



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

11-68-75
LABEL IDENTITAS PASIEN

SURAT PERNYATAAN JANGAN LAKUKAN RESUSITASI
(DO NOT RESUCITATE)

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Siti Rohmah

Tanggal Lahir : 21/10/1979

No RM : 116875

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya membuat keputusan do not resucitate (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


Jakarta, 17, 10, 2023

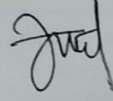
Yang menyatakan

Saksi pihak keluarga pasien

Saksi pihak RS


(ERWAN)


(MARIAH (yar))


(Z. Hartati)

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

11.68.75

LABEL IDENTITAS PASIEN

PERNYATAAN DO NOT RESUSCITATE (DNR)

IDENTITAS PASIEN

Nama : Ny. Siti Rohmah
 Tanggal lahir / Usia : 21 / 10 / 1979 / 44 (tahun / bln
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat Lengkap : Polo Jahe
 Nomor Rekam Medis : 1 1 6 8 7 5

DIAGNOSA

: Ca. Mamae e-c Ca Hepar

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 : Suami tidak menginginkan terlihat istrinya
Kesakitan bila dilakukan tindakan.

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

Didiskusikan dengan pasien : ☐ ya ☒ Tidak, alasan _____

Didiskusikan dengan keluarga pasien : ☒ ya ☐ Tidak, alasan Suami (erwan)

Nama Dokter : Dr. Wimpi. P Sp Bonk

Alamat Lengkap Dokter : RSDN

Tanggal & Waktu Penandatanganan : 17/11/2023

Tanggal Peninjauan Ulang :

___/___/___ ☐ DNR berlaku ☐ DNR dibatalkan

___/___/___ ☐ DNR berlaku ☐ DNR dibatalkan

___/___/___ ☐ DNR berlaku ☐ DNR dibatalkan

Tanda Tangan dan Nama
Jelas Dokter

Wimpi P
Dr Wimpi P Bonk

Tanda Tangan dan
Nama Jelas
Pasien/Keluarga

Erwan
Erwan



**Dharma
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

11. 68. 75

~~LABEL IDENTITAS PASIEN~~

PERINTAH DO-NOT-RESUSCITATE (DNR)

Formulir ini adalah perintah dokter dimana petugas medis emergensi tidak boleh melakukan resusitasi bila pasien dengan identitas dibawah ini mengalami henti jantung (dimana tidak ada denyut nadi) atau henti napas (tidak ada pernapasan spontan).

Formulir ini juga menginstruksikan kepada tenaga medis emergensi untuk tetap melakukan intervensi atau pengobatan atau tatalaksana lainnya sebelum terjadi henti napas atau henti jantung.

IDENTITAS PASIEN

Nama Lengkap Pasien :

Siti Rohmah

Tempat/tanggal lahir pasien :

21 / 10 / 1979

NO Rekam medik :

1 1 6 8 7 5

Pernyataan dan Instruksi Dokter (tandai salah satu)

Saya, dokter yang bertandatangan dibawah ini menginstruksikan tenaga medis emergensi untuk melakukan hal yang tertulis dibawah ini :

- ☒ Usaha komprehensif untuk mencegah henti napas atau henti jantung **TANPA** melakukan intubasi.
- ☒ DNR jika henti napas atau henti jantung terjadi. **TIDAK** dilakukan CPR.
- ☒ Usaha suportif sebelum terjadi henti napas atau henti jantung yang meliputi pembukaan jalan napas secara non-invasif, pemberian oksigen, mengontrol perdarahan, memposisikan pasien dengan nyaman, bidai, obat-obatan anti-nyeri. **TIDAK** melakukan CPR bila henti napas atau henti jantung terjadi.

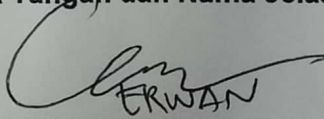
Saya, dokter yang bersangkutan dibawah ini menyatakan bahwa keputusan DNR diatas diambil setelah pasien diberi penjelasan dan *informed consent* diperoleh dari :

- ☐ Pasien sendiri
- ☒ Tenaga kesehatan yang ditunjuk pasien
- ☐ Wali yang sah atas pasien (termasuk yang ditunjuk pengadilan)
- ☐ Anggota keluarga pasien

Jika hal diatas tidak dimungkinkan, maka saya dokter yang bertandatangan dibawah ini memberikan perintah DNR diatas berdasarkan pada :

- ☒ Intruksi pasien sebelumnya
- ☐ Keputusan dua orang dokter bahwa CPR akan memberikan hasil yang tidak efektif

Tanda Tangan dan Nama Jelas


ERWAN

Nomor telpon dokter yang bisa dihubungi : _____

*fotocopy atau salinan yang dibuat adalah sah



**Dharma
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

11.68.75SITI ROHMAH NY
21/10/1979 44 thn 0 bln 28 har
dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi
Tgl 04/11/2023 231104-000
JAMINAN, PT. IGP, KELAS II
Lan, 408, 01

FORMULIR EDUKASIPENOLAKAN RENCANA ASUHAN

RENCANA ASUHAN YANG DITOLAK : pemberian obat Anti biotik, lambung, nyeri,
dan obat2 tablet

ALASAN PENOLAKAN ASUHAN: sudah terlalu banyak obat yg masuk

ALTERNATIF :

Tgl , jam	Materi edukasisikopenolakan	Nama & tandatangan		Keterangan
		Pasien/ Hub kel.	Staf RS	
18/11/22 3:00 ^{PM}	<p>- keluarga (suami pasien dan istri) mau diberikan terapi inresi dan bisa lebih banyak:</p> <p>obat:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>maltofor HP pro vit alham schrabior urdafula li ver prin zefpro as tef Borcom nystran mst</p> </div> <div> <p>Hygiasu Ca givlen meropenem Dra neri OVR Pikva</p> </div> </div>			
		 Erlan S.		