



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 5/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

SURAT PERNYATAAN JANGAN LAKUKAN RESUSITASI

(DO NOT RESUCITATE)

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : _____

Tanggal Lahir : _____

No RM : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya membuat keputusan do not resuctate (jangan diresusitasi)

Saya menyatakan bahwa jika jantung saya berhenti atau jika berhenti bernapas tidak ada prosedur medis untuk mengembalikan bernapas atau berfungsi kembali jantung saya yang dilakukan oleh staf rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada staf layanan medis darurat.

Saya memahami bahwa keputusan ini tidak akan mencegah saya menerima pelayanan kesehatan lainnya seperti pemberian manuver Heimlich atau pemberian oksigen dan langkah-langkah perawatan untuk meningkatkan kenyamanan lainnya.

Saya memberikan izin agar informasi ini diberikan kepada seluruh staf rumah sakit, saya memahami bahwa saya dapat mencabut pernyataan ini setiap saat.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Yang menyatakan

Saksi pihak keluarga pasien

Saksi pihak RS

Bermaterai 6000

(_____)

(_____)

(_____)

Nama dan tanda tangan

Nama dan tanda tangan

Nama dan tanda tangan



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

SURAT PERNYATAAN JANGAN LAKUKAN RESUSITASI (DO NOT RESUCITATE)

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : _____

Tanggal Lahir : _____

No RM : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya membuat keputusan do not resuctate (jangan diresusitasi)

Saya menyatakan bahwa jika jantung saya berhenti atau jika berhenti bernapas tidak ada prosedur medis untuk mengembalikan bernapas atau berfungsi kembali jantung saya yang dilakukan oleh staf rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada staf layanan medis darurat.

Saya memahami bahwa keputusan ini tidak akan mencegah saya menerima pelayanan kesehatan lainnya seperti pemberian manuver Heimlich atau pemberian oksigen dan langkah-langkah perawatan untuk meningkatkan kenyamanan lainnya.

Saya memberikan izin agar informasi ini diberikan kepada seluruh staf rumah sakit, saya memahami bahwa saya dapat mencabut pernyataan ini setiap saat.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Yang menyatakan

Saksi pihak keluarga pasien

Saksi pihak RS

Bermaterai 6000

(_____)

Nama dan tanda tangan

(_____)

Nama dan tanda tangan

(_____)

Nama dan tanda tangan



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

PERNYATAAN DO NOT RESUSCITATE (DNR)

IDENTITAS PASIEN

Nama : _____
Tanggal lahir / Usia : _____ / _____ tahun / bln
Jenis Kelamin : _____
Alamat Lengkap : _____
Nomor Rekam Medis :

DIAGNOSA

: _____

STATUS RESUSITASI (jawab dengan 'Ya' atau 'Tidak')

Apakah pasien ini dilakukan resusitasi ? : ☐ Ya ☐ Tidak, jika Tidak berikan alasan:

☐ Kondisi pasien mengindikasikan bahwa resusitasi tidak mungkin efektif atau berhasil

☐ Pasien/keluarga menolak dilakukan tindakan resusitasi
Hubungan dengan pasien : suami/ istri/ anak/ ayah/ ibu

☐ Alasan lain, sebutkan : _____

KOMUNIKASI (jawab dengan 'Ya' atau 'Tidak')

Didiskusikan dengan pasien : ☐ ya ☐ Tidak, alasan _____

Didiskusikan dengan keluarga pasien : ☐ ya ☐ Tidak, alasan _____

Nama Dokter : _____

Alamat Lengkap Dokter : _____

Tanggal & Waktu Penandatanganan : _____

Tanggal Peninjauan Ulang :

____/____/____ ☐ DNR berlaku ☐ DNR dibatalkan

____/____/____ ☐ DNR berlaku ☐ DNR dibatalkan

____/____/____ ☐ DNR berlaku ☐ DNR dibatalkan

Tanda Tangan dan Nama
Jelas Dokter

Tanda Tangan dan
Nama Jelas
Pasien/Keluarga