

STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN DENGAN *DO NOT RESUSCITATE* (DNR) DI RUANG ICU RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

Tia Amestiasih¹, Retty Ratnawati², Ika Setyo Rini³

¹Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

² Staf Pengajar Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

³Staf Pengajar Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

Latar belakang : DNR merupakan satu tindakan yang belum lama dilegalkan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Berdasarkan hasil wawancara pada analisa data sebelum lapang di ketahui bahwa selama melakukan perawatan pada pasien yang didiagnosa DNR perawat mengalami empati dan perasaan bersalah, perawat juga memiliki pengalaman kegagalan komunikasi kepada pihak keluarga sehingga pernah pula mendapatkan penolakan dari keluarga, dan partisipan mengatakan bahwa pasien DNR di RS tersebut tidak diberikan perlakuan khusus terkait kunjungan karena pasien dengan DNR belum berhak ditemani keluarganya selama 24 jam setiap harinya.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dalam merawat pasien dengan DNR di ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Metode : Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Peneliti melakukan wawancara mendalam menggunakan panduan wawancara yang berisi pertanyaan semi terstruktur dengan melibatkan 5 orang perawat di ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Data yang sudah terkumpul dianalisa menggunakan analisis tematik menggunakan pendekatan Braun and Clarke.

Hasil : Penelitian menghasilkan 10 tema yaitu (1) kesesuaian penerapan prosedur DNR, (2) sumber informasi DNR inadeguat, (3) penolakan labelling, (4) strategi penerimaan labeling, (5) kompleksitas eksistensi hak keluarga-pasien, (6) perawatan bermartabat, (7) dilema psikis, (8) empati, (9) inkonsistensi iklim kolaborasi, (10) perlindungan legalitas.

Kesimpulan : DNR merupakan satu tindakan yang tidak mudah untuk diputuskan. Banyak faktor yang terkait dengan keputusan DNR. Informasi DNR yang dimiliki perawat haruslah adekuat agar keputusan tindakan DNR dilakukan dengan tepat. Adanya penolakan labelling oleh keluarga, empati dan dilema yang dirasakan perawat, iklim kolaborasi inkonsisten, ternyata tidak menghalangi perawat untuk tetap mendapatkan perawatan bermartabat dengan tetap melihat kompleksitas eksistensi hak pasien-keluarga. Hal yang lebih penting lagi adalah bahwa setiap keputusan yang diambil haruslah dilegalkan dalam bentuk dokumentasi dan saksi diperlukan sebagai penguat jaminan perlindungan legalitas.

Kata kunci: fenomenologi, DNR

PENDAHULUAN

Pengambilan keputusan DNR cenderung meningkat setiap tahunnya. Fenomena ini disampaikan oleh Saczynski, *et al* (2012) melalui penelitiannya bahwa dari total pasien yang berjumlah 4182 pasien antara tahun 2001 hingga 2007 di semua pusat kesehatan di Massachusetts, total pasien yang mendapatkan tindakan DNR adalah sebanyak 1051 pasien. ICU merupakan ruangan dengan jumlah terbanyak dijumpainya DNR *order* (Weiss and Hite, 2000). Fenomena

peningkatan label DNR ini dapat menimbulkan dilema bagi perawat yang bertugas di ruang ICU (Orser, 2008).

Pasien-pasien dengan DNR dapat dikatakan sebagai pasien *end of life* atau pasien menjelang ajal. Terlepas dari dilema yang dirasakan perawat dalam merawat pasien DNR di ruang ICU, tentunya perawat harus memberikan asuhan keperawatan yang optimal bagi pasien. Perawat yang bertugas di ICU memiliki tugas penting dalam

melakukan *end of life care* (Kirchoff & Beckstrand, 2000).

Penegakkan diagnosa DNR menuntut perawat untuk menemukan cara terbaik guna meningkatkan kualitas *end of life care* yang dilakukan (Fields, 2007). *End of life care* yang perawat lakukan dengan baik diharapkan dapat memberikan *peacefull end of life* bagi pasien, seperti yang digambarkan dalam teori keperawatan *peacefull end of life* oleh Rulland and Moore yang meliputi terhindar dari rasa sakit, merasakan kenyamanan, penghormatan, kedamaian, dan mendapatkan kesempatan untuk dekat dengan seseorang yang dapat merawatnya (Higgins, 2010).

Peneliti melakukan studi pendahuluan pada tanggal 26 Juni 2015 dan diketahui bahwa diagnosa DNR di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada kenyataannya telah diterapkan sejak lama namun SOP khusus terkait dengan tindakan DNR baru secara resmi dikeluarkan pada awal tahun 2015. Jumlah pasien dengan label DNR dari Bulan Januari hingga Juni 2015 adalah 5 pasien, dengan rata-rata lama perawatan pasien DNR di ICU adalah 5 hari. Pasien dengan Mati Batang Otak (MBO) merupakan pasien yang sering diberikan label DNR. Perawat mengatakan pernah mengalami perasaan bersalah, dilema, dan empati. Hal yang mencolok dari pernyataan perawat adalah pasien DNR tidak memiliki hak khusus untuk dapat ditemani oleh keluarganya selama 24 jam. Ditemani oleh orang terdekat merupakan salah satu bentuk pemberian *end of life care* pada pasien DNR.

METODE

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Dalam penelitian ini peneliti ingin memahami fenomena yang dialami oleh partisipan terkait dengan pengalaman partisipan dalam

merawat pasien dengan DNR dengan cara menyelidiki, menemukan, menggambarkan, dan menjelaskan kualitas informasi.

Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 5 orang yang merupakan perawat di ruang ICU RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Pemilihan partisipan sebagai narasumber diperoleh dengan teknik *purposive sampling*. Kriteria inklusi partisipan antara lain perawat yang secara langsung pernah menemukan kasus pasien dengan DNR; mampu menceritakan pengalamannya dengan baik; bersedia menjadi partisipan.

Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan selama 3 hari yaitu sejak tanggal 27 Juni hingga 29 Juni 2015. Data dikumpulkan melalui proses wawancara. Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti telah mendapatkan keterangan kelayakan etik dari komite etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

Analisa data

Data yang terkumpul kemudian dianalisa menggunakan analisis tematik dengan pendekatan Braun and Clarke (2006) melalui enam tahapan yaitu mengenal data, melakukan pengkodean, mencari tema, mereview tema, mendefinisikan dan memberi nama-nama tema, dan menuliskan hasil.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini menghasilkan 10 tema yaitu (1) kesesuaian penerapan prosedur DNR, (2) sumber informasi DNR inadkuat, (3) penolakan labelling, (4) strategi penerimaan labeling, (5) kompleksitas eksistensi hak keluarga-pasien, (6) perawatan bermartabat, (7) dilema psikis, (8) empati, (9) inkonsistensi iklim kolaborasi, (10) perlindungan legalitas

1. Tema Kesesuaian Penerapan Prosedur DNR

Tema kesesuaian penerapan prosedur DNR ini dibangun dari tiga sub tema yaitu **pengambil keputusan sesuai prosedur, kondisi fisik pasien, dan peniadaan pemberian tindakan CPR**. Pengambil keputusan DNR di ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten adalah dokter dan dapat dipertimbangkan melalui usulan perawat.

“...di rumah sakit kami itu.. yang menentukan DNR itu dokter sendiri...” (P1)

“... Kita harus pastikan dulu apakah e.. pasien sudah mendapatkan diagnose atau perintah dari dokter untuk DNR..” (P2)

“..... Setiap kali dokter visit ke sini.. kita memberitahukan..” (P1)

Keterlibatan keluarga, di dalam SOP yang ada, merupakan satu hal mendasar yang harus dilakukan dalam setiap pengambilan keputusan “...habis itu dokter memanggil keluarga.. hmmm.. diberikan motifasi terus habis itu memutuskan untuk DNR..” (P1)

“..... yang penting ada edukasi ke keluarga..” (P4)

Keterlibatan keluarga dapat diartikan sebagai usaha tim kesehatan untuk mengikutsertakan keluarga dalam pengambilan keputusan DNR. Keterlibatan keluarga dalam konteks ini juga dapat diartikan sebagai hak keluarga untuk meminta tindakan DNR.

“..... pada akhirnya DNR nanti yang menentukan adalah keluarga..” (P5)

“...pernah pasien CKB, tidak memungkinkan dilakukan tindakan operasi... dan keluarga menolak (tindakan medis)...” (P2)

Diagnosa DNR ditentukan juga dengan melihat **kondisi fisik pasien**. Beberapa kondisi fisik pasien yang menjadi kriteria pengambilan keputusan DNR adalah pasien terminal, pasien dengan organ failure, dan pasien yang tidak memberikan respon terhadap pemberian terapi

“...kalau sudah pasien-pasien terminal...” (P1)

“...organ-organnya itu sudah mengalami kerusakan yang irrefersible, yang sudah tidak mungkin kembali ke semul..” (P3)

“...kondisi pasien sudah mati batang otak..mati paru-paru..” (P4)

Peniadaan pemberian tindakan CPR dapat saja diasumsikan bahwa ketika pasien yang telah didiagnosa DNR mengalami henti jantung maka petugas kesehatan tidak memberikan bantuan CPR pada pasien tersebut. “... kita tidak melakukan resusitasi jantung paru.. karena sudah.. e.. terlabel DNR..” (P1) “..jadi.. kalau henti jantung ya sudah..kan sudah tida ada guna..” (P4)

2. Tema Sumber Informasi DNR Inadekuat

Sumber informasi DNR Inadekuat dalam penelitian ini dibangun dari 2 sub tema yaitu sub tema belum terlaksananya pemberian informasi DNR secara formal dan sub tema informasi berdasarkan pengalaman.

Belum pernah ada pelatihan mengenai DNR yang diadakan di rumah sakit juga menjadi indikator belum terlaksananya pemberian informasi DNR secara formal.

“... belum pernah ikut workshop...” (P3)

“... belum pernah ikut pelatihan DNR.. PPGD saja..” (P1)

“... jadi, belum ada materi khusus yang memberikan tentang DNR..” (P5)

3. Tema Penolakan Labelling

Tema penolakan labelling didapatkan dari 2 sub tema yaitu sub tema **penolakan terhadap usulan DNR dan permintaan pemberian CPR**. Penolakan labelling yang dilakukan oleh keluarga berupa penolakan terhadap usulan DNR yang disampaikan oleh dokter. Penolakan keluarga terhadap usulan DNR dinyatakan

dengan secara langsung tidak menghendaki DNR.

"....keluarga kadang menolak.." (P1)

"...tapi ya kadang kala keluarga pasien gak terima.." (P4)

Penolakan labelling juga disampaikan oleh keluarga pasien dalam bentuk permintaan pemberian CPR. Permintaan pemberian CPR sebagai upaya memaksimalkan terapi.

"...tetap meminta semua dimaksimalkan (dalam arti, jika terjadi cardiac arrest pada pasien maka tetap dilakukan pemberian tindakan CPR.." (P1)

"... kadangkala juga ada keluarga pasien yang masih pengen pasien diusahakan untuk sembuh walaupun kemungkinannya Cuma 1%.." (P4)

4. Tema Strategi Penerimaan Labelling

Tema strategi penerimaan labelling dibangun atas 3 sub tema. Ketiga sub tema tersebut antara lain komunikasi efektif, dan penerimaan kondisi pasien

Komunikasi efektif yang dapat dilakukan adalah dengan menyampaikan informasi dengan real atau nyata

"... kalau motivasi kita real kepada keluarga itu.. keluarga tidak mungkin ada...yang ibarate protes.. atau tanya-tanya..karena penjelasan ke keluarga itu kalo mengena..dan masuk akal..keluarga mampu menerima.." (P2)

Untuk melakukan komunikasi efektif, informasi juga disampaikan secara bertahap, informasi disampaikan dengan rinci atau jelas, *"...memang pelan-pelan menjelaskannya..."* (P3)

"..kalau kita dapat menjelaskan dengan rinci, keluarga dapat menerima.." (P4)

"..harus menggunakan bahasa yang dapat dimengerti.." (P4)

"...bisa dengan menjelaskan sedikit demi sedikit berulang-ulang.. jadi ndak langsung.." (P2)

"..dengan bahasa yang agak panjang.. agak muter.." (P3)

Komunikasi efektif memerlukan membina hubungan saling percaya (BHSP) terlebih dahulu antara petugas kesehatan dengan keluarga pasien

"..yang pertama.. membina hubungan dulu dengan keluarga secara tidak formil gitu mbak.." (P3)

"...jadi..pendekatane ke keluarga.." (P5)

Komunikasi efektif dapat juga dilakukan dengan menggunakan pendekatan agama, dan melihat faktor lain seperti pendidikan dan ekonomi.

"...mengetahui agamanya apa dulu lalu..hmmm..memberikan sesuai dengan keyakinan dia.." (P3)

"...kita juga harus lihat faktor pendidikannya... dan faktor ekonominya..." (P4)

Penerimaan kondisi pasien dapat dilakukan dengan pasrah, dan ikhlas.

"... tapi akhirnya kembali lagi.. itupun (CPR) tidak menyelesaikan masalah... akhirnya juga tidak tertolong..." (P5)

"...mungkin sudah yang terbaik.." (P3)

"...kalau pasiennya sudah terpasang ventilasi mekanik (lalu di DNR).. rasanya sudah ikhlas.. sudah menerima.." (P5)

5. Tema Kompleksitas Eksistensi Hak Keluarga-Pasien

Tema kompleksitas eksistensi hak pasien-keluarga dibangun berdasarkan 4 sub tema yaitu sub tema **mempersiapkan psikis menghadapi kedukaan**, sub tema **hak mengakhiri perawatan pasien**, **hak mendapatkan informasi seluas-luasnya**, dan **hak didampingi 24 jam**.

Sub tema mempersiapkan psikis keluarga menghadapi kedukaan dibentuk dari adanya pengkajian kesiapan psikis keluarga.

“... sekarang kita sudah ada.. apa namanya.. e.. pengkajian akhir hayat... itu untuk menilai pasien-pasien yang menjelang ajal.. keluarganya gimana gitu..” (P2)

“... sudah ada pengkajian akhir hayat.. jadi pasien yang sudah dinyatakan DNR otomatis kita harus mengkajikesiapan keluarga menghadapi akhir hayat meliputi bagaimana mental keluarga..” (P5)

Pemberian informasi menjadi satu hak dari pasien maupun keluarganya yang harus tetap dipenuhi.

“...jadi kita harus tetap berkomunikasi dengan keluarga.. sebaiknya gimana...” (P1)

“...tapi yang dulu dulu pernah kita DNR hanya sepihak... tidak ada persetujuan keluarga bahwa ini pasiennya DNR..” (P5)

Hak didampingi 24 jam oleh orang terdekat menjadi hak pasien selanjutnya yang harus tetap dapat terpenuhi. Hak ini belum terpenuhi karena masih adanya restriksi jam kunjung keluarga pasien.

“...kita motivasi keluarga ya saat jam kunjung..” (P2)

“...keluarga kan masuk hanya saat jam kunjung saja..” (P3)

6. Tema Perawatan Bermartabat

Tema perawatan bermartabat dibangun dari 2 sub tema yaitu sub tema pemenuhan kebutuhan dasar manusia dan sub tema perawatan memandang martabat pasien.

Pemenuhan kebutuhan dasar manusia dapat berupa pemenuhan personal higien, dan monitoring. Personal higien yang bisa dilakukan di ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten adalah sibil (memandikan pasien), oral higien, dan bentuk kegiatan memelihara kebersihan diri lainnya.

“...ya tetap kita sibil.. terus kita bersihkan..” (P1)

“..kita memberikan bantuan higien..misalkan e...personal higien..oral higien..dan sebagainya..” (P2)

“...kita berikan kebersihan diri..dimandikan..” (P3)

Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar yang lainnya adalah monitoring. Monitoring atau pemantauan dilakukan oleh perawat di ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten kepada semua pasien. Monitoring dilakukan terhadap vital sign, balance cairan.

“...tapi kalau kami di sini juga e.. melakukan tindakan pada pasien DNR itu ya tetap sama.. tetap kita monitor...” (P1)

“..tetap ada monitoring... balance cairan tetap kita lakukan.. vital sign tetap kita lakukan..” (P5)

Perawatan bermartabat selanjutnya adalah perawatan dengan memandang martabat pasien. perawatan memandang martabat pasien dapat berupa melibatkan keluarga. Memberikan motivasi pada keluarga pasien dan menyarankan mendoakan merupakan tindakan yang menggambarkan terlibatnya keluarga.

“...kalau kita di sini tetep motivasi keluarga..” (P1)

“...kita sarankan mendoakan..” (P3)

Perawatan bermartabat juga dapat dilakukan dengan optimalisasi asuhan. Memberikan pelayanan maksimal dan tetap menjaga kondisi pasien merupakan bentuk tindakan optimalisasi asuhan.

“...kita tetap memberikan pelayanan maksimal..” (P1)

“...perawatan ET, kemudian juga alih baring.. kemudian juga ROM-nya atau bronkial suction... patensi airway tetep dijaga..” (P4)

Perawatan secara alamiah juga merupakan gambaran perawatan memandang martabat.

Perawatan secara alamiah dilakukan dengan sedanya dan minimal.

"...kita tinggal merawat dengan sedanya ibarate..jadi misalkan oksigen dengan konsentrasi rendah.. misalkan terpasang ventilator itupun juga sesuai RR (respiration rate) nya.. tidak kita lebih-lebihkan.." (P2)

"..obat kan otomatis sudah diminimalkan.. ventilator juga dengan FiO2 minimal.." (P3).

Bentuk perawatan memandang martabat selanjutnya adalah manusiawi yaitu tetap menganggap pasien sebagai manusia dan menyediakan bimbingan rohani.

"..tapi sebagai perawat.. biarpun itu mati dalam arti DNR.. kita tetap harus memperlakukan sebagai manusia.." (P4)

"...kita sampaikan bahwa ada fasilitas bimbingan rohani.." (P5)

7. Tema Dilema Psikis

Tema dilema psikis dalam penelitian ini dibangun oleh sub-sub tema **penolakan nurani dan juga dilema**. **Penolakan nurani** merupakan bentuk ketidaksepahaman antara tanggung jawab dan peran perawat dengan kata hati (nurani).

"..... nek kalau hati nurani saya sebenarnya DNR itu kalau misal oksigen dikurangi, obat-obatan dikurangi... nggak sepaham dengan hati nurani saya..." (P1)

Dilema dapat timbul karena adanya perasaan menyalahi aturan dan dilema itu sendiri.

".... Toh kalo kita pertahankan.. juga kita semakin.. ibarate menyalahi aturan.. karena ibarate kita memaksa mayat hidup untuk bernafas.." (P2)

".. kadang-kadang dilema.. ini seperti melakukan euthanasia.. apakah dengan melakukan DNR saya melakukan euthanasia...?" (P4)

8. Tema Empati

Tema empati dalam penelitian ini dibentuk oleh sub-sub tema **empati**. Empati dapat berkembang dari perasan empati itu sendiri.

".... Nek saya pribadi ya empatinya ada.." (P3)

".... Kalau ini keluarga kita bagaimana..." (P4)

Empati juga dapat berkembang dari perasaan iba yang dirasakan perawat.

".... Perasaan saya ya ada rasa kasian dan sebagainya..." (P3)

"..... ndak tega lah istilahnya secara langsung.." (P3)

"... kadang-kadang saya merasa bersalah..." (P4)

9. Tema Iklim Kolaborasi Inkonsisten

Tema inkonsistensi iklim kolaborasi terbentuk dari adanya 5 sub tema yaitu sub tema konsistensi pelaksanaan job disk penyampaian informasi, inkonsistensi penerapan job disk, pendelegasian sesuai protap, terbangunnya komunikasi antara perawat-dokter, dan ketidakberdayaan menjalankan peran.

"..kalo tentang medis.. itu nanti.. dokter yang menyampaikan.." (P2)

"...perawat yang diinformasikan ke keluarga ya tentang perawatan.." (P2)

Terbangunnya komunikasi antara perawat-dokter diwujudkan dengan adanya diskusi antar tim kesehatan.

"... jadi..antar tim kesehatan (perawat dan dokter) sudah sependapat bahwa itu MBO dan DNR.. jadi tidak ada masalah.." (P3)

"... itu dibicarakan oleh dokter dan perawat bahwa ini nanti DNR saja begitu.." (P5)

Ketidakberdayaan menjalankan peran dapat disebabkan karena adanya kebiasaan yang sudah terbangun.

“...kita rawat sesuai dengan e... instruksi (dokter)..” (P3)

“...kita melakukan sesuai dengan e... opo... sesuai dengan order..” (P3)

“... yang penting terapi yang ditentukan dokter, yang dipilih dokter, yang sudah tertera dalam status pasien.. kita laksanakan..” (P5)

Ketidakberdayaan menjalankan peran juga dapat dilihat dari tidak adanya kuasa menolak perintah dokter.

“...tapi kalau dokter sudah memutuskan itu kita juga tidak bisa menolak dokter kan mbak.. (P1)

“....tapi dokter sudah memutuskan itu mau bagaimana lagi..” (P5)

Inkonsistensi penerapan job disk dapat terlihat dari adanya kondisi dimana perawat melampaui kewenangannya.

“...nah...kadang kala perawat melampaui batas kewenangannya untuk menjelaskan ke keluarga bahwa pasien sudah mati batang otak.. apalagi di luar jam kerja.. karena keterbatasan dokter yang jaga...” (P4)

“.. kita biasanya menyampaikan kondisi mungkin kondisinya menurun saat ini disampaikan oleh perawat karena di sini dokternya tidak 24 jam di tempat...” (P5)

10. Tema Jaminan Perlindungan Legalitas

Tema jaminan perlindungan legalitas pada penelitian ini dibangun oleh 2 sub tema yaitu sub tema **pentingnya dokumentasi** dan **saksi**.

Informed consent dan **penandatanganan** merupakan suatu proses mendokumentasikan tindakan DNR.

“..... ada informed consent.. untuk pengamanan gitu..” (P4)

“.... harus ada informed consentnya..” (P5)

saksinya..” (P4)

Penandatanganan merupakan satu bentuk keabsahan dari pernyataan yang telah disampaikan oleh keluarga.

“.... Bertandatanganan hitam di atas putih atas perintah dokter...” (P2)

“.... Kita sudah tidak lakukan tindakan penyelamatan.. dan itu sudah ditandatangani oleh keluarga yang bersangkutan maupun pasien..” (P2)

Saksi merupakan salah satu bentuk jamiinan perlindungan legalitas.

“..kalau mau mnejelaskan juga nek bisa jangan Cuma ke 1 orang saja..harus ada

DISKUSI

Penentuan DNR diputuskan oleh dokter sesuai dengan hasil pemeriksaan maupun berdasarkan usulan perawat. Pengalaman dalam pengambilan keputusan DNR terkait siapa yang berhak menentukan diagnosa DNR tersebut didukung oleh Brizzi (2012) bahwa diagnosa DNR ditentukan oleh dokter dengan melihat berbagai pertimbangan seperti kondisi pasien dan rekomendasi perawat.

Setelah rencana diagnosa DNR diambil maka sesegera mungkin keluarga diberikan informasi mengenai kondisi pasien dan rencana diagnosa DNR. Pemberian informasi dapat dilakukan oleh dokter sendiri ataupun bersama-sama dengan perawat. penegakkan diagnosa DNR dapat diputuskan setelah didapatkan hasil dari proses penyampaian informasi kepada keluarga pasien. Keluarga pasien dapat saja menerima ataupun menolak rencana diagnosa DNR tersebut dengan pertimbangan-pertimbangan yang telah disampaikan oleh dokter dan perawat.

Ada kalanya keluarga pasien sendiri lah yang secara langsung meminta untuk tidak melanjutkan terapi bahkan meminta tidak dilakukannya CPR pada pasien. Keterlibatan keluarga dalam proses penentuan keputusan DNR dijelaskan oleh Pham, *et al* (2011) menjelaskan bahwa keluarga memiliki

hak untuk menentukan keputusan terhadap perawatan keluarganya. Hak keluarga tersebut termasuk pula hak menentukan DNR. Keterlibatan keluarga yang tercermin dalam penelitian ini juga dirasa sudah sesuai dengan SOP yang ada.

Penentuan DNR juga didasarkan pada kondisi pasien. Saczynski (2012) dan Michael (2002) menyampaikan beberapa kondisi pasien yang dapat dijadikan kriteria pengambilan keputusan DNR seperti umur, jenis kelamin, riwayat comorbid, dan harapan hidup..

Kesesuaian penerapan prosedur DNR juga menjelaskan bahwa terdapat peniadaan pemberian CPR pada pasien-pasien DNR. Peniadaan pemberian CPR ini sesuai dengan prosedur DNR yang berlaku di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. DNR sendiri didefinisikan sebagai suatu kegiatan penghentian upaya memperpanjang umur klien dengan tidak memberikan CPR (Park, 2011; Morrison, *et al*, 2010).

Penolakan penegakkan diagnosa DNR menjadi salah satu pertimbangan untuk tidak ditegakkannya diagnosa DNR. Penolakan penegakkan diagnosa DNR ini dijelaskan dalam tema penolakan labelling. Penolakan label DNR dapat dipengaruhi oleh masih tingginya harapan keluarga terhadap kesembuhan pasien, yang mana keluarga menyampaikan keinginan agar pasien tetap dapat mendapatkan terapi yang maksimal, termasuk pemberian CPR pada saat cardiac arrest. Penolakan labelling yang dilakukan oleh keluarga setelah mendapatkan informasi terkait kondisi pasien tetap menjadi hak yang harus dihormati (General Medical Council, 2014).

Untuk mengatasi hal tersebut maka dibutuhkan solusi, yang dijelaskan dalam tema strategi penerimaan labelling. Strategi penerimaan labelling diantaranya adalah dengan komunikasi yang efektif dan dengan menerima kondisi pasien. Komunikasi efektif yang dilakukan oleh perawat di

ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten antara lain dengan cara menyampaikan kondisi pasien dengan real; rinci, jelas; bertahap; dengan membina hubungan saling percaya dengan keluarga pasien; dengan pendekatan agama; dan dengan melihat faktor lain (faktor ekonomi dan pendidikan). Komunikasi adalah satu aspek penting dalam pengambilan keputusan DNR (Kirchoff *et al*, 2000).

The British Medical Association, the Resuscitation Council (UK), and the Royal Collage of Nursing (2014) menjelaskan bahwa komunikasi yang diberikan haruslah diupayakan sedemikian rupa sehingga nantinya dapat diterima oleh keluarga pasien. Menjelaskan dengan rinci dan detail serta relevan dengan kondisi yang dialami pasien saat ini dapat membantu keluarga untuk memahami apa yang terjadi pada pasien.

Penerimaan kondisi pasien juga menjadi salah satu strategi yang dapat dilakukan agar pemberian label DNR dapat diterima. *The British Medical Association, the Resuscitation Council (UK), and the Royal Collage of Nursing* (2014) menjelaskan bahwa meyakinkan keluarga mengenai kondisi pasien yang tidak lagi dapat bertahan meskipun diberikan tindakan CPR merupakan hal yang penting. Tim kesehatan dituntut untuk memiliki seni dalam hal tersebut, hingga keluarga pasien berada pada satu titik yaitu menerima kondisi pasien. Penerimaan kondisi pasien juga harus dilakukan oleh perawat agar tidak mempengaruhi pengambilan keputusan DNR (Kirchof, *et al*, 2005).

Fenomena peningkatan label DNR juga dapat menimbulkan dilema bagi perawat yang bertugas di ruang ICU (Orser, 2008). Keputusan DNR dapat menimbulkan dilema psikis pada perawat di ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dikarenakan timbulnya penolakan dari hati nurani perawat terhadap label DNR dan kondisi dilema itu

sendiri. Timbulnya dilema psikis ini juga dapat dipengaruhi oleh masih belum adekuatnya sumber informasi tentang DNR yang dimiliki oleh perawat. Perawat tidak dapat terhindar dari perasaan dilema. Merawat pasien setiap hari, melihat perkembangan kondisi pasien, membuat rencana DNR seperti dua sisi mata uang bagi perawat, disatu sisi harus menerima bahwa pemberian tindakan CPR sudah tidak lagi efektif untuk pasien namun di sisi lain muncul perasaan iba dan melihat pasien seolah-olah keluarganya. Dua hal tersebut dapat menjadikan perawat merasa dilema. Dilema menjadi salah satu kondisi yang dapat mempengaruhi pemberian perawat yang bermartabat kepada pasien. Kondisi ini didukung oleh penelitian Elpern, et al (2005) yang menjelaskan bahwa dilema yang timbul dan dirasakan perawat akan menjadi satu kendala untuk memberikan perawatan yang optimal.

DNR juga dapat menimbulkan perasaan empati dari perawat. Munculnya perasaan empati pada perawat di ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten kuatkan oleh pernyataan perawat yang pernah merasakan empati, merasa iiba, dan bersalah. Perasaan empati ini dapat disebabkan pula oleh keputusan DNR yang ada dan tidak adekuatnya sumber informasi DNR yang dimiliki perawat. Perasaan empati yang muncul juga dapat menjadi dampak dari tingginya intensitas pertemuan antara perawat dengan pasien (Elpern, et al. 2005). Yand, et al (2001) mengatakan bahwa hampir semua perawat yang pernah merawat pasien dengan DNR pernah merasa empati.

Kirchof, et al (2005) mengatakan, seperti halnya kondisi dilema yang dialami perawat, empati dapat menjadi kendala dalam pemberian perawatan yang optimal pada pasien. Berdasarkan penelitian Yand, et al (2001) tersebut diketahui bahwa proses perawatan yang dilakukan perawat

menjadi terhambat diakibatkan oleh empati yang dirasakan perawat.

Kondisi dilema maupun empati yang dirasakan perawat dapat juga disebabkan karena informasi DNR yang diperoleh mereka belum adekuat, hal ini dijelaskan pada tema sumber informasi DNR inadekuat. NEoLCP (2012) menjelaskan bahwa ketidakadekuan sumber informasi mengenai DNR akan menimbulkan miskonsepsi terkait DNR itu sendiri. Miskonsepsi ini meliputi kesalahan pemahaman terhadap proses pengambilan keputusan, hingga perawatan yang harus dilakukan pada pasien dengan DNR. Sumber informasi inadekuat juga memicu timbulnya dilema dan empati pada perawat. Sumber informasi DNR yang inadekuat dapat pula menimbulkan penerapan iklim kolaborasi menjadi inkonsisten. Pada akhirnya sumber informasi DNR yang inadekuat dapat mempengaruhi tidak efektifnya pemberian perawatan yang bermartabat

Penegakkan diagnosa DNR tentunya akan memunculkan hak baik dari pasien maupun keluarganya. Hak-hak pasien dan keluarga dikemas di dalam tema kompleksitas eksistensi hak pasien-keluarga. Hak-hak tersebut antara lain hak mendapat informasi seluas-luasnya, hak mendapatkan persiapan menghadapi kedukaan, hak mengakhiri perawatan, dan hak didampingi 24 jam. Hak mengakhiri perawatan didukung oleh NEoLCP (2012) yang mana di dalamnya dijelaskan bahwa pasien memiliki hak untuk memutuskan perawatan yang akan diberikan kepadanya. Hak tersebut termasuk pula hak pasien dan keluarga untuk memilih keputusan DNR. Kirchoff, et al (2005) menjelaskan bahwa pasien dan keluarga memiliki hak untuk mendapatkan penjelasan dengan jelas, rinci, dan relevan. Higgins (2010) menyatakan bahwa satu kebutuhan yang dapat kita penuhi pada pasien DNR adalah mendapatkan kesempatan untuk dekat dengan seseorang yang dapat

merawatnya, dalam hal ini keluarga pasien. Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa pasien yang telah diberikan label DNR saja masih belum terpenuhi haknya untuk bisa selalu dekat dengan orang terdekat sebelum meninggal dunia.

Hak-hak pasien maupun keluarganya tersebut dapat tidak terpenuhi apabila terdapat penerapan kolaborasi antara perawat-dokter yang tidak kondusif, hal ini tertuang di dalam tema iklim kolaborasi inkonsisten. Boyd et al (2011) mengatakan bahwa kondisi kolaborasi antara perawat dan dokter di lapangan selama perawatan pasien juga masih belum optimal, dan perawat cenderung hanya menyetujui delegasi perawatan tanpa terlibat diskusi dalam pengambilan keputusan.

Walau bagaimanapun kondisi perawat, munculnya kondisi dilema dan empati dari perawat, munculnya penolakan maupun persetujuannya tindakan DNR oleh keluarga, adanya kolaborasi yang tidak konsisten, dan informasi DNR perawat yang tidak adekuat tentunya tetap harus diikuti dengan pendokumentasian yang jelas dan pemberian perawatan *end of life* yang optimal. Pendokumentasian tersebut didukung oleh tema jaminan perlindungan legalitas. Dokumentasi dalam setiap tindakan yang dilakukan pada pasien DNR haruslah meliputi dokumentasi yang tercatat dengan jelas (The British Medical Association, the Resuscitation Council (UK), and the Royal Collage of Nursing, 2014). Informasi yang kita berikan pada pasien ataupun keluarganya terkait kondisi pasien dan rencana tindakan akan kita lakukan haruslah didokumentasikan dengan menyertakan tujuan dan persetujuan (GMC, 2012).

Pemberian perawatan bermartabat juga tetap harus dilakukan. Pemberian perawatan bermartabat merupakan bentuk dari pemberian *end of life care* pada pasien DNR. GMC (2012) juga menjelaskan perawatan yang bermartabat pada pasien *end of life*

meliputi perawatan tanpa adanya diskriminasi terhadap suku atau kelompok tertentu. Standart perawatan yang sama akan membantu pelaksanaan perawatan bermartabat. Clark, et al (2007) mendukung hasil penelitian yang didapatkan yaitu pemberian perawatan bermartabat meliputi turut melibatkan keluarga, mempertimbangkan faktor emosi dan spiritual, memenuhi kenyamanan pasien. penelitian Chen (2008) dan Park (2011) yang mengatakan bahwa pemenuhan perawatan yang mendapatkan perawatan rutin seperti *bed making*, *morning care*, *monitoring vital sign*, *mengontrol suhu tubuh*, *manajemen dan monitoring cairan IV*, *manajemen asam-basa/monitoring elektrolit*, *manajemen drain tube*, *manajemen infeksi*.

KETERBATASAN PENELITIAN

Peneliti belum menggali pengalaman perawat saat mendampingi pasien menghadapi kematian. Peneliti juga tidak menggali pengalaman perawat saat mengalami kondisi DNACPR.

KESIMPULAN

Keputusan DNR ditentukan oleh beberapa kriteria dan keterlibatan keluarga sangat dibutuhkan dalam proses tersebut. Keputusan DNR ini akan menimbulkan beberapa kondisi pada perawat dan keluarga pasien seperti dilema, empati dan penolakan keluarga. Kondisi tersebut diharapkan tidak menghambat pemberian perawatan optimal bagi pasien.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih tak terhingga kepada Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes dan Dr. Indah Winarni, MA selaku penguji yang telah memberikan kontribusi terhadap perbaikan penelitian ini. Kepada seluruh partisipan atas informasi yang telah disampaikan.

REFERENSI

- Saczynski, J. S., E. Gabbay, et al. (2012). "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." *Clinical Epidemiology* 4: 267-274
- Weiss, G. L. and C. A. Hite (2000). "The Do-Not-Resuscitate Decision: The Context, Process, and Consequences of DNR Orders." *Death Studies* 24(4): 307.
- Orser, L. A. (2008). "Critical Care Nurses' Perception of End-Of-Life Care." Proquest.
- Field, J. M., M. F. Hazinski, et al. (2010). "Part 1: Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care." *Circulation* 122.
- Higgins, P. A. (2010). *Peaceful End of Life Theory. Nursing Theorist and Their Work*. M. R. Alligood and A. M. Tomey. United State of America, Elsevier: 754.
- Beckstrand, R. L., L. C. Callister, et al. (2006). "Providing a "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestioons for Improving End-Of Life Care"." *American Journal of Critical Care* 15(1).
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) *Using Thematic Analysis in Psychology. Qualitative research in Psychology*, 3, 77-101.
- Pham, J.C., Trueger, S., hilton, J., Khare, R. K., Smith, J. P., & Bernstein, S. L. (2011). *Interventions to Improve Patient-centered Care During Times of Emergency Department Crowding. Academic Emergency Medicine* 18(12)
- Park, Y.-R., J.-A. Kim, et al. (2011). "Changes in How ICU Nerses Perceive The DNR Decision and Their Nursing Activity After Implementing It." *Nursing Etics* 18(6): 802-813.
- Morrison, L. J., G. Keirzek, et al. (2010). "Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care." *Circulation* 122.