



INFORMASI TINDAKAN SEDASI / ANESTESI

Dokter Pelaksana Tindakan / Pemberi informasi			
Penerima Informasi / pemberi persetujuan *		1.Nama : 2.Nama :	
NO.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (√)
1.	Diagnosis (WD & DD)	Status fisik ASA	
2.	Dasar Diagnosis	Klinis : Laboratorium : Radiologi : EKG :	
3.	Tindakan Kedokteran	Anestesi / Pembiusan : 1.Umum : <input type="checkbox"/> Intubasi <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> TIVA 2.Regional : <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Epidural 3.Sedasi Sedang / Sedasi Dalam	
4.	Indikasi dan tujuan Tindakan	Memfasilitasi operasi, menghilangkan rasa sakit saat operasi	
5.	Tata Cara		
6.	Risiko	<input type="checkbox"/> Shock <input type="checkbox"/> Henti jantung <input type="checkbox"/> Meninggal dunia di meja operasi	
7.	Komplikasi	<input type="checkbox"/> 1. SEDASI / Bius umum <input type="checkbox"/> Sistem pernafasan : kejang dan penyempitan jalan nafas,kekurangan kadar O ₂ dalam darah,kelebihan atau kekurangan CO ₂ dalam darah,aspirasi pneumonia/masuknya isi lambung kedalam saluran nafas/paru. <input type="checkbox"/> Jantung dan pembuluh darah : tekanan darah naik, tekanan darah turun,gangguan irama jantung sampai henti jantung. <input type="checkbox"/> Sistem syaraf :kejang,bangun lambat,trauma saraf tepi. <input type="checkbox"/> Tindakan intubasi : gigi patah,luka mulut,perdarahan <input type="checkbox"/> Suhu tubuh naik/turun <input type="checkbox"/> Efek merugikan obat dan alergi : syok anafilatik sampai meninggal dunia. <input type="checkbox"/> Cedera akibat posisi saat operasi. <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Perut kembung <input type="checkbox"/> Suara serak <input type="checkbox"/> 2. Bius regional : spinal/epidural <input type="checkbox"/> Komplikasi segera : <input type="checkbox"/> penurunan tekanan darah <input type="checkbox"/> anestesi spinal total (penurunan kesadaran,penurunan denyut jantung,nafas berhenti) <input type="checkbox"/> Reaksi toksik (kejang,henti jantung) <input type="checkbox"/> Reaksi alergi (syok anafilatik sampai meninggal dunia) <input type="checkbox"/> Komplikasi lanjutan <input type="checkbox"/> Nyeri kepala <input type="checkbox"/> Infeksi <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Nyeri punggung <input type="checkbox"/> Tidak bisa berkemih <input type="checkbox"/> Cedera saraf <input type="checkbox"/> Perdarahan </div>	
8.	Prognosis		
9.	Alternatif & Risiko		
10.	Lain – lain		
Dengan ini saya selaku dokter Anestesi telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi.			Tanda Tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.			Tanda Tangan

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



PERSETUJUAN TINDAKAN SEDASI / ANESTESI

Setelah mendapat informasi mengenai tindakan anestesi, maka saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
 Umur : Jenis kelamin*: L/P
 Alamat :
 No.Kartu Identitas :

Menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan sedasi / anestesi berupa :

Anestesi Umum Anestesi Spinal Anestesi Epidural Anestesi Blok Peripheral
 Sedasi Sedang Sedasi Dalam

Terhadap pasien :
 Nama :
 Tanggal Lahir :
 No.Rekam Medis :
 Diagnosis :
 Tindakan :

Saya menyatakan dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan bahwa :

1. Saya telah membaca penjelasan secara teliti tentang tindakan anestesi yang diberikan, mengerti, dan menyetujui penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan termasuk kemungkinan komplikasi yang mungkin terjadi serta kelebihan atau kelemahan dari setiap jenis pilihan pembiusan yang dapat dilakukan, serta telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi dengan dokter.
2. Saya menyadari bahwa pelayanan di Rumah Sakit ini merupakan suatu kerja team (termasuk dokter dan penata anestesi) dan bahwasanya anestesi untuk tindakan operasi ini akan dilakukan dibawah pengawasan dokter.....
3. Saya mengerti bahwa tindakan anestesi mengandung beberapa resiko, termasuk perubahan tekanan darah, reaksi obat (alergi), henti jantung, kerusakan otak, kelumpuhan, kerusakan saraf serta komplikasi lain yang juga mungkin terjadi, bahkan kematian;
4. Saya mempunyai kewajiban untuk memberitahukan kepada dokter mengenai semua penyakit dan obat yang saya/pasien minum seperti aspirin, pengencer darah, kontrasepsi, obat-obat flu, narkotik, marijuana, kokain, dll, mengingat hal tersebut dapat menimbulkan komplikasi bagi anestesi maupun pembedahan.
5. 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 Tuhan Yang Maha Esa.

Berdasarkan hal-hal tersebut diatas, saya menjamin sepenuhnya bahwa tindakan saya untuk menyetujui tindakan anestesi diatas adalah untuk mewakili kepentingan saya/pasien dan keluarga pasien, dan saya bertanggung jawab sepenuhnya apabila terdapat pihak lain yang mengajukan keberatan atas persetujuan ini.

Demikian surat persetujuan dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun juga.

Pangkalan Bun,.....

Yang membuat pernyataan,

Pasien/Orang Tua/Suami/Istri/Wali/Saudara *

Saksi Pihak Keluarga,

.....

.....

Dokter,

Saksi Pihak RS,

.....

.....

*Lingkari sesuai pilihan