

RM 51

Nama :

Tgl. Lahir/Umur :

No. RM :

NIK :

RM 26

**INFORMED CONSENT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TINDAKAN ANESTESI - SEDASI** | | | | | |
| Pelaksana Tindakan | |  | | | |
| Pemberi Informasi | |  | | | |
| Penerima informasi/ persetujuan/penolakan\* | |  | | | |
|  | **JENIS INFORMASI** | **ISI INFORMASI** | | **PARAF** | |
| 1 | Tindakan Kedokteran | **Anestesi Umum** | |  | |
| A | Tatacara | Memberikan obat obatan anestesi melalui pembuluh darah atau dihirup lewat jalan napas agar pasien tidak sadar, tidak nyeri, dan tidak dapat dirangsang selama pembedahan. Dapat disertai pemasangan pipa bantu napas. | |  | |
| B | Tujuan | Membuat pasien tidak sadar, tidak nyeri, tidak dapat dirangsang serta otot relaksasi selama operasi | |  | |
| C | Risiko | Sulit memasang alat bantu napas, cedera mulut/lidah/gigi/pita suara, sadar saat pembiusan, reaksi alergi obat, syok, stroke, serangan jantung, henti jantung, aspirasi muntah, suhu tinggi, obat masuk ke janin | |  | |
| D | Komplikasi | Mual, muntah, menggigil, mengantuk, pusing, sakit tenggorokan, sakit menelan, kejang pita suara, kejang jalan napas, kerusakan/kelumpuhan otak/saraf sementara/permanen, sulit buang air kecil, infeksi paru. Komplikasi meningkat pada anak < 1 tahun, usia lanjut, memiliki penyakit penyerta (jantung, paru, ginjal, hati, saraf, endokrin, sepsis) | |  | |
|  | | | | | |
| 2 | Tindakan Kedokteran | **Anestesi Regional (Spinal/Epidural)** | |  | |
| A | Tatacara | Memasukkan obat obatan anestesi melalui jarum atau selang khusus kedalam ruang spinal atau epidural | |  | |
| B | Tujuan | Menghilangkan nyeri selama operasi pada daerah perut sampai ujung kaki, pada kondisi pasien tetap sadar ataupun tidak sadar | |  | |
| C | Risiko | Sulit/gagal memasukkan jarum/selang pada ruang spinal/ epidural, pasien tetap nyeri, reaksi alergi, syok, muntah, aspirasi muntah, gangguan irama jantung, henti jantung | |  | |
| D | Komplikasi | Mual atau muntah, gatal, sakit kepala, kesemutan/kelumpuhan memanjang, kerusakan saraf, sulit buang air kecil | |  | |
| E | Alternatif | Anestesi Umum | |  | |
|  | | | | | |
| 3 | Tindakan Kedokteran | **Anestesi Lokal/Blok Saraf Perifer** | |  | |
| A | Tatacara | Melakukan pemberian obat anestesi lokal (dengan suntikan vena atau otot, tetesan, semprotan, atau olesan) pada syaraf di daerah sekitar lokasi operasi, dapat disertai pemasangan torniket. | |  | |
| B | Tujuan | Menghilangkan nyeri pada daerah operasi saja (lengan atas/ bawah, tangan, tungkai, kaki, kemaluan, dll) | |  | |
| C | Risiko | Anestesi tidak tercapai/komplit, henti jantung, cedera pembuluh darah, perdarahan bawah kulit (hematoma), reaksi alergi, tertusuknya lapisan baru | |  | |
| D | Komplikasi | Rasa nyeri/baal/kesemutan/gangguan bergerak memanjang pasca operasi, kejang, infeksi daerah suntikan | |  | |
| E | Alternatif | Anestesi Umum atau Regional | |  | |
|  | | | | | |
| 4 | Tindakan Kedokteran | **Sedasi (Ringan, Sedang, Dalam)** | |  | |
| A | Tatacara | Memasukkan obat anestesi atau sedasi melalui otot, vena, atau rektum, hingga tercapai derajat sedasi yang diharapkan | |  | |
| B | Tujuan | Menenangkan/menidurkan pasien untuk memfasilitasi tindakan medis/ operasi | |  | |
| C | Risiko | Depresi napas, hematoma, reaksi alergi, mempengaruhi kerja jantung pada pasien sakit berat, aspirasi | |  | |
| D | Komplikasi | Pusing, mual, muntah, menggigil, halusinasi, amnesia retrograd, infeksi lokasi penyuntikan, gangguan orientasi dan fungsi motorik, komplikasi akibat pemasangan pipa endotrakeal pada sedasi dalam. | |  | |
|  | | | | | |
| 5 | Prognosis | Bergantung kondisi pasien (usia, berat ringannya penyakit, besar kecilnya operasi, lamanya operasi) | |  | |
| 6 | Lain-lain | * Bahwa semua pengobatan/tindakan kedokteran memiliki risiko atau komplikasi baik yang telah dijelaskan maupun yang belum dijelaskan termasuk namun tidak terbatas pada: reaksi alergi, efek samping obat, perdarahan, kelainan pembekuan darah, sumbatan darah/cairan pada pembuluh organ vital (jantung/paru), henti jantung, infeksi, perubahan tekanan darah, kerusakan otak/saraf, kelumpuhan, cacat, hilangnya sebagian/seluruh fungsi tubuh, kematian pasien * Bahwa demi menyelamatkan jiwa pasien, dapat dilakukan pengobatan/tindakan kedokteran tambahan, termasuk namun tidak terbatas pada: transfusi darah, perluasan operasi, penambahan jenis obat maupun teknik anestesi, konsultasi/bantuan dokter lain, perawatan dan tindakan di ruang intensif (ICU/NICU) * Bahwa merupakan tanggung jawab pasien/keluarga untuk memberikan informasi secara jujur mengenai riwayat penyakit yang dideritanya termasuk obat-obatan yang dikonsumsi termasuk namun tidak terbatas pada: pengencer darah, narkotika, minuman keras * Bahwa tidak ada jaminan atau janji janji yang diberikan sehubungan dengan hasil dari segala pengobatan/tindakan kedokteran/perawatan | |  | |
|  | | | | | |
|  | | | Tanda tangan | Saksi | |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya, .........................................., telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas serta memberikan kesempatan bertanya dan atau berdikusi | | |  |  | |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya/keluarga pasien ................................ telah menerima dan memahami segala informasi sebagaimana di atas yang telah diberi tanda/paraf di kolom kanannya serta telah diberi kesempatan bertanya dan atau berdikusi | | |  |  | |
| * Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat | | | | | |
| **PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN** | | | | |
| Yang bertandatangan di bawah ini:  Nama/Umur : ................................................................................................. / ............ tahun, laki-laki/perempuan\*  Alamat : ............................................................................................................................................................  No. KTP/SIM/ID : ............................................................................................................................................................  Dengan ini menyatakan PERSETUJUAN untuk dilakukannya tindakan ........................................................................  Terhadap : saya/suami/istri/anak/keluarga saya\*  Nama : ................................................................................................./ ............ tahun, laki-laki/perempuan\*  Nomor RM : ...................................................  Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut 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 ALLAH SWT, Tuhan Yang Maha Esa. | | | | |
| Tangerang, ......./......./............ jam ..................  Yang menyatakan Saksi 1 Saksi 2      (............................................) (...........................................) (............................................) | | | | |
| \* Coret yang tidak perlu | | | | |

|  |
| --- |
| **PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN** |
| Yang bertandatangan di bawah ini:  Nama/Umur : ................................................................................................. / ............ tahun, laki-laki/perempuan\*  Alamat : ............................................................................................................................................................  No. KTP/SIM/ID : ............................................................................................................................................................  Dengan ini menyatakan PENOLAKAN untuk dilakukannya tindakan ............................................................................  Terhadap : saya/suami/istri/anak/keluarga saya\*  Nama : ................................................................................................./ ............ tahun, laki-laki/perempuan\*  Nomor RM : ...................................................  Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan. Saya bertanggungjawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut. |
| Tangerang, ......./......./............ jam ..................  Yang menyatakan Saksi 1 Saksi 2  (............................................) (...........................................) (............................................) |
| \* Coret yang tidak perlu |