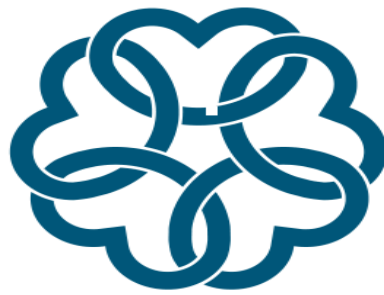


PANDUAN
DO NOT RESUSCITATE (DNR)



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatNya Panduan *Do not resuscitate* (DNR) di Rumah Sakit Dharma Nugraha dapat diselesaikan sesuai dengan kebutuhan.

Do not resuscitate (DNR) adalah perintah untuk tidak melakukan resusitasi kepada pasien karena permintaan pasien dan atau keluarga terhadap pasien yang memerlukan tindakan resusitasi. DNR merupakan hak pasien dan keluarga, oleh karena itu kewajiban staf medis adalah menghormati hak pasien dan keluarga tersebut

Panduan *Do not resuscitate* adalah sebagai acuan bagi dokter, perawat, petugas kesehatan di Rumah Sakit Dharma Nugraha dalam menghadapi pasien atau keluarga pasien yang memutuskan untuk menolak untuk dilakukan resusitasi, bila pernafasan maupun jantung pasien berhenti.

Panduan ini akan dievaluasi kembali untuk dilakukan perbaikan / penyempurnaan sesuai perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan atau bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi di rumah sakit.

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak, yang dengan segala upaya telah berhasil menyusun Panduan *Do not resuscitate* (DNR) untuk dijadikan acuan dalam pelayanan di RS Dharma Nugraha

Jakarta ,12 April 2023

Direktur

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular logo. The logo contains the text 'Dharma Nugraha Hospital Est. 1996' in blue and green colors.

dr. Agung Darmanto Sp.A

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I DEFINISI.....	1
BAB II RUANG LINGKUP	4
BAB III TATA LAKSANA	
A. Konsep	9
B. Prinsip.....	10
C. Keputusan Dini/Awal.....	12
D. Kondisi dan Keberadaan Dilakukan DNR.....	15
E. Keputusan DNR Pada Pasien Dewasa.....	17
F. Keputus DNR da Transfer Pasien.....	20
G. Instruksi DNR pada Pasien Di Luar Rumah Sakit.....	20
H. Penatalaksanaan.....	21
I. Peninjauan Ulang mengenai Keputusan DNR.....	23
J. Pembatalan Keputusan DNR.....	23
K. Penggunaan Gelang DNR.....	24
BAB IV DOKUMENTASI.....	25

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR
NOMOR 002/PER-DIR/RSDN/IV/ 2023
TENTANG HAK PASIEN DAN
KELUARGA DI RS DHARMA
NUGRAHA

PANDUAN PENOLAKAN RESUSITASI (DNR/ Do Not Resusitasi)

BAB I

DEFINISI

1. **DNR (Do Not Resusitate)** adalah perintah untuk tidak melakukan resusitasi kepada pasien karena permintaan pasien dan atau keluarga dalam melakukan resusitasi. Hal ini berarti dokter, perawat dan blue team tidak melakukan CPR (Cardio Pulmonary Resuscitation), bila pernafasan maupun jantung berhenti.
2. **Henti jantung** adalah suatu kondisi dimana terjadi kegagalan jantung secara mendadak untuk mempertahankan sirkulasi yang adekuat.

Hal ini dapat disebabkan oleh fibrilasi ventrikel, asistol atau pulseless electrical activity (PEA)

- a. Untuk memperoleh RJP yang efektif , resusitasi harus dimulai sesegera mungkin (<3 menit setelah kejadian henti jantung)
 - b. Jika pasien ditemukan tidak bernafas , tidak adanya denyut nadi dan pupil dilatasi maksimal, hal ini bukanlah kejadian henti jantung dan tidak perlu dilakukan tindakan resusitasi .
3. **Resusitasi Jantung – Paru (RJP)** didefinisikan sebagai suatu sarana dalam memberikan bantuan hidup dasar dan lanjut kepada pasien yang mengalami henti nafas atau henti jantung RJP diindikasikan untuk pasien yang tidak sadar, tidak bernafas , dan yang tidak menunjukkan adanya tanda-tanda sirkulasi , dan tidak tertulis instruksi DNR di rekam medisnya.
 4. Resusitasi adalah suatu keadaan yang memerlukan tindakan cepat untuk membantu pasien karena keadaan yang mengancam jiwa diakibatkan kegagalan sirkulasi. Pada umumnya disebut RJP (Resusitasi Jantung PARU) atau disebut juga CPR (Cardio Pulmonary Resuscitation)

5. CPR merupakan tindakan resusitasi dengan tujuan untuk mengembalikan fungsi jantung (sirkulasi / ritme jantung) dan pernafasan secara spontan. .
6. CPR dilakukan dengan dua cara yaitu dari mulut kemulut atau dari mulut kehidung (melibatkan ventilasi paru) dan gerakan yang lain adalah melakukan kompresi dinding dada secara bergantian dengan periode waktu tertentu untuk mempertahankan perfusi ke jaringan organ vital.
7. Kelanjutan dalam CPR ini dapat menggunakan alat bantu seperti alat bantu napas (ventilator) dengan pemasangan ETT (Endo Tracheal Tube), alat kejut jantung (DC Shock), dan obat-obatan untuk mempertahankan sirkulasi jantung dan ke perfusi jaringan organ vital dan untuk kasus ekstrim dilakukan bedah thorak.
8. **Informed Consent** adalah suatu bagian dari komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien tentang tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter dengan menjelaskan segala sebab akibat apabila tindakan akan dilakukan dan akibat tindakan tidak dilakukan. Penolakan pasien untuk resusitasi / Perintah DNR pasien harus menggunakan Informed Consent dalam catatan medis pasien. Keluarga dan dokter harus menandatangani formulir Informed Consent tersebut.
9. Bila kasus terjadi di rumah, maka perintah DNR karena penolakan resusitasi dari keluarga dan pasien tenaga medis / petugas emergensi tidak boleh melakukan resusitasi maupun transfer ke rumah sakit.
10. **Formulir Penolakan** adalah suatu pernyataan tentang penolakan tindakan medis setelah mendapat penjelasan dari dokter dengan menandatangani formulir Penolakan tindakan medis yang akan dilakukan.
11. **Tindakan Do Not Resusitasi (DNR)** adalah suatu tindakan dimana jika pasien mengalami henti jantung dan atau nafas, paramedic tidak akan dipanggil dan tidak akan dilakukan usaha resusitasi jantung-paru dasar maupun lanjut.
 - a. Jika pasien mengalami henti jantung atau nafas , lakukan asmen segera untuk mengidentifikasi penyebab dan memeriksa posisi pasien , potensi jalan nafas dan sebagainya. Tidak perlu melakukan usaha bantuan hidup dasar maupun lanjut.

- b. DNR tidak berarti semua tatalaksana/penanganan aktif terhadap kondisi pasien diberhentikan. Pemeriksaan dan penanganan pasien (misalnya terapi intravena, pemberian obat-obatan) tetap dilakukan pada pasien DNR.
 - c. Semua perawatan mendasar harus terus dilakukan, tanpa kecuali.
12. **Fase/kondisi terminal penyakit** adalah kondisi yang disebabkan oleh cedera atau penyakit, yang menurut perkiraan dokter atau tenaga medis lainnya tidak dapat disembuhkan dan bersifat ireversibel, dan dimana pengaplikasian terapi untuk memperpanjang/mempertahankan hidup hanya akan berefek dalam memperlama proses penderataan/sekarat pasien.
 13. **Pelayanan paliatif** adalah pemberian dukungan emosional dan fisik untuk mengurangi nyeri/penderitaan pasien. Hal ini termasuk : pemberian nutrisi, hidrasi dan kenyamanan, kecuali instruksi spesifik untuk menunda pemberian nutris/hidrasi
 14. **Formulir Instruksi DNR di Luar Rumah Sakit yang Valid** adalah formulir tertulis yang dinyatakan valid jika terisi lengkap dan ditandatangani oleh pasien/wali sah nya dan dokter penanggungjawab pasien. Fotocopy yang dilegalisir dianggap sah dan berlaku.
 15. **Gelang DNR** adalah gelang pengenalan yang berarti bahwa pemakaiannya memiliki instruksi DNR yang valid. Gelang ini harus telah disetujui oleh pemerintah setempat, resmi mudah dikenali, dan khusus/khas. Dipakai di pergelangan tangan atau kaki. Gelang harus dikenali oleh Tim Kegawatdaruratan Medis dan petugas kesehatan lainnya.

BAB II

RUANG LINGKUP

Keputusan menolak pelayanan resusitasi serta melanjutkan atau menolak pengobatan bantuan hidup dasar merupakan keputusan paling yang sulit yang dihadapi oleh pasien, keluarga, PPA dan rumah sakit. Tidak satupun proses yang dapat mengantisipasi semua situasi keputusan perlu dibuat. Oleh karena itu rumah sakit untuk mengembangkan panduan dalam keputusan tentang DNR

Panduan ini meliputi:

1. Rumah sakit harus mematuhi peraturan perundang-undangan yang terkait dengan keputusan DNR
2. Rumah sakit memastikan sesuai dengan norma agama dan budaya
3. Mencakup keputusan sewaktu dalam pelayanan/ berjalan dapat berubah
4. Memandu seluruh PPA melalui isu hukum dan etik dalam melaksanakan menunda atau melepas bantuan hidup dasar.
5. Rumah sakit mengembangkan dengan melibatkan banyak profesi dari berbagai sudut pandang
6. Rumah sakit menetapkan tanggung jawab masing-masing pihak dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien.

A. Penanggung Jawab

1. Penanggung jawab keputusan DNR diberikan kepada ketua tim pelayanan / DPJP yang berkoordinasi dengan tim lainnya dan bekerjasama dengan pelayanan medis rumah sakit.
2. Manager Pelayanan Medis, memastikan setiap staf/petugas mengetahui dan mematuhi kebijakan ini, serta memastikan dilakukannya audit kebijakan DNR
3. Staf/Petugas Rumah Sakit , semua staf terlibat dalam pengambilan keputusan tindakan DNR dan resusitasi memahami dan menerapkan kebijakan ini. Penyimpangan – penyimpangan yang terjadi selama proses ini berlangsung harus dilaporkan pada berkas/formulir insiden sesuai dengan algoritma yang berlaku.

B. Pengambilan Keputusan untuk DNR

1. Beberapa kondisi medis yang membutuhkan anestesi untuk intervensi operatif pada pasien keputusan DNR adalah :

- a. Alat bantu asupan nutrisi (misalnya *feeding tube*)
- b. Pembedahan segera untuk kondisi yang tidak berhubungan dengan penyakit kronis pasien (misalnya apendisitis akut)
- c. Pembedahan segera untuk kondisi yang berhubungan dengan penyakit kronis pasien tetapi tidak dianggap sebagai suatu bagian dari proses terminal penyakitnya (misalnya ileus obstruktif)
- d. Prosedur untuk mengurangi nyeri (misalnya operasi fraktur kolum femur)
- e. Prosedur untuk menyediakan akses vascular

2. Pada situasi emergensi

- a. Tidak selalu ada cukup waktu untuk melakukan peninjauan ulang mengenai keputusan DNR sebelum melakukan anestesi, pembedahan atau resusitasi.
- b. Akan tetapi , harus tetap dilakukan usaha untuk mengklarifikasi adanya keputusan DNR dini / awal yang telah dibuat sebelumnya (jika memungkinkan)

3. Fase pre – operatif

- a. Lakukan diskusi antara pasien/wali sah, keluarga , anesthesiologi, dokter bedah, dokter penanggungjawab pasien, dan perawat.
- b. Lakukan asesmen mengenai
 - 1) Kondisi medis pasien, termasuk status mental dan kompetensi pasien
 - 2) Intervensi pembedahan yang diperlukan
 - 3) Riwayat keputusan DNR sebelumnya , termasuk ;
 - 4) Keputusan pertama yang dibuat adalah mengenai apakah pasien ini perlu menjalani anestesi dan pembedahan (pertimbangan dari sudut pandang pasien, keluarga dokter bedah, dan anesthesiologi)

- 5) Jika pembedahan dianggap perlu, tentukan batasan - batasan tindakan resusitasi apa saja yang dapat dilakukan di fase peri-operatif , lakukan komunikasi yang efektif, detail, dan terbuka dengan pasien, keluarga dan atau wali sah pasien.
- 6) Jika keputusan DNR telah dibuat dan disepakati , harus dicatat di rekam medis pasien, ditandatangani oleh pihak- pihak yang terlibat, dan cantumkan tanggal keputusan dibuat.
- 7) Lakukan prosedur pembedahan segera setelah keputusan dibuat dan kondisi medis pasien memungkinkan untuk menjalankan pembedahan.

4. Fase Intra – operatif

- a. Keputusan DNR diaplikasikan selama pasien berada di kamar operasi
- b. Jika dilakukan pemberian premedikasi, haruslah sangat hati-hati untuk menghindari terjadinya perubahan status fisiologis pasien sebelum di transfer ke kamar operasi.
- c. Semua petugas kamar operasi harus mengetahui mengenai pilihan keputusan DNR yang diambil.
- d. Dokter bedah dan anestesiologi yang terlibat dalam konsultasi pre –operatif harus hadir selama prosedur berlangsung.

5. Fase pasca – operatif

- a. Pilihan keputusan DNR harus dikomunikasikan kepada petugas di ruang pemulihan
- b. Pilihan ini akan tetap berlaku hingga pasien dipulangkan/dipindahkan dari ruang pemulihan
- c. Keputusan DNR sebelumnya harus ditinjau ulang saat terjadi alih rawat pasien dari ruang pemulihan ke perawat di ruang rawat inap.
- d. Pada kasus tertentu, keputusan DNR dapat diperpanjang batas waktunya hingga pasien telah ditransfer ke ruang rawat inap pasca-operasi
- e. Harus ada rutin mengenai manajemen pasien dengan keputusan DNR yang dijadwalkan untuk menjalani operasi.

6. Keputusan DNR Pada Pediatrik

- a. Pada pasien anak (usia < 18 tahun) diskusikan dengan orang tua pasien
- b. Orang tua pasien harus mendapat informasi selengkap-lengkapya mengenai kondisi dan penyakit pasien, prosedur RJP, rekomendasi mengenai RJP dan DNR.
- c. Pertimbangkanlah juga kondisi emosional dan tumbuh kembang pasien anak.
- d. Instruksi DNR harus diberitahukan kepada orang tua pasien, kecuali pada kondisi berikut ini :
- e. Di Rekam medis harus tertulis hasil diskusi dokter dengan orang tua pasien. Keputusan harus ditandatangani oleh dokter, perawat yang terlibat, dan orang tua pasien.
- f. Pada kasus tertentu, dimana orang tua tetap meminta dilakukan RJP meskipun tim medis telah memberitahukan bahwa tindakan RJP ini membahayakan pasien/bersifat non – terapeutik, orang tua diperbolehkan mencari pendapat ekspertise lainnya (second opinion) atau (jika orang tua memninta) diperbolehkan melakukan transfer pasien jika kondisi pasien memungkinkan untuk transfer.
- g. Jika masih belum ditemukan kesepakatan antara tim medis dengan orang tua pasien, lakukanlah proses peninjauan ulang (review) oleh tim medis untuk menentukan apakah DNR perlu dilakukan atau tidak, seperti tercantum di bawah ini:**
 1. Tim medis harus menginformasikan bahwa terdapat kesepakatan diantara anggota timnya mengenai keputusan DNR pada pasien.
 2. Meminta pendapat dokter lain di luar tim medis pasien (second opinion) mengenai apakah RJP pada pasien ini bersifat non-terapeutik / membahayakan
 3. Jika secon opinion ini mendukung keputusan DNR , salah seorang anggota tim medis harus menghubungi komisi etik untuk menjadwalkan konsultasi etik.

4. Jika hasil dari konsultasi etik mendukung DNR, tim medis memberitahukan / melaporkan kepada kepala pelayanan medis dan lembaga hukum.
5. Jika kepala pelayanan medis setuju dan lembaga hukum menyatakan bahwa keterlibatan secara hukum tidak diperlukan , orang tua harus diberitahu bahwa keputusan DNR akan dituliskan di Rekam Medis pasien.
6. Jika orang tua masih tidak setuju dengan keputusan DNR ini, orang tua sebaiknya diberikan kesempatan dan bantuan untuk mentransfer pasien ke fasilitas lainnya yang bersedia untuk menerima pasien.
7. Jika tidak memungkinkan untuk mentransfer pasien , instruksi DNR akan dituliskan di rekam medis pasien.

h. Prinsip

1. Harus tetap ada anggapan untuk selalu melakukan resusitasi kecuali telah dibuat keputusan secara lisan dan tertulis untuk melakukan resusitasi (DNR).
2. Keputusan tindakan DNR ini harus dicatat di rekam medis.
3. Komunikasi yang baik sangatlah penting.
4. Dokter harus berdiskusi dengan pasien yang memiliki kemungkinan henti napas / jantung, mengenai tindakan apa yang pasien ingin tim medis lakukan jika hal ini terjadi.
5. Pasien harus diberikan informasi selengkap-lengkapny mengenai kondisi dan penyakit pasien, prosedur RJP dan hasil yang mungkin terjadi.
6. Tanggung jawab dalam mengambil keputusan DNR terletak pada konsultan / dokter umum yang bertanggung jawab atas pasien. Jika terdapat keraguan dalam mengambil keputusan, dapat meminta saran dari dokter yang lain.

BAB III

TATA LAKSANA

A. KONSEP

Resusitasi Jantung – Paru (RJP) didefinisikan sebagai suatu sarana dalam memberikan bantuan hidup dasar dan lanjutan kepada pasien yang mengalami henti nafas atau henti jantung. RJP diindikasikan untuk pasien yang tidak sadar , tidak berhafas dan yang tidak menunjukkan adanya tanda – tanda sirkulasi.

1. RJP merupakan suatu prosedur emergensi dan di rumah sakit biasanya telah dibentuk tim khusus yang terlatih dan berpengalaman dalam melakukan RJP.
2. Menurut statistic, tindakan RJP dilakukan sebanyak 1/3 dari 2 miliar kematian pasien yang terjadi di rumah sakit Amerika Serikat setiap tahunnya. Prosedur dari tindakan RJP ini dianggap berhasil merestorasi fungsi kardiopulmoner pasien.
3. Dari pasien – pasien yang dilakukan RJP, sebanyak 1/3-nya berhasil, dan 1/3 dari pasien – pasien yang berhasil ini dapat bertahan hingga pulang dari rumah sakit.
4. Tingkat keberhasilan RJP bergantung pada sifat dan derajat penyakit pasien.
5. Pada suatu studi di Rumah Sakit Boston , pasien dengan kanker lanjut yang telah bermetastetis tidak ada yang dapat bertahan hidup hingga pulang dari rumah sakit. Diantara pasien gagal hanya 2% yang bertahan hidup sampai pulang dari rumah sakit.
6. Biasanya pada pasien yang berhasil dilakukan RJP inisial tetapi meninggal sebelum pulang dari rumah sakit , hampir selalu di rawat di Ruang Insentif (*Intesive Care Unit –ICU*)
7. Pada suatu studi lainnya, menyatakan bahwa sekitar 11% pasien yang berhasil dilakukan RJP inisial akan mengalami RJP ulang minimal 1 kali selama masa perawatannya di rumah sakit.
8. Biasanya pasien RJP yang berhasil bertahan hidup dan pulang dari rumah sakit tidak mengalami gangguan / disfungsi yang berat.
9. Suatu studi menyatakan 93% dari pasien – pasien ini memiliki orientasi yang baik saat dipulangkan dari rumah sakit.

10. Pada pasien – pasien yang berhasil dilakukan RJP, beberapa diantaranya berhasil mengalami pemulihan sempurna, beberapa pulih tetapi memiliki masalah kesehatan dan tidak pernah kembali ke level normal sebelum terjadi henti jantung/nafas , beberapa mengalami kerusakan/cidera otak atau koma, dan beberapa lainnya jatuh kembali ke dalam kondisi henti jantung/nafas sehingga harus dilakukan RJP ulang.
11. Tingkat keberhasilan RJP bergantung pada :
 - a. Penyebab terjadinya henti jantung/nafas pada pasien
 - b. Penyakit/masalah medis yang mendasari
 - c. Kondisi kesehatan pasien secara umum
12. Seringnya , pasien yang berhasil dilakukan RJP masih mengalami kondisi yang sakit dan membutuhkan penanganan lebih lanjut, dan biasanya dirawat di ICU.

Penting untuk mengidentifikasi pasien dimana terjadinya henti nafas dan jantung menandakan kondisi terminal penyakit pasien dan dimana usaha RJP tidak akan membuahkan hasil (sia-sia)

Dalam menetapkan kebijakan DNR, penting untuk diketahui bahwa kebijakan ini harus dipatuhi dan diikuti oleh seluruh tenaga kesehatan professional di tingkat primer, rumah sakit, dan petugas/tim transfer intra dan antar rumah sakit.

Hak pasien untuk menolak RJP harus dihargai. Hal ini mungkin dikarenakan pasien berpendapat bahwa dengan melakukan RJP hanya akan memperpanjang kualitas hidup yang buruk.

Kebijakan ini hanya berkaitan dengan usaha RJP , bukan dengan penundaan atau pembatalan pemberian tatalaksana lainnya, seperti terapi antibiotic, nutrisi parental , dan sebagainya.

B. Prinsip

1. Harus tetap ada anggapan untuk selalu melakukan resusitasi kecuali telah dibuat keputusan secara lisan dan tertulis untuk melakukan resusitasi (DNR)
2. Keputusan tindakan DNR ini harus dicatat di rekam medis pasien
3. Komunikasi yang baik sangatlah penting

4. Dokter harus berdiskusi dengan pasien yang memiliki kemungkinan henti nafas/jantung mengenai tindakan apa yang pasien ingin tim medis lakukan jika hal ini terjadi
5. Pasien/ keluarga harus diberikan informasi selengkap-lengkapnyanya mengenai kondisi dan penyakit pasien, prosedur RJP dan hasil yang mungkin terjadi
6. Tanggungjawab dalam mengambil keputusan DNR terletak pada konsultan/dokter umum yang bertanggungjawab atas pasien. Jika terdapat keraguan dalam mengambil keputusan, dapat meminta saran dari dokter senior/ komite medik.
7. RJP sebaiknya tidak dilakukan pada kondisi – kondisi berikut ini :
 - a. Semua pasien harus menjalani asesmen secara personal.
 - b. Pengambilan keputusan DNR harus merupakan langkah terbaik untuk pasien dan harus didiskusikan dengan pasien meskipun tidak ada kewajiban secara etika untuk mendiskusikan DNR dengan pasien-pasien yang menjalani perawatan paliatif (dimana usaha RJP adalah sia-sia)
 - c. Diskusi dengan pasien dan keluarga merupakan hal yang penting dan tergantung dengan kapasitas mental dan harapan hidup pasien. Diskusi dapat dilakukan oleh konsultan rumah sakit, dokter umum, atau perawat yang bertugas. Staf harus memberitahukan hasil diskusi mereka dengan pasien kepada dokter penanggungjawab pasien.
 - d. Jika pada situasi tertentu, terdapat perbedaan pendapat antara dokter dan pasien mengenai tindakan DNR, dokter harus menghargai keinginan pasien (yang kompeten secara mental)
 - e. Hasil diskusi dengan pasien dan atau keluarganya harus dicatat di rekam medis pasien
 - f. Di rekam medis , harus tercantum :
 - 1) **Tulisan ”Pasien ini tidak dilakukan resusitasi”**
 - 2) Tulis tanggal dan waktu pengambilan keputusan
 - 3) Indikasi/alasan tindakan DNR
 - 4) Nama dokter penanggungjawab pasien

- 5) Ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien yang mengambil keputusan contoh :
- Tanggal 18 maret 2018
 - Pukul 10.30 WIB
 - Tidak dilakukan RJP
 - Indikasi : syok kardiogenik
 - Batas waktu : 24 Jam
- g. Pada beberapa kasus , tidak terdapat batasan waktu pemberlakuan instruksi DNR, misalnya : keganasan fase terminal.
- h. Pada pasien asing (luar negeri) dan populasi etnis minoritas dimana terdapat kesulitan pemahaman bahasa, harus terdapat layanan penerjemah yang kompeten
- i. DNR hanya berarti tidak dilakukan tindakan RJP. Penanganan dan tatalaksana pasien lainnya tetap dilakukan dengan optimal
- j. **Tindakan DNR dapat dipertimbangkan dalam kondisi – kondisi sebagai berikut :**
- 1) Pasien berada dalam fase terminal penyakitnya atau kerugian/penderitaan yang dirasakan pasien saat menjalani terapi melebihi keuntungan dilakukan terapi
 - 2) Pasien yang kompeten secara mental dan memiliki kapasitas untuk mengambil keputusan, menolak untuk dilakukan usaha RJP
 - 3) RJP bertentangan dengan keputusan dini/awal yang dibuat oleh pasien , yang bersifat valid dan matang, mengenai penolakan semua tindakan untuk mempertahankan hidup pasien.

C. Keputusan Dini/Awal (Dahulu Dikenal Dengan Istilah Surat Wasiat)

1. Terdapat kebijakan dari pihak rumah sakit mengenai keputusan dini akan penolakan tindakan penyelamatan hidup/nyawa oleh pasien.
2. Dokter sebaiknya menghargai keputusan yang diambil oleh pasien (autonomi)

3. Pasien dengan keputusan dini ini tetap diberikan terapi/penanganan lainnya, seperti pemberian obat-obatan, cairan infuse, dan lain-lain.
4. Putuskanlah apakah diskusi mengenai keputusan DNR ini perlu dilakukan.
5. Berikut adalah beberapa kondisi dimana perlu dilakukan diskusi dengan pasien:
 - a. Pasien yang kompeten secara mental menyatakan bahwa mereka ingin mendiskusikan tindakan DNR dengan dokternya.
 - b. Usaha RJP dianggap memiliki harapan untuk berhasil tetapi dapat mengakibatkan kualitas hidup yang buruk bagi pasien
 - c. Hal yang mendasari keputusan DNR adalah tidak adanya keuntungan dalam hal medis. Diskusi harus ditekankan untuk membuat pasien menyadari, memahami dan menerima kondisi penyakitnya serta menerima hasil keputusan yang telah didiskusikan. Diskusi juga membahas mengenai manajemen paliatif dan prognosis secara keseluruhan.
6. Berikut adalah beberapa kondisi dimana tidak perlu dilakukan diskusi dengan pasien:
 - a. Jika resusitasi dianggap tidak ada gunanya/sia-sia
 - b. Diskusi berpengaruh buruk terhadap kesehatan pasien, misalnya pasien menjadi depresi
 - c. Pasien yang kompeten secara mental menyatakan bahwa tidak ingin mendiskusikan hal tersebut
 - d. Pasien mengalami deteriorasi, misalnya pasien berada dalam fase sekarat/terminal dari penyakitnya.
 - e. Pasien dinilai tidak memiliki kapasitas yang adekuat untuk mengambil keputusan (lihat lampiran 1)
7. Pasien diperbolehkan untuk mengambil keputusan dini akan penolakan tindakan penyelesaian hidup dengan memenuhi beberapa persyaratan dibawah ini :
 - a. Usia pasien harus > 18 tahun

- b. Pasien harus kompeten dan memiliki kapasitas yang baik secara mental untuk mengambil keputusan
 - c. Keputusan ini harus tertulis , yang berarti harus ditulis oleh pasien sendiri atau keluarga/kerabat yang percaya oleh pasien, dan harus dicatat di rekam medis.
 - d. Harus ditandatangani oleh 2 orang , yaitu :
 - 1) Penulis/pembuat keputusan atau oleh orang lain atas nama pasien sambil diarahkan oleh pasien (jika pasien tidak mampu menandatangani sendiri)
 - 2) 1 orang lain sebagai saksi.
 - e. Harus diverifikasi oleh pernyataan spesifik yang dilakukan oleh pembuat keputusan dapat dituliskan di dokumen lain/terpisah, yang menyatakan bahwa keputusan disini ini diaplikasikan untuk tindakan/penanganan spesifik, bahwa jika terdapat risiko kematian.
 - f. Pernyataan keputusan disini di dokumen terpisah ini juga ditandatangani dan disaksikan oleh 2 orang (salah satunya pasien)
8. Diskusi antara dokter dengan keluarga pasien mengenai keputusan ini harus atas izin pasien
 9. Jika pasien tidak kompeten secara mental, diskusi dapat dilakukan dengan keluarga/wali sah pasien dengan mempertimbangkan kondisi dan keinginan pasien. Jika tidak terdapat keluarga / wali yang sah, keputusan dapat diambil oleh dokter penanggungjawab pasien.
 10. Jika terdapat situasi dimana pasien kehilangan kompetensinya untuk mengambil yang valid, keputusan ini haruslah tetap dihargai.
 11. Dokter dapat tidak mengindahkan keputusan disini yang dibuat oleh pasien, jika terdapat hal-hal berikut ini :
 - a. Pasien telah melakukan hal-hal yang tidak konsisten terhadap keputusan disini/awal yang dibuat, yang mempengaruhi validasi keputusan tersebut (misalnya , pasien pindah agama)

- b. Terdapat situasi yang tidak diantisipasi oleh pasien dan situasi tersebut dapat mempengaruhi keputusan pasien (misalnya, perkembangan terkini dalam tata laksana pasien yang secara drastis mengubah prospek kondisi tertentu pasien)
 - c. Situasi /kondisi yang ada tidak jelas dan tidak dapat diprediksi.
 - d. Terdapat perbedaan/perselisihan mengenai validasi keputusan dini/awal dan kasus tersebut telah dibawa ke pengadilan.
12. Jika terdapat keraguan terhadap apa yang pasien inginkan/maksudkan, paramedis harus bertindak sesuai dengan kepentingan /hal yang terbaik untuk pasien. Dapat meminta saran dari dokter senior juga.
 13. Tatalaksana emergensi tidak boleh tertunda hanya karena mencari ada tidaknya instruksi DNR pasien jika tidak terdapat indikasi jelas bahwa instruksi tersebut ada.
 14. Pasien tidak diperbolehkan menolak perawatan dasar yang diberikan.
 15. Perawatan dasar ini didefinisikan sebagai pemberian sebagai pemberian tempat tidur yang nyaman dan hangat, pengurangan rasa sakit/analgesic, manajemen gejala – gejala yang memicu stress fisik (seperti sesak nafas, muntah, inkontinensia) dan manajemen higiene /kebersihan diri pasien
 16. Jika pasien tetap menolak perawatan dasar, dokter yang bertugas sebaiknya meminta saran dari dokter senior dan masalah ini dapat juga dibawa ke komisi etik.
 17. Rumah sakit sebaiknya membuat kerangka konsep dalam hal mengambil keputusan DNR (lihat lampiran 2)

D. Panduan Dalam Mendiskusikan Keputusan DNR Dengan Pasien

1. Pastikan tercipta suasana yang kondusif, tentang , privasi pasien terjaga
2. Kehadiran yang lengkap dari orang-orang yang ingin dilibatkan oleh pasien dalam mendiskusikan hal ini.
3. Komunikasi dan tatap mata sebaiknya sejajar dengan tinggi/posisi pasien
4. Jika pasien tidak keberatan, ajaklah satu orang perawat untuk mendampingi diskusi

5. Perawat dapat membantu dalam menjawab pertanyaan – pertanyaan pasien dalam memberi dukungan dan penguatan kepada pasien setelah dokter meninggalkan ruangan.
6. Mulailah dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan umum seperti bagaimanakah pandangan pasien terhadap penyakit dan tatalaksanaan yang dijalani.
7. Mengangkat topic utama :
 - a. Mulai dengan menyatakan : ” saya ingin berdiskusi dengan anda”
 - b. ”apa yang anda ingin kami (PPA) lakukan jika suatu waktu anda menjadi terlalu sakit untuk dapat berbicara dengan kami? ”
 - c. Salah satu hal penting adalah mengenai pernyataan tindakan resusitasi
 - d. ”meskipun hal ini jarang terjadi , saya perlu untuk mempertimbangkan mengenai tindakan apa yang harus kami lakukan jika jantung anda berhenti ”
 - e. ”Beberapa orang memiliki pandangan yang kuat terhadap seberapa banyak penanganann yang ingin mereka terima jika mereka menjadi sangat sakit. Saya ingin tahu apakah anda pernah memikirkan hal itu ”
8. Pemilihan waktu untuk berdiskusi
 - a. bukan waktu yang bagus untuk melakukan diskusi segera setelah diagnosis ditegakkan
 - b. Waktu diskusi yang terbaik adalah saat diagnosis dan prognosis sudah jelas dan saat pasien telah mengetahui dan menerima penyakitnya.
9. Berusahalah untuk membangun pemahaman pasien mengenai situasinya saat ini, sifat dasar resusitasi, kemungkinan tingkat keberhasilan resusitasi jika dilakukan, serta harapan dan keinginan pasien. Pasien dan keluarganya sering memiliki harapan/ekspektasi yang tidak realisasi dari nilai resusitasi.
10. Berikan informasi mengenai RJP menggunakan kata – kata sederhana yang dapat dimengerti oleh pasien.
11. Tingkat pemberian informasi harus dinilai dari respons dan pemahaman setiap pasien.

12. Jika tidak tercapai kesepakatan, berikan pendapat dari sudut pandang dokter (PPA) mengenai kondisi pasien dan tindakan RJP. Dapat dengan menyatakan ”Pendapat saya mungkin berbeda dengan apa yang anda inginkan. Karena alasan itulah saya ingin berdiskusi dengan anda”
13. Cobalah untuk mengerti :
 - a. Sudut pandang pasien
 - b. Nilai- nilai yang dianut oleh pasien
 - c. Ruang lingkup pengaplikasikan (misalnya , penanganan apa saja yang dijalani pasien)
14. Catat sudut pandang pasien, nilai – nilai yang dianut oleh pasien, dan ruang lingkup pengaplikasikan rekam medis.
15. Diskusikan keputusan mengenai RJP dalam konteks positif sebagai bagian dari perawatan suportif. Banyak pasien yang merasa takut diabaikan/ditelantarkan dan merasa nyeri, melebihi rasa takutnya akan kematian.
16. Petugas harus menekankan mengenai terapi – terapi mana saja yang akan tetap diberikan, pasien masih akan tetap dikunjungi oleh dokter secara teratur, pengendalian nyeri, dan memberikan kenyamanan kepada pasien.
17. Penting untuk memisahkan /membedakan keputusan DNR dengan keputusan mengenai manajemen pasien lainnya.

E. Keputusan DNR Pada Pasien Dewasa Peri-Operatif

1. Tindakan pembedahan dan anestesi turut berkontribusi dalam perubahan kondisi medis pasien dengan keputusan DNR sebelumnya dikarenakan adanya perubahan fisiologis yang dapat meningkatkan resiko pasien.
2. Tindakan anestesi sendiri (baik regional ataupun umum) , akan menimbulkan instabilitas kardiovaskular yang akan membutuhkan dukungan /penanganan medis.
3. Angka keberhasilan RJP di kamar operasi lebih tinggi secara signifikan dibandingkan RJP di kamar rawat inap (dimana keputusan DNR ini ditetapkan). Angka keberhasilan RJP di kamar operasi ini dapat mencapai 92%.

4. Menilik dari hal-hal tersebut di atas, maka diperlukan peninjauan ulang keputusan DNR sebelum melakukan prosedur anestesi dan pembedahan.
5. Rekomendasi :
 - a. Pasien dengan keputusan DNR yang mungkin memerlukan prosedur pembedahan harus dikonsultasikan kepada tim bedah dan anesthesiologis.
 - b. Lakukan peninjauan ulang keputusan DNR oleh anaesthesiologis dan dokter bedah dengan pasien, wali , keluarga atau dokter penanggungjawab pasien (jika diindikasikan) sebelum melakukan prosedur anestesi dan pembedahan.
 - c. Tujuan peninjauan ulang ini adalah untuk memperoleh kesepakatan mengenai penanganan apa saja yang akan boleh dilakukan selama prosedur anestesi dan pembedahan.
 - d. Terdapat 3 pilihan dalam meninjau ulang keputusan DNR, yaitu :
 - 1) Pilihan pertama ; keputusan DNR dibatalkan selama menjalani anestesi dan pembedahan , dan ditinjau ulang kembali saat pasien keluar dari ruang pemulihan. Saat menjalani pembedahan dan anesthesia, lakukan RJP jika terdapat henti jantung/nafas
 - 2) Pilihan kedua ; keputusan DNR dimodifikasi , dengan mengizinkan pemberian obat-obatan dan teknik anestesi yang sejalan /sesuai dengan pemberian anestesi. Hal ini termasuk :
 - Monitor EKG, tekanan darah, oksigenasi dan monitor intraoperatif lainnya.
 - Manipulasi sementara dalam menjaga jalan nafas dan pernafasan dengan intubasi dan ventilasi, jika diperlukan: dan dengan pemahaman bahwa pasien akan bernafas secara spontan di akhir prosedur.
 - Penggunaan vasopressor atau obat anti-aritmia untuk mengoreksi stabilitas kardiovaskuler yang berhubungan dengan pemberian anestesi dan pembedahan.

- Penggunaan kardioversi atau defibrilator untuk mengoreksi aritmia harus didiskusikan sebelumnya dengan pasien/wali sah nya. Lakukan diskusi mengenai pemberian kompresi dada.

3) Pilihan ketiga : keputusan DNR tetap berlaku (tidak ada perubahan)

- a) Pada beberapa kasus, pilihan ini tidak sesuai dengan pemberian anestesi umum dalam pembedahan.
 - b) Pasien dapat menjalani prosedur pembedahan minor dengan tetap mempertahankan keputusan DNR-nya.
 - c) Anestesiologis harus berdiskusi dan membuat kesepakatan dengan pasien/wali sah mengenai intervensi apa saja yang diperbolehkan, seperti kanulasi intravena, pemberian cairan intravena, sedasi, analgesik, monitor, obat vasopressor, obat anti-aritmia, oksigenasi, atau intervensi lainnya.
- e. Pilihan yang telah disepakati harus dicatat di rekam medis pasien
 - f. Pilihan DNR ini harus dikomunikasikan kepada semua petugas medis yang terlibat dalam perawatan pasien di dalam kamar operasi dan ruang pemulihan.
 - g. Secara hukum, yang berwenang untuk membuat keputusan DNR ini adalah :
 - 1) Pasien dewasa yang kompeten secara mental
 - 2) Wali sah pasien (jika pasien tidak kompeten secara mental)
 - 3) Dokter penanggung jawab pasien, yang bertindak dengan mempertimbangkan tindakan terbaik untuk pasien (jika belum ada keputusan DNR dini/awal yang dibuat oleh pasien/wali sah nya)
 - h. Jika setelah diskusi, masih belum terdapat kesepakatan mengenai pilihan DNR mana yang akan digunakan, pemegang keputusan tetaplah diberikan ke pasien/wali sah nya.
 - i. Jika terdapat keraguan, pemegang keputusan mengenai siapa yang berwenang untuk membuat keputusan DNR, atau terdapat keraguan mengenai validasi suatu keputusan DNR dini/awal atau terdapat keraguan mengenai tindakan apa yang terbaik untuk pasien, segeralah mencari saran kepada komisi etik atau lembaga hukum setempat.

- j. Dalam kondisi gawat darurat, dokter harus membuat keputusan yang menurutnya terbaik untuk pasien dengan menggunakan semua informasi yang tersedia
- k. Pilihan keputusan DNR ini harus diaplikasikan selama pasien berada di kamar operasi dan ruang pemulihan
- l. Keputusan DNR ini haruslah ditinjau ulang saat pasien kembali ke ruang rawat inap.

F. Keputusan DNR dan Transfer Pasien

- 1. Jika pasien ditransfer ke rumah sakit lain dengan instruksi DNR, dokter senior yang saat itu sedang bertugas atau konsultasi harus bertanggungjawab untuk melakukan asesmen ulang dan mengambil keputusan berdasarkan informasi yang didapat saat itu mengenai "apakah Instruksi DNR masih berlaku atau tidak? " sebelum asesmen ulang tersebut dilakukan, pasien masih dianggap sebagai DNR.
- 2. Jika pasien ditransfer ke pelayanan primer lain dengan instruksi DNR, dokter umum di layanan primer tersebut bertanggungjawab melakukan asesmen ulang dan pengambilan keputusan harus dikomunikasi dengan semua petugas yang terlibat dalam perawatan pasien. Sebelum asesmen ulang tersebut dilakukan , pasien masih dianggap DNR.
- 3. Saat melakukan transfer pasien, formulir DNR harus tetap disertakan dalam rekam medis pasien. Formulir DNR ini tidak boleh difotocopy.

G. Instruksi DNR Pada Pasien Di Luar Rumah Sakit

- 1. Pada situasi kesus emergensi yang terjadi di luar rumah sakit, usaha RJP memiliki angka keberhasilan yang lebih rendah pada pasien dengan usia sangat lanjut atau memiliki penyakit berat/terminal
- 2. Saat itu, banyak pasien – pasien dengan kondisi tersebut memilih untuk meninggal dengan tenang dan tidak ingin menjalani intervensi yang agresif, seperti RJP. Banyak juga pasien yang memilih dirawat di rumah sampai akhir usianya tiba.

3. Protocol pelayanan kegawatdaruratan medis menyatakan bahwa inisiasi RJP ditujukan kepada semua pasien yang mengalami henti jantung/nafas, kecuali pasien telah ditentukan meninggal sebelumnya dengan tanda – tanda kematian yang jelas atau pasien memiliki instruksi tertulis DNR yang valid dan ditandatangani oleh dokter.

H. Penatalaksanaan

1. Tim kegawatdaruratan medis akan melakukan usaha RJP pada semua pasien yang ditemukana henti nafas/jantung kecuali jika pasien tersebut memiliki instruksi DNR yang valid
2. Jika pasien dengan henti jantung/nafas memiliki instruksi dnr , tim kegawatdaruratan medis harus :
 - a. Melakukan asesmen mengenai tidak adanya pernafasan dan atau denyut jantung.
 - b. Jika petugas tiba di tempat kejadian tanpa mobil rawat intensif (MICU), ikuti protocol setempat.
 - c. Untuk petugas MICU, kontak/hubungi dokter penanggungjawab pasien (yang menandatangani DNR) untuk mengkonfirmasi validasi instruksi DNR di luar rumah sakit, beritahukan kondisi pasien.
3. Jika pasien dengan instruksi DNR yang valid tidak berada dalam kondis henti jantung/nafas , tim kegawatdaruratan medis harus :
 - a. Melakukan asesmen pasien
 - b. Menyediakan semua tatalaksana yang sesuai
 - c. Menyediakan transfortasi ke rumah sakit , jika diperlukan
 - d. Menghargai dan memenuhi instruksi DNR jika terjadi henti nafas/jantungpada pasien selama transfer
 - e. Memberikan salinan instruksi DNR ke rumah sakit penerima , jika tersedia.
4. Saat memutuskan untuk membuat instruksi DNR, dokter tidak boleh mempengaruhi keinginan pasien/wali sahnya.

5. Instruksi DNR dapat dibatalkan kapanpun oleh pasien dengan merusak/menyobek formulir dan gelang DNR, atau dengan menyatakan secara lisan.
6. Validasi instruksi DNR:
 - a. Hanya dokter penanggungjawab pasien yang boleh menulis instruksi DNR untuk pasien yang dirawat di rumah/ dirawat diruang biasa.
 - b. Hubungi dokter penanggungjawab pasien untuk mendiskusikan pembuatan instruksi DNR
 - c. Pastikan formulir DNR telah diisi dengan lengkap oleh dokter, termasuk tanda tangan dan alamat pasien/wali sah, nama , alamat, nomor telepon dan tanda tangan dokter, dan tanggal pembuatannya
 - d. Gelang DNR dapat diperoleh dari dokter atau rumah sakit tempat pasien berobat (lihat Lampiran 5 mengenai panduan gelang DNR)
 - e. Simpan salinan instruksi DNR di rumah sakit dan selalu dibawa oleh pasien kemanapun dia pergi
 - f. Pastikan semua keluarga/wali pasien mengetahui instruksi DNR ini.
7. Untuk pasien di Panti Jompo, perawat pasien diperbolehkan untuk menulis instruksi DNR dan penolakan untuk dirawat di rumah sakit (Do Not Hospitalized) , berdasarkan konsultasi dengan dokter .
 - a. Prosedur Dasar
 - 1) Memperoleh izin persetujuan tertulis (Informed consent) dari pasien/wali sahnya.
 - 2) Melengkapi formulir instruksi DNR di luar rumah sakit. berikan salinan di rekam medis pasien. Berikan beberapa salinan kepada pasien dan atau keluarga/pengasuh di luar rumah sakit/panti jompo
 - 3) Informasikan kepada pasien dan atau pengasuh mengenai penggunaan formulir DNR ini dan anjurkan agar formulir ini diletakkan di tempat-tempat yang mudah terlihat di rumah sakit (misalnya papan harian pasien, senderan ranjang, pintu kamar tidur atau kulkas)

- 4) Pasien boleh menggunakan gelang DNR(tidak wajib). Gelang ini harus dianggap valid dan mengindikasikan bahwa pasien memiliki instruksi DNR di luar rumah sakit. dokter harus menginformasikan kepada pasien/wali sahnya mengenai ketersediaan gelang DNR sebagai sarana tambahan untuk memberitahu Tim Kegawatdaruratan Medis
- 5) Lakukan peninjauan ulang terhadap status DNR secara periodic dengan pasien/wali syahnya, lakukan revisi terhadap rencana penanganan pasien (jika diperlukan), dan catatlah di rekam medis pasien. Jika instruksi DNR ini dibatalkan , berikan instruksi untuk menghancurkan/menyobek formulir DNR dan melepas gelang DNR.

I. Peninjauan Ulang Mengenai Keputusan DNR

1. Keputusan mengenai DNR ini harus ditinjau ulang secara terarur dan rutin, terutama jika terjadi perubahan apapun terhadap kondisi dan keinginan pasien.
2. Frekuensi peninjauan ulang ini harus ditetntukan oleh dokter senior yang saat itu sedang bertugas atau oleh konsultan penanggungjawab pasien.
3. Biasanya peninjuan ulang ini dilakukan setiap 7 hari sekali, tetapi dapat juga dilakukan setiap hari pada kasus- kasus tertentu
4. Peninjauan ulang ini dipengaruhi oleh diagnosis pasien, potensi perbaikan kondisi dan respons pasien terhadap terapi/pengobatan.

J. Pembatalan Keputusan DNR

1. Jika instruksi DNR tidak lagi berlaku , bagian – bagian pembatalan formulir DNR harus dilengkapi/diisi (Lihat Lampiran 2). Dituliskan tanggal dan ditandatangani oleh dokter yang saat itu sedang bertugas.
2. Pembatalan ini harus dengan jelas dicatat di dalam rekam medis pasien.

K. Penggunaan STIKER DNR

1. Stiker DNR merupakan salah satu metode untuk mengidentifikasi pasien yang memiliki instruksi DNR yang valid dan berada di luar rumah sakit.
2. Gelang ini harus dihargai dan ditaati oleh tim kegawatdaruratan medis dengan atau tanpa adanya formulir DNR tertulis .
3. Gelang ini harus dipakai di pergelangan tangan /kaki pasien
4. Pasien/wali syahnya dapat meminta gelang DNR ini dari rumah sakit tempat pasien berobat dengan membawa formulir DNR tertulis yang didapat dari dokter
5. Rumah sakit akan menyimpan salianna formulir instruksi DNR
6. Rumah sakit akan bertanggungjawab dalam :
 - a. Memberikan gelang DNR kepada pasien, berdasarkan formulir tertulis DNR yang ada.
 - b. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai tujuan dan maksud dari instruksi DNR ini. Menekankan bahwa instruksi DNR ini hanya berlaku untuk usaha RJP, penanganan lainnya tetap dilakukan.
7. Instruksi DNR dapat dibatalkan dengan cara :
 - a. Melepaskan gelang DNR
 - b. Menyatakan secara lisan mengenai pembatalan instruksi DNR
 - c. Menyimpan instruksi tertulis DNR dan dioverkan kepada seluruh PPA yang merawat/ memberikan asuhan kepada pasien.
8. Pembatalan DNR ini harus dilaporkan kepada dokter pembuat formulir dan rumah sakit tempat pasien berobat sehingga dapat dicatat ke rekam medis pasien.

BAB IV

DOKUMENTASI

A. Dokumentasi

1. Keputusan untuk tidak melakukan RJP harus dicatat di rekam medis pasien dan di formulir Do Not Resuscitate (DNR) (lihat Lampiran3). Formulir DNR harus diisi dengan lengkap dan disimpan di rekam medis pasien.
2. Alasan diputuskannya tindakan DNR dan orang yang terlibat dalam pengambilan keputusan harus dicatat di rekam medis pasien dan formulir DNR. Keputusan harus dikomunikasikan kepada semua orang yang terlibat dalam aspek perawatan pasien, termasuk dokter gigi, pediatrik dan sebagainya.
3. Keputusan DNR harus diberikan saat pergantian petugas/pengoperasian pasien kepetugas unit lainnya.
4. Di rekam medis , harus dicatat juga mengenai hasil diskusi dengan pasien dan keluarga mengenai keputusan untuk tidak melakukan resusitasi.
5. Dokumentasi dan komunikasi yang efektif akan memastikan bahwa petugas/ unit lain mengetahui instruksi DNR ini (jika pasien ditransfer ke unit lain)
6. Petugas ambulans yang terlibat dalam transfer juga mengetahui akan instruksi DNR ini
7. Dokter sebaiknya memberikan catatan di kurva medis pasien mengenai instruksi DNR, yang mencakup :
 - a. Diagnosis
 - b. Alasan dibuat instruksi DNR
 - c. Kapasitas pasien dalam membuat keputusan
 - d. Dokumentasi bahwa diskusi mengenai status DNR telah dilakukan . Tulis juga siapa saja yang menghadiri diskusi tersebut.
8. Pembatalan Instruksi DNR

Instruksi DNR dapat dibatalkan kapanpun oleh pasien dengan cara menghancurkan/menyobek formulir dan gelang DNR, atau dengan menyatakan secara lisan oleh pasien

B. Peninjauan Ulang dan Audit

1. Audit akan dilakukan setiap tahunnya untuk memastikan bahwa semua keputusan DNR didokumentasikan sepenuhnya sesuai dengan kebijakan yang berlaku
2. Audit mengenai semua kejadian resusitasi harus dilakukan untuk memastikan bahwa kejadian – kejadian tersebut telah sesuai dengan kebijakan yang berlaku
3. Peninjauan ulang mengenai isi dari kebijakan ini akan dilakukan 2 tahun setelah tanggal kebijakan disetujui
4. Peninjauan ulang ini dapat dilakukan jika terjadi salah satu atau lebih dari kondisi – kondisi berikut ini :
 - a. Adanya perubahan atau perkembangan dalam regulasi/perawatan perundang-undangan yang berlaku
 - b. Terjadinya insidens penting /krusial
 - c. Adanya alasan – alasan yang kuat/relevan lainnya.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 12 April, 2023

DIREKTUR,



The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular logo. The logo contains the text 'Darma Nugraha Hospital Est. 1996'.

dr. Agung Darmanto, Sp A

LAMPIRAN

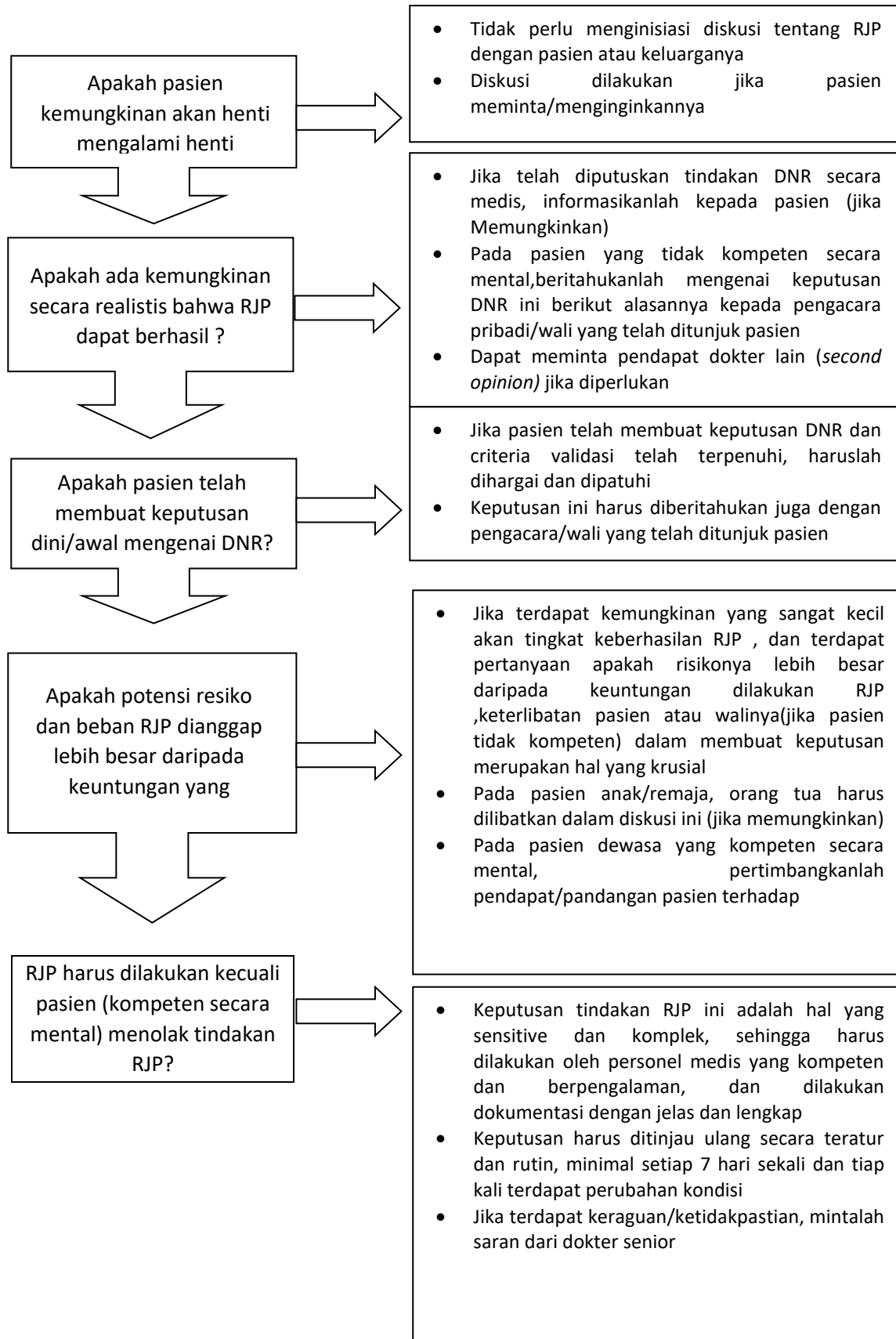
KRITERIA PASIEN YANG TIDAK MEMILIKI KAPASITAS ADEKUAT DAN TIDAK KOMPETEN DALAM MENGAMBIL KEPUTUSAN

1. Pasien memiliki gangguan fungsi kognitif/mental yang membuatnya tidak dapat mengambil keputusan untuk dirinya sendiri
2. Pasien tidak dapat mengerti mengenai informasi yang relevan dengan pengambilan keputusan yang diberikan oleh dokter/petugas medis lainnya.
3. Pasien memiliki gangguan dalam hal mengingat informasi yang baru diberikan
4. Pasien tidak dapat mengolah atau mempertimbangkan informasi tersebut sebagai bagian dari proses pengambilan keputusan
5. Pasien tidak dapat mengkomunikasikan keputusannya, baik dengan berbicara , bahasa tubuh atau cara lainnya.

LAMPIRAN 2

KERANGKA KONSEP DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN DNR

(*DO NOT RESUSCITATE*)



REFERENSI

1. Robert S. Do not attempt resuscitation policy. NHS Northhamptonshire ; 2009.
2. Resuscitation Group. Do not resuscitate policy (DNR) (for adults only). NHS Wirral; 2010.
3. Mental Capacity Act 2005 .UK : The stationary Office Limited : 2005.
4. American Medical Association. Guendelines for the appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA.1991;265:1868-71.
5. Ethics Department. Decisions about cardiopulmonary resuscitation: model patient information leaflet. BMA;2008.
6. Cabinet of Health and Family Services, Departement for Community Based Services, Division of Protection and Permanency. DNR request form guideline; 2010.
7. Children's Hospital, Ethics Avisory Committee. Guideline for Do-Not-Resuscitate orders;2009.
8. The Association of Anaesthetist of Great Britain an Ireland. Do not attempt resuscitation (DNAR) decisions in the perioperative period. aAGBI;2009.
9. Medical society of New Jersey. New Jersey do not resuscitate (DNR) outside the hospital: guidelines for healthcare professionals, patients, and their families. MSNJ ; 2003.
10. Atlantic Health System Overlook Hospital. Do not resuscitate (DNR) orders; guidelines for patients, families, and caregivers AHS Bioethics Committee.
11. National Association of Emergency Medical Services Directors (NASEMSD), NATIONAL Association of Emergency Medical Services Physicians (NAEMSP). National guideline for statewide implementation of EMS "Do Not Resuscitate: (DNR) programs 1994.