



RAWAT INAP RSUD SULTAN FATAH

**PERSETUJUAN / PENOLAKAN*
TINDAKAN KEDOKTERAN**

Nama : NO. RM : 332103500056519
Tgl Lahir : No Reg : RG2024D0009281
No RM : Nama : MUKHSONIAH ADIRA
Umur : AZZAHRA
Jenis Kelamin : TTL : 04-03-2016 / 8th 1bl 26hr
No Register : Tanggal : 27-04-2024 15:56:51
Nama DPJP : DPJP : dra. SYARIFAH NOVA
Nama PPJP/Katim : SEP : Belum Ada SEP
No Antrian :

AVENDER

NAMA TINDAKAN :.....Insisi drainage + Necrotomy Debridement.....

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan : drg. Syarifah Nova Amiza Zam, Sp.BM., PhD

Pemberi Informasi : *dr. Putri Kusuma.*

Penerima Informasi/Pemberi Persetujuan :

Diberikan pada tanggal / jam : *27-04-2024 / 14:30*

No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	Tanda (✓) / paraf Penerima informasi
1	Diagnosa (Diagnosa Kerja & Diagnosa Banding)	Abses Necrotizing Fascitis	✓
2	Kondisi Pasien	Compos Mentis	✓
2	Dasar Diagnosa	Klinis Radiologis	✓
3	Tindakan Kedokteran	Insisi drainage + necrotomy debridement	✓
4	Indikasi Tindakan	Terapeutik	✓
5	Tata Cara : Anestesi Lokal	Asepsis Antiseptik – Injeksi anestesi local – pembuatan insisi – diseksi – pembuangan tulang yang menutupi – pembelahan dan pengambilan gigi – kuretase – penghalusan tulang - penjahitan	✓
6	Tujuan	Pengobatan / Source control	✓
7	Risiko	Nyeri, Pembengkakan, perdarahan, sakit, sariawan, laserasi sudut mulut, hematoma	✓
8	Komplikasi	Perdarahanm Infeksi sekunder, dehiscence, dry socket, osteomyelitis, fraktur rahang	✓
9	Prognosis	Ad bonam	✓
10	Alternatif & Risiko	Tidak ada	✓
11	Lain – lain	Tidak ada	✓

Tanda tangan Dokter

TTD & Nama terang

Tanda tangan

Penerima Infomasi

TTD & Nama terang

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal – hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya

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



PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya,

Nama : UMI M. P.
Umur : 36 thntahun, laki-laki / perempuan*
Alamat : Basosari, Gunung, Demak

Dengan ini menyatakan **SETUJU** untuk dilakukan tindakan operasi pada sisi.....
Thadap saya /Ayah/Ibu/Anak/Keluarga saya.

Nama : Mukhsanah adra Azzahra
Umur : 8 thntahun, laki-laki / perempuan*
Alamat : Basosari, Gunung, Demak

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 Tuhan Yang Maha Esa, oleh sebab itu saya membebaskan **RSUD Sultan Fatah/Dokter/Petugas Lainnya** dari tanggung jawab hukum apabila akibat atau risiko yang tidak diharapkan benar-benar terjadi dikemudian hari.

Demak, tanggal 27-04-2024 Jam 14.30 WIB
Saksi,

Yang menyatakan,

[Signature]
(.....)
Tanda tangan dan nama terang

(.....) (.....)
Tanda tangan dan nama terang Tanda tangan dan nama terang

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya,

Nama :
Umur :tahun, laki-laki / perempuan*
Alamat :

Dengan ini menyatakan **TIDAK SETUJU** untuk dilakukan tindakanpada sisi.....
Thadap saya /Ayah/Ibu/Anak/Keluarga saya.

Nama :
Umur :tahun, laki-laki / perempuan*
Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul, oleh sebab itu saya membebaskan **RSUD Sultan Fatah/Dokter/Petugas Lainnya** dari tanggung jawab hukum apabila akibat atau risiko yang tidak diharapkan benar-benar terjadi dikemudian hari.

Demak, tanggal.....Jam..... WIB
Saksi,

Yang menyatakan,

(.....)
Tanda tangan dan nama terang

(.....) (.....)
Tanda tangan dan nama terang Tanda tangan dan nama terang



RAWAT INAP RSUD SULTAN FATAH

NO RM : 332103500056519
No Reg : RG2024D0009281
Nama : MUKHSONIAH ADIRA
AZZAHRA
TTL : 04-03-2016 / 8th 1bl 26hr
Tanggal : 27-04-2024 15:56:51
DPJP : dra. SYARIFAH NOVA
SEP : Belum Ada SEP
No Antran :

P)

**PERSETUJUAN / PENOLAKAN
TINDAKAN ANESETESI UMUM /
ANESETESI REGIONAL**

Nama Pasien
Tanggal Lahir/ Umur
Nomor Rekam Medis
Nomor Induk Kependudukan
Tanggal Masuk
Nama DPJP
Nama PPJA

(Tempel)

Dokter Pelaksana Tindakan	dr. Bayu Sp. An.		
Pemberi Informasi	dr. Putri Kusuma.		
Penerima Informasi			
NO.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1.	Diagnosis	ASA ASA 1	
2.	Dasar Diagnosis	<input type="checkbox"/> Anamnesis, <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik, <input checked="" type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium radiologi, EKG, USG, MRI, dll.	
3.	Tindakan Kedokteran	Anestesi Umum / Anestesi Regional	
4.	Indikasi Tindakan	Memfasilitasi prosedur medis meliputi prosedur, medikasi, diagnostik, terapeutik	
5.	Tata Cara	A. Anestesi Umum TIVA : Menyuntikan obat sedasi melalui pembuluh darah vena yang telah terpasang infus Facemask : pemberian gas anestesi melalui sungkup muka LMA : pemberian gas anestesi melalui sungkup laring ET / pemberian gas anestesi melalui Endo Trakheal B. Anestesi Regional Spiral : Menyuntikan obat anestesi ke ruang sub arakhnoid melalui punggung Spiral : Menyuntikan obat anestesi ke ruang sub arakhnoid melalui punggung Kaudal : Menyuntikan obat anestesi ke ruang epidural melalui punggung bawah Blok Perifer : Menyuntikan obat anestesi di sekitar persyaratan daerah operasi	✓
6.	Manfaat & Tujuan	Menghilangkan nyeri, memberi rasa nyaman, membuat rileks dan tidur.	
7.	Risiko	A. Anestesi Umum Nyeri saat penyuntikan, aspirasi, mual muntah, reaksi alergi, gigi lepas, laserasi oral, sulit menelan, nyeri tenggorok, prosedur berulang, prosedur gagal. B. Anestesi Regional Nyeri saat penyuntikan, mual muntah, reaksi alergi, kesemutan, baal, prosedur berulang, prosedur gagal.	
8.	Komplikasi	1. Sistem saraf : intoksikasi obat anestesi lokal, refleks vagal, halusinasi, kejang, lumpuh, stroke. 2. Sistem jantung dan pembuluh darah : perubahan ekstrim tekanan darah, perubahan ekstrim denyut dan irama jantung, syok, henti jantung. 3. Sistem pernafasan : kadar oksigen darah rendah, kadar zat asam darah tinggi, kejang otot saluran nafas, gagal nafas, henti nafas. 4. Lain-lain : perubahan ekstrim suhu tubuh, lama pulih sadar, reaksi transfusi. 5. Meninggal dunia	
9.	Prognosis	Baik/Buruk/Sulit di tentukan.	
10.	Alternatif	Tehnik anestesi dapat diubah sepihak oleh dokter pelaksana anestesi karena adanya halangan/hambatan mendadak/darurat atau perubahan kondisi pasien.	
11.	Lain-lain	Pemberian obat anti nyeri paska tindakan anestesi melalui suntikan ke pembuluh darah/otot/mulut/rektal.	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi.			Tanda Tangan Dokter dr. Bayu Sunarto, Sp. An NIK. 302031104.....
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter, sebagaimana di atas yang saya beri tanda (V) / paraf di kolom kanannya dan telah memahaminya.			Tanda Tangan Penerima Informasi 3 CINA-M-R

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



PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN ANESTESI UMUM / ANESTESI REGIONAL

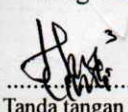



Yang bertanda tangan di bawah ini :

I. Nama Pasien : Mukhsanih Arita Azzahra Nomor Rekam Medis :
 Umur : 8 thn Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan*
 Alamat : Bojosari, Guntur, Demak

II. Dengan ini menyatakan SETUJU untuk dilakukan tindakan ANESTESI UMUM / ANESTESI REGIONAL
 Nama : Lili Muna W. Wiratun Rahyan
 Hubungan dengan pasien : Pasien sendiri / Suami / Istri / Anak / Ayah / Ibu*, lain - lain
 Umur : 36 thn Tahun, Jenis Kelamin : Laki - laki / Perempuan*
 Alamat : Bojosari, Guntur, Demak

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 tergantung kepada Tuhan Yang Maha Esa, oleh sebab itu saya membebaskan RSUD Sultan Fatah/Dokter/Petugas Lainnya dari tanggung jawab hukum apabila akibat atau resiko yang tidak diharapkan benar - benar terjadi dikemudian hari.

Hari Sabtu, Tanggal 27-04-2024 Pukul 14.30 WIB.

Yang menyatakan*  (.....) Tanda tangan & Nama terang	Dokter  <u>dr. Agus Sunartejo, Sp.An</u> <u>NK. 202005 1034</u> (.....) Tanda tangan & Nama terang	Saksi  (.....) Tanda tangan & Nama terang	Saksi  (.....) Tanda tangan & Nama terang
--	--	---	---

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN ANESTESI UMUM / ANESTESI REGIONAL

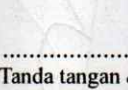
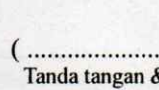


Yang bertanda tangan dibawah ini :

I. Nama Pasien : Nomor Rekam Medis :
 Umur : Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan*
 Alamat :

II. Dengan ini menyatakan SETUJU untuk dilakukan tindakan ANESTESI UMUM / ANESTESI REGIONAL
 Nama :
 Hubungan dengan pasien : Pasien sendiri / Suami / Istri / Anak / Ayah / Ibu*, lain - lain
 Umur : Tahun, Jenis Kelamin : Laki - laki / Perempuan*
 Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya. Termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Oleh sebab itu saya membebaskan RSUD Sultan Fatah/Dokter/Petugas Lainnya dari tanggung jawab hukum apabila tindakan yang tidak saya setuju terdapat resiko yang tidak diharapkan benar - benar terjadi dikemudian hari.

Hari, Tanggal, Pukul WIB.

Yang menyatakan*  (.....) Tanda tangan & Nama terang	Dokter  (.....) Tanda tangan & Nama terang	Saksi  (.....) Tanda tangan & Nama terang	Saksi  (.....) Tanda tangan & Nama terang
--	--	---	---