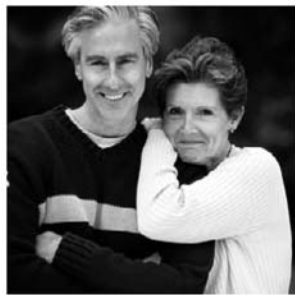


# Panduan Perencanaan Perawatan Di Muka

Proses untuk memikirkan, membicarakan dan merencanakan perawatan, penyakit yang mengancam nyawa atau perawatan di ambang kematian.



*Petunjuk Di Muka untuk New Hampshire:*

*Durable Power of Attorney for Health Care (DPOAH)  
(Surat kuasa untuk wakil perawatan kesehatan Anda sebagai pembuat keputusan medis jika Anda tidak mampu)*

*Living Will*

*(dokumen instruksi untuk melarang dokter memberikan perawatan perpanjangan hidup saat Anda menghadapi kematian atau tidak sadar selamanya tanpa harapan sembuh)*



FOUNDATION FOR  
HEALTHY COMMUNITIES

[www.healthynh.com](http://www.healthynh.com)

## Mengapa Perencanaan Perawatan Kesehatan di Muka Perlu Ada?

**M**embuat keputusan mengenai perawatan medis tidak selalu mudah – terutama karena sekarang ada mesin yang memperpanjang hidup pasien meski tidak ada harapan untuk sembuh. **Anda berhak berpartisipasi dan membuat rencana untuk perawatan kesehatan Anda.** Namun satu saat kelak mungkin Anda tidak mampu membuat keputusan sendiri bagi perawatan kesehatan Anda. Karena itu, penting untuk memikirkan dan membicarakan perasaan dan kepercayaan Anda dengan orang-orang yang Anda cintai – jauh sebelum Anda harus membuat keputusan yang amat penting.

Panduan ini memberikan informasi mengenai pembuatan “dokumen Petunjuk Di Muka” – yakni dokumen hukum yang menyatakan pilihan Anda mengenai perawatan medis. Harap baca dengan cermat dan diskusikan dengan keluarga, dokter, jururawat, wakil pasien, pendeta atau orang lain yang merawat Anda.

Anda tidak perlu memiliki dokumen petunjuk di muka jika memang tidak menginginkannya. Tidak ada rumah sakit, panti jompo, dokter, jururawat atau perusahaan asuransi yang dapat mewajibkan Anda memiliki dokumen petunjuk di muka agar mereka dapat memberikan pelayanan pada Anda. Tetapi adalah gagasan yang bagus bila sebelumnya Anda memiliki dokumen petunjuk di muka bila ingin memastikan bahwa keluarga Anda dan penyedia layanan kesehatan Anda melakukan keinginan Anda mengenai perawatan medis yang Anda dapatkan. Hal ini juga akan lebih mempermudah keluarga Anda seandainya Anda tidak mampu turut membuat keputusan mengenai perawatan Anda. Mereka tidak akan perlu menghadapi kesulitan untuk membuat keputusan penting dan tidak yakin tentang apa yang Anda ingin mereka lakukan. Dan jika anggota keluarga dan penyedia layanan kesehatan yang berbeda pendapat mengenai apa yang tepat bagi Anda, dokumen petunjuk di muka akan membantu Anda mencegah pengadilan membuat keputusan bagi Anda, karena ini tidak mudah, memakan waktu dan mahal.

CATATAN: Istilah-istilah yang pertama kali digunakan yang mungkin tidak Anda pahami dituliskan dengan huruf miring dan dijelaskan di bagian “Definisi” pada akhir brosur ini.

Harap perhatikan bahwa formulir ini tidak sama dengan undang-undang negara bagian NH. Anda dapat memperoleh formulir undang-undang dari NH Revised Statutes Annotated 137-J. Formulir yang terlampir ini pada hakekatnya mirip dengan undang-undang NH namun ditulis dalam bahasa yang lebih sederhana. Panduan ini dipersiapkan berdasarkan hukum negara bagian New Hampshire yang dibuat pada bulan Januari 2007 dan dicetak untuk memberikan informasi, bukannya menyarankan. Panduan ini tidak dimaksudkan untuk menggantikan saran hukum, medis atau saran profesional lainnya. Berkonsultasilah dengan pakar yang terlatih untuk menafsirkan dan menerapkan hukum New Hampshire yang berlaku saat ini. Anda boleh menerbitkan kembali atau mengutip bagian manapun dari panduan ini dengan menyebutkan: “Dicetak ulang dengan izin dari *Foundation for Healthy Communities* hak cipta © 2006. Hak cipta dilindungi undang-undang.” Dilarang memproduksi ulang materi ini untuk dijual kembali.

## Pemikiran dan jawaban Anda terhadap pertanyaan ini dapat membantu menentramkan orang yang merawat Anda maupun Anda sendiri.

### NILAI-NILAI

- Apa yang memberikan makna dan tujuan pada hidup Anda?
- Apa yang paling Anda hargai mengenai kesejahteraan fisik dan mental Anda? Misalnya, apakah Anda sangat menyukai kegiatan di luar ruangan? Membaca atau mendengarkan musik? Menyadari siapa yang bersama dengan Anda? Kemampuan Anda dalam melihat, mendengar, mengecap atau menyentuh?

### HUBUNGAN DENGAN KELUARGA/TEMAN

- Siapakah di antara keluarga dan teman-teman Anda yang Anda anggap penting?
- Pernahkah Anda membicarakan pilihan-pilihan Anda dengan orang-orang yang Anda cintai dan dengan mereka yang akan mendampingi Anda saat Anda menghadapi masalah atau kematian?

### KEYAKINAN SPIRITUAL/AGAMA

- Bagaimanakah gambaran Anda mengenai kehidupan spiritual atau kehidupan agama Anda?
- Bagaimana cara komunitas iman, gereja atau sinagoga Anda dalam mendukung Anda?
- Apakah Anda memiliki keyakinan agama mengenai perawatan medis?

### MEDIS

- Gangguan kesehatan apa yang Anda takutkan yang mungkin akan terjadi suatu saat kelak?
- Dalam kondisi apa Anda menginginkan perubahan tujuan perawatan medis, dari berusaha memperpanjang hidup Anda menjadi berfokus pada kenyamanan Anda?
- Apakah kelak Anda ingin dilayani oleh tim hospis atau bentuk perawatan pendekatan lainnya
- Bagaimana biaya dapat mempengaruhi keputusan Anda mengenai perawatan medis untuk diri Anda?
- Bagaimana perasaan Anda mengenai perawatan medis yang bersifat memperpanjang hidup, misalnya dialisis (cuci darah) ginjal?. Apakah Anda ingin CPR digunakan untuk memulihkan detak jantung Anda? Di mana Anda ingin mendapat perawatan medis?

### MEMBUAT RENCANA

- Seandainya Anda dapat membuat rencana hari ini, seperti apakah hari terakhir atau minggu terakhir hidup Anda kelak? Di mana Anda akan berada? Siapa yang akan bersama Anda? Apa yang akan Anda lakukan pada saat itu?
- Apa komentar umum Anda mengenai keadaan sekarat atau kematian?
- Hal apa yang akan menjadi penting bagi Anda saat Anda sekarat (kenyamanan, tidak ada rasa sakit, didampingi keluarga, musik, doa, sentuhan atau pelukan, dan sebagainya)?
- Apakah Anda berminat untuk *mendonorkan organ tubuh atau jaringan tubuh* Anda?
- Adakah orang yang Anda ingin surati atau Anda beri rekaman pesan Anda, mungkin dengan dibubuhi tanda bahwa boleh dibuka nantinya?
- Apa keinginan Anda mengenai upacara pelepasan jenazah: Lagu-lagu atau bacaan yang Anda kehendaki, atau orang-orang yang Anda harapkan kehadirannya?
- Kelak Anda ingin dimakamkan atau dikremasi, atau Anda tidak memiliki pilihan? Pernahkah Anda menghubungi perusahaan pemakaman?

## Pertanyaan mengenai petunjuk di muka

### Apa yang dimaksud dengan petunjuk di muka?

Petunjuk di muka adalah instruksi yang Anda berikan mengenai perawatan yang akan Anda jalani di kemudian hari. Instruksi ini bisa bersifat lisan atau tertulis. Boleh diberitahukan pada keluarga, teman-teman, atau penyedia layanan medis. Keluarga, teman-teman dan penyedia layanan medis berusaha memahami dan melakukan instruksi Anda, tidak peduli apakah instruksi Anda dalam bentuk lisan atau tulisan. Tetapi untuk memastikan bahwa semua orang memahami instruksi Anda, undang-undang negara bagian New Hampshire mengakui dokumen petunjuk di muka dalam bentuk tulisan dengan dua bagian: *Durable Power of Attorney* dan *Living Will*.

### Apa arti *Durable Power of Attorney for Health Care (DPOAH)*?

*Durable Power of Attorney for Health Care* adalah bagian dokumen petunjuk di muka di mana Anda menunjuk seseorang untuk bertindak sebagai wakil perawatan kesehatan Anda sebagai pembuat keputusan medis bagi Anda jika Anda menjadi tidak mampu melakukan tindakan. Anda dapat mencantumkan instruksi mengenai perawatan apa yang Anda kehendaki atau yang tidak Anda kehendaki, atau berapa lama Anda ingin mencoba perawatan-perawatan yang memungkinkan. Jika Anda tidak ingin mendapat pemberian makanan atau hidrasi yang diberikan secara medis, hukum New Hampshire mengharuskan Anda menyebutkannya dalam dokumen Anda.

### Apa arti *Living Will*?

*Living Will* adalah instruksi bagi penyedia layanan kesehatan agar tidak memberikan perawatan yang bertujuan untuk memperpanjang hidup Anda saat Anda menghadapi kematian atau menjadi tidak sadar secara permanen tanpa ada harapan untuk sembuh. Jika Anda tidak ingin mendapat pemberian makanan atau hidrasi yang diberikan secara medis, hukum New Hampshire mengharuskan Anda menyebutkannya dalam dokumen Anda.

### Apakah saya membutuhkan *Durable Power of Attorney for Health Care (DPOAH)* sekaligus *Living Will*?

Memang sebaiknya Anda melengkapi kedua bagian dokumen petunjuk di muka ini karena keduanya memiliki dua tujuan yang berbeda. *DPOAH* berlaku setiap kali Anda tidak mampu mengambil keputusan – misalnya, selama menjalani operasi, atau bahkan bila Anda menjadi tidak sadar untuk sementara. *Living Will* hanya berlaku bila tidak ada harapan untuk sembuh. Menurut hukum New Hampshire, jika syarat-syarat dalam dokumen petunjuk di muka ternyata bertentangan, maka *DPOAH* akan mengesampingkan *Living Will*.

### Apa bedanya perintah DNR dan petunjuk di muka?

Ketika detak jantung atau nafas Anda berhenti, biasanya penyedia layanan medis akan melakukan *cardiopulmonary resuscitation (CPR)* (bantuan pernafasan dari mulut ke mulut) sebagai upaya untuk mengembalikan nafas dan detak jantung Anda). Tetapi jika Anda di ambang kematian, Anda boleh memutuskan untuk menolak *CPR*. Dalam hal ini, Anda bisa meminta penulisan perintah *Do Not Attempt Resuscitation (DNR)* (Jangan Berusaha Menyadarkan Kembali). Perbedaan antara DNR dan petunjuk di muka adalah: Petunjuk di muka bukan merupakan perintah medis meskipun diakui oleh hukum, sedangkan DNR merupakan perintah medis; perintah DNR hanya berlaku bila detak jantung dan nafas Anda berhenti, sedangkan petunjuk di muka berurusan dengan banyak masalah medis dan keputusan medis lainnya, misalnya apakah perlu memberikan makanan atau hidrasi yang diberikan secara medis. Anda bisa mencantumkan semua keinginan Anda mengenai perintah DNR dalam petunjuk di muka, pada saat Anda tidak mampu menyampaikan pilihan Anda kelak.

### Bagaimana jika saya menginginkan lebih dari satu orang yang mengambil keputusan untuk perawatan kesehatan saya?

Banyak orang ingin menetapkan lebih dari satu orang untuk menjadi wakil perawatan kesehatan mereka. Misalnya, seseorang mungkin menginginkan seluruh ketiga anaknya bertanggung jawab atas keputusan medisnya. Jika Anda mencantumkan lebih dari satu orang sebagai wakil perawatan kesehatan Anda, penting untuk Anda ketahui bahwa orang pertama yang tercantum di sanalah

yang akan menjadi pembuat keputusan bagi Anda, kemudian disusul orang kedua, dan seterusnya. Jika Anda menginginkan proses yang berbeda mengenai pengambilan keputusan (misalnya memastikan bahwa semua wakil Anda setuju sebelum pengambilan keputusan), Anda harus menjelaskannya dalam petunjuk di muka milik Anda.

### **Bagaimana cara menentukan apakah saya tidak mampu membuat keputusan mengenai perawatan medis saya?**

Jika dokter atau ARNP (*advanced registered nurse practitioner*/ jururawat terdaftar yang telah menyelesaikan pendidikan lanjutan) yang bertanggung jawab atas perawatan diri Anda menentukan bahwa Anda tidak dapat memahami resiko dan manfaat yang signifikan dari keputusan perawatan kesehatan Anda, maka mereka dapat melengkapi dengan dokumen yang menyatakan bahwa Anda tidak memiliki "*kemampuan*", dan dengan demikian wakil perawatan kesehatan Anda, jika orangnya sudah Anda tentukan, akan membuat keputusan bagi Anda. Predikat ini tidak bersifat permanen; jika kemudian dokter atau ARNP Anda menentukan bahwa Anda sudah mampu lagi, Anda akan kembali dapat membuat keputusan untuk perawatan kesehatan Anda sendiri. Bila Anda tidak mampu membuat keputusan medis dan Anda ingin agar keputusan yang dibuat oleh wakil perawatan kesehatan Anda tetap dijalankan kendati Anda merasa keberatan, maka Anda harus menjelaskannya dalam petunjuk di muka milik Anda.

### **Apa yang tidak dipenuhi oleh petunjuk di muka?**

Petunjuk di muka hanya mencakup masalah-masalah perawatan kesehatan yang penting. Petunjuk di muka tidak membahas banyak rencana pribadi yang penting atau masalah finansial. Sebaiknya gunakan "DPOAH" untuk hal yang berkaitan dengan masalah finansial atau rencana pribadi lainnya. Anda harus mendiskusikan hal ini dan berbagai masalah lain yang tidak berkaitan dengan kesehatan bersama seorang pengacara.

### **Apakah dokumen-dokumen petunjuk di muka milik saya yang lama masih berlaku?**

Ya Petunjuk di muka tidak perlu diperbaharui. Tetapi jika Anda ingin merubah sesuatu dalam dokumen petunjuk di muka Anda, Anda harus melengkapi dokumen yang baru. Mungkin kadang-kadang Anda ingin memeriksa kembali keinginan Anda mengenai perawatan kesehatan Anda. Hukum Petunjuk di Muka di New Hampshire telah berubah sejak tanggal 1 Januari 2007. Tetapi jika dokumen petunjuk di muka Anda dibuat sebelum tanggal tersebut, menurut hukum New Hampshire dokumen Anda masih tetap akan diakui.

### **Bisakah saya mencabut dokumen petunjuk di muka milik saya?**

Anda dapat mencabut atau membatalkan dokumen petunjuk di muka milik Anda secara lisan atau tertulis kapan saja. Suami isteri yang berpisah, perceraian, atau tindakan pembatalan perkawinan otomatis akan mencabut DPOAH Anda jika pasangan Anda merupakan wakil perawatan kesehatan Anda dan Anda belum menunjuk penggantinya dalam dokumen Anda. Selain itu, jika perintah perlindungan diajukan di antara Anda dan wakil perawatan kesehatan Anda, maka DPOAH Anda otomatis juga akan dicabut jika Anda belum menunjuk wakil pengganti.

### **Bagaimana jika dokumen petunjuk di muka milik saya dikeluarkan di negara bagian lain?**

Petunjuk di muka milik Anda yang berasal dari negara bagian lain tetap berlaku di New Hampshire selama dikeluarkan secara resmi di negara bagian lain dan hanya berlaku selama sesuai dengan hukum di New Hampshire.

### **Siapa yang harus memiliki salinan dokumen petunjuk di muka milik saya?**

Salinan dokumen Anda harus diberikan pada dokter Anda, rumah sakit tempat Anda dirawat, dan orang yang Anda pilih sebagai wakil perawatan kesehatan Anda atau fasilitas perawatan yang Anda gunakan dalam jangka panjang dan keluarga Anda. Idealnya, dokumen aslinya harus disimpan di tempat yang sama dengan tempat Anda menyimpan surat-surat hukum yang penting lainnya, misalnya surat wasiat, akta lahir dan kartu *social security* (kartu jaminan sosial). Dengan demikian, Anda akan selalu siap dengan petunjuk yang penting ini.

### Bagaimana penyedia layanan kesehatan saya akan tahu bahwa saya memiliki petunjuk di muka?

Anda harus memberitahu dokter Anda, jururawat atau penyedia layanan kesehatan Anda lainnya bahwa Anda memiliki petunjuk di muka dan memberi mereka salinannya untuk catatan medis Anda. Setiap kali masuk rumah sakit, Anda akan ditanya apakah Anda memiliki petunjuk di muka. Jika tahu akan masuk rumah sakit, Anda harus membawa salinan dokumen tersebut.

### Apakah saya membutuhkan pengacara?

Anda tidak membutuhkan pengacara untuk membuat dokumen petunjuk di muka. Gunakan saja formulir dalam brosur ini, yang dicetak mirip dengan hukum New Hampshire. Tetapi jika ada pertanyaan, Anda dapat berbicara dengan pengacara atau staf terlatih dari rumah sakit komunitas atau hospis Anda. Anda bisa mendapatkan formulir undang-undang dari NH Revised Annotated Statutes 137-J.

### Siapa yang bisa menjadi saksi ketika saya menandatangani dokumen petunjuk di muka milk saya?

Agar sah, dokumen petunjuk di muka milik Anda dapat ditandatangani di hadapan dua saksi atau seorang notaris. Wakil perawatan kesehatan Anda yang tercantum dalam DPOAH, pasangan Anda, ahli waris, *dokter atau ARNP yang bertugas melayani Anda*, atau orang yang diawasi oleh dokter Anda tidak bisa menjadi saksi. Hanya salah satu dari dua saksi tersebut yang boleh menjadi penyedia layanan kesehatan Anda atau penyedia perawatan residensial atau salah satu dari karyawan penyedia layanan kesehatan Anda.

### Mengapa saya mengizinkan wakil perawatan kesehatan saya mengambil keputusan meskipun saya keberatan?

DPOAH mengizinkan wakil perawatan kesehatan Anda membuat keputusan jika Anda tidak sadar atau tidak mampu mengutarakan keinginan Anda. DPOAH juga bisa digunakan untuk mengizinkan wakil Anda mengambil keputusan bagi Anda meski Anda dalam keadaan sadar dan mampu berkomunikasi, jika penyedia layanan kesehatan Anda percaya bahwa Anda kurang mampu mengambil keputusan mengenai kesehatan Anda karena adanya penyakit yang mempengaruhi fungsi kognitif dan fungsi intelektual Anda, misalnya penyakit Alzheimer, demensia atau sakit jiwa. Saat menandatangani petunjuk di muka, Anda harus memutuskan apakah akan melepaskan hak keberatan Anda atau tidak terhadap keputusan wakil Anda. Jika Anda tidak melepaskan hak ini, perawatan akan ditangguhkan atau tidak dapat diberikan pada Anda karena keberatan Anda. Tetapi Permohonan dapat diajukan di Balai Harta Peninggalan agar seorang Wali ditetapkan untuk mengambil keputusan medis bagi Anda (yang dapat dilakukan jika Anda tidak memiliki petunjuk di muka). Sebagian orang ingin menghindari kemungkinan proses Penunjukan Wali ini karena mungkin akan memakan biaya, mengakibatkan rasa malu, kehilangan privasi dan stres yang dirasakan keluarga karena proses Pengadilan. Mereka bersedia mempercayai bahwa wakil dan penyedia layanan kesehatan mereka selalu mengambil keputusan yang tepat. Sedangkan sebagian orang lagi lebih suka mempertahankan hak mereka untuk merasa keberatan terhadap perawatan atau pengobatan yang tidak mereka kehendaki, atau mereka ingin merasa pasti bahwa mereka bisa mendapatkan saran hukum dan perlindungan prosedur dari proses Pengadilan seandainya tidak setuju dengan keputusan yang diambil.



***Anda berhak***  
*merencanakan dan berpartisipasi dalam perawatan kesehatan Anda sendiri.*

## Memilih DPOAH atau Wakil Perawatan Kesehatan Anda

Ada beberapa hal yang perlu Anda pikirkan ketika memutuskan memilih seseorang untuk berbicara atas nama Anda di saat Anda mengalami krisis kesehatan, seandainya Anda tidak mampu mengungkapkan pendapat sendiri. Sarana ini akan membantu Anda memutuskan orang yang terbaik. **Biasanya yang paling baik adalah menunjuk seseorang atau wakil untuk bertindak pada satu waktu**, dengan setidaknya ada satu pengganti atau cadangan, seandainya orang yang pertama tidak ada ketika dibutuhkan.

Buat perbandingan hingga 3 orang dengan menggunakan sarana ini. Orang yang paling sesuai untuk menjadi DPOAH atau Wakil Perawatan Kesehatan Anda memiliki peringkat nilai yang baik menurut kualifikasi ini.

Nama ke satu:		
Nama ke dua:		
Nama ke tiga:		
		1. Memenuhi kriteria hukum di negara bagian Anda untuk bertindak sebagai wakil atau perwakilan? (Ini merupakan keharusan! Lihat halaman 5 – Pemberitahuan.)
		2. Akan bersedia berbicara mewakili Anda.
		3. Akan mampu bertindak sesuai keinginan Anda dan tidak mencampur adukkan perasaannya dengan perasaan Anda.
		4. Tinggal berdekatan dengan Anda atau bisa datang untuk mendampingi Anda bila dibutuhkan.
		5. Mengetahui Anda dengan baik dan memahami apa yang Anda anggap penting.
		6. Mampu memikul tanggung jawab.
		7. Bersedia berbicara dengan Anda sekarang mengenai berbagai hal sensitif dan mau mendengarkan keinginan Anda.
		8. Kemungkinan akan bisa hadir untuk jangka waktu lama kelak.
		9. Akan mampu menangani berbagai pendapat yang saling bertentangan antara anggota keluarga Anda, teman-teman Anda, dan petugas medis Anda.
		10. Dapat menjadi pendukung yang kuat dalam menghadapi dokter atau lembaga yang tidak responsif.

Lembar kerja ini diadaptasi oleh the American Bar Association's Commission on Legal Problems of the Elderly dari R. Pearlman, et. al., *Your Life Your Choices – Planning for Future Medical Decisions: How to Prepare a Personalized Living Will*, Veterans Administration Medical Center, Seattle, Washington. Dicitak ulang berdasarkan izin.

## Yang Harus Anda Lakukan Setelah Memilih Wakil Perawatan Kesehatan Anda

- Bicarakan kualifikasi-kualifikasi dalam lembar kerja ini dengan wakil Anda.
- Mintalah izin untuk mencantumkan namanya sebagai wakil Anda.
- Diskusikan semua keinginan Anda mengenai perawatan kesehatan Anda, nilai-nilai yang Anda anut, dan ketakutan Anda.
- Pastikan bahwa wakil Anda mendapat salinan petunjuk di muka milik Anda.
- Beritahukan siapa yang Anda pilih pada anggota keluarga dan teman-teman dekat Anda.

"Making Medical Decisions for Someone Else (Mengambil Keputusan Medis untuk Orang Lain: A New Hampshire Handbook (Buku Pedoman yang Baru di New Hampshire) tersedia di [www.healthynh.com](http://www.healthynh.com). Mungkin tersedia pula di fasilitas perawatan Anda.

## ***Durable Power of Attorney for Health Care (DPOAH): Pernyataan Pemberitahuan***

**Ini adalah dokumen hukum yang penting. Sebelum menandatangani, Anda harus mengetahui fakta-fakta penting ini:**

Kecuali bila Anda berkata sebaliknya, dokumen ini memberi wewenang pada orang yang Anda tunjuk sebagai wakil perawatan kesehatan Anda untuk mengambil keputusan semua perawatan kesehatan apapun bagi Anda bila Anda tidak lagi mampu untuk mengambil keputusan mengenai perawatan kesehatan Anda sendiri (dengan kata lain, secara umum Anda tidak lagi mampu memahami dan mengerti sifat dan konsekuensi dari suatu keputusan perawatan kesehatan, termasuk berbagai manfaat yang signifikan dan berbagai alternatif yang logis terhadap perawatan kesehatan apapun yang disarankan.) "Perawatan kesehatan" berarti perawatan, layanan atau prosedur apapun untuk menjaga, mendiagnosa atau mengobati kondisi fisik atau mental Anda.

Karena itu, wakil perawatan kesehatan Anda akan memiliki kuasa untuk mengambil banyak sekali jenis keputusan perawatan kesehatan bagi Anda. Wakil perawatan kesehatan Anda bisa menyetujui (dengan kata lain, memberi izin), tidak mau menyetujui atau tidak lagi menyetujui perawatan medis, dan bisa mengambil keputusan untuk menghentikan atau tidak memberikan perawatan perpanjangan hidup.

Jika Anda ingin memberi kuasa pada wakil perawatan kesehatan Anda untuk tidak mengizinkan atau menghentikan pemberian nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis, Anda harus menyatakannya dalam dokumen Anda. Jika tidak, wakil perawatan kesehatan Anda tidak akan dapat memerintahkan hal itu. Wakil perawatan kesehatan Anda tidak akan boleh melarang pemberian makanan dan minuman yang bisa Anda makan dan minum secara normal.

Dalam dokumen ini, Anda bisa menyatakan perawatan apa saja yang tidak Anda kehendaki, atau perawatan yang ingin Anda pastikan akan Anda dapatkan. Kuasa wakil perawatan kesehatan Anda akan mulai berlaku ketika dokter atau jururawat Anda menyatakan bahwa Anda tidak lagi mampu mengambil keputusan mengenai perawatan kesehatan (dengan kata lain, Anda tidak lagi mampu mengambil keputusan mengenai perawatan kesehatan). Anda bisa melampirkan halaman tambahan pada petunjuk di muka milik Anda jika butuh lebih banyak ruang untuk menyelesaikan pernyataan Anda.

Wakil perawatan kesehatan Anda tidak dapat menyetujui atau memerintahkan hal berikut ini:

- komitmen pada lembaga negara; • sterilisasi; atau • menyudahi perawatan jika Anda sedang hamil dan jika tindakan menghentikan perawatan tersebut dianggap akan mengakhiri kehamilan Anda, kecuali jika perawatan itu akan membahayakan fisik Anda atau memperlama rasa sakit yang parah yang tidak dapat diredakan oleh obat-obatan.

Jika berdasarkan alasan moral atau agama Anda tidak ingin dirawat oleh dokter atau ARNP atau diperiksa oleh dokter atau ARNP untuk menyatakan bahwa Anda tidak lagi mampu, Anda harus menyatakannya dalam petunjuk di muka milik Anda dan Anda harus menyebutkan seseorang yang dapat menyatakan ketidakmampuan Anda. Orang yang Anda tunjuk itu tidak dapat menjadi wakil perawatan kesehatan Anda atau pengganti wakil perawatan kesehatan Anda, atau siapapun yang tidak memenuhi syarat untuk menjadi wakil perawatan kesehatan Anda.

Wakil perawatan kesehatan Anda harus diatur oleh instruksi tertulis Anda dalam petunjuk di muka ini ketika mengambil keputusan mewakili Anda, dan selanjutnya dituntun oleh kondisi kesehatan atau prognosis Anda. Kecuali bila Anda nyatakan sebaliknya dalam petunjuk di muka ini, wakil perawatan kesehatan Anda akan memiliki kuasa yang sama dengan Anda dalam mengambil keputusan tentang perawatan kesehatan Anda, jika keputusan yang diambil oleh wakil perawatan kesehatan Anda sesuai dengan hukum negara bagian.

Penting bagi Anda untuk mendiskusikan dokumen ini dengan dokter Anda atau penyedia layanan kesehatan lainnya sebelum menandatangani demi memastikan bahwa Anda memahami sifat dan jangkauan keputusan yang dapat dibuat oleh wakil perawatan kesehatan Anda bagi Anda. Jika



tidak memiliki penyedia layanan kesehatan, Anda harus berbicara dengan seseorang yang memiliki pengetahuan tentang hal semacam ini dan yang dapat menjawab pertanyaan Anda. Tanyakan pada rumah sakit komunitas atau hospis Anda mengenai staf yang terlatih. Anda tidak butuh bantuan pengacara untuk melengkapi petunjuk di muka ini, tapi jika ada hal apapun juga dalam petunjuk di muka ini yang tidak Anda pahami, Anda harus meminta seorang pengacara untuk menjelaskannya pada Anda.

Orang yang Anda pilih untuk menjadi wakil perawatan kesehatan Anda harus Anda kenal dan percayai, dan minimal harus berusia 18 tahun. Jika Anda memilih penyedia layanan kesehatan Anda atau penyedia perawatan residensial Anda (misalnya dokter Anda, ARNP, atau seorang karyawan rumah sakit, karyawan panti jompo, karyawan *home health agency* (suatu organisasi yang menyediakan layanan medis atau layanan kesehatan lainnya di rumah pasien), karyawan *residential care home* (tempat di mana orang-orang yang memiliki kebutuhan khusus, misalnya manula, tinggal dan mendapat perawatan pribadi setiap hari), selain kerabat Anda), maka orang itu harus memilih antara bertindak sebagai wakil perawatan kesehatan Anda atau sebagai penyedia layanan kesehatan atau penyedia perawatan residensial Anda, karena hukum melarang seseorang melakukan kedua hal ini secara bersamaan.

Anda harus mempertimbangkan memilih wakil perawatan kesehatan pengganti seandainya wakil perawatan kesehatan Anda tidak bersedia, tidak dapat, tidak ada atau tidak memenuhi syarat untuk bertindak sebagai wakil perawatan kesehatan Anda. Wakil perawatan kesehatan pengganti mana saja yang Anda pilih akan memiliki wewenang yang sama dalam mengambil keputusan perawatan kesehatan bagi Anda, jika wakil utama tidak dapat melakukannya.

Anda harus memberitahu orang yang Anda pilih bahwa Anda menginginkannya menjadi wakil perawat kesehatan Anda. Anda harus membicarakan petunjuk di muka ini dengan wakil perawatan kesehatan Anda dan dokter atau ARNP Anda, serta memberikan satu salinannya pada mereka masing-masing. Dalam petunjuk di muka ini, Anda harus mencantumkan nama orang-orang dan lembaga mana saja yang akan mendapat salinan petunjuk di muka milik Anda yang telah Anda tanda tangani. Wakil perawatan kesehatan Anda tidak akan bertanggung jawab atas keputusan perawatan kesehatan yang dibuat dengan tujuan baik atas nama Anda.

Bahkan setelah menandatangani petunjuk di muka ini, Anda berhak mengambil keputusan perawatan kesehatan untuk diri Anda sendiri selama mampu melakukannya, dan perawatan tidak dapat diberikan pada Anda atau bisa dihentikan bila Anda keberatan. Tetapi jika dokter atau ARNP Anda telah menetapkan bahwa Anda tidak lagi mampu, maka Anda bisa meminta agar perawatan diberikan atau tidak diberikan menurut perintah wakil Anda, sekalipun jika secara lisan Anda menyatakan keberatan atas perawatan tersebut.

Anda berhak membatalkan wewenang yang Anda berikan pada wakil perawatan kesehatan Anda dengan memberitahu orang tersebut atau penyedia layanan kesehatan Anda secara lisan atau tertulis, bahwa Anda tidak lagi menginginkan orang tersebut menjadi wakil perawatan kesehatan Anda.

Segera setelah dikeluarkan, petunjuk di muka ini tidak dapat dirubah atau dimodifikasi. Jika Anda ingin melakukan perubahan, Anda harus membuat petunjuk di muka yang sama sekali baru.

Anda berhak tidak mencantumkan ARNP Anda dalam petunjuk di muka milik Anda, dan dokumen Anda akan tetap sah dan dapat dilaksanakan meskipun Anda melakukannya.

Kuasa DPOAH tidak akan sah kecuali bila ditandatangani di hadapan dua (2) saksi atau lebih yang memenuhi syarat, dan keduanya harus hadir saat Anda menandatangani dan mereka akan mengakui tanda tangan Anda dalam petunjuk di muka ini, ATAU di hadapan seorang notaris umum atau hakim setempat. Orang-orang berikut ini tidak dapat bertindak sebagai saksi:

- Orang yang telah Anda tetapkan sebagai wakil perawatan kesehatan Anda.
- Pasangan atau ahli waris Anda yang sah menurut hukum, atau ahli waris yang tercantum dalam surat wasiat atau akta Anda.
- Dokter atau ARNP yang bertugas melayani Anda, atau orang yang bertindak menurut petunjuk atau pengawasan dokter atau ARNP yang bertugas melayani Anda.

Hanya salah satu dari dua saksi tersebut yang boleh menjadi penyedia layanan kesehatan atau penyedia perawatan residensial Anda atau salah satu dari karyawan penyedia layanan kesehatan Anda. 📌



# PETUNJUK DI MUKA UNTUK NEW HAMPSHIRE

CATATAN: Formulir ini terdiri atas dua bagian: DPOAH dan Living Will.

Anda boleh melengkapkan satu bagian saja atau kedua-duanya.

**BAGIAN I. DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE (DPOAH). (Dokumen hukum yang menunjuk seseorang untuk bertindak sebagai wakil perawatan kesehatan Anda sebagai pembuat keputusan medis bagi Anda jika Anda menjadi tidak mampu melakukan tindakan)**

Saya, \_\_\_\_\_, (\_\_\_\_\_), dengan ini menunjuk \_\_\_\_\_  
(Nama) (Tanggal Lahir) (Nama Wakil Perawatan Kesehatan)

dari \_\_\_\_\_  
(Alamat dan nomor telepon Wakil Perawatan Kesehatan Anda)

*Jika Anda memilih lebih dari satu wakil, mereka akan memiliki wewenang dalam prioritas menurut urutan daftar nama mereka, kecuali bila Anda menyatakan bentuk pengambilan keputusan yang lain) sebagai wakil saya untuk membuat semua keputusan perawatan kesehatan apapun bagi saya, kecuali untuk hal-hal yang saya nyatakan sebaliknya dalam petunjuk ini atau yang dilarang oleh hukum. DPOAH ini akan berlaku seandainya saya tidak lagi mampu mengambil keputusan sendiri mengenai perawatan kesehatan saya.*

Jika orang yang saya tunjuk ini tidak bisa, tidak bersedia, tidak ada atau tidak memenuhi syarat untuk bertindak sebagai wakil perawatan kesehatan saya, dengan ini saya menunjuk

\_\_\_\_\_  
(Nama Wakil Perawatan Kesehatan)

dari \_\_\_\_\_  
(Alamat dan nomor telepon Wakil Perawatan Kesehatan)

*(Harap memilih satu orang saja. Jika Anda memilih lebih dari satu wakil pengganti, mereka akan memiliki wewenang dengan prioritas menurut urutan daftar nama mereka.)*

Pernyataan mengenai Keinginan, Ketentuan Khusus dan Batasan-batasan untuk Keputusan Mengenai Perawatan Kesehatan

Untuk mempermudah Anda dalam mengungkapkan keinginan Anda, di bawah ini disebutkan beberapa pernyataan umum mengenai tindakan tidak memberikan atau menghentikan perawatan perpanjangan hidup. (Perawatan perpanjangan hidup adalah prosedur di mana tanpa prosedur ini seseorang akan meninggal, misalnya namun tidak terbatas pada hal-hal berikut: alat bantu pernafasan, dialisis ginjal atau penggunaan peralatan mesin dan peralatan teknologi eksternal lainnya, obat-obatan untuk menjaga tekanan darah, transfusi darah, dan antibiotik.) Ada pula bagian di mana Anda dapat menentukan perintah-perintah tertentu untuk hal-hal ini atau hal-hal lain. Jika mau, Anda bisa menyatakan persetujuan atau ketidaksetujuan Anda atas bagian manapun dari pernyataan-pertanyaan berikut dan memberi kuasa pada wakil Anda untuk bertindak dalam keadaan-keadaan tertentu semacam itu.

## A. PERAWATAN PERPANJANGAN HIDUP

1. Jika saya menghadapi kematian dan tidak lagi mampu membuat keputusan mengenai perawatan kesehatan, maka saya memberi wewenang pada wakil saya untuk memerintahkan bahwa:

*(Inisial di samping pilihan (a) atau (b).)*

\_\_\_\_ (a) perawatan perpanjangan hidup jangan mulai diberikan, atau jika sudah diberikan, harus dihentikan.

-atau-

\_\_\_\_ (b) perawatan perpanjangan hidup boleh terus diberikan pada saya.

2. Apakah saya sedang menghadapi kematian atau tidak, jika saya menjadi tidak sadar secara permanen, maka saya memberi wewenang pada wakil saya untuk memerintahkan bahwa:

*Inisial di samping pilihan (a) atau (b).)*

\_\_\_\_ (a) Perawatan perpanjangan hidup jangan mulai diberikan, atau jika sudah diberikan, harus dihentikan.

-atau-

\_\_\_\_ (b) Perawatan perpanjangan hidup boleh terus diberikan pada saya.

### **B. NUTRISI DAN HIDRASI YANG DIBERIKAN SECARA MEDIS**

1. Saya menyadari bahwa bisa timbul keadaan di mana satu-satunya cara untuk membiarkan saya meninggal adalah dengan menghentikan atau tidak mulai memberikan nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis. Untuk melaksanakan instruksi manapun yang telah saya tuliskan dalam dokumen ini, saya memberi wewenang pada wakil saya untuk memeritahkan bahwa:

*Inisial di samping pilihan (a) atau (b).)*

\_\_\_\_ (a) jangan mulai memberikan nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis, atau jika telah diberikan, harus dihentikan.

-atau-

\_\_\_\_ (b) meskipun jika semua bentuk lain dari perawatan perpanjangan hidup telah dihentikan, nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis boleh tetap diberikan pada saya.

Jika Anda tidak melengkapi bagian B, maka wakil Anda tidak akan memiliki kuasa untuk melarang atau menghentikan nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis.

### **C. PERAWATAN YANG TETAP DIBERIKAN MESKIPUN ADA KEBERATAN**

1. Mungkin Anda ingin keputusan wakil perawatan kesehatan Anda dihormati, sekalipun jika Anda menyatakan keberatan secara lisan atas keputusan tersebut. Dalam konteks ini, harap pertimbangkan pernyataan berikut.

*Inisial di samping pilihan (a) atau (b).)*

\_\_\_\_ (a) Ya, meskipun jika saya menjadi tidak lagi mampu dan merasa keberatan terhadap suatu perawatan, perawatan tersebut **boleh** diberikan pada saya meskipun saya keberatan.

-atau-

\_\_\_\_ (b) Tidak, meskipun saya tidak lagi mampu, perawatan **tidak boleh** diberikan pada saya meskipun saya keberatan.

### **D. INSTRUKSI TAMBAHAN**

Di sini Anda bisa menuliskan keinginan atau batasan tertentu yang Anda anggap pantas, misalnya kapan dan macam perawatan perpanjangan hidup apa yang Anda kehendaki agar diberikan atau tidak diberikan pada Anda, atau instruksi mengenai penolakan terhadap jenis perawatan tertentu apa saja yang bertentangan dengan kepercayaan agama Anda atau yang tidak bisa Anda terima dengan alasan lain apapun. Anda boleh tidak menjawab pertanyaan ini jika mau.

---

---

---

*(lampirkan halaman tambahan jika perlu)*

Dengan ini saya mengakui telah diberi pernyataan pemberitahuan yang menjelaskan akibat dari petunjuk ini. Saya telah membaca dan memahami informasi yang tercantum dalam pernyataan pemberitahuan ini.

Lembar asli petunjuk ini akan disimpan di \_\_\_\_\_  
dan orang-orang dan lembaga berikut ini akan mendapat salinannya:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ditandatangani pada \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_, 20\_\_.

Tanda tangan pemberi kuasa: \_\_\_\_\_

*[Jika Anda tidak dapat menandatangani karena keadaan fisik Anda, maka petunjuk ini boleh ditandatangani oleh orang lain dengan menuliskan nama Anda di hadapan Anda dan atas petunjuk yang Anda berikan dengan jelas.]*

**PETUNJUK POWER OF ATTORNEY INI HARUS DITANDATANGANI OLEH DUA SAKSI ATAU NOTARIS UMUM ATAU HAKIM SETEMPAT.**

Kami menyatakan bahwa pemberi kuasa tampak dalam keadaan pikiran yang sehat dan tidak ada paksaan saat menandatangani Durable Power of Attorney for Health Care ini dan pemberi kuasa menegaskan bahwa beliau memahami sifat petunjuk ini dan menandatangani secara bebas dan sukarela.

Saksi: \_\_\_\_\_ Alamat: \_\_\_\_\_

Saksi: \_\_\_\_\_ Alamat: \_\_\_\_\_

**Jika menggunakan Notaris Publik atau Hakim Setempat:**

NEGARA BAGIAN NEW HAMPSHIRE

DAERAH \_\_\_\_\_

Durable Power of Attorney for Health yang sebelumnya telah dinyatakan ini diakui di hadapan saya pada \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_, 20\_\_, oleh ("Pemberi Kuasa")

\_\_\_\_\_  
Notaris Umum/Hakim Setempat

Izin praktek saya berakhir pada: \_\_\_\_\_

**BAGIAN II. LIVING WILL (dokumen berisi instruksi untuk penyedia layanan kesehatan agar tidak memberikan perawatan yang bertujuan untuk memperpanjang hidup Anda saat Anda menghadapi kematian atau menjadi tidak sadar secara permanen tanpa ada harapan untuk sembuh)**

Pernyataan ini dibuat pada \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_, 20\_\_.

Saya, \_\_\_\_\_, yang dalam keadaan pikiran yang sehat, secara sengaja dan secara sukarela mengutarakan keinginan saya bahwa keadaan sekarat saya jangan diperlama secara artifisial dalam keadaan seperti yang dinyatakan di bawah ini, dengan ini menyatakan:

Kapan saja saya menderita luka atau penyakit yang tidak bisa disembuhkan dan saya dinyatakan sudah berada di ambang kematian atau mengalami keadaan tidak sadar secara permanen menurut dua dokter atau seorang dokter dan seorang ARNP, dan dua dokter atau seorang dokter dan ARNP telah menentukan bahwa kematian saya sudah di ambang pintu, tidak peduli apakah saya mendapat perawatan perpanjangan hidup atau tidak dan di mana penggunaan perawatan

tersebut hanya akan memperlama proses kematian saya secara artifisial, atau bahwa saya akan tetap tidak sadar secara permanen, maka saya memerintahkan prosedur semacam itu harus dihentikan atau tidak boleh diberikan, dan saya diperbolehkan meninggal secara alami hanya dengan pemberian obat-obatan, mendapat makanan atau cairan dengan makan atau minum secara alami, atau tindakan dan prosedur medis yang dianggap perlu demi memberikan perawatan pada saya. Saya menyadari bahwa bisa timbul keadaan di mana satu-satunya cara untuk membiarkan saya meninggal adalah dengan menghentikan atau tidak mulai memberikan nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis.

Dalam melaksanakan instruksi manapun yang telah saya tuliskan pada bagian ini, saya memberi wewenang bahwa:

*(Inisial di samping pilihan (a) atau (b).)*

\_\_\_\_\_ (a) nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis jangan mulai diberikan, atau jika telah diberikan, harus dihentikan.

-atau-

\_\_\_\_\_ (b) meskipun semua bentuk perawatan perpanjangan hidup lainnya sudah dihentikan, nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis boleh tetap diberikan pada saya.

Jika saya tidak mampu memberi perintah mengenai penggunaan perawatan perpanjangan hidup semacam itu, saya ingin agar pernyataan ini dihormati oleh keluarga saya dan para wakil perawatan kesehatan saya sebagai ungkapan terakhir dari hak saya dalam menolak perawatan medis atau operasi dan saya menerima semua konsekwensi atas penolakan saya tersebut.

Saya memahami seluruh maksud pernyataan ini, dan secara emosional dan mental saya mampu membuat pernyataan ini.

Di tandatangi pada \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_, 20\_\_.

Tanda tangan pemberi kuasa:

*[Jika Anda tidak dapat menandatangani karena keadaan fisik Anda, maka petunjuk ini boleh ditandatangani oleh orang lain dengan menuliskan nama Anda di hadapan Anda dan atas petunjuk yang Anda berikan dengan jelas.]*

***LIVING WILL INI HARUS DITANDATANGANI OLEH DUA ORANG SAKSI ATAU SEORANG NOTARIS UMUM ATAU HAKIM SETEMPAT.***

Kami menyatakan bahwa pemberi kuasa tampak dalam keadaan pikiran yang sehat dan tidak ada paksaan saat menandatangani Living Will ini dan pemberi kuasa menegaskan bahwa beliau memahami sifat petunjuk ini dan menandatangani secara bebas dan sukarela.

Saksi: \_\_\_\_\_ Alamat: \_\_\_\_\_

Saksi: \_\_\_\_\_ Alamat: \_\_\_\_\_

***Jika menggunakan Notaris Umum atau Hakim Setempat:***

NEGARA BAGIAN NEW HAMPSHIRE

DAERAH \_\_\_\_\_

Durable Power of Attorney for Health yang sebelumnya telah dinyatakan ini diakui di hadapan saya pada \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, oleh ("Pemberi Kuasa")

\_\_\_\_\_  
Notaris Umum/Hakim Setempat

Izin praktek saya berakhir pada tanggal: \_\_\_\_\_



## DEFINISI

**Dokter yang bertugas menangani atau advanced registered nurse practitioner (jururawat terdaftar yang telah menempuh pendidikan lanjutan/ARNP)** – Seorang dokter atau ARNP yang memiliki tanggung jawab utama atas perawatan dan pengobatan yang Anda jalani. ARNP adalah jururawat terdaftar yang memiliki kualifikasi klinis khusus menurut hukum negara bagian.

**Kemampuan untuk mengambil keputusan mengenai perawatan kesehatan** – Kemampuan untuk secara umum memahami semua risiko dan manfaat suatu keputusan mengenai perawatan kesehatan dan semua pilihan pengganti untuk perawatan yang dijalani. Ini ditentukan oleh dokter atau ARNP.

**CPR atau Cardiopulmonary resuscitation (Bantuan pernafasan dari mulut ke mulut)** – Prosedur medis dalam keadaan darurat yang digunakan untuk memulihkan detak jantung dan pernafasan, di antaranya dengan meniupkan nafas ke dalam mulut, menekan dada, memasukkan selang pernafasan berukuran kecil ke batang tenggorokan, memasukkan obat pada urat nadi, dan menggunakan alat kejut elektrik.

**Perawatan yang Nyaman** – Sebaik mungkin membuat Anda tetap merasa nyaman dan tenang, termasuk dengan menggunakan obat pereda rasa sakit, memberi Anda serpihan es dan pelumas bibir, membalikkan tubuh Anda agar tidak sakit, dan memandikan Anda.

**Perintah DNR or Do Not Attempt Resuscitation (Jangan Berusaha Menyadarkan Kembali)** – Perintah medis yang dicantumkan dalam bagan medis Anda yang menyatakan bahwa Anda tidak ingin mendapat CPR jika detak jantung atau nafas Anda berhenti.

**Wakil Perawatan Kesehatan** – Seseorang yang dipilih sebagai DPOAH Anda untuk membuat keputusan mengenai perawatan kesehatan bila Anda tidak dapat mengutarakan keinginan Anda mengenai pengobatan atau perawatan yang Anda jalani.

**Perawatan Hospis** – Pendekatan tim untuk memberikan layanan medis, layanan kejururawatan dan layanan sosial yang komprehensif, perawatan spiritual dan dukungan terhadap kesedihan yang Anda

dan keluarga Anda rasakan karena Anda berada di ambang kematian.

**Intravenous atau infus** – selang kecil yang dimasukkan pada urat nadi Anda untuk mengalirkan cairan, darah atau obat.

**Perawatan Perpanjangan Hidup** – Semua prosedur atau intervensi medis yang menggunakan sarana yang diberikan secara medis atau melalui mesin demi mempertahankan, memulihkan, atau menggantikan fungsi vital di mana perawatan ini hanya berguna untuk menunda kematian secara artifisial menurut pertimbangan tertulis yang dibuat oleh dokter atau ARNP yang bertugas menangani seseorang, dan orang tersebut sedang menghadapi kematian atau dalam keadaan tidak sadar secara permanen. Di antaranya adalah: ventilator atau alat bantu pernafasan yang menggunakan mesin, menjaga tekanan darah secara artifisial, transfusi darah, dialisis ginjal, dan berbagai prosedur lain yang serupa. Tidak termasuk meredakan rasa sakit melalui pemberian obat atau mendapat asupan makanan atau cairan dengan cara alami.

Menggunakan infus atau selang kecil untuk memberikan makanan bila Anda tidak bisa makan. Selang makanan adalah selang medis yang digunakan sebagai sarana untuk menyalurkan makanan atau air ke dalam tubuh Anda. Tidak mencakup proses alami dalam menyantap makanan.

**Hidrasi yang Diberikan Secara Medis** – Menggunakan infus atau selang kecil untuk memberikan cairan bila Anda tidak bisa minum. Tidak mencakup proses alami dalam meminum cairan.

**Di ambang kematian** – keadaan yang tak tersembuhkan akibat luka atau penyakit yang menurut penilaian medis yang logis akan menyebabkan kematian kapan saja, sehingga perawatan perpanjangan hidup hanya akan menunda kematian. Ini ditentukan oleh dokter atau ARNP yang bekerja sama dengan seorang dokter lain.

**Mendonor organ tubuh dan jaringan tubuh** – Memberikan organ tubuh Anda yang masih dapat digunakan untuk ditransplantasikan ke orang lain, dan dapat menyelamatkan atau

memperbaiki hidup mereka. Organ-organ tubuh yang dapat Anda donorkan: Jantung, ginjal, pankreas, paru-paru, liver, usus. Jaringan tubuh yang dapat Anda donorkan: Kornea, kulit, sumsum tulang, katup jantung, jaringan ikat. Untuk ditransplantasikan, organ tubuh harus mendapatkan darah sampai organ tersebut diambil dari tubuh Anda. Karena itu, mungkin Anda perlu dibantu oleh mesin pernafasan untuk sementara waktu atau mendapat perawatan untuk memelihara organ tubuh Anda. Dokter mengevaluasi apakah Anda memiliki organ tubuh atau jaringan tubuh yang sesuai untuk ditransplantasi pada saat atau di ambang kematian. Tubuh Anda masih dapat diperlihatkan dan dimakamkan setelah Anda meninggal.

**Perawatan paliatif** – Merawat seseorang dengan sepenuhnya - tubuh, pikiran, dan rohnya. Menurut pendekatan ini, keadaan sekarat merupakan hal yang alami dan pribadi; tujuannya adalah meringankan penyakit Anda (lihat perawatan hospis)

**Menjadi tidak sadar secara permanen** – Kondisi yang berlangsung selamanya dan tidak akan ada kemajuan, di mana Anda tidak menyadari pikiran Anda, diri Anda sendiri dan lingkungan Anda dan indikator kesadaran lainnya sudah tidak ada lagi sebagaimana ditentukan melalui penilaian neurologis oleh seorang dokter saat berkonsultasi dengan dokter Anda atau ARNP Anda.

**Keadaan vegetatif yang tidak juga berakhir** – kondisi yang tidak dapat dirubah, di mana fungsi-fungsi otak yang pokok sudah benar-benar tidak ada menurut penilaian medis yang logis. Dan akibatnya tidak ada lagi pikiran dan kesadaran, meskipun detak jantung dan nafas masih ada. Periode tidur dan bangun tidur akan tetap ada.

**Percobaan perawatan** – Mencoba perawatan (perawatan)– selama jangka waktu tertentu (misalnya selama 1 atau 2 minggu) sampai diputuskan bahwa perawatan itu tidak akan berhasil.



*Informasi dalam brosur ini disusun oleh*

## **New Hampshire Partnership for End-of-Life Care (Kemitraan dalam Perawatan di Ambang Kematian di New Hampshire)**

... sebuah kelompok organisasi yang membantu orang-orang merencanakan perawatan kesehatan mereka, membicarakan pilihan yang mereka ambil dan membuat pilihan tersebut dihormati.

*Didukung oleh organisasi-organisasi berikut ini:*

*New Hampshire Hospital Association*

*New Hampshire Medical Society*

*Home Care Association of New Hampshire*

*New Hampshire Health Care Association*

*New Hampshire Hospice and Palliative Care Organization*

*American Cancer Society*

**Pemberitahuan untuk  
Penyedia Layanan  
Kesehatan**

Saya memiliki:

\_\_\_\_\_ *Durable Power of Attorney  
for Health Care*

\_\_\_\_\_ *Living Will*

**Lokasi dokumen asli yang telah  
ditandatangani:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dalam keadaan darurat, harap  
hubungi:**

\_\_\_\_\_  
Nama:

\_\_\_\_\_  
Alamat:

\_\_\_\_\_  
Kota, Negara Bagian, Kode Pos:

\_\_\_\_\_  
Telepon:

**Kartu Petunjuk di Muka**

\_\_\_\_\_  
Nama:

\_\_\_\_\_  
Alamat:

\_\_\_\_\_  
Kota, Negara Bagian, Kode Pos:

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan:

**Harap lihat halaman belakang  
untuk informasi yang penting**

**Pemberitahuan untuk  
Penyedia Layanan  
Kesehatan**

Saya memiliki:

\_\_\_\_\_ *Durable Power of Attorney  
for Health Care*

\_\_\_\_\_ *Living Will*

**Lokasi dokumen asli yang telah  
ditandatangani:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dalam keadaan darurat, harap  
hubungi:**

\_\_\_\_\_  
Nama:

\_\_\_\_\_  
Alamat:

\_\_\_\_\_  
Kota, Negara Bagian, Kode Pos:

\_\_\_\_\_  
Telepon:

**Kartu Petunjuk di Muka**

\_\_\_\_\_  
Nama:

\_\_\_\_\_  
Alamat:

\_\_\_\_\_  
Kota, Negara Bagian, Kode Pos:

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan:

**Harap lihat halaman belakang  
untuk informasi yang penting**

*Guntinglah kartu Petunjuk di Muka ini pada garis titik-titik yang ada, lipat menjadi dua bagian dan simpanlah dalam dompet Anda.*



*Foundation For Healthy Communities, 125 Airport Road Concord, NH 03301*

Telepon: (603) 225-0900 • fax (603) 225-4346 • situs: [www.healthynh.com](http://www.healthynh.com)

Hak Cipta © 2006 *Foundation for Healthy Communities*