASI INTUSUSSEPSI |
| OPERASI KELAINAN JARI SEDERHANA |
| OPERASI KOSMETIK PD WAJAH |
| OPERASI MIKROTIA |
| OPERASI PADA OSTEOMIELITIS |
| OPERASI PADA TORSIO TESTIS |
| OPERASI PD SPONDILITIS |
| OPERASI PERINEUM |
| OPERASI PEYRONIE |
| OPERASI PULLTHROUGH |
| OPERASI TUMOR JINAK VULVA |
| OPERASI VASKULER YG PRLU TEKNIK OP KHUSS |
| ORCHIDECTOMI |
| ORCHIDECTOMI LIGASI TINGGI BILATERAL |
| ORCHIDECTOMI RADIKAL |
| ORCHIDECTOMI SUBKAPSULER |
| ORCHIDOPED |
| ORIF MULTIPLE |
| ORIF PD FRAKTUR TULANG BESAR |
| PALATOPLASTI |
| PANENDOSKOPI |
| PANKREATEKTOMI |
| PANKREATORRHAPI |
| PARASINTESA MATA + PERIFER IREDEKTOMI |
| PARATIDEKTOMI BILATERAL |
| PAROTIDEKTOMI |
| PASANG DAN LEPAS IMPLANT KB |
| PASANG WSD |
| PEMASANGAN IMPLANT PAYUDARA |
| PEMASANGAN PIPA SHEPARD |
| PEMASANGAN T TUBE |
| PEMBEDAHAN KOMPARLEMENTAL |
| PENEKTOMI |
| PENUTUPAISTULAN OROANTRAL FISTULA |
| PENYAKIT PEMBULUH DARAH FERIPER |
| PERINEOSTOMY |
| PHARYNGEAL FLAP |
| PINTO ETMOIDEKTOMI (EKSTRANASAL) |
| PLEREGIUM + CLG |
| POTONG FLAP |
| POTONG FLAP KOMPLEKS |
| PROSTATEKTOMI RETROPUBLIK |
| PSA |
| PSOAS HISCTH/BOARI FLAP |
| PUNKSI CAIRAN OTAK |
| PYELOPLASTI |
| RADIKAL CYSTEKTOMI |
| RADIKAL MASTEKTOMI |
| RADIKAL NECK DESECTION |
| RADIKAL NEFREKTOMI |
| RADIKAL PROSTATEKTOMI |
| RAPARASI LUKA ROBEK SEDERHANA < 5 CM |
| REGINAL FLAP |
| REKANALISASI RUPTURA/TRANSKANAL |
| REKANALISASI TUBA |
| REKONSTRUKSI BLASSEMECK |
| REKONSTRUKSI DEFEK KOMPLEKS |
| REKONSTRUKSI PAYUDARA |
| REKONSTRUKSI TUMOR GANAS |
| REKONSTRUKSI UVULA |
| REKONSTRUKSI VESICA |
| RELEASE ADHESI JARI/TELINGA |
| RELEASE CTEV |
| RELEASE KONTRAKTUR DG GRAFT KULIT |

**BAB IV**

**DOKUMENTASI**

1. Semua hal – hal yang sifatnya luar biasa dalam proses mendapatkan persetujuan tindakan kedokteran harus dicatat dalam rekam medis.
2. Seluruh dokumen mengenai persetujuan tindakan kedokteran harus disimpan bersama-sama rekam medis.
3. Format persetujuan tindakan kedokteran atau penolakan tindakan kedokteran, menggunakan formulir dengan ketentuan sebagai berikut :
4. Diketahui dan ditandatangani oleh dua orang saksi. Tenaga keperawatan bertindak sebagai salah satu saksi;
5. Formulir asli harus disimpan dalam berkas rekam medis pasien;
6. Formulir harus sudah mulai diisi dan ditandatangani 24 jam sebelum tindakan kedokteran;
7. Dokter atau dokter gigi yang memberikan penjelaan harus ikut membubuhkan tanda tangan sebagai bukti bahwa telah memberikan informasi dan penjelasan secukupnya;
8. **Sebagai tanda tangan, pasien atau keluarganya yang buta huruf harus** membubuhkan cap jempol jari kanan.

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

**dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp. Rad**

NIP. 19621121 199610 1 001