

## The Do Not Resuscitate Decision Making with Patient End of Life from Families Perspective

### Pengambilan Keputusan Do Not Resuscitate Pasien End of Life Ditinjau dari Perspektif Keluarga

Ridal Sagala<sup>1\*</sup>, Hana Rizmadewi Agustina<sup>2</sup>, Tuti Pahria

<sup>\*1,2,3</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran, Jalan Raya Bandung Sumedang KM. 21, Hegar Manah, Jatinangor, Kab. Sumedang, Jawa Barat, Indonesia email: ridalsagala@yahoo.com, hana.rizmadewi@unpad.ac.id, [t.pahria@gmail.com](mailto:t.pahria@gmail.com)

#### INFO ARTIKEL

##### ARTICLE HISTORY:

Artikel diterima: 12 Januari 2022

Artikel direvisi: 11 Februari 2022

Artikel disetujui: 14 Maret 2022

##### KORESPONDEN

Ridal Sagala  
ridalsagala@yahoo.com,  
Orcid ID: 0000-0001-5112-7181

##### ORIGINAL ARTICLE

Halaman: 1-16

DOI:

<https://doi.org/10.30989/mik.v11i1.661>

Penerbit:

Universitas Jenderal Achmad Yani  
Yogyakarta, Indonesia.

Artikel terbuka yang berlisensi CC-BY-SA



#### ABSTRACT

**Background:** Families can experience challenges and difficulties when making decision do not resuscitate (DNR).

**Objective:** The study aims to explore indepth the decision making DNR among EOL patient from perspective families.

**Methods:** A qualitative descriptive phenomenology study was recruited 6 families, within purposive sampling. This reseach have passed of etic, and used indepth interviews face to face and videocalls, and then data analysis followed the Colaizzi's method.

**Results:** Twelve major themes from interview finding decision making is autonomy of families, inadequate information communication, consideration patient health status, family's beliefs and values, family accompaniment, time allocation, trust health workers, financial consideration, information provision, less knowledge, and needs second opinions. Process of communication and effective information inadequate, need for conditional and psychological considerations, need special officers in communicating, need second opinion. Other inhibiting factors are limited knowledge, values and beliefs, limited time from family and health workers, and financial limitations.

**Conclusion:** Need to improve adequate information and effective communication, and facilitate a shared decision making, partcularly in DNR decision making for EoL patients.

**Keywords:** *decision making, do not resuscitate, end of life, family caregiver*

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Keluarga sering mengalami tantangan/kesulitan dalam pengambilan keputusan DNR

**Tujuan:** Tujuan penelitian menggali secara mendalam pengambilan keputusan DNR pada pasien EoL ditinjau dari perspektif keluarga.

**Metode:** Penelitian kualitatif fenomenologi deskriptif diikuti 6 responden, melalui *purposive sampling*. Penelitian telah lulus etik dan diklat rumah sakit. Pengumpulan data dengan *indepth interview face to face* dan *videocall*, dan analisa data menggunakan metode Colaizzi.

**Hasil:** Penelitian menghasilkan 12 tema yaitu otonomi keputusan ditangan keluarga, komunikasi informasi tidak adekuat, pertimbangan status kesehatan pasien, nilai dan keyakinan keluarga, pendampingan keluarga, pengalaman keluarga, keterbatasan waktu, kepercayaan terhadap tenaga kesehatan, pertimbangan finansial, pemberian informasi oleh petugas khusus, keterbatasan pengetahuan, pendapat pihak ketiga. Proses komunikasi dan penyampaian informasi efektif belum adekuat, perlunya pertimbangan kondisi dan psikis, perlunya petugas khusus dalam berkomunikasi, perlunya second opinion. Faktor penghambat lainnya keterbatasan pengetahuan, nilai dan keyakinan tentang kehidupan, keterbatasan waktu dari keluarga maupun petugas kesehatan, serta keterbatasan finansial.

**Kesimpulan:** Diperlukan peningkatan komunikasi efektif dan adekuat serta memfasilitasi pengambilan keputusan bersama berdasarkan standar prosedur operasional sehingga meningkatkan pelayanan dalam pengambilan keputusan DNR bagi pasien EoL.

**Kata kunci:** *keluarga, pengambilan keputusan, tahap akhir kehidupan, tidak resusitasi*

## PENDAHULUAN

*Do Not Resuscitate (DNR)* adalah tindakan tidak melakukan *Cardio Pulmonary Resuscitation (CPR)* setelah pasien tidak menunjukkan tanda-tanda *Return of Spontaneous Circulation (ROSC)*. Tindakan tidak mempertahankan kehidupan dilakukan berdasarkan keputusan yang diambil pasien, keluarga dan tenaga kesehatan. Pengambilan keputusan DNR merupakan hak otonomi pasien ataupun keluarga yang sesuai dengan undang-undang yang tertuang dalam hak pasien dan keluarga.<sup>1</sup> Pengambilan keputusan DNR merupakan bagian integral dari *End of Life Care (EoLC)* yang bertujuan menghindari intervensi medis yang sia-sia, sehingga pasien dapat menghadapi kematian dengan tenang dan bermartabat.<sup>2</sup>

Pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)* dianggap penting karena berfokus pemberian rasa nyaman, pengurangan rasa nyeri, peningkatan kualitas hidup pasien, sehingga pasien dapat menghadapi kematian dengan hormat dan bermartabat. Empat kelompok yang diidentifikasi berperan dalam pengambilan keputusan DNR yaitu dokter, perawat, keluarga, dan pasien itu sendiri yang mempunyai hak otonom, dan masing-masing kelompok memiliki perspektif yang berbeda.<sup>3</sup> Perbedaan perspektif dipengaruhi banyak faktor antara lain sikap, budaya, pendidikan, ekonomi serta peran keluarga dan peran sosial.<sup>4</sup>

Pada tahun 2001-2007 pengambilan keputusan DNR cenderung meningkat,

diperkirakan dari jumlah pasien 4182 terdapat 1051 pasien yang mengambil keputusan DNR.<sup>5</sup> Pengambilan keputusan DNR rata-rata di atas 65%, dan interval persetujuan DNR sampai pada kematian meningkat dari 2,0 perhari menjadi 3,5 perhari.<sup>2</sup> Namun proses pengambilan keputusan DNR pada pasien EOL masih menjadi hal yang sulit untuk dilakukan oleh keluarga maupun tenaga kesehatan. Salah satu faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan DNR pada pasien EOL adalah perspektif dari masing-masing individu, dan strategi dalam memahami pengambilan keputusan adalah dengan mengkaji secara mendalam perspektif tentang pengambilan keputusan DNR pada pasien EOL.

Pada studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di salah satu rumah sakit swasta di kota Bandung Jawa Barat, dalam catatan medical record tahun 2017 bahwa angka kematian di area rawat inap *non critical* sebanyak 38 orang, dan pada tahun 2018 angka kematian di area rawat inap *non critical* meningkat menjadi 66 orang, usia pasien berkisar 65 tahun keatas dengan penyakit kronis dan terminal seperti kanker, pnemonia, gagal ginjal, gagal jantung, perdarahan intrakranial, stroke berulang yang disertai DM dan Hipertensi, dan didapati 3 pasien yang mempunyai dokumentasi lengkap tentang DNR. Meningkatnya angka kematian setiap tahunnya di area rawat inap *non critical*, kemudian kurangnya catatan terdokumentasi secara lengkap menunjukkan perlunya menggali secara dalam tentang pengambilan

keputusan DNR pada pasien EOL di area rawat inap dilihat dari perspektif keluarga.

Kemudian berdasarkan pengalaman peneliti selama 14 tahun bekerja di area rawat inap, bahwa dalam beberapa kasus pasien dengan kondisi EOL, keluarga mengatakan kurang mengetahui atau kurang informasi tentang prognosis penyakit, keluarga tidak terlibat dalam perawatan pasien, keluarga tidak tahu ataupun tidak paham tentang tindakan yang dilakukan, kurang jelasnya penegakan diagnosa dari tenaga kesehatan, sehingga membingungkan pasien ataupun keluarga. Akhirnya keluarga cenderung menyerahkan pengambilan keputusan kepada tenaga kesehatan. Keluarga hanya mengucapkan “siapa memberikan yang terbaik” tanpa mengetahui kriteria terbaik seperti apa yang diinginkan pasien ataupun keluarga itu sendiri, dan pengambilan keputusan yang merupakan hak otonom pasien ataupun keluarga jadi terabaikan. Pengalaman lainnya yang dialami peneliti adalah pasien dengan prognosis penyakit memburuk dan kondisi yang menurun lebih memilih perawatan di area rawat inap dengan menandatangani surat perjanjian (*Inform Consent*) yaitu permintaan sendiri perawatan di rawat inap, tetapi menunda untuk membuat keputusan DNR.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Metode penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Dalam penelitian ini, peneliti ingin menggali secara mendalam

tentang pengambilan keputusan DNR pada pasien EOL ditinjau dari perspektif keluarga.

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti dinyatakan lulus kode etik dari Komisi Etik dan dari diklat rumah sakit tempat penelitian dilakukan. Pengumpulan data mulai dilakukan pada bulan Mei-Juni 2020. Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam (*in depth interview*) secara tatap muka (*face to face*) dan dengan telepon tatap muka (*video call*) disesuaikan dengan kesepakatan dengan responden.

Responden terdiri dari 6 responden keluarga, yang diambil sesuai dengan kriteria inklusi yaitu anggota keluarga yang bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan DNR di area rawat inap salah satu rumah sakit swasta di kota Bandung. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*

Analisa data dilakukan dengan menggunakan metode Colaizzi, dimana validasi hasil akhir penelitian dilakukan oleh responden, sehingga apa yang ditulis oleh peneliti sesuai dengan apa yang dimaksudkan responden. Metode Colaizzi dapat menganalisis fenomena dan mendapatkan kemudahan serta fleksibilitas dalam menganalisis data. 7 tahapan yaitu: *Acquiring a sense of each transcript* (mendapat esensi dari setiap transkrip), *extracting significant statement* (mengeksktrak pernyataan penting), *formulating meaning from significant statement* (merumuskan makna pernyataan yang signifikan), *organizing formulated meanings into cluster of themes* (mengorganisir

makna yang dirumuskan menjadi kumpulan tema), *writing an exhaustive description of the phenomom* (menulis deskripsi lengkap tentang fenomena tersebut), *describing the fundamental structure of the phenomom* (menggambarkan struktur dasar fenomena tersebut), *returning to the partisipant* (mendatangi kembali responden).<sup>6</sup>

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa perspektif keluarga dideskripsikan dalam 12 tema yang terkait yaitu: 1) Otonomi pengambilan keputusan terdiri dari 2 subtema yaitu keputusan ditangan keluarga dan keputusan diambil dengan berembuk. 2) Komunikasi informasi tidak adekuat. 3) Pertimbangan penentuan tindakan ada 2 subtema tidak ada kemajuan dan kondisi mengalami perburukan. 4) Nilai-nilai dan keyakinan tentang takdir dan kehidupan. 5) Pendampingan pasien oleh keluarga saat perawatan. 6) Pengalaman keluarga saat merawat. 7) Keterbatasan waktu dari tenaga kesehatan. 8) Keterbatasan pengetahuan terdiri dari 2 subtema yaitu pengetahuan keluarga kurang dan terbatasnya pengetahuan perawat. 9) Kepercayaan terhadap tenaga kesehatan. 10) Pertimbangan finansial. 11) Pemberian informasi oleh petugas khusus. 12) Pendapat dari pihak ketiga (*second opinion*).

### Tema 1: Otonomi Pengambilan Keputusan

Tema “*Otonomi Pengambilan Keputusan*” terdiri dari 2 subtema yaitu 1)

*Keputusan Ditangan Keluarga*. 2) *Keluarga Berembuk*.

### Keputusan Ditangan Keluarga

Subtema “*Keputusan Ditangan Keluarga*” diungkapkan 4 responden keluarga RK1, RK4, RK5 dan RK6. Dalam pengambilan keputusan DNR keluarga yang memutuskan pilihan dan resiko, keluarga berhak untuk menolak. Berikut ini pernyataan beberapa responden keluarga terkait subtema:

*RK1.25 “Begitu dilakukan tindakan sesuai tindakan medis yang berkaitan dengan mesin-mesin, kondisinya begini- begini, kalau tidak dilakukan konsekuensinya begini, kami punya pilihan, resiko ditangan kami, tidak ditakut-takuti, harus cepat ada fase 4 jam sama fase 24 jam, kami punya pilihan, resiko ditangan kami, tidak ditakut-takuti..”*

Pernyataan ini juga diungkapkan responden keluarga (RK5) bahwa keputusan keluarga menandatangani menolak tindakan dan keluarga sudah tau resiko yang ada. Berikut pernyataannya:

*RK5.12 “Intinya keputusan menandatangani menolak, kita udah tahu resikonya, saya panggil suster sudah ga ada, istilahnya ya udah, Ibu saya udah..”*

Kemudian responden keluarga 4 (RK4) mengungkapkan bahwa keluarga menolak tindakan. Berikut pernyataannya:

*RK4.19 “Dokter bilang mau dipasang alat untuk pernafasan, terus setelah cerita ke anak-anaknya, ya anaknya udah ga mau..”*

Pernyataan serupa juga diungkapkan responden keluarga (RK6) bahwa keluarga menolak semua tindakan kedokteran. Berikut

pernyataannya:

*RK6.31 "Dipasangin oksigen dan infus udah aja kita bilang kan ini pakai gelang nya ungu menolak semua tindakan dokter jadi tidak akan ada tindakan apapun dari dokter.."*

### **Keluarga Berembuk**

Subtema "Keluarga Berembuk" diungkapkan responden keluarga RK2, RK3 dan RK5. Dalam pengambilan keputusan DNR para responden mengungkapkan bahwa keputusan tidak bisa sendiri-sendiri, anggota keluarga berembuk dan ambil suara. Berikut pernyataannya:

*RK2.17 "Iyalah, ga bisa sendiri-sendiri, ini harus semua, walaupun mamanya udah bilang, tapi inikan keluarga harus ambil suara.."*

Pernyataan ini juga diungkapkan responden keluarga RK3 dan RK5 bahwa dalam pengambilan keputusan DNR berdasarkan hasil kompromi dari seluruh anggota keluarga. Berikut ini pernyataannya:

*RK3.2 "Kompromi dengan keluarga, kalau memang kata keluarga oke, ya oke.."*

*RK5.1 "Sudah didiskusikan sama keluarga, ayah saya yang banyak konsultasi dengan dokter, katanya kita akan menolak untuk ibu masuk ICU.."*

### **Tema 2: Komunikasi Informasi Tidak Adekuat**

Tema "Komunikasi Informasi Tidak Adekuat" diungkapkan oleh 3 responden keluarga RK1, RK5 dan RK6. Dalam pengambilan keputusan DNR para responden mengungkapkan bahwa penyampaian

komunikasi informasi petugas kesehatan ke keluarga tidak dimengerti oleh keluarga, informasi tidak jelas. Berikut ini pernyataannya:

*RK1.14 "Dokter C menerangkan panjang lebar pake bahasa kedokteran yang kami ga ngerti.."*

Pernyataan yang sama juga diungkapkan Responden keluarga RK5 dan RK6 bahwa keluarga belum paham maksud dari dokter dan tentang keadaan akhir pasien. Berikut ini pernyataannya:

*RK5.13 "Iya sebenarnya sih kalau untuk saya pribadi, vonis yang disampaikan oleh dokter, vonis tentang keadaan terakhir ibu saya, saya masih ga tahu maksudnya kayak apa yah, maksudnya mungkin ayah saya tahu, tapi kalau untuk saya sendiri saya ga tahu, kayak kanker misalnya ginjalnya sudah seperti apa sampai harus cuci darah, sampai diusulkan cuci darah saya ga tahu, cuman yang saya tahu adalah ibu saya sakitnya cukup lama dan saya menemani selama proses pengobatan awal hingga akhirnya, jadi saya berpikir kayaknya udah memang sudah sangat buruk, maksudnya udah saatnya berhenti berjuang lah udah seperti itu.."*

*RK6.34 "Jadi karena penjelasan yang kurang dan kita menerimanya seperti itu, jadi seolah-olah bagi kami mama saya hanya bisa di suction kalau masuk ICU karena itu tindakan dokter itu kan.."*

### **Tema 3: Pertimbangan Penentuan Tindakan**

Tema “*Pertimbangan Penentuan Tindakan*” terdiri dari 2 subtema yaitu 1) *Tidak Ada Kemajuan*. 2) *Kondisi Mengalami Perburukan*.

#### **Tidak Ada Kemajuan**

Subtema “*Tidak Ada Kemajuan*” diungkapkan responden keluarga RK1, RK2, dan RK3. Para responden mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan DNR dilakukan karena kondisi pasien tidak ada kemajuan. Berikut pernyataannya:

*RK1.7 “Hampir 2 minggu tidak ada kemajuan, koma terus, ketika masuk ke rumah sakit kondisi ibu saya memang stroke, tapi masih sadar, masih bisa komunikasi, begitu masuk ruang operasi, sampai meninggalnya sudah tidak sadar..”*

Kemudian responden keluarga RK2 dan RK3 mengungkapkan bahwa kondisi pasien tidak memuaskan dan tidak menunjukkan tanda perubahan. Berikut pernyataannya:

*RK2.5 “Seperti kemaren pas masuk ICU, drop kan.. keluar masuk perawatan, udah dikasih obat, ini itulah banyak dicoba, dicoba supaya kembali, setidaknya mamanya bisa kembali sadar, bisa pulih lagi, tapi kan kondisinya ga begitu memuaskan..”*

*RK3.3 “Udah sudah satu bulan tidak ada perubahannya, saya cuma melakukan yang terbaik menurut pihak rumah sakit, menurut dokter..”*

#### **Kondisi Mengalami Perburukan**

Subtema “*Kondisi Mengalami Perburukan*” diungkapkan responden

keluarga RK3, RK4, RK5 dan RK6. Para responden mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan DNR dilakukan karena kondisi pasien mengalami penurunan dan perburukan. Berikut pernyataannya:

*RK3.9 “Dibilang dokter kurang gizi, kalau yang saya tau suster, dia itu dulu pernah suka pakai obat nyamuk bakar, kenapa saya berani ngomong, karena saya sudah pernah kejadian.. tapi tidak di dengar, nah saya mah selalu tau baunya itu beda, tidak sesegar udara, dia sesak napas langsung gitu, wah ini mah pasti dari dulu dulu.. jadi terhisap, dia batuk, dia sesak, nah dari situ sesak napas, batuk, sesak, suaminya belum lama meninggal, mungkin karena pikiran, karena mereka selalu bersama tiba tiba ga.. nah dari situ lah mungkin, sebelum sebelumnya sudah terpuruklah, makanya mungkin tidak terkontrol suster ya..”*

Kemudian responden keluarga RK4, RK5 dan RK6 mengungkapkan bahwa pasien mengalami perburukan. Berikut pernyataannya:

*RK4.1 “Datang itu mau cuci darah, setelah beres ibu langsung ngedrop, terus akhirnya masuk UGD, habis itu masuk HCU. Di scan katanya stroke, stroke ringan, kakinya sebelah kiri..”*

*RK5.9 “Dan dokter P pun tiba-tiba menyebutkan perlu cuci darah dengan banyaknya mengkonsumsi obat, ibu saya punya riwayat penyakit yang cukup panjang, beliau pernah tiroid kemudian darah tingginya*

*cukup parah juga dan selalu mengkonsumsi obat..”*

*RK6.1 “Saya bawa ibu saya ke rumah sakit karena banyak dahak di tenggorokannya sebelumnya kan ada infeksi di kaki, terus minum obat, ada beberapa antibiotik, kemudian dari situlah saya nggak ngertilah medisnya ya, tapi kenyataannya ada dahaknya di tenggorokannya, sehingga untuk nafasnya itu saya lihat agak terganggu, selama beberapa hari..”*

#### **Tema 4: Nilai-Nilai dan Keyakinan Tentang Takdir dan Kehidupan.**

Tema “*Nilai-nilai dan keyakinan tentang takdir dan kehidupan*” diungkapkan oleh 5 responden keluarga RK1, RK2, RK3, RK 4 dan RK6. Para responden mengungkapkan bahwa dalam pengambilan keputusan DNR keluarga percaya dan pasrah kepada Tuhan dan keluarga berharap keajaiban. Berikut ini pernyataannya:

*RK1.43 “Harapan boleh lah, ya kita kan juga ga apa.., manusia yang percaya sama Tuhan apa yang dilakukan, tidak ada hal yang mustahil bagi Tuhan, segala sesuatu kita lakukan sebagai manusia, hanya usaha, hasil akhirnya Tuhan yang menentukan..”*

Pernyataan ini juga diungkapkan responden keluarga RK2, RK3 dan RK4 bahwa keluarga pasrah pada Yang Maha Kuasa. Berikut ini pernyataannya:

*RK2.18 “Iyalah.. iya kita manusia hanya bisa merencanakan, hehe....”*

*RK3.11 “Semua dibalik ke Yang Maha Kuasa, daripada kesiksa kata saya, Ya Allah,*

*kalau memang mau di ambil, di ambil.. jangan disiksa..”*

*RK4.3 “Kita pasrah sama yang punya hidup Yang Maha Kuasa, Tuhannya soalnya walaupun dipaksa, melihat kondisi udah tua, kita pasrah aja..”*

Kemudian responden keluarga RK6 mengungkapkan bahwa keluarga selalu berdoa bersama dan keluarga berharap mujizat. Berikut ini pernyataannya:

*RK6.20 “..Kalau Tuhan kasih sembuh-sembuh jadi mukjizat kalau nggak kasih sembuh biarlah dia pulang nggak dengan sakit ditusuk sana ditusuk sini..”*

#### **Tema 5: Pendampingan Pasien oleh Keluarga Saat Perawatan**

Tema “*Pendampingan Pasien Oleh Keluarga Saat Perawatan*” diungkapkan oleh 5 responden keluarga RK1, RK3, RK4, RK5 dan RK6. Para responden keluarga mengungkapkan bahwa keluarga mengambil keputusan DNR supaya keluarga bisa sering datang bolak balik melihat pasien, sehingga pasien dapat terstimulasi dan ada perkembangan yang baik. Berikut ini pernyataannya:

*RK1.21 “..Barang kali ibu saya mendengar anaknya yang banyak bolak balik, mendengar suara yang berisik, barang kali otaknya terstimulasi lagi sembuh, ada perkembangan lebih baik..”*

Kemudian Pernyataan yang diungkapkan oleh responden keluarga RK4 dan RK5 bahwa pengambilan keputusan DNR dilakukan supaya keluarga bisa bebas mendampingi

pasien. Berikut ini pernyataannya:

*RK4.44 “Kondisinya udah kelihatan udah agak lemah, begitu keluarganya datang walaupun cuman ngomong, semangat untuk hidupnya si pasien lebih-lebih, makanya dirangsang terus, kalau disini bisa lebih bebas datang, bisa lihat lebih puas untuk melihat, jadi kita mengobati, kita puas..”*

*RK5.8 “Ketika ada dokter jaga mengusulkan untuk ICU, keluarga lalu ngobrol-ngobrol mengusulkan untuk ga usah, nggak perlu ke ICU butuh beberapa pertimbangan, menggunakan alat bantu, di CPR beresiko cara pemasangannya, kemudian keluarga nggak bisa bebas ada di sekelilingnya atau berada di sekitarnya”.*

Kemudian responden keluarga RK3 dan RK6 mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan DNR dilakukan karena keluarga tidak tega dan tidak mau menyakiti pasien.

Berikut pernyataannya:

*RK3.8 “Memang sudah waktunya mungkin, mungkin mereka tidak tega melihat orangtuanya..”*

*RK6.24 “Nah ini yang mungkin yang kita tolak itu adalah penggunaan semua alat- alat yang akan menyakiti mama saya..”*

## **Tema 6: Pengalaman Keluarga Saat Merawat**

Tema “*Pengalaman Keluarga Saat Merawat*” diungkapkan oleh 2 responden keluarga RK1 dan RK3. Responden keluarga mengungkapkan bahwa mempunyai pengalaman yang sama dalam mengambil keputusan DNR dengan anggota keluarga

lain. Berikut ini pernyataannya:

*RP1.3 “Tiga orang yang ada di lingkungan saya, ayah, mertua, suami, ventilator itu kondisi seperti itu, sakit seperti itu. Ayah saya, mertua saya belum koma, tapi di kasih ventilator mereka meninggal, suami saya juga dengan kondisi sudah kritis di kasih ventilator. Tiga-tiganya hilang, sekarang ibu saya dibegitukan..”.*

*RP1.8 “Jadi saya trauma melihat ventilator..”.*

Kemudian responden lain menyatakan bahwa pengambilan keputusan DNR sudah pernah mereka alami sebelumnya. Berikut pernyataannya :

*RP3.5 “Karena dulu aku punya pengalaman sama abang..”.*

*RP3.13 “Sebenarnya saya tau sudah tidak lagi, ada itu karena dibantu sama alat ya..Saya berani ngomong karena saya sudah berpengalaman..”.*

## **Tema 7: Keterbatasan Waktu Dari Tenaga Kesehatan**

Tema “*Keterbatasan Waktu Dari Tenaga Kesehatan*” tema ini diungkapkan oleh RK6. Responden mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan DNR membutuhkan waktu, keluarga butuh waktu dalam mencerna informasi sedangkan pemberi informasi mempunyai keterbatasan waktu. Berikut ini ungkapan responden dapat dilihat dalam bagan dibawah ini:

*RP6.49 “Dokternya sudah memberikan bantuan tadi jadi ada keterbatasan waktu padahal mungkin pasiennya atau pengambil keputusan itu kan dia perlu waktu yang agak*

*lama gitu untuk mencerna, sementara pemberi informasi punya keterbatasan waktu mungkin, bayangan saya mungkin kalau ada, setelah dari rawat dokter seperti ini lagi penjelasan, ada lagi orang misalnya 1 orang yang misalnya khusus untuk menjelaskan..”.*

### **Tema 8: Keterbatasan Pengetahuan**

Tema “Keterbatasan Pengetahuan” terdiri dari 2 subtema pengetahuan keluarga kurang dan keterbatasan pengetahuan perawat.

#### **Pengetahuan Keluarga Kurang**

Subtema “Pengetahuan Keluarga Kurang” diungkapkan 3 responden keluarga yaitu RK1, RK5 dan RK6. Responden keluarga RK1 dan RK 5 mengungkapkan tidak punya pengetahuan dan tidak tahu vonis penyakit yang disampaikan dokter. Berikut pernyataannya:

*RK1.22 “Kami bukan tenaga medis, tidak punya pengetahuan tentang penyakit, tentang tindakan medis yang lain, betul betul mempercayakannya kepada dokter, aturannya dikasih tau konsekuensinya..”.*

*RK5.13 “Iya sebenarnya sih kalau untuk saya pribadi, vonis yang disampaikan oleh dokter, vonis tentang keadaan terakhir ibu saya, saya masih ga tahu maksudnya kayak apa yah, maksudnya mungkin ayah saya tahu, tapi kalau untuk saya sendiri saya ga tahu, kayak kanker misalnya ginjalnya sudah seperti apa sampai harus cuci darah, sampai diusulkan cuci darah saya ga tahu, cuman yang saya tahu adalah ibu saya sakitnya cukup lama dan saya menemani selama proses pengobatan*

*awal hingga akhirnya, jadi saya berpikir kayaknya udah memang sudah sangat buruk, maksudnya udah saatnya berhenti berjuang lah udah seperti itu..”.*

Kemudian responden keluarga RK 6 mengungkapkan bahwa pasien dan keluarga kurang pengetahuan serta dihadapkan pada pilihan yang menakutkan. Berikut ini pernyataannya:

*RK6.22 “Mama saya punya pengalaman dengan teman cuci darah 4 jam gitu jadi bayangan kita cuci darah itu kan pasti harus 4 jam, mama saya ga kuat cuci darah, belum dipasangin alatnya di sini yang dibolongin, kita bilang ngak jadi kita pasiennya udah kurang pengetahuan ketemu sama pengetahuan yang menakutkan otomatis pilihan pertamanya tidak..”*

#### **Keterbatasan Pengetahuan Perawat**

Subtema “Keterbatasan Pengetahuan Perawat” diungkapkan responden keluarga RK1. Responden mengungkapkan saat bertanya perawat tidak tahu menjawab. Berikut pernyataannya:

*RK1.38 “Kadang-kadang saya tanya perawat, ga tau jawab..”.*

### **Tema 9: Kepercayaan Terhadap Tenaga Kesehatan**

Tema “Kepercayaan Terhadap Tenaga Kesehatan” tema ini diungkapkan RK5. Responden mengungkapkan bahwa dalam membuat keputusan perlu memberikan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan, keluarga harus bijak dalam membuat pilihan. Berikut ini ungkapan responden dibawah ini:

RK5.11 *“Dinilai dari pelayanan sudah cukup karena walaupun kita sebagai pasien ya waspada, kita juga harus punya kepercayaan terhadap tenaga medis, kalau kita datang ke rumah sakit kita harus percaya kalau diberikan pilihan ya harus bijaksana, dan harus tahu pilihan itu efeknya akan seperti apa, resikonya akan seperti apa, jika menerima resikonya seperti apa, jika menolak resikonya seperti apa..”*.

### **Tema 10: Pertimbangan Finansial**

Tema *“Pertimbangan Finansial”* tema ini diungkapkan oleh RK1 dan RK5. yaitu 1) *Pengetahuan Keluarga Kurang*. 2) *Keterbatasan pengetahuan perawat*.

Responden mengungkapkan bahwa tindakan maksimal tidak murah. Berikut ini ungkapan responden dibawah ini:

RK1.26 *“Ketika terakhir-terakhir ditawari pemasangan ventilator dan sebagainya, pasang ventilator juga ga murah, saya sudah cek harganya minimal 15 juta..”*.

Kemudian RK5 juga mengungkapkan responden *searching* untuk mengetahui biaya sehingga bisa memperkirakan biaya. Berikut ungkapan responden dibawah ini:

RK5.24 *“Saya akhirnya searching efek samping, kemungkinan terburuk, tapi saya jadi punya pengetahuan, saya bisa searching tentang biayanya, jadi saya bisa memperkirakan biaya..”*.

### **Tema 11: Pemberian Informasi oleh petugas khusus**

Tema *“Pemberian Informasi oleh petugas khusus”* tema ini diungkapkan oleh

RK6. Responden mengungkapkan perlunya petugas khusus dalam melakukan komunikasi informasi sehingga tidak ada kejar-kejaran waktu antara keluarga dengan petugas kesehatan, petugas khusus dapat meyakinkan keluarga. Berikut ini ungkapan responden dibawah ini:

RK6.51 *“Jadi apakah cara lain atau orang khusus ditugaskan sehingga dia enggak akan kejar-kejaran waktu, karena harus ngerjain ini lagi dia tugasnya adalah meyakinkan pasien sampai pasien yakin bahwa keputusan yang diambil udah dengan..”*.

### **Tema 12: Pendapat dari Pihak Ketiga (Second Opinion)**

Tema *“Pendapat dari Pihak Ketiga (Second Opinion)”* tema ini diungkapkan oleh RK1. Responden mengungkapkan perlunya *second opinion* dari tim dokter lain dalam pengambilan keputusan. Berikut ini ungkapan responden dibawah ini:

RK1.16 *“Harusnya ambil second opinion, panggil tim dokter konsekuensinya apa, harus diterangkan kepada kita..”*

Pengambilan keputusan DNR berdasarkan perspektif keluarga bahwa otonomi pengambilan keputusan ada ditangan keluarga, dan pengambilan keputusan diambil dengan diskusi antar anggota keluarga. Pengambilan keputusan DNR merupakan hak otonomi pasien ataupun keluarga yang sesuai dengan undang-undang yang tertuang dalam hak pasien dan keluarga (1). Kemudian responden keluarga juga mengungkapkan bahwa pilihan dan resiko ditangan mereka,

pasien maupun keluarga harus dilibatkan dalam mengambil keputusan. Jadi keputusan DNR oleh keluarga harus berdasarkan diskusi antara tenaga kesehatan dengan pasien ataupun keluarga juga sangat disarankan.

Ada beberapa langkah yang harus dijalani dalam pengambilan keputusan yaitu tenaga kesehatan akan menjelaskan tentang prognosis penyakit dan kondisi pasien, Kemudian tenaga kesehatan akan diskusi dengan pasien atau keluarga tentang prognosis dan tujuan perawatan, maka sesuai dengan referensi dari pasien ataupun keluarga, akan menghasilkan suatu keputusan.<sup>7</sup> Keputusan keluarga atau wali dapat dijadikan sebagai dasar penolakan tindakan maksimal. Jika pasien tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan DNR, maka keputusan dapat dibuat oleh keluarga atau orang lain yang ditunjuk sebagai wali.<sup>8</sup> Keputusan anggota keluarga atau wali dibuat berdasarkan referensi pasien, dan tenaga kesehatan perlu mengikuti referensi yang dimiliki oleh pasien dan keluarga.

Pengambilan keputusan membutuhkan strategi komunikasi efektif antara pasien dan keluarga, komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien, kolaborasi antar profesional, yang kemudian didukung oleh tingkat pendidikan, pengalaman dan sumber daya.<sup>9</sup> Komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien ataupun anggota keluarga dan juga komunikasi antar keluarga itu sendiri dianggap penting karena dapat berkontribusi dalam pengambilan keputusan khususnya

pengambilan keputusan DNR di tahap EOL.<sup>10</sup>

Salah satu elemen dalam perawatan pasien EOL yang dianggap penting oleh pasien dan keluarga adalah komunikasi yang efektif dan keputusan diambil secara bersama antara pasien, keluarga dan tenaga kesehatan.<sup>11</sup> Standar DNR berdasarkan *Joint Commision* menyatakan bahwa dokter yang bertanggung jawab akan memimpin diskusi DNR terarah dan terinformasi kepada pasien dan keluarga penanggung jawab, menentukan tujuan perawatan pasien yang selanjutnya, mendidik keluarga mengenai perjalanan penyakit pasien, prognosis, potensi, manfaat dan beban DNR, dan menjelaskan manfaat atau kekurangan tindakan untuk pasien, dan komunikasi dan informasi bisa dilakukan dokter dalam 72 jam rawat inap dan dapat ditinjau kembali ketika kondisi klinis pasien berubah.<sup>12</sup> Menurut responden keluarga bahwa pertimbangan penentuan tindakan merupakan salah satu yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan DNR itu sendiri yaitu usia yang menua, komorbiditas, prognosis penyakit dan kualitas hidup yang memburuk, dan rendahnya tingkat keberhasilan dari tindakan resusitasi. Usia yang lebih tua lebih signifikan dalam persetujuan DNR.<sup>4</sup>

Pengambilan keputusan DNR dipengaruhi juga oleh nilai dan keyakinan. Responden keluarga menyatakan bahwa keluarga berdoa, pasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa dan berharap akan ada mujizat, pasien ataupun keluarga mempercayai bahwa semua ada ditangan Tuhan. Kualitas spiritual

pasien ataupun keluarga dapat mempengaruhi keluarga dalam membuat keputusan DNR.<sup>13</sup> Pengambilan keputusan DNR harus memperhatikan kaidah agama, dimana agama tidak memberikan kuasa kepada manusia untuk menentukan hidup dan mati seseorang. Namun dalam beberapa pandangan dalam nilai dan keyakinan bahwa bahwa pengambilan keputusan DNR merupakan pilihan yang terbaik karena tidak menambah beban sakit yang dirasakan pasien ataupun keluarga, memberikan rasa tenang dan nyaman.<sup>14</sup>

Kemudian aspek kebutuhan keluarga ingin mendampingi pasien dan tidak tega menyakiti pasien, aspek pertimbangan psikologi pasien dan keluarga dan aspek keluarga belum siap kehilangan merupakan hal berpengaruh juga dalam pengambilan keputusan DNR. Pada responden keluarga menyatakan tidak tega dan tidak mau menyakiti pasien, kemudian keluarga sering bolak balik melihat dan mendampingi pasien, berada disekitar pasien akan menstimulasi pasien untuk sembuh, dan keluarga puas dan semangat karena bisa mendampingi pasien ditahap akhir kehidupannya. Dalam pengambilan keputusan harus memperhatikan kaidah etis moral salah satunya adalah *Beneficence* (kebaikan) dan *Non maleficence* (tidak merugikan).<sup>15</sup> Tujuan prinsip ini adalah untuk alasan kebaikan dan melindungi agar tidak melukai atau menyakiti pasien. Jadi dapat disimpulkan bahwa aspek kebutuhan keluarga mempengaruhi keluarga mengambil keputusan DNR karena tidak tega

dan ingin menyakiti pasien.

Salah satu cara dalam meningkatkan kualitas hidup pasien EOL adalah dengan mengurangi penderitaan fisik, psikologis, sosial dan spiritual, sehingga dalam pengambilan keputusan DNR dokter harus memperhatikan psikologi pasien ataupun keluarga. Pengalaman merawat pasien dalam pengambilan keputusan DNR salah satunya adalah dilema psikis pasien ataupun keluarga, sehingga pengambilan keputusan DNR merupakan satu tindakan yang tidak mudah untuk diputuskan oleh keluarga, sehingga perlu memperhatikan psikisologis maupun spiritual dari pasien maupun keluarga.<sup>16</sup>

Pengambilan keputusan DNR dipengaruhi oleh waktu yang terbatas. Responden keluarga menyatakan bahwa keluarga membutuhkan waktu untuk mencerna informasi sedangkan pemberi informasi mempunyai keterbatasan waktu. Faktor yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan individual dapat dibedakan menjadi dua faktor utama yaitu faktor internal dan faktor eksternal, dimana faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar individu meliputi rentang waktu dalam membuat keputusan, informasi dan komunitas individu saat mengambil keputusan.<sup>17</sup>

Pengambilan keputusan DNR juga dipengaruhi pengetahuan. Aspek pengetahuan yang terdiri dari 2 subtema yaitu pengetahuan keluarga kurang, keluarga tidak tahu vonis penyakit yang disampaikan dokter, dan keterbatasan pengetahuan perawat. Saat

keluarga bertanya ke perawat, perawat tidak bisa menjawab. Pengetahuan dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan. Biasanya semakin luas pengetahuan seseorang semakin mempermudah pengambilan keputusan, namun semakin minimnya pengetahuan maka bisa saja keputusan yang diambil tidak tepat dan mungkin memperpanjang jalannya pengambilan keputusan. Tingkat pengetahuan, keterampilan dan pemahaman dokter yang bervariasi dapat menjadi hambatan dokter dalam memberikan informasi DNR.<sup>3</sup> Responden keluarga juga melaporkan ketidakpuasan terhadap penjelasan dokter yang bersikap otoritas dalam menyediakan informasi terkait prognosis dan pilihan perawatan pasien. Selain itu, keluarga melaporkan bahwa seringkali dokter dan perawat tidak mampu memberikan informasi terbaru yang mengakibatkan keluarga merasa kurang terinformasi. Strategi komunikasi efektif dalam pengambilan keputusan antara lain adanya komunikasi pasien dan keluarga, komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien, kolaborasi antar profesional, yang didukung oleh tingkat pendidikan, pengalaman dan sumber daya.<sup>9</sup>

Pengambilan keputusan DNR dipengaruhi aspek finansial atau biaya, dimana tindakan tidak murah. Responden keluarga menyatakan bahwa tindakan memerlukan biaya yang tidak murah, sehingga perlu bagi keluarga untuk mengetahui biaya dan mempersiapkan diri.

Pengambilan keputusan DNR berdasarkan tiga pertimbangan nilai dalam penentuan nasib sendiri, kesejahteraan, dan keadilan yaitu: (1) Keputusan untuk perintah DNR harus didasarkan pada referensi pasien dan keluarga (2) Berdasarkan prinsip kesejahteraan, keputusan DNR dibenarkan ketika intervensi medis tidak akan memberikan manfaat (3) Pasien harus diperlakukan adil dimana keputusan tidak boleh dipandu oleh kekhawatiran bahwa biaya yang dikeluarkan dapat melebihi manfaat potensial bagi pasien.<sup>12</sup> Tetapi hasil dalam penelitian ini bahwa responden keluarga mengungkapkan biaya berpengaruh dalam pengambilan keputusan DNR, karena Tindakan memerlukan biaya yang tidak murah, sehingga perlu bagi keluarga untuk mengetahui biaya dan mempersiapkan diri.

Pengambilan keputusan DNR dipengaruhi aspek pengalaman. Pernyataan responden keluarga bahwa keluarga mempunyai pengalaman yang sama dalam mengambil keputusan DNR terhadap anggota keluarga lain. Pengalaman yang dimiliki seseorang dapat menuntun dalam pengambilan keputusan, karena dapat memperkirakan situasi yang akan terjadi, keluarga dapat memperhitungkan untung rugi atau baik buruknya keputusan yang akan dihasilkan. Banyaknya pengalaman seseorang akan memotivasi seseorang untuk lebih berani dalam menentukan keputusan yang baik. Pengalaman dapat dijadikan suatu pelajaran dalam pengambilan keputusan yang tepat. Strategi komunikasi efektif dalam

pengambilan keputusan antara lain adanya komunikasi pasien dan keluarga, yang didukung dengan tingkat pendidikan, pengalaman dan sumber daya.<sup>9</sup>

Aspek kepercayaan juga berpengaruh dalam membuat keputusan, perlu sikap saling percaya antara pasien maupun keluarga dengan tenaga kesehatan. Keluarga harus bijak dalam membuat pilihan. Hubungan yang saling percaya yang dibangun antara pasien dengan tenaga kesehatan memiliki potensi dalam memfasilitasi dan mendukung pencapaian keputusan. Aspek kepercayaan sangat diperlukan antara pasien dan tenaga kesehatan. Perawatan yang berpusat pada pasien dimulai dengan hubungan saling percaya dan penuh kasih yang dibangun antara pasien dengan tenaga kesehatan sehingga memiliki potensi dalam memfasilitasi dan mendukung pencapaian keputusan.<sup>18</sup>

Perlunya petugas khusus melakukan komunikasi informasi merupakan pernyataan responden keluarga. Diharapkan dengan adanya petugas khusus untuk melakukan komunikasi informasi dalam pengambilan keputusan DNR sehingga tidak ada kejar-kejaran waktu antara keluarga dengan petugas kesehatan. Petugas yang khusus berperan memberikan informasi sampai dapat meyakinkan keluarga. Peran tenaga kesehatan khususnya perawat terhadap pasien dengan EOL adalah dapat menjadi menyediakan perasaan yang nyaman, melakukan komunikasi yang efektif dengan pasien ataupun keluarga, menunjukkan rasa hormat dengan penuh rasa kemanusiaan

kepada pasien.

Perlunya second opinion dari dokter lain merupakan pernyataan responden keluarga yang mengharapkan adanya *second opinion* dari dokter lain dalam pengambilan keputusan DNR. Keluarga berharap dengan adanya pendapat dari dokter lain akan menjadi pertimbangan yang lebih memudahkan keluarga dalam mengambil keputusan DNR. Permintaan keluarga ini bisa disampaikan perawat kepada dokter untuk memanggil tim dokter lain sesuai dengan standar operasional yang berlaku. Pasien yang berada dalam keadaan yang tidak bisa disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya (*terminal state*) dan menurut penilaian tindakan kedokteran merupakan intervensi medis yang sia-sia (*futile*), maka penghentian atau penundaan bantuan hidup dapat dilakukan oleh tim dokter setelah konsultasi dengan tim komite etik dan tim komite medis yang disetujui oleh Direktur Rumah Sakit.<sup>19</sup>

Keterbatasan dalam penelitian adalah peneliti kesulitan dalam menemukan *literature* ataupun artikel yang terkait dengan pengambilan keputusan DNR pasien EOL di area rawat inap khususnya di Indonesia, yang dapat memberikan pemahaman tentang fenomena penelitian yang sedang diteliti. Peneliti lebih banyak menganalisa pengambilan keputusan DNR pasien EOL dari *literature*, artikel maupun referensi hasil penelitian dari berbagai negara dengan perbedaan latar belakang pendidikan, pengetahuan, budaya dan agama yang berbeda, serta karakteristik dan konteks

yang berbeda. Kemudian hasil penelitian ini juga berasal dari responden yang memiliki latar belakang budaya, suku, agama, pendidikan, pengetahuan dan pemahaman yang berbeda, yang tentunya akan mempengaruhi responden dalam pengambilan keputusan DNR pasien EOL.

## KESIMPULAN

Dalam pengambilan keputusan bahwa keluarga mempunyai hak otonom. Keluarga menyatakan bahwa keputusan *DNR* ada ditangan mereka, dan pengambilan keputusan diambil dengan berembuk, berunding ataupun diskusi bersama anggota keluarga yang lain. Komunikasi informasi yang tidak adekuat akan berpengaruh dalam pengambilan keputusan *DNR*. Dibutuhkan komunikasi informasi yang efektif dan adekuat, agar keluarga dapat memahami isi informasi yang disampaikan tenaga kesehatan sehingga keluarga dapat membuat suatu keputusan yang baik dan tepat. Kemudian status penyakit dan kondisi pasien merupakan pertimbangan bagi keluarga dalam membuat keputusan *DNR*. Pengambilan keputusan *DNR* juga harus memperhatikan aspek yang terkait dalam diri pasien ataupun keluarga seperti nilai dan keyakinan, keterbatasan pengetahuan, waktu, pengalaman dan finansial, serta ketidak siapan keluarga sehingga enggan untuk menyampaikan informasi *DNR*.

## TERIMA KASIH

Penulis ingin berterimakasih kepada:

1. Rumah Sakit swasta di Kota Bandung yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian
2. Seluruh partisipan yang telah membagi pengalaman hidup dengan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

## KEPUSTAKAAN

1. Bailey FA, Allen RS, Williams BR, Goode PS, Granstaff S, Redden DT, et al. Do-not-resuscitate orders in the last days of life. *J Palliat Med*. 2012;15(7):751–9.
2. Huang Y chen, Huang S jean, Ko W je. Survey of Do-not-resuscitate Orders in Surgical Intensive Care Units. *Journal of the Formosan Medical Association* [Internet]. 2010;109(3):201–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60043-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60043-5)
3. Mockford C, Fritz Z, George R, Court R, Grove A, Clarke B, et al. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: A systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation* [Internet]. 2014; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.11.016>
4. Gibbs AJO, Malyon AC, Fritz ZBM. Themes and variations: An exploratory international investigation into resuscitation decision-making. *Resuscitation* [Internet]. 2016 Jun;103:75–81. Available from: <http://10.0.3.248/j.resuscitation.2016.01.020>
5. Saczynski JS, Gabbay E, McManus DD, McManus R, Gore JM, Gurwitz JH, et al. Increase in the proportion of patients hospitalized with acute myocardial infarction with do-not-resuscitate orders already in place between 2001 and 2007: A nonconcurrent prospective

- study. *Clin Epidemiol.* 2012;4(1):267–74.
6. Suryani S, Welch A. The Application of Colaizzi's Method in Conducting Research Across Two Language.
  7. Stigglebout AM, Pieterse AH, de Haes JCJM. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015;98(10):1172–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>
  8. ÇUVALCI B, HİNTİSTAN S. Dnr Order and Elderly. *Middle Black Sea Journal of Health Science.* 2017;3(December):41–8.
  9. Roze AL, Sharma N, Heyland DK, You JJ. Strategies for effective goals of care discussions and decision-making : perspectives from a multi-centre survey of Canadian hospital-based healthcare providers. 2015;1–10.
  10. Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: A literature review. *Palliat Support Care.* 2013;13(3):815–25.
  11. Virdun C, Luckett T, Davidson PM, Phillips J. Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Palliat Med* [Internet]. 2015 Oct;29(9):774–96. Available from: <https://search.proquest.com/docview/1716273550?accountid=48290>
  12. Yuen JK, Reid MC, Fetters MD. Hospital do-not-resuscitate orders: Why they have failed and how to fix them. Vol. 26, *Journal of General Internal Medicine.* 2011. p. 791–7.
  13. Ruiz-Garcia J, Diez-Villanueva P, Ayesta A, Bruña V, Figueiras-Graillet LM, Gallego-Parra L, et al. End-of-life care in a cardiology department: Have we improved? *Journal of Geriatric Cardiology.* 2016;13(7):587–92.
  14. Mrayyan M SA. Do Not Resuscitate: An Argumentative Essay. *J Palliat Care Med.* 2016;06(02).
  15. Afandi D. TINJAUAN PUSTAKA Kaidah dasar bioetika dalam pengambilan keputusan klinis yang etis. 2017;40(2):111–21.
  16. Amestiasih T, Nekada CDY. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Do Not Resuscitation ( Dnr ) Dengan Sikap Merawat Pasien Di Icu Rsud Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta.* 2017;4(2):138–41.
  17. Moordiningsih, Faturochman. Proses Pengambilan Keputusan Dokter (Physician Decision Making). *Jurnal Psikologi.* 2004;33(2):1–8.
  18. Truglio-Londrigan M, Slyer JT, Singleton JK, Worral PS. A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. *JBIR Database System Rev Implement Rep.* 2014;12(5):121–94.
  19. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2014 Tentang Penentuan Kematian Dan Pemanfaatan Organ Donor. 2014. Jalan H.R. Rasuna Said Blok X.5 Kav. 4-9; Jakarta Selatan 12950; Jakarta, Indonesia; p. 6–7