








 RSUD M. NATSIR		INFORMED CONSENT TINDAKAN ANESTESI		
		No Dokumen 445/ 011 /SOP/PAB/2022	No Revisi 01	5 Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 02 April 2022	Ditetapkan Direktur  <u>dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD.FINASIM</u> NIP.19710514 200212 2 002		
PENGERTIAN	<p>Persetujuan dari setiap pasien atau keluarga yang diberikan secara bebas, rasional, tanpa paksaan terhadap tindakan pembiusan (anestesi) yang akan dilakukan setelah mendapatkan informasi yang cukup terkait tindakan pembiusan, mulai dari prosedur serta risiko yang dapat timbul selama dan sesudah operasi, dimana persetujuan tersebut telah disepakati oleh pasien atau keluarga bersama dengan dokter yang merawat dan didokumentasikan ke dalam formulir persetujuan.</p>			
TUJUAN	<p>Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuuk Menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan yang tepat, aman, efektif, efisien dan kompeten dalam pelaksanaannya.</p>			
KEBIJAKAN	<p>a. Kebijakan Direktur RSUD Mohammad Natsir nomor No. 445/01/PAB/2022 tentang kebijakan pelayanan anestesi dan sedasi di rumah sakit umum daerah mohammad natsir tahun 2022</p> <p>b. Kebijakan Direktur RSUD Mohammad Natsir nomor 445/02/PAB/2022 tentang panduan pelayanan anestesi dan sedasi</p>			
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tulislah nama dari dokter yang melakukan evaluasi pra-anestesi, yang meminta persetujuan dan yang akan melakukan tindakan anestesi. Evaluasi Pra-anestesi dilakukan dari ruangan asal pasien. 2. Tulis nama dokter DPJP dalam kolom pernyataan setelah pasien diberikan penjelasan mengenai risiko dan metode alternatif dari pembiusan yang akan diberikan. 			

INFORMED CONSENT TINDAKAN ANESTESI			
 RSUD M. NATSIR	No Dokumen 445/ 011 /SOP/PAB/2022	No Revisi 01	5 Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 02 April 2022	Ditetapkan Direktur  <u>dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD.FINASIM</u> NIP.19710514 200212 2 002	
<ol style="list-style-type: none"> 3. Tulis tanggal, bulan dan tahun dilakukan persetujuan tindakan pembiusan setelah pasien menyadari penjelasan mengenai komplikasi, kondisi yang tak terduga dan hasil yang diperoleh dari tindakan yang akan dilakukan. 4. Beri tanda tangan dan nama terang orang yang membuat pernyataan. 5. Beri tanda tangan dan nama terang dokter yang memberikan informasi sehingga pasien/keluarga setuju untuk dilakukannya tindakan pembiusan. 6. Beri tanda tangan dan nama terang saksi medis (bisa perawat) yang menyaksikan pemberian informasi sehingga pasien/keluarga setuju untuk dilakukannya tindakan medis. 7. Beri tanda tangan dan nama terang saksi dari keluarga yang menyaksikan pemberian informasi sehingga pasien/keluarga setuju untuk dilakukannya tindakan pembiusan 8. Apabila pasien hanya datang sendiri, maka persetujuan tindakan pembiusan dilakukan hanya oleh pasien tanpa ada saksi dari keluarga, maka pada tanda tangan dan nama terang saksi dari keluarga diisi keterangan bahwa pasien datang sendiri kerumah sakit. 9. Apabila pasien tidak dapat memberikan persetujuan karena alasan tertentu (dalam keadaan tidak sadar, pasien anak-anak atau alasan lain) maka pemberi persetujuan diberikan oleh kerabat dekat pasien, misal orang tua, pasangan, anggota keluarga terdekat atau wali dari pasien. 10. Pilihlah pada <i>form</i> tersebut hubungan yang akan menandatangani <i>form</i> dengan pasien, dengan mencoret yang tidak perlu serta menulis nama pasien yang akan dilakukan tindakan. 11. Tulis identitas lengkap pembuat pernyataan atas persetujuan pembiusan sesuai dengan yang tertera dalam formulir. 12. Beri tanda tangan dan nama terang orang yang membuat 			

 RSUD M. NATSIR		INFORMED CONSENT TINDAKAN ANESTESI		
		No Dokumen 445/ 011 /SOP/PAB/2022	No Revisi 01	5 Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 02 April 2022	Ditetapkan Direktur  <u>dr. Elvi Fitranetl, Sp.PD.FINASIM</u> NIP.19710514 200212 2 002		
	pernyataan setelah memastikan telah diberikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien. 13. Beri tanda tangan dan nama terang dokter yang memberikan informasi sehingga orang yang membuat pernyataan setuju untuk dilakukannya tindakan medis/operasi. 14. Beri tanda tangan dan nama terang saksi medis (bisa perawat/bidan) yang menyaksikan pemberian informasi sehingga orang yang membuat pernyataan setuju untuk dilakukannya tindakan medis/operasi. 15. Beri tanda tangan dan nama terang saksi dari keluarga yang menyaksikan pemberian informasi sehingga orang yang membuat pernyataan setuju untuk dilakukannya tindakan Pembiusan			
UNIT TERKAIT	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instalasi Gawat Darurat / IGD ✓ Instalasi Rawat Inap / IRNA ✓ Instalasi Rawat Jalan / IRJ /Poliklinik ✓ Instalasi Radiologi / Radiologi Kedokteran Gigi 			

 <p>RSUD M. NATSIR</p>	INFORMED CONSENT TINDAKAN ANESTESI		
	No Dokumen 445/ 011 /SOP/PAB/2022	No Revisi 01	5 Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 02 April 2022	Ditetapkan Direktur  <u>dr. Elvi Fitranetl, Sp.PD.FINASIM</u> NIP.19710514 200212 2 002	