

LAPORAN KASUS

Manajemen Akhir Hayat pada Pasien Kritis di ICU

Rifdhani Fakhruddin Nur, *Bambang Suryono, *Pandit Sarosa

Peserta Didik Program Pendidikan Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif FK UGM/
RSUP Dr. Sardjito

*Konsultan Anestesiologi dan Terapi Intensif FK UGM/RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

ABSTRAK

Telah dilakukan manajemen akhir hayat pada pada seorang perempuan usia 63 tahun, dengan diagnosis ROSC pascahenti jantung, edema serebri difus, asidosis metabolik, anemia, dan hipoalbumin yang dirawat di ICU.

Keadaan akhir hayat ditunjukkan dengan adanya tanda-tanda kematian batang otak dan kegagalan fungsional berupa kegagalan usaha nafas yang menetap pada pasien yang dapat menyebabkan kematian pada hari ke-3 perawatan. Dokter menjelaskan tentang kondisi akhir hayat pasien berupa tanda-tanda kematian batang otak, prognosis dan kemungkinan yang akan terjadi dan keputusan yang harus diambil keluarga mengenai keadaan akhir hayat pada pasien. Keluarga memutuskan menerima kondisi pasien, meminta untuk meneruskan bantuan yang sekarang diberikan namun tidak melakukan pertolongan lanjut jika kondisi memburuk. Rohaniwan melakukan pendampingan berupa bimbingan rohani, konseling spiritual akhir hayat, bimbingan ibadah dan doa untuk pasien. Belum ada komunikasi yang intensif antara tim medis tentang kondisi akhir hayat pada pasien.

Pendampingan dilakukan sampai saat kematian dengan mengundang keluarga, tidak melakukan resusitasi jantung paru sesuai permintaan keluarga dan menyatakan kematian pasien di hadapan keluarga.

Kata kunci : akhir hayat, pasien kritis, ICU

ABSTRACT

An end-of-life care was performed to a 63 years old woman who was admitted in the ICU with ROSC post cardiac arrest, diffuse cerebral edema, metabolic acidosis, anemia and hipoalbumin.

End-of-life condition was showed with symptoms of brain-stem death and functional impairment of breathing effort that persisted at third day of care. Physician explained to patient's family about end-of-life condition, prognose, probability, and a desicion making that would had to make. Family decided to accept this condition, wish to continue medication but not to resuscitate if patient's condition became worst. A chaplain gave spiritual care, end-of-life counseling, and praying to patient. Unfortunately, there was no intensive communication among medical teams about end-of-life condition.

Patient care was underwent until the time of death with permitted family at patient's bedside, not gave cardiopulmonal resuscitation as family's wishes and pronounced death in front of family.

Keywords :end-of-life, critically ill, intensive care unit

A. PENDAHULUAN

Tujuan utama perawatan di ICU adalah untuk membantu pasien melewati ancaman kehidupan akut sambil menjaga dan mengembalikan kualitas hidup pasien. Tujuan tersebut seringkali tercapai, dengan angka kesembuhan pasien sekitar 75-90%. Namun, ICU masih menjadi tempat kematian paling sering di rumah sakit. Sebuah studi di Amerika Serikat menemukan angka kematian sebesar 22% diantara pasien yang masuk ICU.¹

Kematian yang terjadi di ICU merupakan kejadian kompleks. Menangani pasien dan keluarganya di akhir hayat menjadi pekerjaan yang berat bagi tenaga medis. Hal ini disebabkan terbatasnya dokumentasi dan penelitian tentang penanganan akhir hayat. Penanganan pasien akhir hayat juga sangat bervariasi diantara dokter, rumah sakit dan negara. Variasi ini meliputi keputusan untuk memberikan bantuan hidup, permintaan tidak meresusitasi (DNR) dan kemauan mengobati pasien yang tidak sadar secara permanen. Sebuah penelitian terhadap 6000 pasien yang menjalani perawatan di 131 ICU di Amerika Serikat menemukan derajat pelayanan akhir hayat yang sangat bervariasi. Insidensi kematian pasien dengan pelayanan agresif berkisar antara 4% di satu ICU sampai 79% di ICU lain. Demikian pula insidensi penghentian bantuan medis pada pasien akhir hayat berkisar antara 0% sampai dengan 79% diantara beberapa ICU.⁶ Alasan variasi ini tidak diketahui dengan jelas, tapi biasanya meliputi perbedaan dalam jenis pelayanan, akses terhadap pelayanan kesehatan sampai budaya lokal dan tradisi keagamaan setempat.⁴

Perkembangan dalam ilmu kedokteran dan perawatan kesehatan telah merubah proses alami kematian. Obat dan alat kedokteran baru yang terus mengalami perkembangan dan digunakan di ICU meningkatkan kemampuan memodifikasi efek penyakit yang dulunya berakibat fatal. Kematian bukan lagi hanya terjadi mendadak karena infeksi atau trauma, akan tetapi terjadi dengan proses lambat, pada usia tua atau pada periode terminal suatu penyakit kronis. Hasilnya, terjadi pergeseran demografik berupa peningkatan populasi pasien dengan penyakit kritis dengan kondisi akhir hayat

disertai penurunan penyedia layanan kesehatan pada populasi ini. Antusiasme penggunaan teknologi dalam perawatan pasien juga seringkali mengabaikan keinginan pasien, kualitas hidup dan efek negatif terapi bagi pasien itu sendiri. Untuk mengatasi keadaan tersebut, diperlukan ilmu pengetahuan yang menjamin kualitas pelayanan akhir hayat pada pasien dan keluarganya.^{2,3}

Berbagai permasalahan dalam penanganan pasien akhir hayat di ICU telah mendorong berbagai lembaga untuk mengeluarkan pernyataan, rekomendasi dan petunjuk tentang kondisi akhir hayat. National Institute of Health menerbitkan pernyataan tentang peningkatan kualitas pelayanan akhir hayat. Sedangkan American College of Critical Care Medicine juga mengeluarkan rekomendasi dalam pelayanan akhir hayat pasien di ICU. Sayangnya, berbagai rekomendasi tersebut sampai sekarang belum diadopsi oleh penyedia layanan kesehatan di Indonesia. Mengingat besarnya pengaruh kebudayaan lokal dan tradisi keagamaan setempat dalam pelayanan akhir hayat, sangat diperlukan adopsi sekaligus modifikasi dari berbagai rekomendasi pelayanan akhir hayat yang sudah tersedia.^{2,7}

B. KASUS

Pasien perempuan usia 63 tahun, berat badan 55 kg, dengan diagnosis ROSC pascahenti jantung, edema serebri difus, asidosis metabolik, anemia, hipoalbumin.

Dari anamnesis didapatkan keterangan bahwa 1 jam sebelum masuk RS, pasien mengeluh nyeri kepala saat berada di ruangan poli rawat jalan RSUP Dr. Sardjito. Tiba-tiba pasien jatuh, kejang seluruh tubuh dan tidak sadarkan diri. Pasien segera dibawa ke ruang resusitasi IGD dan dilakukan pertolongan. Saat dipasang monitor, pasien mengalami henti jantung. Dilakukan resusitasi jantung-paru sebanyak dua siklus, respon dengan kembali ke sirkulasi spontan (ROSC). Pasien terintubasi endotrakeal, terpasang ventilator dan mendapat *support* inotropik dan vasokonstriktor. Pasien dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil anemia (Hb : 8,3), leukositosis (17,63),

hipoalbuminemi (2,9) dan hasil analisis gas darah menunjukkan asidosis metabolik berat (pH : 7,01; pO₂ : 95,9; pCO₂ : 66,7; HCO₃ : 16,6; BE : -24; SO₂ : 99,8; AaDO₂ : 398,8). Dari pemeriksaan CT scan kepala didapatkan edema serebri difus dan tidak tampak perdarahan atau massa intrakranial.

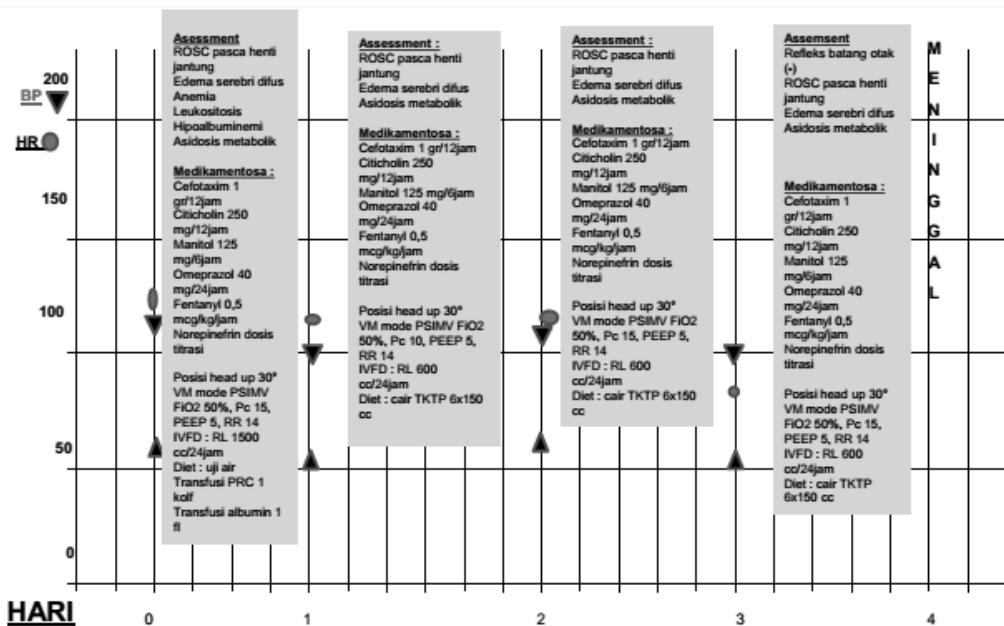
Pasien kemudian dipindahkan ke ICU dengan kesadaran koma, tekanan darah 130/70 mmHg, laju nadi 116 x/mnt, kecepatan respirasi 14 x/mnt *on bagging* dan suhu tubuh 36,7 C. Pemeriksaan kepala didapatkan konjunktiva anemis, pupil isokor diameter 3/3 mm, refleks cahaya +/+, refleks kornea +/+. Pemeriksaan thoraks didapatkan vesikuler ka=ki, rhonki -/-, wheezing -/-. Abdomen dan ekstremitas tidak didapatkan kelainan. Pasien dirawat dengan masalah aktif ROSC pascahenti jantung, edema serebri difus, anemia, leukositosis, hipoalbuminemi dan asidosis metabolik berat.

Pasien dipasang monitor EKG, pengukur tekanan darah non invasif dan *pulse oxymetri*. Pasien diposisikan *supine head up* 30 derajat, pemasangan ventilator dengan mode PSIMV (FiO₂ 50%, Pc 15, RR 14, PEEP 5), terapi cairan maintenans dan pemasangan NGT. Dilakukan pemeriksaan laboratorium lengkap, AGD dan foto ronsen. Terapi medikamentosa yang diberikan adalah cefotaxim (1 gr/12jam), citicholin (250

mg/12jam), manitol (125 mg/6jam), omeprazol (40 mg/24jam), fentanyl kontinu (0,5 mcg/kg/jam) dan norepinefrin dosis titrasi. Pasien direncanakan untuk monitoring dan stabilisasi kardiorespirasi. Selain perawatan oleh dokter ICU, pasien juga dirawat bersama dengan dokter saraf, bedah saraf dan penyakit dalam.

Keluarga pasien diberikan edukasi oleh dokter ICU tentang penyakit yang diderita pasien meliputi penyebab, tanda, gejala, indikasi perawatan ICU dan prognosis. Keluarga juga dijelaskan tentang tindakan medis yang akan dilakukan dan komplikasi yang mungkin akan terjadi.

Pada perawatan hari ke-3 didapatkan hilangnya refleks batang otak. Kesadaran pasien koma dengan GCS E1M1VT, pupil isokor diameter 4/4 mm, refleks kornea -/-, refleks cahaya -/-, gag reflex (-), doll's eye (-). Dilakukan edukasi tentang tanda-tanda kematian batang otak kepada keluarga, prognosis dan keputusan yang harus diambil. Setelah melakukan rapat internal, keluarga memutuskan menerima kondisi pasien, meminta untuk meneruskan bantuan hidup yang sudah diberikan namun menolak untuk dilakukannya pertolongan lanjut jika kondisi memburuk mendekati kematian.



Gambar 1. Diagram status pasien selama perawatan di ICU

Pada perawatan hari ke-4 kondisi pasien semakin memburuk. Dilakukan edukasi akhir hayat pada keluarga berupa penjelasan tentang kondisi hemodinamik yang turun, kesempatan untuk mendoakan dan penawaran pendampingan rohaniawan. Rohaniawan melakukan pendampingan berupa bimbingan rohani, konseling spiritual akhir hayat, bimbingan ibadah dan doa kepada pasien.

Pukul 10.00 hemodinamik pasien tidak stabil dengan bradikardi 38 x/mnt, tekanan darah tidak terukur, SpO₂ tidak terbaca. Atas kesepakatan dengan keluarga, tidak dilakukan resusitasi lebih lanjut pada pasien. Pasien kemudian dinyatakan meninggal di hadapan keluarga.

C. PEMBAHASAN

1. Mengenal Kondisi Akhir Hayat

Penting bagi seorang dokter ICU untuk mengenali kondisi akhir hayat pada pasien. Hal ini menjadi penting bukan hanya karena dokter harus terlibat dalam rencana akhir hayat, namun juga karena hanya sekitar 45% pasien yang dapat dikenali bahwa mereka sedang dalam kondisi akhir hayat. Meskipun sebagian besar orang tidak ingin meninggal di rumah sakit, nyatanya lebih dari setengah populasi meninggal di rumah sakit. Dokter biasanya menaruh harapan berlebih terhadap kehidupan pasien, sehingga pergeseran pelayanan dari pemberian bantuan hidup menuju perawatan paliatif menjadi tantangan intelektual tersendiri. Kemampuan dokter untuk membuat prognosis yang akurat juga seringkali terpengaruh oleh keputusan pasien atau keluarganya tentang keadaan akhir hayat, terutama pada pasien non-kanker.⁵

Tidak ada bukti ilmiah yang mendukung definisi yang tepat dari keadaan akhir hayat. Keadaan akhir hayat biasanya lebih didasarkan pada definisi aturan lingkungan setempat daripada data ilmiah. Definisi setempat inilah yang menjadi penghalang bagi peningkatan kualitas pelayanan dan penelitian tentang kondisi akhir hayat. Meskipun demikian, beberapa keadaan yang diyakini menjadi petunjuk proses akhir hayat diantaranya : 1) adanya penyakit kronis atau gejala

penyakit atau kegagalan fungsional yang menetap dan fluktuatif, 2) gejala tersebut didasari oleh penyakit yang ireversibel dan dapat menyebabkan kematian.^{2,10}

Pada pasien ini keadaan akhir hayat ditunjukkan dengan hilangnya refleks batang otak pada hari ke-3 perawatan. Terjadi kegagalan fungsional berupa kegagalan usaha nafas yang menetap pada pasien yang dapat menyebabkan kematian.

2. Pengelolaan Gejala dan Pelayanan Paliatif

Banyak gejala nyata yang dapat terlihat pada kondisi akhir hayat, dan gejala tersebut harus cepat dikenali. Gejala nyata tersebut meliputi, namun tidak terbatas pada : nyeri, sesak nafas, sekresi berlebihan, depresi dan dimensia. Nyeri merupakan gejala yang ditakutkan pasien, sehingga manajemen nyeri yang baik dan agresif akan memberikan ketenangan. Lebih dari 50% pasien dengan sakit kritis di rumah sakit mengeluhkan berbagai derajat nyeri. Nyeri di ICU biasanya berhubungan dengan sebab iatrogenik, prosedur dan intervensi. Prosedur yang biasanya memberikan ketidaknyamanan di ICU misalnya suctioning, insersi kateter, perawatan luka dan terpasangnya pipa ET. Meminimalkan atau menghilangkan nyeri sumber iatrogenik hendaknya menjadi bagian dari perencanaan pengelolaan nyeri. Saat pasien tidak dapat mengeluhkan sendiri derajat nyerinya, sistem penskoran berdasarkan variabel fisiologis dan behavioral dapat menjadi dasar objektif bagi penilaian nyeri. Nyeri hendaknya dinilai dengan sungguh-sungguh. Dosis obat anti nyeri harus terjadwal dan diresepkan sesuai dengan kebutuhan pasien.⁵

Sesak nafas dan distress respirasi adalah gejala yang umum pada pasien yang masuk ICU. Data menunjukkan bahwa terapi pada sesak nafas di masa akhir hayat cenderung tidak sempurna. Pendekatan terbaik adalah dengan melacak sumber sesak nafas, tingkat kesadaran pasien dan kebutuhan pasien. Beberapa pendekatan dapat mengobati gejala secara langsung sehingga dapat memperpanjang hidup, seperti suplementasi

oksigen, kortikosteroid, diuretik dan bronkodilator. Dokter harus bekerja sama dengan pasien dan keluarganya untuk menentukan pendekatan paling optimal untuk pasien secara individual.⁵

Delirium adalah gejala yang umum dalam keadaan akhir hayat. Gejala distress seperti nyeri atau sesak nafas dapat berkontribusi menyebabkan delirium. Gejala ini harus diatasi terlebih dahulu dengan analgesia dan terapi lain sebelum pemberian obat sedatif. Melepas ikatan pasien, menginduksi tidur, mengurangi suara dan cahaya dan mengizinkan pendampingan keluarga adalah beberapa usaha untuk mengurangi efek negatif delirium dan meminimalkan penggunaan obat sedatif. Saat penggunaan obat sedatif menjadi terapi utama untuk agitasi di akhir hayat, penggunaannya dapat menghilangkan interaksi yang berharga antara pasien dan keluarganya sebelum meninggal, sehingga hendaknya digunakan sebagai usaha terakhir.

Pada pasien ini tidak didapatkan gejala nyeri, sesak nafas, depresi atau dimensia. Sejak pertama kali masuk, pasien dalam keadaan koma dengan GCS E1M1VT dan tidak ada perbaikan tingkat kesadaran selama perawatan. Meskipun demikian, pasien masih mendapatkan terapi analgesia berupa fentanyl kontinu dengan dosis 0,5 mcg/kg/jam.

Pelayanan paliatif berhubungan dengan pengurangan penderitaan. Pengurangan penderitaan bukan saja meringankan gejala fisik seperti nyeri, namun juga mengurangi stres psikologi, sosial dan spiritual. Meskipun target pelayanan medik sangat penting, pengurangan penderitaan pada pasien juga sama pentingnya. Untuk itu, melibatkan tim pelayanan paliatif sejak awal pada pelayanan pasien sakit kritis tidak hanya dapat membantu pasien, namun juga dapat membantu keluarga pasien memahami penyakit yang diderita pasien, baik sebelum dan sesudah kematiannya.

3. Penarikan Terapi Penopang Hidup

Praktik klinis seputar penarikan terapi penopang hidup merupakan kombinasi dari pertimbangan teoritis, data empirik dan pengalaman klinis. Salah satu konsep penting yang

harus dipahami adalah bahwa penarikan terapi penopang hidup merupakan salah satu prosedur standar dalam pengelolaan pasien kritis. Dokter hendaknya mengikuti langkah-langkah prosedur ini seperti halnya mengikuti prosedur lain seperti intubasi endotrakea atau kateterisasi vena sentral. Komunikasi dengan keluarga dan mempersiapkan mereka untuk proses penarikan terapi merupakan langkah penting. Misalnya, dokter memberi pengertian tentang pola nafas normal pada pasien yang akan mengalami kematian, dan tidak menyebutnya sebagai nafas agonal. Hal ini akan memberikan kecemasan kepada keluarga pasien.⁵

Sama seperti prosedur klinis lainnya, perencanaan yang jelas dalam prosedur penarikan terapi membantu memastikan tidak ada hal yang terlewat, misalnya menghentikan terapi rutin yang membuat pasien tidak nyaman (seperti foto ronsen dan pengambilan sampel darah). Perencanaan yang baik juga memungkinkan dokter untuk mengadakan kontak dengan pekerja sosial, pemuka agama dan koordinator donor organ. Dokter harus membantu keluarga menghadapi proses kematian. Targetnya adalah memberikan pasien dan keluarganya cukup ruang dan kesempatan untuk menghadapi kematian dengan tenang. Jika proses kematian berangsur lama dan tempat di ICU tidak memungkinkan terjadinya proses kematian seperti ini, pasien bisa dipindahkan ke tempat lain di rumah sakit.⁵

Saat sudah dibuat keputusan untuk mengalihkan strategi dari pengobatan menuju kenyamanan pasien, semua terapi di ICU hendaknya dievaluasi apakah terapi tersebut memberikan kontribusi positif bagi kenyamanan pasien. Pengobatan seperti antibiotik, obat vasoaktif, hemodialisis dan nutrisi intravena biasanya tidak memberikan kenyamanan pada pasien dan dapat dihentikan selama proses penarikan terapi. Dokter juga biasa menentukan batas terapi yang tidak diindikasikan seperti resusitasi jantung paru, sembari melanjutkan terapi agresif lain.⁵

Keputusan untuk menghentikan terapi idealnya melibatkan pasien sebelum dia tidak bisa berkomunikasi dan melalui komunikasi dengan keluarganya. Komunikasi ini paling baik

dilakukan di awal masa perawatan pada penyakit tahap terminal. Sayangnya, pada unit perawatan modern, hubungan dokter-pasien seperti ini jarang terjadi. Jika pasien tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan, maka keluarga atau orang-orang di sekitarnya yang mengambil keputusan dengan mempertimbangkan harapan pasien sebelumnya. Keputusan penghentian pengobatan dibagi menjadi dua bagian : pasien dengan ventilasi mekanik atau pasien tanpa ventilasi mekanik.

Saat pasien menggunakan ventilasi mekanik, tim pelayanan kesehatan dapat mempertimbangkan penghentian pengobatan saat ventilasi mekanik tidak lagi bermanfaat dan tidak lagi memberikan tujuan terapi yang diharapkan. Tentu saja, kebutuhan kultural dan spiritual harus selalu dipertimbangkan, mencakup kapan, dimana dan siapa yang harus menyaksikan penghentian ventilasi mekanik. Pasien dan keluarganya harus tetap dibuat nyaman, sehingga penting untuk melakukan dialog dan komunikasi dengan keluarga secara terus menerus.

Atas permintaan keluarga, pada pasien ini tidak dilakukan penarikan terapi penopang hidup. Saat ditemukan hilangnya refleks batang otak, terapi pendukung seperti obat vasokonstriktor dan ventilasi mekanik tetap dilanjutkan.

Pembuatan Keputusan

Dokter pada masa-masa awal ICU seringkali bekerja dalam pola paternalistik yang memungkinkan mereka untuk menentukan pasien mana yang akan menerima manfaat tindakan intervensi medis serta melaksanakan intervensi tersebut dengan sesuai. Pola ini didukung oleh asumsi bahwa dokter lebih memiliki kualifikasi dibandingkan pasien untuk membuat keputusan karena memiliki pengetahuan dan pengalaman yang lebih banyak. Pola seperti ini sampai sekarang masih digunakan dokter, terutama dalam situasi gawat darurat.⁸

Pada saat ini, prinsip penghormatan kepada otonomi pasien telah mendominasi pembuatan keputusan. Pada model ini, pasien berhak menentukan sendiri nasib mereka, sedangkan dokter berperan mendiskusikan proses alami dan

prognosis penyakit, menjelaskan kemungkinan hasil dari keputusan yang diambil, memastikan pasien memahami penjelasan yang diberikan, mendiskusikan keinginan pasien dan mencapai kesepakatan tentang program terapi yang paling sesuai dengan pasien.⁸

Pada prinsip otonomi, pasien yang masih mampu membuat keputusan sendiri berhak menolak semua pengobatan termasuk terapi yang menunjang kehidupannya. Standar ini menjadi masalah di ICU karena 95% pasien di ICU tidak mampu membuat keputusan sendiri akibat penyakit yang diderita maupun karena sedasi yang diberikan.

Penyakit yang menimpa pada pasien ini datang dengan tiba-tiba dan kondisi pasien segera memburuk sampai koma. Pada keadaan seperti ini tidak memungkinkan bagi pasien untuk memutuskan sendiri nasib mereka.

Saat pasien tidak mampu membuat keputusan sendiri, keputusan dibuat oleh orang-orang di sekitarnya. Penelitian yang melibatkan keluarga pasien dengan penyakit terminal menunjukkan bahwa keputusan yang dibuat oleh orang-orang di sekitar pasien cenderung sejalan dengan keinginan pasien, terutama jika orang-orang tersebut sebelumnya telah berdiskusi dengan pasien tentang keadaan akhir hayat. Sebagian besar pasien yang diteliti juga menyatakan kecenderungan untuk memberikan hak kepada keluarga dalam membuat keputusan medis bagi dirinya di saat mereka sendiri tidak mampu membuat keputusan.^{7,8}

Pelayanan yang berpusat pada keluarga dan melihat pasien sebagai manusia yang terikat dengan struktur sosial dan hubungan kekerabatan menjadi metode pelayanan akhir hayat yang ideal. Pendekatan ini berimplikasi penting dalam pembuatan keputusan.

Pelayanan terhadap anggota keluarga pasien merupakan bagian penting dari pelayanan pasien kritis. Pelayanan yang berpusat pada keluarga menghargai nilai, tujuan dan kebutuhan pasien dan keluarganya, termasuk memahamkan kepada mereka tentang penyakit yang diderita pasien, prognosis dan pilihan terapi yang akan diberikan. Dukungan kepada keluarga juga

termasuk membimbing mereka untuk 'berharap yang terbaik dan siap untuk yang terburuk'. Rasa haru ditunjukkan dengan menghargai harapan keluarga sekaligus mempersiapkan mereka pada kemungkinan kematian.

Pertemuan dengan keluarga seharusnya dilakukan sesaat setelah pasien masuk ICU dan tidak menunggu sampai keadaan mendesak. Sama seperti prosedur medis lain, kesuksesan pertemuan keluarga melibatkan beberapa komponen, diantaranya penjelasan yang jelas tentang fakta medis pasien, diskusi tentang tujuan dan pilihan terapi dan pembuatan keputusan. Pertemuan hendaknya dilakukan di tempat khusus yang tenang untuk meminimalkan gangguan. Pertemuan juga dihadiri oleh dokter, perawat, pekerja sosial dan pemuka agama jika memungkinkan.⁴

Pertemuan dengan keluarga untuk memberikan edukasi awal, dilakukan segera setelah pasien masuk ICU. Pertemuan dilakukan di ruang dokter yang dipersiapkan khusus sebagai tempat pemberian edukasi kepada keluarga pasien. Dokter menjelaskan tentang penyakit yang diderita pasien meliputi penyebab, tanda, gejala, prognosis dan indikasi perawatan ICU. Keluarga juga dijelaskan tentang tindakan medis yang akan dilakukan dan komplikasi yang mungkin akan terjadi.

Saat ditemukan hilangnya refleks batang otak pada pasien, pertemuan kembali dilakukan untuk menjelaskan kondisi terkini dari pasien. Dokter menjelaskan tentang kondisi akhir hayat pasien berupa hilangnya refleks batang otak, prognosis dan kemungkinan yang akan terjadi dan keputusan yang harus diambil keluarga mengenai keadaan akhir hayat pada pasien.

Keluarga kemudian meminta waktu untuk melakukan rapat internal dalam mengambil keputusan. Dari hasil rapat, keluarga memutuskan menerima kondisi pasien, meminta untuk meneruskan bantuan yang sekarang diberikan namun menolak pertolongan lanjut jika kondisi memburuk.

Pasien dan keluarganya harus diberikan cukup waktu untuk mengambil keputusan perihail akhir hayatnya. Informasi harus disampaikan

dengan mempertimbangkan kebutuhan kultural dan keagamaan pasien. Dokter hendaknya bertanggung jawab penuh memberikan rekomendasi dan informasi yang benar tentang konsekuensi dari setiap keputusan yang diambil. Dokter memberikan terapi alternatif dan meminta pasien dan keluarganya untuk memilih berbagai alternatif tersebut.

Pada pasien yang tidak memiliki keluarga atau orang-orang yang peduli di sekitarnya seperti pada gelandangan, dokter biasanya membuat keputusan untuk membatasi bantuan hidup setelah berkonsultasi dengan dokter lain, dengan komite etik rumah sakit atau dengan pengadilan. Pasien yang diputuskan demikian biasanya dalam keadaan prognosis yang jelek, prognosis kualitas kehidupan yang jelek dan keyakinan bahwa pengobatan bukan merupakan pilihan yang sesuai dengan keinginan pasien.^{8,9}

4. Agama dan Spiritualitas

Agama dan spiritualitas memiliki kedudukan penting pada 88% pasien dengan kanker tingkat lanjut. Meskipun begitu, dua hal tersebut merupakan sesuatu yang berbeda. Memahami apa itu spiritualitas khususnya berkaitan dengan kepercayaan agama masih menjadi masalah karena memiliki banyak definisi yang berbeda. Spiritualitas adalah kebutuhan untuk dihargai, untuk bertaubat dan dimaafkan, untuk mencapai integritas diri serta untuk menghadapi dan menerima kematian.

Dalam agama, pasien menggunakan sistem kepercayaan mereka untuk memahami dan menerima situasi yang mereka hadapi melalui ibadah, meditasi dan keilmuan dalam masing-masing agama. Dokter ICU harus mengetahui bahwa sikap keagamaan yang positif berhubungan dengan penggunaan alat bantu kehidupan yang lebih intens seperti resusitasi, ventilasi mekanik dan perawatan rumah sakit.¹⁰

Pada pasien ini, tindakan yang berhubungan dengan agama dan spiritualitas dilakukan oleh seorang rohaniwan. Langkah pertama yang dilakukan adalah dengan menawarkan pendampingan rohaniwan saat edukasi akhir

hayat. Setelah keluarga menyetujui pendampingan rohaniwan, petugas ICU kemudian menghubungi seorang rohaniwan sesuai agama pasien. Rohaniwan melakukan pendampingan berupa bimbingan rohani, onseling spiritual akhir hayat, bimbingan ibadah dan doa untuk pasien.

Kemampuan tim medis di ICU untuk mendukung nilai-nilai spiritualitas pasien menjadi salah satu indikator kualitas pelayanan akhir hayat pada rumah sakit. Dokter juga harus memahami dan sensitif pada pengaruh agama dan spiritualitas dalam pengambilan keputusan pasien dan keluarganya di saat akhir hayat.⁷

5. Komunikasi diantara Tim Medis

Komunikasi diantara tim medis di ICU meliputi tim pelayanan primer, tim bedah dan perawat ICU merupakan hal yang sangat penting dalam pelayanan akhir hayat. Komunikasi yang tepat dan inklusif terbukti dapat meningkatkan pemahaman tentang rencana pengelolaan pasien pada semua tim pelayanan. Dalam komunikasi tersebut bisa muncul perbedaan pendapat tentang kapan pasien diputuskan dalam keadaan akhir hayat, atau kapan merekomendasikan penarikan pengobatan kepada keluarga pasien. Meskipun demikian, setiap anggota tim harus belajar untuk tetap berkomunikasi secara efektif karena keterbukaan komunikasi berhubungan dengan derajat pemahaman mereka tentang tujuan pelayanan pada pasien.⁷

Kekurangan dari pelayanan akhir hayat pada pasien ini adalah belum dilakukannya komunikasi yang intensif antara tim medis tentang kondisi akhir hayat pada pasien. Meskipun terdapat hilangnya refleks batang otak, namun diagnosis definitif mati batang otak belum bisa ditegakkan karena diagnosis definitif membutuhkan pemeriksaan oleh tiga orang dokter ahli anestesi dan atau saraf. Meskipun pasien dikelola bersama oleh dokter ahli saraf, bedah saraf dan penyakit dalam, namun tidak ada pertemuan khusus untuk membahas kondisi ini.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 37 tahun 2014 disebutkan bahwa penentuan seseorang mati batang otak hanya dapat dilakukan

oleh tim dokter yang terdiri atas 3 (tiga) orang dokter yang kompeten. Anggota tim tersebut harus melibatkan dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis saraf. Dalam hal penentuan mati batang otak dilakukan pada calon donor organ, maka tim dokter bukan merupakan dokter yang terlibat dalam tindakan transplantasi. Meskipun keputusan dibuat oleh tim dokter, namun masing-masing anggota tim melakukan pemeriksaan secara mandiri dan terpisah.¹¹

6. Saat Kematian

Pernyataan kematian adalah saat yang sangat serius dan kompetensi yang sangat penting dalam pelayanan akhir hayat. Pada saat ini dibutuhkan kepemimpinan seorang dokter dan keterlibatan profesional lain seperti perawat, pemuka agama atau pekerja sosial. Komunikasi yang terjalin harus menghindari bahasa perumpamaan dan menggunakan bahasa lugas secara halus dan empatik yang mudah dimengerti seperti : kematian, meninggal. Sebagian besar keluarga memerlukan jaminan bahwa semua yang perlu sudah dilakukan untuk membantu pasien. Kabar kematian hendaknya disampaikan langsung secara personal.¹²

Saat kondisi pasien terus memburuk mendekati kematian, keluarga diundang untuk mendampingi pasien. Atas permintaan keluarga, pasien tidak dilakukan resusitasi jantung paru saat terjadi henti jantung. Saat sudah terjadi kematian klinis, dokter menyatakan kematian pasien di hadapan keluarga.

D. SIMPULAN

Telah dilakukan manajemen akhir hayat pada pada seorang perempuan usia 63 tahun, berat badan 55 kg, dengan diagnosis ROSC pascahenti jantung, edema serebri difus, perdarahan intra ventrikel, asidosis metabolik, anemia, hipoalbumin yang dirawat di ICU.

Pada pasien ini keadaan akhir hayat ditunjukkan dengan adanya tanda-tanda kematian batang otak pada hari ke-3 perawatan dan kegagalan fungsional berupa kegagalan usaha nafas yang menetap pada pasien yang dapat menyebabkan kematian. Tidak

didapatkan gejala nyeri, sesak nafas, depresi atau dimensia.

Dokter menjelaskan tentang kondisi akhir hayat pasien berupa tanda-tanda kematian batang otak, prognosis dan kemungkinan yang akan terjadi dan keputusan yang harus diambil keluarga mengenai keadaan akhir hayat pada pasien. Keluarga memutuskan menerima kondisi pasien, meminta untuk meneruskan bantuan yang sekarang diberikan namun tidak melakukan pertolongan lanjut jika kondisi memburuk. Rohaniawan melakukan pendampingan berupa bimbingan rohani, konseling spiritual akhir hayat, bimbingan ibadah dan doa untuk pasien. Sayangnya belum ada komunikasi yang intensif antara tim medis tentang kondisi akhir hayat pada pasien.

Pendampingan dilakukan sampai saat kematian dengan mengundang keluarga, tidak melakukan resusitasi jantung paru sesuai permintaan keluarga dan menyatakan kematian pasien di hadapan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

1. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Crit Care Med.* 2004; 32. p.638–643
2. National Institute of Health. NIH State-of-the-Science Conference Statement on Improving End-of-Life Care. NIH; 2004
3. Thelen M. End-of-life decision making in intensive care. *Crit Care Nurse.* 2005; 25. p.28-37.
4. Siegel MD, End-of-life decision making in the ICU. *Clin Chest Med.* 2009; 30. p.181–194
5. Papadimos TJ, Maldonado Y, Tripathi RS, et al. An overview of end-of-life issues in the intensive care unit. *International Journal of Critical Illness and Injury Science.* 2011; 1. p.
6. Ward NS, Levy MM. End-of-life issues in the Intensive Care Unit. In : Fink MP, Abraham E, Vincent JL, Kochanek PM, eds. *Textbook of Critical Care.* 5th ed. Philadelphia : Elsevier Saunders; 2005. p. 2169-72
7. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008; 36(3). p. 953-63
8. Luce JM. End-of-life decision making in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010; 182. p. 6–11
9. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007; 356(5). p.
10. Todi S, Chawla R. Ethical principles in end-of-life care. In : Todi S, Chawla R, eds. *ICU Protocols.* New York : Springer; 2012. p. 655-60
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 37 tahun 2014 Tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor.
12. Singer M, Webb AR. *Oxford Handbook of Critical Care,* 2nd ed. London : Oxford University Press Inc; 2005. p.