

Analisis Etik Terkait Resusitasi Jantung Paru

Ferryal Basbeth*, Budi Sampurna**

*Departemen Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal Fakultas Kedokteran Universitas YARSI
Jl. Letjen Suprpto Cempaka Putih Jakarta Pusat 10510 Telp/Fax 021 4244574

**Departemen Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Jl. Salemba Raya No 6 Jakarta Pusat 10430 Telp. 021 3106976, Fax 021 3154626

Pendahuluan

Tujuan dari pelayanan kegawatdaruratan kardiovaskuler adalah untuk mempertahankan hidup, mengembalikan kesehatan seperti semula, mengurangi penderitaan, membetasi kecacatan dan mengembalikan penderita dari kematian klinis. Keputusan tentang Resusitasi Jantung Paru (RJP) sangat rumit dan sering dibuat dalam hitungan detik oleh tenaga medik tanpa mengetahui apakah penderita mempunyai *advanced directives* atau tidak. *Advanced directives* adalah dokumen yang sah secara hukum, yang ditulis sebelum penderita menderita penyakit yang bersifat *incapacitating*. Petunjuk yang ada dalam *advanced directives* ini dapat membebastugaskan tenaga medik dalam mengambil keputusan, dengan kata lain *advanced directives* adalah pernyataan tentang keinginan penderita mengenai tindakan medik apa yang sebaiknya dilakukan atau tidak dilakukan pada waktu penderita itu dalam keadaan *incompetency*. Beberapa penelitian menunjukkan pemberian RJP sering bertentangan dengan keinginan pasien.^{1, 2, 3, 4} Padahal setiap keputusan harus dibuat dengan belas kasih, berdasarkan prinsip-prinsip etik dan referensi ilmiah yang ada⁴.

Hasil beberapa studi tentang RJP ternyata hasil RJP hingga saat ini masih buruk. RJP dapat berhasil luar biasa pada waktu dilakukan pembedahan jantung, henti jantung yang disaksikan kangsung, irama jantung yang tidak beraturan (*ventricular fibrillation* atau *tachycardia*)⁵.

Panduan/pedoman yang ada saat ini mengindikasikan agar tindakan RJP dapat mengembalikan kehidupan ketika henti jantung terjadi karena berbagai sebab kelainan jantung yang ada. Undang-undang juga secara tidak langsung menyatakan persetujuan dilakukannya tindakan RJP sebagai penanganan kegawatdaruratan serta respon standar terhadap henti jantung⁵. Padahal RJP bukan tindakan yang tepat terhadap kematian yang terjadi karena usia lanjut, penderita yang menderita dimensia berat, dan mungkin sedang atau yang mengalami kemunduran fisik sebelum henti jantung, penderita dengan kanker, HIV/AIDS^{1, 4}.

Prinsip Etik

Pada awal dan akhir resusitasi, perbedaan etik dan norma-norma budaya harus dipertimbangkan. Meskipun prinsip-prinsip etik tentang *beneficence*, *non maleficence*, *autonomy* dan *justice* dapat diterima di seluruh budaya, tetapi prioritas prinsip-prinsip etik ini dapat bervariasi antara kebudayaan yang berbeda. Di Amerika Serikat sebagian besar penekanan pada otonomi individual. Di Eropa lebih menekankan pada penyedia layanan kesehatan otonomi yang menjadi tugas mereka dalam mengambil keputusan bila timbul masalah yang muncul. Sedangkan di Asia keputusan kelompok masyarakat mendominasi tentang keputusan yang diambil bila timbul masalah yang timbul. Dikatakan bahwa resusitasi adalah paduan usaha antara data ilmiah dan nilai-nilai sosial dimana pada saat yang sama juga terdapat upaya mempertahankan otonomi budaya. Sehingga dokter harus memainkan peranan penting dalam mengambil keputusan berdasarkan data ilmiah dan keinginan (*preferensi*) pasien^{1,4}.

Prinsip *Beneficence*

Prinsip *beneficence* pada RJP adalah pemulihan kesehatan dan fungsi-fungsinya serta meringankan rasa sakit dan penderitaan. Resusitasi elektif yang dilakukan pada tahun 1940an dan awal 1950 perawatan pernafasan intensif meningkatkan harapan hidup penyakit *poliomyelitis bulbar* dari 15% menjadi lebih dari 50%. Satu dekade kemudian, 14 dari 20 pasien (70%) yang ditangani dengan pemijatan jantung paru tertutup dapat bertahan hidup. Kouwenhoven *et al* melaporkan bahwa tingkat pemulangan pasien di RS John Hopskins berkisar 14% pada tahun 1985, dan di bawah 10% pada tahun 1994. Tingkat kesuksesan sekitar 70% tidak pernah dipublikasikan⁵. Keuntungan terbesar dari tindakan RJP, dengan kemungkinan hidup lebih dari 20%, telah dilaporkan pada henti jantung selama tindakan anestesi, *overdosis* obat, dan penyakit jantung koroner atau *aritmia ventricular primer*. Pada tahun 1995 tingkat pemulangan pasien hanya sekitar 17%, yang diikuti oleh pelaksanaan tindakan RJP pada pasien di ruangan unit jantung koroner terpadu dan dimonitor oleh pegawai yang terlatih⁵.

Jarang sekali pasien bertahan hidup setelah dilakukan RJP dimana henti jantung yang timbul disebabkan oleh penyakit selain jantung atau *disfungsi* organ. Harapan hidup pasien setelah dilakukan tindakan RJP sangat buruk (<5%) ketika henti jantung terjadi pada pasien dengan gagal ginjal, kanker (kecuali dengan penyakit yang minimal), atau AIDS; dan dengan

tidak adanya penyakit penyebab yang *irreversible*, diikuti dengan trauma, perdarahan, *hipotensi* yang berkepanjangan atau *pneumonia*. Dibatasinya pelaksanaan RJP telah meningkatkan derajat harapan hidup pasien sebesar 10,5% setelah tindakan RJP dimana 7-10% lainnya ditahan untuk dilakukan RJP⁵.

RJP yang dimulai dengan cepat di Seattle menghasilkan tingkat harapan hidup sebesar 36%, ini merupakan angka tertinggi yang dicapai dibandingkan dengan data yang terdapat diliteratur saat ini. Pada daerah lain dimana mempunyai system yang lebih buruk diperlukan usaha yang keras untuk merubahnya. Secara spesifik di kota New York dan Chicago tingkat harapan hidup setelah tindakan RJP kurang dari 2%, hal ini terjadi karena awal dimulai RJP yang terlambat terkait dengan padatny arus lalu lintas⁵.

Usia bukan merupakan salah satu kontraindikasi dilakukannya tindakan RJP. Walaupun dikatakan proses penuaan berkaitan dengan akumulasi berbagai kelemahan dan penyakit dimana terdapat perawatan jangka panjang dan penurunan fungsi tubuh, masih menjadi salah satu perkiraan hasil RJP yang buruk⁵

Prinsip *Non Maleficence (Do No Harm)*

Tingkat kerusakan otak berkaitan dengan tindakan RJP berbeda-beda antara 10-83%. Pada salah satu penelitian, 55 dari 60 anak meninggal karena pemberian RJP yang berkepanjangan; kelima anak bertahan hidup berada pada kondisi *coma persistent* atau *status vegetative* pada saat di rumah sakit. Banyak pasien dengan disabilitas berat yang diikuti dengan kerusakan otak berada dalam kondisi yang sama dengan kematian. RJP menjadi berbahaya dan bersifat merusak ketika risiko kerusakan otak relatif tinggi. Sejak gangguan aliran darah ke otak atau ke jantung dapat menyebabkan kerusakan berat, RJP dapat dikatakan berhasil hanya jika dilakukan tepat waktu. Seorang investigator dari Swedia melaporkan bahwa harapan hidup melebihi 80% pada pemberian RJP oleh orang disekitar korban dan ambulan datang kurang dari 2 menit, akan tetapi angka ini menjadi lebih buruk bahkan kurang dari 6% ketika ambulan datang lebih dari 6 menit atau tidak ada orang disekitar korban yang melakukan RJP. Pada beberapa Negara di Amerika Serikat, walaupun petugas gawat darurat sudah membatasi dilakukannya tindakan RJP di lapangan masih dapat ditemukan bukti bahwa RJP tidak dikehendaki. Bahkan didapatkan 7%

pasien yang dipulangkan dari rumah sakit tidak menghendaki dilakukannya RJP⁵. Tindakan RJP dikatakan tidak merusak jika keuntungan yang didapatkan lebih besar⁵.

Prinsip Otonomi

Otonomi pasien harus dihormati secara etik dan disebagian besar Negara dihormati secara legal. Akan tetapi ini membutuhkan seorang pasien yang dapat berkomunikasi untuk dapat menyetujui atau menolak tindakan medik termasuk RJP. Di Amerika Serikat, pasien dewasa dianggap memiliki kapasitas dalam mengambil keputusan kecuali jika pengadilan telah menyatakan bahwa mereka tidak kompeten untuk membuat keputusan tindakan medik sedangkan di Negara lain keputusan pengadilan tidak diperlukan untuk penderita-penderita dengan *incompetency* seperti pada penderita penyakit jiwa^{1,4,5}.

Informed consent mensyaratkan bahwa pasien dapat menerima dan memahami informasi yang akurat tentang kondisimereka dan prognosis, jenis tindakan medik yang diusulkan, tindakan alternative lainnya, risiko dan manfaat dari tindakan medis tersebut. Pasien juga harus dinilai kapasitasnya dalam mengambil keputusan. Bila pasien ragu-ragu maka dia harus dianggap mempunyai kapasitas, dan bila kapasitas dalam mengambil keputusan ini terganggu oleh karena obat-obaan, penyakit-penyakit penyerta, maka kapasitas pasien harua dikembalikan terlebih dahulu. Dalam keadaan darurat, dimana *preferensi* pasien mungkin tidak pasti, dengan waktu yang terbatas untuk mengambil keputusan maka adalah bijaksana untuk memberikan perawatan medis yang standar^{1,4}.

Pasien biasanya tidak mempunyai rencana tentang apa yang terjadi pada akhir kehidupannya (*end of life*), banyak yang tidak ingin menyiapkan *advanced directives, living wills* (surat wasiat) atau mendiskusikan RJP. Dokter juga jarang mendiskusikan hal-hal tersebut dengan pasien-pasiennya, bahkan jika pasien tersebut menderita sakit yang parah. Banyak pasien memiliki pemahaman yang samar-samar tentang RJP dan konsekuensi-konsekuensinya. Masyarakat umumnya berharap banyak tentang kemungkinan untuk bertahan hidup dari serangan jantung. Beberapa penderita mungkin akan menolak dilakukan RJP karena mereka mengetahui adanya defisit sensorik berat yang timbul setelah serangan tersebut. Akan tetapi banyak

penelitian tentang kualitas hidup dari penderita yang selamat dari serangan jantung menyatakan bahwa risiko ini dapat diterima^{1,4}.

Baik dokter dan penderita mungkin mempunyai persepsi yang berbeda tentang kualitas hidup. Dokter mempunyai kewajiban untuk menerangkan kepada pasien tentang RJP dan hasil resusitasi. Pengambilan keputusan yang tepat dapat terjadi bila penderita mempunyai pemahaman yang baik tentang persepsi dan hasil resusitasi. Masalah kemudian dapat timbul karena banyak dokter tidak dapat memprediksi secara akurat tentang kemungkinan hidup dari serangan jantung. Sehingga penderita tidak dapat dipaksa untuk mengambil persetujuan tentang tindakan RJP⁴. Baik Kant maupun Rawls mengatakan sebuah keputusan moral otonom harus rasional dan tidak memihak salah satu pembuat keputusan. Rawls mengatakan dengan jelas bahwa pembuat keputusan, para pemilih, tidak mengetahui masa depan mereka dalam suatu komunitas. Dari prinsip ini para ahli menyimpulkan bahwa pasien harus dapat menentukan pengobatannya sendiri. Prinsip ini mengharuskan kita mengkaji ulang dan menyelesaikan dua masalah. Pertama, pasien selalu memikirkan hasil dari keputusan atas tindakan medis tersebut oleh karena itu tidak harus selalu berdasarkan prinsip otonomi bahkan ketika keputusan tentang tindakan medis tersebut tidak dapat meeredakan rasa nyeri, atau penderitaan. Kedua, merupakan prinsip keadilan yang menghasilkan kemampuan untuk menerima sesuatu, bukan otonomi. Dalam formulasi terbarunya *Beuchamp* dan *Childress* lebih akurat mengatakan prinsip ini sebagai “penghormatan terhadap otonomi”⁶.

Ada beberapa bukti bahwa wali pengganti, dimana dia bertindak atas nama pasien pada saat penderita telah kehilangan kapasitas pengambilan keputusan, ternyata pasien tidak secara tepat dapat mengatakan keinginan yang sebenarnya. Sekitar sepertiga penderita ginjal kronik menerima keputusan yang diambil oleh wali pengganti, bahkan keputusan itu bertentangan dengan keinginannya^{4,5}.

Prinsip Keadilan (*Justice*)

Pemikiran tentang prinsip keadilan meliputi dibuatnya hak-hak untuk menerima sesuatu, persaingan untuk mendapatkan kepentingan pribadi dan menyeimbangkan tujuan sosial. Masalahnya adalah seharusnya diperlukan nilai moral keadilan untuk menyediakan perawatan medis kepada yang memerlukannya dengan efek yang bermanfaat, karena keadilan diperlukan

untuk mengurangi ketidaksamaan dalam perlakuan yang sering timbul dalam masyarakat. Dokter harus menyesuaikan diri dengan sumber penghasilan masyarakat untuk merawat mereka berdasarkan sumber penghasilan yang secara umum disediakan seperti dari asuransi pribadi, atau pemerintah atau dukungan institusi secara langsung. Akan tetapi, untuk menentukan apakah diperlukan nilai keadilan moral untuk kelayakan minimal dalam memberikan pelayanan medis untuk tujuan tersebut harus dinilai seberapa penting masalah yang dihadapi⁵, oleh karena itu diusulkan pelayanan kesehatan dasar sebaiknya: (1) mencegah, mengobati, dan mengusahakan *one-year survival* lebih dari 75 persen (2) menghasilkan lebih sedikit toksisitas atau *disabilitas* jangka panjang (3) dapat memberikan manfaat dan (4) secara nyata lebih menguntungkan daripada memberatkan⁵.

Prinsip Kesia-siaan (*Principle of Futility*)

“Futility” adalah kata yang berarti tidak adanya keuntungan. Kata “sia-sia” berasal dari bahasa Latin “futilis”, yang berarti mudah meleleh atau mengalir. Penggunaan kata ini berasal dari legenda Yunani dimana Raja *Argos* dibunuh atas kejahatan yang dilakukannya, kemudian istri dan anak-anaknya dikutuk selama-lamanya untuk mengumpulkan air dengan menggunakan ember yang bocor kesuatu tempat sehingga ketika sampai di tempat tujuan ember tersebut kosong⁷. Definisi “sia-sia”, “tidak berguna” atau “*futility*” digunakan untuk menggambarkan ketidakbergunaan atau tidak adanya efek, khususnya tidak adanya efek yang diinginkan dan jika diasumsikan bahwa efek yang diinginkan intervensi medis adalah untuk sesuatu yang bermanfaat bagi pasien maka sia-sia menggambarkan ketiadaan manfaat tersebut^{7, 8, 9}. Dalam *Roget's Link Thesaurus* sia-sia digunakan dengan konsep umum *inutility*, sama dengan kata-kata seperti tidak berguna, *inefficacy*, kebodohan, ketidakmampuan, *unfruitfulness*, suatu pekerjaan yang sia-sia bahkan tidak berharga dan hanya lelucon dan dengan konsep umum absurditas seperti “kedunguan”, “omong kosong”, “kesalahan”, “kekacauan”, “keledai”, “omong kosong”, “*nonsen*”⁹. Dikatakan juga kesia-siaan menggambarkan ketiadaan manfaat tanpa pertimbangan biaya⁷.

Bagaimana jika tindakan *intervensi* medis yang dilakukan memberikan sedikit manfaat? Siapakah yang harusnya memutuskan untuk dilakukannya tindakan tersebut? Ketika kehidupan seseorang digambarkan dengan penyakit lanjut, ketergantungan penuh dengan orang

lain, *dimensia*, sedangkan keuntungan yang didapat dari tindakan RJP ternyata tidak adekuat dan tidak sesuai yang diharapkan?. Memberikan hak sepenuhnya kepada pasien untuk memutuskan tindakan yang akan dilakukan tidak akan menyelesaikan masalah. Ketika permasalahan yang terkait dengan kematian dan koma menjadi sangat sulit maka perlu ketegasan tentang tujuan sebenarnya yang akan dicapai⁵. Jika resusitasi adalah sia-sia maka setiap kerugian yang terjadi akan membawa manfaat yang tidak menguntungkan/membahayakan keseimbangan⁷, sehingga melakukan tindakan tanpa tujuan yang berguna adalah suatu hal yang tidak efektif dan tidak akan berhasil⁵. Tomlinson dan Brody mengakui bahwa untuk menyatakan suatu tindakan atau *intervensi* medik harus melibatkan keseimbangan yang kompleks antara ketidakpastian dan kewajiban akan tanggung jawab. Schneiderman dan Jacker telah mempelajari tentang makna kesia-siaan dan membuat definisi kuantitatif dari sia-sia yang membutuhkan kepastian bahwa intervensi tersebut minimal 100 kali gagal digunakan. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan tersebut tidak memiliki suatu kejelasan tertentu⁵, sehingga diperlukan diskusi yang mendalam dengan pasien atau keluarga untuk mengevaluasi keuntungan dan beban atau tanggung jawab yang masih tersisa⁵.

Di Unit Perawatan Intensif (*ICU*) pasien yang meninggal sebagai akibat dari keputusan dipertahankannya (*withhold*) atau ditariknya (*withdraw*) alat-alat yang mendukung kehidupan (*life support*) adalah sekitar 70% - 90%. Presentasi ini meningkat secara signifikan dari waktu ke waktu, dan alasan yang paling umum untuk dilakukannya tindakan medis untuk mempertahankan (*withhold*) atau menarik kembali (*withdraw*) alat-alat penunjang kehidupan tersebut adalah persepsi bahwa pasien mempunyai prognosa yang buruk^{7,8,9}. RJP adalah tindakan medis yang paling sering dipertahankan dan ventilasi mekanis adalah tindakan medis yang paling sering ditarik kembali⁷, kebanyakan unit perawatan intensif dokter menganjurkan *withhold* dan *withdraw* berdasarkan persepsi *futility*^{7,8}.

Upaya untuk mengukur kesia-siaan adalah berdasarkan pada penilaian RJP fisiologis atau fitur prognosis lainnya yang ternyata memberikan hasil yang tidak banyak bermanfaat. Berbagai definisi kesia-siaan termasuk disini adalah “gagal untuk memperpanjang hidup”, “gagal untuk mencapai efek fisiologis pada tubuh” dan “gagal untuk mencapai manfaat terapeutic bagi pasien”^{7,8,9}. *Waisel dan Troug* menyimpulkan tiga perbedaan yang konseptual dari definisi kesia-siaan. Kesia-siaan fisiologis terjadi apabila gagal atau tidak dapat memberikan tujuan fisiologis.

Sebagai contoh ketika RJP tidak menghasilkan denyut nadi atau ketika transfusi tidak menghasilkan tekanan darah, maka intervensi tersebut adalah sia-sia dari perspektif definisi sebuah kesia-siaan fisiologis. *Schneiderman et al*, berpendapat bahwa konsep kesia-siaan fisiologis bukan merupakan “nilai bebas”, penilaian terapi tersebut adalah sebuah “pilihan nilai” dan bahwa pilihan yang dibuat adalah nilai pengukuran fungsi organ daripada nilai hasil untuk pasien. Definisi kesia-siaan lainnya adalah kesia-siaan yang berpusat pada asas manfaat (*benefit centered*), ini didefinisikan sebagai kesia-siaan yang terdiri dari pertimbangan kuantitatif dan kualitatif. Perkiraan kuantitatif kesia-siaan adalah dimana intervensi medis dianggap sia-sia jika gagal dalam jumlah yang ditentukan terakhir kali mencoba, dan disarankan usaha tersebut berhasil apabila dilakukan 100 kali sebagai ambang batas minimal yang dianggap oleh penilaian professional pada umumnya. Komponen kualitatif menggambarkan kesia-siaan yang terjadi dimana kualitas hidup pasien jatuh dibawah ambang batas minimal yang dianggap oleh penilaian professional pada umumnya. *Murphy* dan *Finucane* mengusulkan definisi kesia-siaan operasional sebagai perlakuan yang sangat tidak mungkin untuk berhasil dan banyak orang awam maupun kalangan professional menganggap bahwa hal tersebut tidak sepadan dengan biaya^{7, 8, 9}.

The American Thoracic Society mengadopsi makna kesia-siaan ini lebih konservatif, namun definisinya lebih samar-samar, dimana dikatakan bahwa intervensi medis tersebut dikatakan sia-sia jika sudah sangat tidak mungkin untuk menghasilkan makna kehidupan. Oleh karena itu *The American Thoracic Society* memberikan definisi kesia-siaan berasal dari campuran keduanya antara kuantitatif (sangat tidak mungkin) dan kualitatif (bermakna untuk bertahan hidup)⁷.

American Heart Association mengambil definisi kualitatif kesia-siaan secara ekstrem, dikatakan bahwa RJP adalah sia-sia ketika tidak ada yang selamat seperti yang dilaporkan pada sebuah penelitian yang didesain dengan baik, dan dibuat untuk mempertimbangkan bahwa tindakan RJP adalah tidak sia-sia. Definisi dangkal yang dikemukakan oleh *American Heart Association* ini tampaknya untuk mendukung bahwa usaha RJP pada situasi-situasi tersebut akan membawa lebih banyak ruginya daripada keuntungannya, dimana definisi kesia-siaan ini adalah konsisten dengan definisi kesia-siaan yang ada yaitu tidak ada manfaatnya⁷.

Do Not Resuscitation (DNR) dan Allow Natural Death (ADN)

Venneman et al, berpendapat bahwa *Do Not Resuscitation* adalah bermasalah dan harus diganti dengan membiarkan mati wajar atau *Allow Natural Death (AND)*¹⁰, akan tetapi beberapa penulis mengatakan bahwa *Do Not Resuscitation(DNR)* tidak sama dengan *Allow Natural Death (AND)*, berapa studi menyimpulkan bahwa 85% dari tenaga kesehatan umumnya mendukung perubahan *DNR* ke *AND*, dan pada umumnya mereka sepakat bahwa *AND* bukan urutan pengganti *DNR*¹⁰. RJP telah disetujui oleh American Heart Association tahun 1974 dan sejak itu, semakin banyak rumah sakit dan asosiasi medis profesional telah mengadopsi pedoman untuk *DNR orders*. *DNR* secara umum berarti bahwa pasien tidak akan menerima RJP pada saat *cardiac arrest*¹⁰.

Surat Wasiat (Advanced Directives dan Living Wills)

Advanced directives adalah pernyataan ekspresi dari pikiran seseorang, tentang kepeduliannya mengenai keinginan, atau *preferensinya* pada akhir kehidupan. *Advanced directives* dapat didasarkan percakapan penderita atau kata-kata terakhir, petunjuk tertulis, surat wasiat atau *durable power of attorney*. Di Amerika Serikat validitas hukum *advanced directives* ini bervariasi dari yuridiksi ke yuridiksi. Pengadilan juga lebih mempertimbangkan *advanced directives* yang dibuat secara tertulis daripada kata-kata pasien yang diingat oleh wali/pengampu. *Advanced directives* dan *living will* harus dipertimbangkan kembali secara berkala karena keinginan pasien dapat berubah dari waktu ke waktu¹.

Wali/Pengampu dari Pengambil Keputusan (Surrogate Decision Makers)

Ketika seorang pasien telah kehilangan kapasitas untuk membuat keputusan medis, maka saudara dekat atau temannya dapat menjadi wali/pengampu dalam membuat keputusan pengganti bagi pasien. Kebanyakan Negara mempunyai hukum yang menunjuk wali/pengampu pengganti hukum pembuat keputusan melalui kuasa hukum perawatan kesehatan untuk waktu yang lama (*durable power of attorney for health care*). Adapun urutan prioritas pembuat keputusan untuk wali yang ditunjuk adalah sebagai berikut: (1) pasangannya, (2) anak dewasa, (3) orang tua, (4) saudara kandung, (5) orang yang dipilih pasien sebagai wali pengganti apabila pasien nanti dalam keadaan inkapasitas dan (6) perawat kesehatan yang profesional yang ditunjuk oleh hukum. Pengganti atau wali/pengampu harus membuat keputusan yang sesuai

diinginkan oleh pasien pada saat pasien mempunyai kapasitas dalam mengambil keputusan atau jika keinginan pasien tidak diketahui maka keputusan yang diambil harus berdasarkan kepentingan yang terbaik untuk pasien¹.

Anak-anak harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan pada tingkat yang sesuai untuk kedewasaan dan sebaiknya ditanya tentang persetujuan perawatan kesehatan pasien ketika dia mampu melakukannya. Di banyak Negara berapa usia yang pantas untuk diminta mengambil keputusan ini berbeda-beda. Jika terdapat konflik antara orang tua dan anak dalam mengambil keputusan maka setiap upaya harus dilakukan untuk menyelesaikan konflik¹.

Tinjauan Pustaka

1. Part 2: Ethical Issues. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Journal of American Heart Association Circulation* 2005;112;IV-6-IV-11
2. Anon. Panduan Program Perawatan Didepan *ADVANCE CARE PLANNING GUIDE* [www.healthynh.com/fhc/initiatives/.../Indonesian%20 Adv%20Direct_.pdf](http://www.healthynh.com/fhc/initiatives/.../Indonesian%20Adv%20Direct_.pdf) (diakses 20 Mei 2009)
3. Worthington R. Clinical issues on consent: some philosophical concerns. *Journal of Medical Ethics Law and ethics* 2002;28:377-380
4. Part 2: Ethical Aspects of CPR and ECC. ECC Guidelines. *Circulation*. 2000;102(suppl I):I-12-I-21.
5. Hilberman M, Kutner J, Parsons D, Murphy DJ. Marginally effective medical care: ethical analysis of issues in cardiopulmonary resuscitation (CPR). *Journal of Medical Ethics* 1997;23:361-7.
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics* [4thed]. New York: Oxford University Press, 1994
7. Ardagh M. Futility has no utility in resuscitation medicine. *Journal of Medical Ethics* 2000;26:396-399
8. Youngner SJ. Who defines futility? *JAMA* 1988;260:2094-5
9. Gillon R, "Futility"--too ambiguous and pejorative a term? *Journal of Medical Ethics* 1997;23:339-340
10. Chen Y-Y and Youngner S J, "Allow natural death" is not equivalent to "do not resuscitate": a response. *Journal of Medical Ethics* 2008; 34: 887-888