

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON NIP	: 15080 29 10 74	Tanggal : 30	(0)/2012.
Nama Lengkap	: Hilds. Jehowsti		
Unit/Divisi/Komite	: Whensix Demosa	Logis	tik Formulir
No. Telepon/Ext	: _ 220 L		petugas logistik)
E-mail	:	Jumlah stok formulir l	ama: O
DATA FORMULIR TERKAIT Jenis Permintaan Formulir Judul Formulir No/Kode Formulir No/Kode RM** Bulan Revisi Terkahir	Buat Baru Revisi Tidak Mckuber Revisi 080 /F/201/RSIH/IX EM 12. 4 (untuk: Revisi I	Penghapusan Penghapusan Maktu: Makt	
Alasan Pembuatan/Perubahan Formuli (data diisi menggunakan tambahan kertas i SWOOD Province Perubahan kertas i	ain jika diperlukan, berikan penjelas	an secukupnya)	Ada yal
Komponen Perubahan (data diisi menggunakan tambahan kertas l No . R-M	ain jika diperlukan, berikan penjelasi	Tanda Tangan Permohon, an secukupnya) thoua Sehawa	Tanda Tangan Penerima,
(data diis		ukan/Saran in jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)	Tanda Tangan
	49 1 Ply		Aditien/
	Atasan Langsung/Atasan Tida	k Langsung	Tanda Tangan
	c Revisi.		mu
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	an M Pepi R.
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
persantian nomor RM dibuat F9.	Amy seem	Btritalicangut sesuci do penomoran baru	They at 1022
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	** Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Myrs.	Acc	drg. Muhammad Hacing, MARS
*) Catatan : Waiib Melampirkan Draft			NIP 21110163633

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft **) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

							RM 1
				Identita	s Pasien (Diisi ole	eh Perawat)	
	THE PART OF THE PA			Nama D			
	RAMAH SAK	IT T		Nama P Tanggal			
	and the second			No. RM	Lailli .		(L / VV)*
					n / Kelas	ш - ш - ш	
	INTAN HUSA	ma		DPJP			
	WIAM MUSE	(D)		Penjami	n :		
				Dapat Tem	pelkan Stiker Identita:	s Pasien Disini	
		F			AKUKAN R	ESUSITASI	
dentitas	Dacion			(DO NOT RE	SUSCITATE)		
Nama Ler							
	1.1					(L /	
ranggal L							
No. Rekar				••••••	***************************************		
Alamat Le	engkap :				•••••		
Diagnosis	s Pasien :						
70	dak Dilakukan Resu						
			bahwa tindakan	resusitasi tid	dak munakin efe	ektif / berhasil (hanya menunc	la
	es kematian alami)				g 010	/ wornworn (ridinya inicilalia	
	en berada pada kond	isi term	inal				
	en / wali Pasien men			resusitasi			
	an Lain, sebutkan :						
					Marian and		
Comunika		ont ko	anda Danian AA/	ali Danian			
	akukan Informed Cons		bada Pasien/vva	all Pasien :	□ Ya	□ Tidak	in leiter per per per per per per per per per p
	skusikan dengan Pasi	en					k danaa aa aa
	idak didiskusikan : an pasien, berikan n						
☐ Didis	skusikan dengan Kelu	orac/A/	ali Danian				
	dak didiskusikan	ai ya/ v v					
A	an Keluarga/Wali			••••••			
pasier	n, berikan alasan						
	ın dan İnstruksi Dok						
aya, dokt	ter yang bertanda tang	gan diba	awah ini mengir	nstruksikan te	enaga medis unt	tuk melakukan hal yang tertul	is dibawah ini :
) Usan	na Komprehensit untu	k menc	egah henti nafa	s atau henti j	antung TANPA	melakukan intubasi, Jika her	ti nafas
	henti jantung terjadi,						
) Usah	na suportif sebelum te	rjadi he	nti nafas atau h	enti jantung y	ang meliputi pe	embukaan jalan nafas secara	non-invasif,
pemi	berian oksigen, meng henti jantung terjadi, '	ontrol p	endarahan, me melakukan Res	mposisikan p	asien dengan n	yaman, terapi analgetik, Jika	henti nafas
DOK	ter Yang Menyataka	111	Saksi (I	Perawat/Mar	agement)	Pasien / Ke	eluarga
						Berne Suit a	

	(Paraf dan Nama Jelas)			Paraf dan Nama J		(Paraf dan Nan	
anggal :	//20		Tanggal:	//2	0	Tanggal ://20)
ukul :			Pukul:	:		Pukul :	
anggal D	eninjauan Ular :					Pasien/Wali Pasien (Paraf	Dokter
	/20) [7 04	IR Berlaku		DND Direction	dan Nama Jelas)	(Paraf dan Nama Jelas)
		יוט ב	ik beriaku		DNR Dibatalk	an	Danie manerinal
/	/20) [IR Berlaku		DNR Dibatalk	an	
				J			
) [□ DN	IR Berlaku		DNR Dibatalk	an	
1	/20) [7 04	IR Berlaku		DND DIL (II		
) L	יוט ר	IK Deriaku		DNR Dibatalk	an	
	/20) [□ DN	IR Berlaku		DNR Dibatalk	an	
						T. Control of the con	



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR TIDAK DILAKUKAN RESUISTASI (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 keptusan yang diambii 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
Kominukasi Sudah dilakukan Informed Consent kepada Pasien/Wali Pasien :	Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom pilihan Ya/Tidak terkait sudah dilakukan <i>Informed</i> <i>Consent</i>	Dokter	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Komunikasi	Diisi degan memberikan tanda ceklis pada kolom pilihan bagaimana cara dilakukanya Informed Consent 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 nstruksi 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

Saksi (Perawat/	Diisi dengan menuliskan nama jelas	Perawat/	Diisi saat melakukan
Management)	dan paraf saksi dari pihak Rumah Sakit	Bidan	Informed Consent DNR
Pasien / Keluarga	Diisi dengan menuliskan nama jelas dan Paraf Pasien/wali pasien	Pasien/ Wali pasien	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Tanggal :	Diisi dengan menuliskan Tanggal dan jam dilakukan penjelasan dokter serta pasien/wali pasien telah menyetujui	Dokter/ Perawat/ Bidan/ Pasien/ wali pasien	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Tanggal Peninjauan Ulang	Diisi dengan menuliskan tanggal konfirmasi ulang kepada Pasien/Wali pasien terkait keputusan DNR yang telah disetujui dan di <i>Follow up</i> setiap hari (//20) Kemudian berikan tanda ceklis pada kolom pilihan DNR Berlaku/DNR Dibatalkan	Recorder Tim code blue	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Pasien/Wali Pasien (Paraf dan Nama Jelas)	Diisi dengan menuliskan nama jelas dan paraf pasien/wali pasien yang memberikan keputusan pada saat peninjauan ulang DNR	Pasien/ Wali pasien	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR
Dokter (Paraf dan Nama Jelas)	Diisi dengan menuliskan nama jelas dan paraf DPJP pasien yang menerima keputusan pada saat peninjauan ulang DNR	Dokter	Diisi saat melakukan Informed Consent DNR

64