



FORMULIR PERMINTAAN  
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

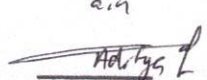
DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1508029074  
Nama Lengkap : Inten P Dew 232  
Unit/Divisi/Komite : Hinda Sekawah  
No. Telepon/Ext : 2201  
E-mail :

Tanggal : 30/09/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
Judul Formulir : Perawatan Pasien Tahap Terminal (End of life care form)  
No/Kode Formulir : 022/F/RM/RSIH/IX/2022  
No/Kode RM\*\* : RM 12.6 (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 m2996
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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


Salah formulir & pengantian No. RM

Komponen Perubahan

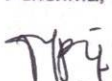
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

No. RM

Tanda Tangan  
Pemohon,

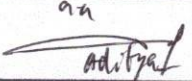
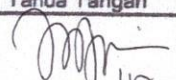
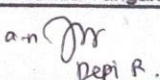
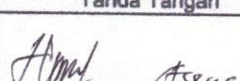
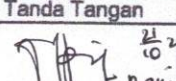
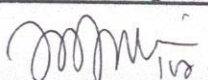

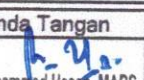
  
Hinda Sekawah

Tanda Tangan  
Penerima,

  
Titya

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 PLY Bolak Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Ace	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pengantian nomor RM dibuat F9		Ditandatangani sesuai dengan format baru.	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace			

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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





Penjelasan Pasien Tahap Terminal ( Diisi oleh Dokter)		
Diagnosa utama yang mendasari		
Penjelasan Riwayat Pasien	Kondisi awal masuk RS :	
(Riwayat Kondisi pasien selama Perawatan)	Kondisi saat ini :	
Pengkajian Kebutuhan Spiritual Pasien dan Keluarga ( Diisi oleh Dokter)		
Putus Asa	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Menderita	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Rasa Bersalah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Pengkajian Psikososial Pasien dan Keluarga		
Penolakan (Denial)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Marah (Angry)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Tawar Menawar (Bargaining)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Depresi	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Menerima (Acceptance)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Rencana Perawatan di rumah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Tinggal di rumah dengan	<input type="checkbox"/> Suami	<input type="checkbox"/> Orangtua
Mekanisme penyesuaian	<input type="checkbox"/> Adaptif	<input type="checkbox"/> Maladaptif
Keputusan Pasien dan Keluarga Pasien (Diisi oleh Dokter)		
Menghormati kehendak langsung pasien	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Withhold/Withdraw*	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Memilih Meninggal di Rumah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Melanjutkan Perawatan di Rumah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Tindak Lanjut		
Evaluasi Asuhan Tahap Terminal (Diisi oleh Dokter)		
Dokter Pemberi Informasi	Saksi (Perawat/Management)	Pasien / Keluarga
Dokter	Saksi	Garut, ..... 20 ..... Waktu :  Pasien  (Nama Jelas) *) Atau yang mewakili dalam hal pasien tidak mampu mengambil keputusan sendiri  Keluarga  (Nama Jelas)



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR PERAWATAN PASIEN TAHAP TERMINAL  
(END OF LIFE CARE FORM)  
082/F/RM/RSIH/IX/2022 -- RM (Rev.01)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir Perawatan Pasien Tahap Terminal (*End Of Care Form*) adalah berkas yang berisikan penjelasan bahwa pasien mengalami penyakit/sakit yang tidak mempunyai harapan untuk sembuh sehingga sangat dekat dengan proses kematian, serta mendukung dan menghargai hak pasien/keluarga pasien untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan keputusannya.

**2. TUJUAN**

Untuk membantu pasien dan keluarga memahami dan menerima kondisi pasien serta memenuhi kebutuhan psiko-spiritual pasien dan keluarga sampai dengan memfasilitasi pasien untuk meninggal dalam keadaan tenang.

**3. KEGUNAAN**

Mendokumentasikan hasil pengkajian agar asuhan yang diterima oleh pasien terencana dengan baik, terpantau sehingga pelayanan yang diberikan dapat secara optimal dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Dokter Penanggung Jawab Pasien, Dokter Konsulen, Dokter Anastesi, Dokter Jaga Unit dan Perawat Unit

**5. MEKANISME PENGISIAN**

Form diisi oleh Dokter, Perawat, Pasien dan keluarga.

**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 capital	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.
DPJP	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 Pemberi Informasi	Diisi nama dokter yang melakukan pemeriksaan dan memberikan penjelasan kondisi pasien	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
Penanggung Jawab pasien	Berisi data penanggung jawab pasien	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
Nama	Diisi dengan menuliskan nama lengkap penanggung jawab/ keluarga inti pasien	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
Hubungan Keluarga	Diisi dengan menuliskan hubungan yang terkait dengan pasien	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
Alamat	Diisi dengan menuliskan alamat yang sedang ditempati oleh keluarga pasien saat ini	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
No Telepon	Diisi dengan menuliskan no telepon yang digunakan dan dapat dihubungi saat ini	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
Nama Pasien	Diisi dengan menuliskan nama lengkap pasien yang akan dijelaskan kondisinya	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
No RM	Diisi dengan menuliskan Nomor Rekam Medis yang dimiliki pasien	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
Alamat	Diisi dengan menuliskan alamat yang sedang ditempati oleh pasien saat ini	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
Agama	Diisi dengan menuliskan agama apa yang dipercayai pasien	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
Diagnosa Medis	Diisi dengan menuliskan Diagnosa terkini pasien	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
DPJP	Diisi dengan menuliskan Nama dokter penanggung jawab yang menanganinya pasien	Perawat	Diisi ketika akan melakukan penjelasan
Pengkajian Awal Kesadaran dan Hemodinamik	Berisi hasil pengkajian pasien setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Kesadaran Kuantitatif	Diisi dengan menuliskan angka hasil pemeriksaan Glasgow Coma Scale dengan angka maksimal E:4 M:6 V:5	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Kesadaran Kualitatif	Diisi dengan memilih dan menceklis nama kesadaran (Compos Mentis, Somnolen, Sopor, Koma) yang sesuai dengan jumlah GCS yang didapatkan	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien

Tanda Vital	Diisi dengan menuliskan hasil pengukuran Tanda Tanda Vital (Tekanan darah, Nadi, Pernafasan, Suhu, SPO2)	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Tanda dan Gejala	Berisi keluhan pasien dan penanganannya	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Mual	Diisi dengan memberi ceklis di kolom “Ya” jika pasien merasa mual dan “Tidak” jika pasien tidak merasa mual <b>Faktor yang memperberat</b> : Diisi apakah ada faktor yang dapat menambah rasa mual <b>Faktor yang meringankan</b> : Diisi apakah ada faktor yang dapat meringankan rasa mual pasien <b>Penanganan</b> : Diisi Pelayanan apa yang sudah diberikan untuk menangani rasa mual pasien <b>Respon</b> : Diisi adakah respon yang timbul (Perbaikan/belum Perbaikan) setelah diberikan penanganan	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Sesak Nafas	Diisi dengan memberi ceklis di kolom “Ya” jika pasien merasa sesak nafas dan “Tidak” jika pasien tidak merasa sesak nafas <b>Faktor yang memperberat</b> : Diisi apakah ada faktor yang dapat menambah berat rasa sesak nafas pasien <b>Faktor yang meringankan</b> : Diisi apakah ada faktor yang dapat meringankan rasa sesak nafas pasien. <b>Penanganan</b> : Diisi Pelayanan apa yang sudah diberikan untuk menangani rasa sesak nafas pasien <b>Respon</b> : Diisi adakah respon yang timbul (Perbaikan/belum Perbaikan) setelah diberikan penanganan	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Nyeri	Diisi dengan memberi ceklis di kolom “Ya” jika pasien ada rasa nyeri dan “Tidak” jika pasien tidak ada rasa nyeri	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Metode Pengkajian Nyeri	<b>Metode</b> : Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom jenis metode asesmen nyeri yang digunakan (NRS,BPS*Terintubasi/Tidak Terintubasi, WBF, FLACC, NIPS) <b>Penyebab (P)</b> : Diisi dengan menuliskan penyebab rasa nyeri yang dialami pasien <b>Tipe Nyeri (Q)</b> : Diisi dengan menuliskan bagaimana rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien seperti : Diiris (Dr), Tajam (T), Ditekan (Dk),	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien



	<p>Ditusuk-tusuk (Ts), Rasa Terbakar (Tb), Kram (Kr), Diremas (Dm)</p> <p><b>Lokasi (R)</b> : Diisi daerah tubuh mana yang mengalami rasa nyeri</p> <p><b>Skala (S)</b> : Diisi dengan menuliskan jumlah angka yang didapat setelah melakukan pengkajian nyeri pasien berdasarkan parameter skala nyeri yang digunakan</p> <p><b>Time (T)</b> : Diisi dengan menuliskan bagaimana rentang waktu yang dirasakan pasien pada saat rasa nyeri timbul</p> <p><b>Hal-hal yang menyebabkan Nyeri Memberat</b> : Diisi dengan menuliskan hal apa/Aktifitas apa yang dapat membuat rasa nyeri semakin bertambah</p> <p><b>Hal-hal yang menyebabkan Nyeri Hilang</b> : Diisi dengan menuliskan hal apa/Tindakan apa yang dapat membuat rasa nyeri semakin berkurang/hilang</p>		
Sudah Mendapat therapy Nyeri	Diisi dengan memberi ceklis di kolom <b>"Ya"</b> jika pasien mendapatkan terapi nyeri dan <b>"Tidak"</b> jika pasien tidak mendapat terapi nyeri	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Terapi Nyeri Saat ini	<p><b>Farmakologi</b> : Diisi dengan menuliskan terapi yang diberikan kepada pasien untuk mengatasi nyeri</p> <p><b>Non Farmakologi</b> : Diisi dengan menuliskan tindakan apa yang dapat mengurangi rasa nyeri pasien</p>	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Penjelasan Pasien Tahap Terminal	<p><b>Diagnosa utama yang mendasari</b>: Diisi dengan menuliskan diagnosa utama pasien</p> <p><b>Penjelasan Riwayat Pasien</b> : Diisi dengan mengisi kondisi awal pasien saat masuk RS</p> <p><b>(Riwayat Kondisi pasien selama perawatan)</b> : Diisi dengan mengisi kondisi pasien yang terkini</p>	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien
Pengkajian Kebutuhan Spiritual Pasien dan Keluarga	<p><b>Putus Asa</b> : Diisi dengan memberi ceklis di kolom <b>"Ya"</b> jika pasien dan keluarga tampak putus asa dan <b>"Tidak"</b> jika pasien dan keluarga tidak tampak putus asa</p> <p><b>Menderita</b> : Diisi dengan memberi ceklis di kolom <b>"Ya"</b> jika pasien dan keluarga tampak menderita dan <b>"Tidak"</b> jika pasien dan keluarga tidak tampak menderita</p> <p><b>Rasa Bersalah</b> : Diisi dengan memberi ceklis di kolom <b>"Ya"</b> jika keluarga tampak merasa bersalah</p>	Dokter	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien

	dan “Tidak” jika keluarga tidak tampak merasa bersalah		
Pengkajian Psikososial Pasien dan keluarga	<p><b>Penolakan (Denial)</b> : Diisi dengan memberi ceklis di kolom “Ya” jika pasien dan keluarga tampak belum menerima kondisi pasien (Denial) asa dan “Tidak” jika pasien dan keluarga tidak tampak denial.</p> <p><b>Marah (Angry)</b> : Diisi dengan memberi ceklis di kolom “Ya” jika pasien dan keluarga tampak marah setelah mengetahui kondisi pasien dan “Tidak” jika pasien dan keluarga tidak tampak marah</p> <p><b>Tawar menawar (Bargaining)</b> : Diisi dengan memberi ceklis di kolom “Ya” jika pasien dan keluarga terus meminta dilakukan upaya kesembuhan semaksimal mungkin walaupun kondisi pasien tidak ada harapan dan “Tidak” jika pasien dan keluarga tidak melakukannya</p> <p><b>Depresi</b> : Diisi dengan memberi ceklis di kolom “Ya” jika pasien dan keluarga tampak depresi dengan kondisi pasien dan “Tidak” jika pasien dan keluarga tidak tampak depresi</p> <p><b>Menerima (Acceptence)</b> : Diisi dengan memberi ceklis di kolom “Ya” jika pasien dan keluarga menerima kondisi pasien dan “Tidak” jika pasien dan keluarga tidak menerima kondisi pasien</p> <p><b>Rencana Perawatan di Rumah</b> : Diisi dengan memberi ceklis di kolom “Ya” jika pasien dan keluarga ingin melanjutkan perawatan di rumah (APS) dan “Tidak” jika pasien dan keluarga ingin tetap melanjutkan perawatan di Rumah Sakit</p> <p><b>Tinggal Di Rumah dengan</b> : Diisi dengan memberi ceklis pada pilihan kolom yang ada, disesuaikan dengan kondisi pasien dan keluarga seperti kolom : Suami, Orang Tua, Anak, Saudara, Lain-lain</p> <p><b>Mekanisme Penyesuaian</b> : Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom <b>Adaptif</b> jika pasien dan keluarga dengan mudah menyesuaikan diri dengan kondisi pasien, dan pada kolom <b>Maladaptif</b> jika pasien dan keluarga mengalami masalah penyesuaian diri karena</p>	Dokter/ Perawat	Diisi setelah melakukan Pemeriksaan pasien