



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1508029074
Nama Lengkap : Hinda. Setiawati
Unit/Divisi/Komite : Intensif Dewasa
No. Telepon/Ext : 2201
E-mail :

Tanggal : 30/01/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Tidak Dilakukan Revisi (Do Not Revisible)
No/Kode Formulir : 080/F/RM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : RM 12.4 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 01

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf
a.n

[Signature]

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

~~SIMPAN~~ formulir & pengantrekan No RM

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

No. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Hinda. Setiawati

Tanda Tangan
Penerima,

[Signature] 21/10/22
Pani

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik

F4 1 Ply

Tanda Tangan

a.n

[Signature]

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

ACC Revisi

Tanda Tangan

[Signature]

Panitia Rekam Medik**

Tanda Tangan

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

ACC

a.n
Depi R.

Rekam Medik**

Tanda Tangan

Kesekretariatan

Tanda Tangan

pengantrekan nomor RM
dibuat F4.

[Signature] acc

Ditubakulangi sesuai dg
penomoran baru

[Signature] 21/10/22
Pani

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**

Tanda Tangan

Direktur

Tanda Tangan

ACC

[Signature] acc

ACC

dr. Muhammad Hasyim, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)

Nama Pasien :
 Tanggal Lahir : (L / W) *
 No. RM : □ □ - □ □ - □ □
 Ruang / Kelas :
 DPJP :
 Penjamin :

FORMULIR TIDAK DILAKUKAN RESUSITASI
(DO NOT RESUSCITATE)

Nama Lengkap : (L / W)*

Tanggal Lahir :

No. Rekam Medis :

Unit/Ruang Rawat/Kelas :

Alamat Lengkap :

☐ Kondisi pasien mengindikasikan bahwa tindakan resusitasi tidak mungkin efektif / berhasil (hanya menunda proses kematian alami)

☐ Pasien berada pada kondisi terminal

☐ Pasien / wali Pasien menolak dilakukan tindakan resusitasi

☐ Alasan Lain, sebutkan :

☐ Didiskusikan dengan Pasien

Jika tidak didiskusikan
dengan pasien, berikan
alasan

Jika tidak didiskusikan dengan Keluarga/Wali pasien, berikan alasan

- Usaha Komprehensif untuk mencegah henti nafas atau henti jantung **TANPA** melakukan intubasi, Jika henti nafas atau henti jantung terjadi, **TIDAK** melakukan Resusitasi (DNR)
- Usaha suportif sebelum terjadi henti nafas atau henti jantung yang meliputi pembukaan jalan nafas secara non-invasif, pemberian oksigen, mengontrol pendarahan, memposisikan pasien dengan nyaman, terapi analgetik, Jika henti nafas atau henti jantung terjadi, **TIDAK** melakukan Resusitasi (DNR)

Dokter Yang Menyatakan	Saksi (Perawat/Management)	Pasien / Keluarga
<p>.....</p> <p>(Paraf dan Nama Jelas)</p>	<p>.....</p> <p>(Paraf dan Nama Jelas)</p>	<p>.....</p> <p>(Paraf dan Nama Jelas)</p>
<p>Tanggal : / / 20.....</p> <p>Pukul : :</p>	<p>Tanggal : / / 20.....</p> <p>Pukul : :</p>	<p>Tanggal : / / 20.....</p> <p>Pukul : :</p>

(..... / / 20.....)	<input type="checkbox"/> DNR Berlaku	<input type="checkbox"/> DNR Dibatalkan
(..... / / 20.....)	<input type="checkbox"/> DNR Berlaku	<input type="checkbox"/> DNR Dibatalkan
(..... / / 20.....)	<input type="checkbox"/> DNR Berlaku	<input type="checkbox"/> DNR Dibatalkan
(..... / / 20.....)	<input type="checkbox"/> DNR Berlaku	<input type="checkbox"/> DNR Dibatalkan
(..... / / 20.....)	<input type="checkbox"/> DNR Berlaku	<input type="checkbox"/> DNR Dibatalkan

Pasien/Wali Pasien (Paraf dan Nama Jelas)	Dokter (Paraf dan Nama Jelas)



TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR TIDAK DILAKUKAN RESUSITASI (DO NOT RESUSCITATE)
080/F/RM/RSIH/IX/2022 -- RM (Rev.02)

1. PENGERTIAN

Formulir Tidak Dilakukan Resusitasi Resusitasi (*Do Not Resuscitate*) adalah berkas yang mendokumentasikan penjelasan dokter kepada pasien/wali pasien untuk tidak dilakukan tindakan resusitasi jika pasien mengalami perburukan kondisi/Henti jantung.

2. TUJUAN

Menghormati permintaan/keputusan pasien/wali pasien untuk tidak dilakukan resusitasi

3. KEGUNAAN

Sebagai bukti tertulis keputusan yang diambil oleh pasien/wali pasien dan sebagai catatan untuk dokter dan perawat agar tidak dilakukan resusitasi

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

DPJP

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh DPJP/Dokter Jaga, Perawat dan pasien/Wali pasien.

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat/ Bidan	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis kelamin (L/W)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "W" untuk wanita	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Ruang/Kelas	Diisi nama Ruangan/kelas yang sedang ditempati oleh pasien	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Dokter yang merawat	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat/ Bidan	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Nama Lengkap	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat/ Bidan	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat/ Bidan	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
No. Rekam Medis	Diisi nomor rekam medik pasien yang berlaku	Perawat/ Bidan	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Unit/Ruang Rawat/Kelas	Diisi nama Ruangan/kelas yang sedang ditempati oleh pasien	Perawat/ Bidan	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Alamat Lengkap	Diisi dengan menuliskan alamat lengkap sesuai data pasien	Perawat/ Bidan	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Diagnosis pasien	Diisi dengan menuliskan diagnosis pasien	Dokter	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Alasan Tidak Dilakukan Resusitasi :	Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom pilihan yang sesuai dengan apa yang menjadi alasan tidak dilakukan resusitasi Pilihan; (Kondisi pasien mengindikasikan bahwa tindakan resusitasi tidak mungkin efektif atau berhasil hanya menunda proses kematian alami / Pasien berada pada kondisi terminal / Pasien atau wali Pasien menolak dilakukan tindakan resusitasi / Alasan Lain, sebutkan....)	Dokter	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Kominikasi Sudah dilakukan <i>Informed Consent</i> kepada Pasien/Wali Pasien :	Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom pilihan Ya/Tidak terkait sudah dilakukan <i>Informed Consent</i>	Dokter	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Komunikasi	Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom pilihan bagaimana cara dilakukannya <i>Informed Consent</i> Didiskusikan dengan Pasien (Jika tidak didiskusikan dengan pasien tulis alasan mengapa tidak dijelaskan kepada pasien) Didiskusikan dengan keluarga/ Wali Pasien (Jika tidak didiskusikan dengan keluarga/Wali pasien tulis alasan mengapa tidak dijelaskan kepada Keluarga/Wali pasien)	Dokter	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Pernyataan dan Instruksi Dokter	Merupakan pernyataan dokter yang harus dilakukan terhadap pasien	Dokter	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Dokter Yang Menyatakan	Diisi dengan menuliskan nama jelas dan Paraf DPJP	Dokter	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR

EOB. 11/01/2024 10:40:00

