



YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)

Raya Kaligawe Km. 4 Semarang 50112 Telp. (024) 6583584 (8 sal) Fax (024) 6582455
email : informasi@unissula.ac.id web : www.unissula.ac.id

FAKULTAS HUKUM

Bismillah Membangun Generasi Khaira Ummah

Nomor : 158/B.1/SA-H/X/2018
Lampiran : -
Perihal : *Permohonan Ijin Penelitian/Riset*
Kepada : Yth. **Direktur Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**
di-
SEMARANG

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

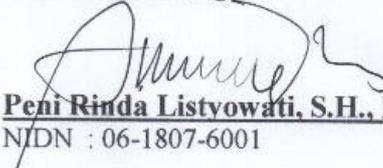
Pimpinan Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang, dengan ini memohonkan ijin riset kepada :

Nama : **ELZANY RIFANDA RIZKY**
Nim : 30301509010
Semester : VII
Alamat : Jalan Kalimantan RT/RW 010/002 Kota Bengkulu
Keperluan : Mengadakan Riset dan wawancara guna penyusunan Skripsi Sarjana (S.1)
Lokasi : RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Pembimbing : **Peni Rinda Listyowati S.H., M.Hum**
Judul : *Tinjauan Hukum Pelaksanaan Inspaningverbintenis Pada Perjanjian Terapeutik Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*

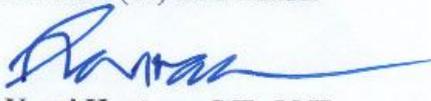
Demikian atas bantuan serta perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alikum Warahmatullahi Wabarakatuh

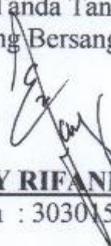
Dosen Pembimbing


Peni Rinda Listyowati, S.H., M.Hum
NIDN : 06-1807-6001

Semarang, 30 November 2018
Ka. Prodi (S1) Ilmu Hukum


Kami Hartono, S.H., M.H
NIDN : 00-0810-6001

Tanda Tangan
Yang Bersangkutan


ELZANY RIFANDA RIZKY
Nim : 30301509010



Nomor : 3874/B/RSI-SA/XII/2018
Lamp : -
Hal : Jawaban Ijin Penelitian

Semarang, 3 Rabiul 'Akhir 1440 H
11 November 2018 M

Kepada Yth
Ketua Prodi
Program Studi S 1 Ilmu Hukum
Fakultas Hukum
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
Di
Semarang

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

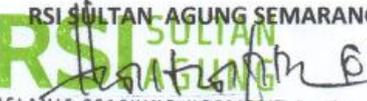
Teriring rasa syukur semoga limpahan kasih sayang Allah SWT menyertai didalam melaksanakan tugas dan pengabdian kita. Aamiin.

Menjawab surat nomor:1717/B.1/SA-FAI/X/2018 perihal permohonan ijin penelitian di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, maka dengan ini kami sampaikan bahwa RSI Sultan Agung dapat menerima mahasiswa berikut :

Nama	: Elzany Rifanda Rizky.
NIM	: 30301509010
Fakultas	: Fakultas Hukum
Universitas	: Universitas Islam Sultan Agung Semarang
Judul Penelitian	: Tinjauan Hukum Pelaksanaan <i>Inspaningverbitenis</i> Pada Perjanjian Terapeutik Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
Pembimbing	: Hj. Peni Rinda Listyowati,S.H.,M.Hum.

Untuk melakukan wawancara dengan dokter spesialis di bagian poliklinik / rawat jalan Rumah dan Direktur, pengambilan data di Rekam Medis dan bagian Humas Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Billahittaufig wal hidayah
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

Dr. Minidari Pasitasari, M. Sc, Sp. GK. 
Direktur Pendidikan

Tembusan

1. Penjab Poliklinik.
2. Kepala Instalasi Rekam Medis
3. Kepala Bagian Humas & PKRS
2. Arsip.

**SURAT KETERANGAN
SELESAI PENELITIAN**

NOMOR : 66 /B/RSI-SA/III/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama ; **dr. Minidian Fasitasari, M. Sc, Sp. GK.**
Jabatan ; **Direktur Pendidikan**

Dengan ini menyatakan bahwa mahasiswa:

Nama : **Elzany Rifanda Rizky.**
NIM : **30301509010.**
Fakultas ; **Fakultas Hukum.**
Universitas ; **Universitas Islam Sultan Agung.**

Telah melaksanakan penelitian di Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik), bagian Hukum, bagian Humas dan Marketing, Direktur Pelayanan Medis dan Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 27 Desember 2018 sampai dengan tanggal 5 Maret 2019 dalam rangka penyusunan skripsi dengan judul **Tinjauan Hukum Pelaksanaan *Inspaningverbietenis* Pada Perjanjian Terapeutik Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.**

Demikian surat keterangan ini dibuat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya .

Semarang, 28 Jumadits Tsani 1440 H
5 Maret 2019 M



**RSI SULTAN
AGUNG**
dr. Minidian Fasitasari, M. Sc, Sp. GK.
Direktur Pendidikan



PERSETUJUAN UMUM

GENERAL CONSENT

1. HAK DAN KEWAJIBAN SEBAGAI PASIEN

Dengan menandatangani dokumen ini saya mengakui bahwa pada proses pendaftaran untuk mendapatkan perawatan di RSI. Sultan Agung telah mendapat informasi tentang hak - hak dan kewajiban saya sebagai pasien.

2. PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN

Saya menyetujui dan memberikan persetujuan untuk mendapat pelayanan kesehatan di RSI. Sultan Agung dan dengan ini saya meminta dan memberikan kuasa kepada RSI Sultan Agung, dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan, pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter dan perawat dan melakukan prosedur diagnostik, radiologi dan atau terapi dan tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau disarankan pada perawatan saya. Hal ini mencakup seluruh pemeriksaan dan prosedur diagnostik rutin, termasuk x-ray, pemberian dan/ atau tindakan medis serta penyuntikan (intramuskular, intervena dan prosedur invasif lainnya) produk farmasi dan obat-obatan, pemasangan alat kesehatan (kecuali yang membutuhkan persetujuan khusus/tertulis), dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan patologi, yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.

3. AKSES INFORMASI KESEHATAN

Saya memberi kuasa kepada setiap dan seluruh orang yang merawat saya untuk memeriksa dan/ atau memberitahukan informasi kesehatan saya kepada pemberi kesehatan lain yang turut merawat saya selama di rumah sakit.

4. RAHASIA MEDIS

Saya setuju RSI Sultan Agung wajib menjamin kerahasiaan informasi medis saya baik untuk kepentingan perawatan dan pengobatan, pendidikan maupun penelitian kecuali saya mengungkapkan sendiri atau orang yang lain yang saya beri kuasa untuk itu.

5. PRIVASI

Saya memberi kuasa kepada RSI Sultan Agung untuk menjaga privasi dan kerahasiaan penyakit saya selama dalam perawatan.

6. BARANG PRIBADI

Saya menyetujui untuk tidak membawa barang-barang berharga yang tidak diperlukan seperti : perhiasan, barang elektronik dan lain-lain ke RSI Sultan Agung dan jika saya membawa maka RSI Sultan Agung tidak bertanggungjawab terhadap kehilangan, kerusakan atau pencurian.

7. PENGAJUAN KELUHAN

Saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi tentang adanya tatacara mengajukan dan mengatasi keluhan terkait pelayanan medik yang diberikan terhadap diri saya. Saya setuju untuk mengikuti tatcara mengajukan keluhan sesuai prosedur yang ada.

8. KEWAJIBAN PEMBAYARAN

Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib membayar total biaya pelayanan. Biaya pelayanan berdasarkan acuan biaya dan ketentuan RSI Sultan Agung.

9. MELEPASKAN RAHASIA KEDOKTERAN

Apabila asuransi kesehatan swasta atau program pemerintah menanggung pembayaran saya, saya memberi wewenang kepada RSI Sultan Agung untuk melepaskan rahasia kedokteran saya kepada perusahaan asuransi swasta atau program pemerintah.

Saya juga menyadari dan memahami bahwa :
Apabila saya tidak memberikan persetujuan, atau dikemudian hari mencabut persetujuan saya untuk melepaskan rahasia kedokteran saya kepada perusahaan asuransi yang saya tentukan, maka saya pribadi bertanggung jawab untuk membawa pelayanan dan tindakan medis dari RSI Sultan Agung.

10. BIAYA OLEH ASURANSI

Apabila Asuransi kesehatan swasta atau program pemerintah menanggung pembiayaan saya maka saya memberikan wewenang kepada RSI Sultan Agung untuk memberikan tagihan biaya dari semua pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada asuransi swasta atau program pemerintah. Tanggungan Asuransi saya mungkin menyatakan bahwa sebagian pembayaran tetap menjadi tanggung jawab pribadi saya atau tidak ditanggung oleh asuransi, maka RSI Sultan Agung berwenang memberi tagihan untuk biaya yang tidak ditanggung oleh asuransi dan saya bertanggung jawab untuk membayarnya.

11. PELAYANAN SYARI'AH

Saya menyetujui baik sebagai pasien atau wakil pasien bahwa RS menerapkan pelayanan kesehatan berdasarkan prinsip syari'ah yang terdiri dari asesment spiritual pemakaian hijab untuk muslimah, mengingatkan waktu sholat, pemakaian kerudung menutup dada ibu menyusui.

Melalui dokumen ini, saya menegaskan kembali bahwa saya mempercayakan kepada semua tenaga kesehatan rumah sakit untuk memberikan perawatan, diagnostik dan terapi kepada saya/keluarga saya sebagai pasien rawat inap atau rawat jalan atau Instalasi Gawat Darurat (IGD), termasuk semua pemeriksaan penunjang, yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.

SAYA TELAH MEMBACA dan sepenuhnya setuju dengan setiap pernyataan yang terdapat pada formulir ini dan menandatangani tanpa paksaan dan dengan kesadaran penuh.

Semarang,

Jam : WIB

Pasien/Keluarga Penanggungjawab

Petugas

(.....)

(.....)

HAK PASIEN RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG (sesuai pasal 32 UU NO. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit)

1. Memperoleh Informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien.
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi.
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasi.
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien terhindar dari kerugian fisik dan materi.
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang diberikan
7. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang diderita kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan yang diderita termasuk data medisnya.
10. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.
12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya.
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
15. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.
17. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit Islam Sultan Agung apabila Rumah Sakit Islam Sultan Agung diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana: dan
18. Mengeluarkan pelayanan Rumah Sakit Islam Sultan Agung yang tidak sesuai dengan Standar Pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEWAJIBAN PASIEN

RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

Permenkes RI No : 69 Th 2014 Pasal 28 tentang Kewajiban RS dan Kewajiban Pasien

Dalam menerima pelayanan dari Rumah Sakit, pasien mempunyai kewajiban :

1. Mematuhi peraturan yang berlaku dari Rumah Sakit
2. Menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggung jawab
3. Menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit
4. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya
5. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya
6. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan perundang-undangan
7. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan Tenaga Kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya, dan
8. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

R. Rawat	Instalasi :	LABEL
Alamat :		
NAMA TINDAKAN :		
Dokter Pelaksana		
Pemberi Informasi		
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan		
JENIS INFORMASI	INFORMASI	Tanda (V)
1	Diagnosis (Diagnosis Kerja & Diagnosis Banding)	
2	Dasar Diagnosis	Anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang
3	Tindakan Kedokteran	
4	Indikasi Tindakan	
5	Tata Cara	
6	Tujuan	
7	Risiko	
8	Komplikasi	
9	Prognosis	
10	Alternatif dan Risiko	
11	Lain-lain	
Dengan ini menyatakan bahwa saya (dokter) telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi		Tanda tangan Dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya (penerima informasi) telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya		Tanda tangan penerima informasi
Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat		
PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN		
Yang bertanda tangan dibawah ini saya, nama _____ umur _____ tahun		
Laki-laki / Perempuan *, alamat _____		
Dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukan tindakan :		
Terhadap saya / _____ saya, Bernama : _____		
umur _____ tahun, Laki-laki / Perempuan *, alamat : _____		
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tidak dilakukan.		
Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukan kedokteran tersebut.		
_____, tanggal _____ pukul _____		
Yang menyatakan *		Saksi :
(_____)	(_____)	(_____)