



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

LABEL IDENTITAS PASIEN

DOKUMENTASI PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN TRANSFUSI DARAH

| DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI | | |
|--|--|-------------------|
| Dokter pelaksana tindakan | | |
| Pemberi Informasi | | |
| Penerima informasi | | |
| JENIS INFORMASI | ISI INFORMASI | TAND(√) |
| Dasar diagnosis | Pemeriksaan laboratorium / penunjang lain-lain _____ | |
| Tindakan Kedokteran | Transfusi darah adalah: proses transfer darah atau komponen darah dari donor ke resipien | |
| Indikasi Tindakan | Anemia berat shock hemoragik Talasemia Gangguan ginjal kronis DHF dengan perdarahan / tanda – tanda perdarahan lain – lain _____ | |
| Tata Cara | Pemberian transfusi darah melalui vena perifer / vena besar disalurkan menggunakan selang infus yang disambungkan pada pembuluh darah pasien dan juga dapat menggunakan alat khusus untuk pemberian transfusi. | |
| Tujuan | Memberikan pengobatan dan pemulihan kondisi pasien dengan menaikkan komponen darah sesuai dengan kebutuhan | |
| Risiko | Timbulnya reaksi-reaksi transfuse, yang dapat dibagi menjadi 3 (tiga) tingkatan, yaitu: 1. Reaksi demam 2. Reaksi alergi 3. Reaksi hemolitik, bisa terjadi secara intravaskuler maupun ekstrasvaskuler (sumber buku pedoman pelayanan transfuse darah modul 3) Dapat tertular penyakit HIV-AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C dan sifilis | |
| Komplikasi | Jika terjadi ketidakcocokan antara darah pasien dan komponen darah donor maka akan timbul reaksi hemolisis atau terjadi kerusakan sel darah merah pasien. | |
| Prognosis | | |
| Alternatif risiko | Jika terjadi kelangkaan labu darah dapat diberikan venofer dengan mungkin hasil menaikkan Hb lama | |
| Lain-lain | Biaya komponen darah yang dipesan atau diberikan kepada pasien antara lain : pengolahan darah di PMI , biaya screening (screening meliputi : HbsAg,Anti HIV , Anti HCV , darah yang telah dipesan digunakan atau tidak digunakan biaya tetap dibebankan kepada pasien / keluarga . Biaya pengolahan darah dan screening setiap kantong : Rp _____ | |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya Dokter telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi | | Nama & TTD dr. |
| 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 & TTD ps/kel |

* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali / keluarga terdekat

PERSETUJUAN TINDAKAN TRANSFUSI DARAH

Yang bertanda tangan dibawah ini :

I. Nama : _____

Hubungan dengan pasien : pasien sendiri / suami/istri/anak /ayah /ibu*, lain-lain _____

Tgl lahir/ umur : _____/ _____ tahun, jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan *

Alamat : _____

Dengan Ini Menyatakan persetujuan Tindakan TRANSFUSI DARAH DAN SCREENING (Ya/Tidak)* terhadap saya/
keluarga saya :

II. Nama Pasien : _____, No. RM :

Tanggal lahir/Umur : _____/ _____ tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *

Alamat : _____

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan TRANSFUSI DARAH DAN SCREENING sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Hari _____, Tanggal _____, _____, Pukul _____

Yang menyatakan *

Saksi

(_____)

(_____) (_____)