



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080290074
Nama Lengkap : Hinda Setiawati
Unit/Divisi/Komite : Intensif Dewasa
No. Telepon/Ext : 2400
E-mail :

Tanggal : _____

DATA FORMULIR TERKAIT FORMULIR CHECKLIST PENENTUAN KEMATIAN

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
No/Kode Formulir : 149/F/RM/RSIH/XII/2022
No/Kode RM : RM. 12.9 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : _____ Revisi ke- : _____

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Bukti pelaksanaan pemeriksaan penentuan kematian Batang Otak Pasien

Komponen Perubahan

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

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Tanda Tangan
Pemohon,

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik

Py 1 Py

Tanda Tangan

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Acc

Tanda Tangan

Depdiknas
NIP. 15070293069

Unit/Divisi/Komite

Acc

Tanda Tangan

dr. Dhadli Ginanjar Darasari
NIP. 15070293069

Rekam Medik

Tanda Tangan

disetujui dengan akreditasi

02/12/22
Rani Setia Utami

Kesekretariatan

Disetujui Langsung

Tanda Tangan

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan

Tanda Tangan

Acc Dilaksanakan

Iva Tanis

Direktur


Acc

Tanda Tangan

drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021 (Rev.00)

<div></div>	<div>Identitas Pasien <small>(Diisi oleh Perawat)</small></div> <div>Nama Pasien :</div> <div>Tanggal Lahir : (L / W)*</div> <div>No. RM : <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>Ruangan / Kelas :</div> <div>Dokter yang merawat :</div> <div>Penjamin :</div> <div>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini</div>	FORMULIR CHECKLIST PENENTUAN KEMATIAN BATANG OTAK PASIEN DEWASA
FORMULIR CHECKLIST PENENTUAN KEMATIAN BATANG OTAK PASIEN DEWASA		
PEMBERIAN INFORMASI <small>(Provision of Information)</small>		
Dokter Pelaksana Tindakan/ <i>Medical staff conducting procedure</i> :		
Pemberi Informasi/ <i>information provider</i> :		
Penerima Informasi/Pemberi persetujuan* :		
IDENTITAS PASIEN		
Nama Lengkap : (L / W)*		
Tanggal Lahir :		
No. Rekam Medis :		
Unit/Ruang Rawat/Kelas :		
Alamat Lengkap :		
Diagnosis Pasien :		
Tahapan yang harus dikonfirmasi untuk menyatakan adanya Kematian Batang Otak :		
A. Langkah 1		
Melakukan pengkajian kondisi pasien untuk mengevaluasi pasien mati batang otak, dengan kriteria pasien sebagai berikut:		
<input type="checkbox"/> Tekanan Darah Sistolik ≥ 100 mmHg	Hasil Pemeriksaan :
<input type="checkbox"/> Suhu $> 36^{\circ}$ C	Hasil Pemeriksaan :
<input type="checkbox"/> Fungsi tiroid dan adrenal normal	Hasil Pemeriksaan :
<input type="checkbox"/> Tidak dalam pengaruh obat sedasi/pelemas otot	Hasil Pemeriksaan :
<input type="checkbox"/> Tidak ada kelumpuhan saraf otot	Hasil Pemeriksaan :
B. Langkah 2		
<input type="checkbox"/> Penyebab koma diketahui dan cukup untuk menyebabkan kematian batang otak secara <i>irreversible</i>		
C. Langkah 3		
Melakukan pemeriksaan sudah tidak adanya fungsi kortikal dan batang otak, dengan cara :		
<input type="checkbox"/> Respon terhadap sekitar (perintah/rangsangan/gerak dan lainnya)	Hasil Pemeriksaan :	Positif / Negatif
<input type="checkbox"/> Gerakan otot dan postur (pasien tidak dalam pengaruh obat sedasi/pelemas otot)	Hasil Pemeriksaan :	Positif / Negatif
<input type="checkbox"/> Reflek Pupil	Hasil Pemeriksaan :	Positif / Negatif
<input type="checkbox"/> Reflek Kornea	Hasil Pemeriksaan :	Positif / Negatif
<input type="checkbox"/> Reflek Okulosefalik	Hasil Pemeriksaan :	Positif / Negatif
<input type="checkbox"/> Reflek Okulovestibuler	Hasil Pemeriksaan :	Positif / Negatif
<input type="checkbox"/> Reflek Batuk/muntah	Hasil Pemeriksaan :	Positif / Negatif
<input type="checkbox"/> Atropine Sulfate test	Hasil Pemeriksaan :	Positif / Negatif
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Elektroensefalogram/EEG (Jika keluarga pasien bersedia)	Hasil Pemeriksaan :
D. Langkah 4		
<input type="checkbox"/> Tidak ada upaya bernafas spontan/Apneu test		
(Harus dilakukan pemeriksaan AGD)		
Tatalaksana :		
a. Pre-oksigenasi dengan FiO2 100% selama 10 menit		
b. Memastikan kadar pCO2 awal testing dalam batas 40-60 mmHg dengan melakukan pemeriksaan Analisa Gas Darah		
c. Melepaskan pasien dari ventilator dan memberikan 6 lpm melalui kateter trakea		
d. Observasi selama 10 menit, bila pasien masih tidak bernafas, test dinyatakan positif/henti nafas telah menetap		
Evaluasi Hasil Pemeriksaan :		
<div><div>Dokter Spesialis Anestesi</div><div>Dokter Spesialis Neurologi</div><div>Dokter Kompeten Lain</div></div>		
<div><div>.....</div><div>.....</div><div>.....</div></div>		
<div><div>Tanda Tangan dan Nama Jelas</div><div>Tanda Tangan dan Nama Jelas</div><div>Tanda Tangan dan Nama Jelas</div></div>		
<div><div>Tanggal : / / 20.....</div><div>Tanggal : / / 20.....</div><div>Tanggal : / / 20.....</div></div>		
<div><div>Pukul : :</div><div>Pukul : :</div><div>Pukul : :</div></div>		
<div><div>Penanggung Jawab/Keluarga Pasien</div><div>Saksi Pihak Keluarga</div></div>		
<div><div>.....</div><div>.....</div></div>		
<div><div>Tanda Tangan dan Nama Jelas</div><div>Tanda Tangan dan Nama Jelas</div></div>		
<div><div>Tanggal : / / 20.....</div><div>Tanggal : / / 20.....</div></div>		
<div><div>Pukul : :</div><div>Pukul : :</div></div>		



TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR *CHEKLIST* PENENTUAN KEMATIAN BATANG OTAK PASIEN DEWASA
149/F/RM/RSIH/XII/2022 (RM 12.9) - Rev.00

1. PENGERTIAN

Formulir *cheklist* penentuan kematian batang otak pasien dewasa adalah berkas yang mendokumentasikan pemberian informasi dan hasil pemeriksaan dokter kepada pasien dewasa yang didiagnosis adanya kematian batang otak.

2. TUJUAN

Untuk menentukan kondisi adanya kematian batang otak pada pasien

3. KEGUNAAN

Sebagai bukti tertulis telah dilakukan pemeriksaan dengan langkah-langkah yang sesuai dalam penentuan kematian batang otak pasien

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Kompeten (Dokter Spesialis Anestesi, Dokter spesialis Neurologi, dan Dokter Kompeten lain yang ditunjuk oleh Komite Medik rumah sakit)

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Dokter Kompeten

6. CARA PENGISIAN

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

Dokter yang merawat	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Dokter Pelaksana Tindakan/Medical staff conducting procedure	Diisi dengan menuliskan nama dokter yang akan melaksanakan tindakan pemeriksaan	Perawat	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
Pemberi Informasi/information provider	Diisi dengan menuliskan nama dokter yang memberikan informasi/penjelasan kepada keluarga	Perawat	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
Penerima Informasi/Pemberi persetujuan*	Diisi dengan menuliskan nama keluarga pasien yang menerima informasi	Perawat	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
Nama Lengkap	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
No. Rekam Medis	Diisi nomor rekam medik pasien yang berlaku	Perawat	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
Unit/Ruang Rawat/Kelas	Diisi nama Ruangan/kelas yang sedang ditempati oleh pasien	Perawat	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
Alamat Lengkap	Diisi dengan menuliskan alamat lengkap sesuai data pasien	Perawat	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
Diagnosis pasien	Diisi dengan menuliskan diagnosis pasien	Dokter	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
Tahapan yang harus dikonfirmasi untuk menyatakan adanya Kematian Batang Otak :	Berisikan tahapan yang harus dilakukan pemeriksaan untuk menentukan kematian batang otak	Dokter	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
A. Langkah 1 Melakukan pengkajian kondisi pasien untuk mengevaluasi pasien mati batang otak, dengan kriteria pasien sebagai berikut:	<p>Dengan memberikan tanda ceklis pada kolom yang tersedia, kondisi pasien disesuaikan dengan kriteria yang ada :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tekanan Darah Sistolik \geq 100 mmHg -Suhu $>$ 36 -Fungsi tiroid dan adrenal normal -Tidak dalam pengaruh obat sedasi/pelemas otot -Tidak ada kelumpuhan saraf otot <p>dan menuliskan hasil pemeriksaan yang telah didapatkan di Hasil pemeriksaan :</p>	Dokter	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak

B. Langkah 2 Penyebab koma diketahui dan cukup untuk menyebabkan kematian batang otak secara <i>irreversible</i>	Memberikan tanda ceklis pada kolom yang tersedia apabila penyebab kematian batang otak dapat diketahui	Dokter	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
C. Langkah 3 Melakukan pemeriksaan sudah tidak adanya fungsi kortikal dan batang otak, dengan cara :	<p>Dengan memberikan tanda ceklis pada kolom yang tersedia, pada pemeriksaan yang telah dilakukan untuk menentukan fungsi kematian batang otak dan fungsi kortikal :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Respon terhadap sekitar -Gerakan otot dan postur -Reflek Pupil -Reflek Kornea -Reflek Okulosefalik -Reflek Okulovestibuler -Reflek Batuk/muntah -Atropine sulfate test -Pemeriksaan EEG <p>dan menuliskan hasil pemeriksaan yang telah didapatkan dengan melingkari dibagian Positif : Jika ada respon dari pemeriksaan, dan Negatif : Jika tidak ada respon dari pemeriksaan. di Hasil pemeriksaan : Positif / Negatif.</p>	Dokter	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
D. Langkah 4 Tidak ada upaya bernafas spontan/Apneu test	<p>Dengan memberikan tanda ceklis pada kolom yang tersedia, jika pemeriksaan apneu test dilakukan dan mengikuti tatalaksana yang telah dicantumkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pre-oksigenasi dengan FiO2 100% selama 10 menit b. Memastikan kadar pCO2 awal testing dalam batas 40-60 mmHg dengan melakukan pemeriksaan Analisa Gas Darah c. Melepaskan pasien dari ventilator dan memberikan 6 lpm melalui kateter trakea d. Observasi selama 10 menit, bila pasien masih tidak bernafas, test dinyatakan positif/henti nafastelah menetap 	Dokter	Diisi saat melakukan pemeriksaan Kematian Batang Otak
Evaluasi hasil Pemeriksaan	Dengan menuliskan hasil pemeriksaan apakah pasien positif mengalami kematian batang otak atau tidak	Dokter	Diisi setelah melakukan pemeriksaan kematian Batang Otak
Dokter Spesialis Anestesi	Diisi dengan menuliskan nama jelas dan Tanda Tangan dokter spesialis anestesi	Dokter	Diisi setelah melakukan pemeriksaan kematian Batang Otak
Dokter Spesialis Neurologi	Diisi dengan menuliskan nama jelas dan Tanda Tangan dokter spesialis neurologi	Dokter	Diisi setelah melakukan pemeriksaan kematian Batang Otak

Dokter Kompeten lain	Diisi dengan menuliskan nama jelas dan Tanda Tangan dokter Kompeten yang mengikuti pemeriksaan fungsi batang otak	Dokter	Diisi setelah melakukan pemeriksaan kematian Batang Otak
Penanggung Jawab/keluarga Pasien	Diisi dengan menuliskan nama jelas dan Tanda Tangan keluarga pasien yang menerima informasi dan penjelasan dari dokter	Keluarga pasien	Diisi setelah melakukan pemeriksaan kematian Batang Otak
Saksi Pihak Keluarga	Diisi dengan menuliskan nama jelas dan Tanda Tangan saksi dari pihak keluarga yang menerima informasi dan penjelasan dari dokter	Keluarga pasien	Diisi setelah melakukan pemeriksaan kematian Batang Otak
Tanggal : /..... / 20..... Pukul : :	Diisi dengan menuliskan Tanggal dan jam dilakukan penjelasan dokter serta pasien/wali pasien telah menyetujui	Dokter/ Perawat/ Bidan/ Pasien/ wali pasien	Diisi setelah melakukan pemeriksaan kematian Batang Otak