



**RUMAH SAKIT
SARI ASIH**

INFORMED CONSENT

Nama :
Tgl. Lahir/Umur :
No. RM :
NIK :

PEMBERIAN RESTRAIN			
Pelaksanaan Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima informasi/ pemberi persetujuan *			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	PARAF
1	Definisi Tindakan	Suatu metode/cara pembatasan/retruksi yang disengaja terhadap gerakan/perilaku seseorang	
2	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan perlindungan & menjamin keselamatan pasien atau lingkungan terhadap cedera/kecelakaan Memberikan keamanan fisik & psikologis individu 	
3	Indikasi Tindakan	<ul style="list-style-type: none"> Pasien menunjukkan perilaku yang beresiko membahayakan dirinya sendiri dan atau orang lain Tahanan pemerintah (yang legal/sah secara hukum) yang dirawat di Rumah Sakit Pasien yang membutuhkan tatalaksana emergency yang berhubungan dengan live saving bagi pasien Pasien yang memerlukan pengawasan & penjagaan ketat di ruangan yang aman Restrain atau isolasi digunakan jika intenensi lainnya yang lebih tidak restriktif tidak berhasil/tidak efektif untuk melindungi pasien, staf atau orang lain dari ancaman bahaya 	
4	Tata Cara	<ul style="list-style-type: none"> Lakukan asesmen untuk menentukan perlu atau tidaknya pasien menggunakan restrain Diskusikan dengan DPJP untuk menentukan metode restrain yang tepat Perawat/DPJP menjelaskan kepada pasien dan atau keluarga tentang manfaat, resiko, serta prosedur restrain Meminta persetujuan tertulis dari pasien dan atau keluarga Lakukan prosedur restrain sesuai dengan metode yang dipilih Lakukan observasi dan evaluasi tanda vital, posisi tubuh, keamanan dan kenyamanan pasien secara berkala sesuai dengan kriteria waktu yang ditentukan Catat dalam rekam medis pasien Bantu dalam memenuhi semua kebutuhan pasien selama dipasang restrain Laporkan ke DPJP jika terdapat perubahan signifikan mengenai perilaku pasien 	
5	Resiko	<p>Dampak fisik : atropi otot, hilangnya/berkurangnya densitas tulang, ulcus decubitus, infeksi nosocomial, strangulasi, penurunan fungsional tubuh, stress tardiak, inkontinensia</p> <p>Dampak psikologis : depresi, penurunan fungsi kognitif, isolasi emosional, kebingungan (confusion) dan agitasi</p>	
6	Komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> Ulcus decubitus Pneumonia 	
			Tanda Tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya Dokter..... telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			Saksi
Dengan ini menyatakan bahwa saya / keluarga pasientelah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya serta telah diberi kesempatan untuk bertanya/berdiskusi, dan telah memahaminya			
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			

PERSETUJUAN PENGOBATAN/TINDAKAN KEDOKTERAN/PERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya,

Nama/Umur : _____ / _____ tahun, laki-laki / perempuan)**

Alamat : _____

No KTP/SIM/ID : _____

dengan ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukannya pengobatan/tindakan kedokteran/perawatan

.....
Terhadap : saya/suami/istri/anak/keluarga saya*

Nama : _____

No RM : _____

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa.

....., _____, jam _____

Yang menyatakan

DPJP

Saksi 1

Saksi 2

(_____) (_____) (_____) (_____)

*coret yang tidak perlu

PENOLAKAN PENGOBATAN/TINDAKAN KEDOKTERAN/PERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya,

Nama/Umur : _____ / _____ tahun, laki-laki / perempuan)**

Alamat : _____

No KTP/SIM/ID : _____

dengan ini menyatakan **PENOLAKAN** untuk dilakukannya pengobatan/tindakan kedokteran/perawatan

.....
Terhadap : saya/suami/istri/anak/keluarga saya*

Nama : _____

No RM : _____

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan tersebut.

....., _____, jam _____

Yang menyatakan

DPJP

Saksi 1

Saksi 2

(_____) (_____) (_____) (_____)

*coret yang tidak perlu