

DOKUMENTASI PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN TRANSFUSI DARAH

DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI		
Dokter pelaksana tindakan		
Pemberi Informasi		
Penerima informasi		
JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TAND(✓)
Dasar diagnosis	Ø Pemeriksaan laboratorium / penunjang Ø lain-lain	
Tindakan Kedokteran	Transfusi darah adalah: proses transfer darah atau komponen darah dari donor ke resipien	
Indikasi Tindakan	Ø Anemia berat Ø shock hemoragik Ø Talasemia Ø Gangguan ginjal kronis Ø DHF dengan perdarahan / tanda – tanda perdarahan Ø lain – lain	
Tata Cara	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	Tujuan Memberikan pengobatan dan pemulihan kondisi pasien dengan menaikan komponen darah sesuai dengan kebutuhan	
Risiko	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	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 menaikan Hb lama	
Lain-laiLL	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

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 :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

(_____)

(_____) (_____)