

# Panduan Perencanaan Mengenai Pernyataan Tertulis Berisi Keinginan Atas Perawatan Kesehatan Diri di Kemudian Hari

## ADVANCE CARE PLANNING GUIDE - INDONESIAN

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



Pernyataan Tertulis Berisi Keinginan Seseorang Atas Perawatan Kesehatan Baginya di Kemudian Hari (Advance Directives) *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 Memerlukan Pernyataan Tertulis Berisi Keinginan Atas Perawatan Kesehatan di Kemudian Hari

Membuat 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 “Pernyataan Tertulis Berisi Keinginan Seseorang Atas Perawatan Kesehatan Baginya di Kemudian Hari (*Advance Directive*)” – 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 Pernyataan Tertulis Berisi Keinginan Mengenai Perawatan Kesehatan di Kemudian Hari jika memang tidak menginginkannya. Tidak ada rumah sakit, panti jompo, dokter, jururawat atau perusahaan asuransi yang dapat mewajibkan Anda memiliki pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari agar mereka dapat memberikan pelayanan pada Anda. Tetapi adalah gagasan yang bagus bila sebelumnya Anda memiliki pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 menduga-duga mengenai pilihan Anda dan akan merasa 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, pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari akan membantu Anda mencegah pengadilan membuat keputusan bagi Anda.

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 atau 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?

### **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**

- Sudahkah Anda berbicara dengan dokter atau penyedia layanan kesehatan Anda mengenai masalah kesehatan Anda dan pertanyaan perihal perawatan kesehatan 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 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, disentuh atau dipeluk, 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 Pernyataan Tertulis Berisi Keinginan Atas Perawatan Kesehatan di Kemudian Hari**

### **Apa yang dimaksud dengan pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari?**

Pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 dokumen hukum berisi 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari ternyata bertentangan, maka DPOAH akan mengesampingkan *Living Will*.

### **Apa bedanya perintah DNR dan pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari?**

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 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari adalah: Pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari, pada saat Anda tidak mampu menyampaikan pilihan Anda kelak.

### **Mengapa saya menghendaki perintah DNR?**

Ada upaya untuk memberikan pernafasan bantuan (CPR) pada semua orang kecuali bila mereka tidak menghendakinya. Upaya CPR bisa berhasil namun bisa mendatangkan bahaya dan penderitaan bila seseorang sedang lemah atau mengidap penyakit serius meskipun jika berhasil. Berbicara dengan dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya bisa membantu Anda memahami kemungkinan manfaat dan beban CPR dan apakah CPR merupakan pilihan Anda. DNR hanya merujuk pada CPR dan bukan berarti bahwa semua perawatan lainnya (misalnya: obat pereda rasa sakit, perawatan untuk meningkatkan kualitas kehidupan penderita penyakit serius, dan sebagainya) dihentikan.

### **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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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. Penetapan 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan Anda di kemudian hari.

### **Apa yang tidak dipenuhi oleh pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari?**

Pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari hanya mencakup masalah-masalah perawatan kesehatan yang penting. Keinginan Anda yang diungkapkan dalam pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari ini harus dituangkan dalam perintah medis segera setelah ditetapkan bahwa Anda tidak mampu membuat keputusan sendiri mengenai kesehatan Anda. Pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari tidak menyediakan 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. Pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari ini tidak menetapkan perwalian.

### **Apakah dokumen-dokumen pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari milik saya yang lama masih berlaku?**

Ya. Pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari tidak perlu diperbaharui. Tetapi jika Anda ingin merubah sesuatu dalam dokumen pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari milik Anda, Anda harus melengkapi dokumen yang baru. Mungkin kadangkala Anda ingin memeriksa kembali keinginan Anda mengenai perawatan kesehatan Anda. Hukum Pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari di New Hampshire telah berubah sejak tanggal 1 Januari 2007. Tetapi jika dokumen pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari milik Anda dibuat sebelum tanggal tersebut, menurut hukum New Hampshire dokumen Anda masih tetap akan diakui.

### **Bisakah saya mencabut dokumen pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari milik saya?**

Anda dapat mencabut atau membatalkan dokumen pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari milik saya dikeluarkan di negara bagian lain?**

Pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari milik Anda yang berasal dari negara bagian lain tetap berlaku di New Hampshire selama dikeluarkan secara resmi di negara bagian lain dan esuai dengan hukum di New Hampshire. Hampir semua negara bagian lain tidak mengharuskan Anda untuk memberi wewenang secara eksplisit pada wakil Anda agar dapat memerintahkan untuk menahan atau membatalkan hidrasi dan nutrisi yang diberikan secara medis. Anda harus memberikan kuasa ini secara eksplisit pada wakil Anda di New Hampshire atau mereka tidak akan memiliki kuasa untuk melakukannya.

### **Siapa yang harus memiliki salinan dokumen pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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).

### **Bagaimana penyedia layanan kesehatan saya akan tahu bahwa saya memiliki pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari?**

Anda harus memberitahu dokter Anda, jururawat atau penyedia layanan kesehatan Anda lainnya bahwa Anda memiliki pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari dan memberi mereka salinannya untuk catatan medis Anda. Setiap kali masuk rumah sakit, Anda akan ditanya apakah Anda memiliki pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari. Jika tahu akan masuk rumah sakit, Anda harus membawa salinan dokumen tersebut.

### **Apakah saya membutuhkan pengacara?**

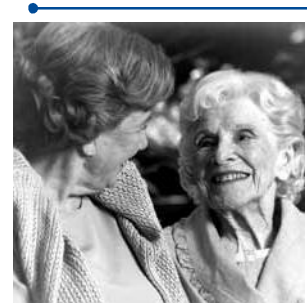
Anda tidak membutuhkan pengacara untuk membuat dokumen pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari. Gunakan saja formulir dalam brosur ini, yang dicetak mirip dengan hukum New Hampshire. Tetapi jika ada pertanyaan, Anda dapat berbicara dengan pengacara atau staf terlatih 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari milik saya?**

Agar sah, dokumen pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 namun tidak mampu mengambil keputusan mengenai kesehatan Anda karena adanya penyakit yang mempengaruhi fungsi kognitif dan fungsi intelektual Anda, misalnya penyakit Alzheimer atau demensia. Saat menandatangani pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari Anda harus memutuskan apakah akan melepaskan hak keberatan Anda atau tidak terhadap keputusan wakil Anda mengenai perawatan kesehatan Anda. Jika Anda tidak melepaskan hak ini, perawatan akan ditangguhkan atau tidak dapat diberikan pada Anda karena keberatan Anda. Apapun cara keputusan Anda untuk menjawab mengenai pilihan mengenai perawatan kendati ada keberatan, Anda masih dapat merubah atau membatalkan DPOAH Anda kapan saja dengan memutuskan bahwa Anda ingin merubah keputusan mengenai wakil perawatan kesehatan Anda.



***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 7 – 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. Mengenal 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 dengan wakil Anda mengenai kualifikasi-kualifikasi dalam lembar kerja ini.
- 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari milik Anda.

*“Making Medical Decisions for Someone Else (Mengambil Keputusan Medis untuk Orang Lain: A New Hampshire Handbook (Buku Pedoman 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 mengenai 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), menolak menyetujui atau mencabut persetujuan atas perawatan medis, dan bisa mengambil keputusan untuk menghentikan atau tidak memberikan perawatan perpanjangan hidup. Wakil perawatan kesehatan Anda sama sekali tidak 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 mungkin 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 APRN atau diperiksa oleh dokter atau ARNP untuk menyatakan bahwa Anda tidak lagi mampu, Anda harus menyatakannya dalam pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari ini ketika mengambil keputusan mewakili Anda, dan selanjutnya dituntun oleh kondisi kesehatan atau prognosis Anda. Kecuali bila Anda nyatakan sebaliknya dalam pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari ini, tapi jika ada hal apapun juga dalam pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 perawatan kesehatan Anda. Anda harus membicarakan pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari ini dengan wakil perawatan kesehatan Anda dan dokter atau ARNP Anda, serta memberikan satu salinannya pada mereka masing-masing. Dalam pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari ini, Anda harus mencantumkan nama orang-orang dan lembaga mana saja yang akan mendapat salinan pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 kuasa 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, pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari tersebut tidak dapat dirubah atau dimodifikasi. Jika Anda ingin melakukan perubahan, Anda harus membuat pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari yang sama sekali baru.

Anda berhak tidak mencantumkan atau menghapuskan referensi ke ARNP Anda dalam pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari tersebut, 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 APRN yang bertugas melayani Anda, atau orang yang bertindak menurut petunjuk atau pengawasan dokter atau APRN 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.

## **PERNYATAAN TERTULIS BERISI KEINGINAN ATAS PERAWATAN KESEHATAN DI KEMUDIAN HARI (ADVANCE DIRECTIVE) DI NEW HAMPSHIRE**

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

Anda boleh melengkapi 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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)

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 tanpanya seseorang akan meninggal, misalnya namun tidak terbatas pada hal-hal berikut: nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis, alat bantu pernafasan mekanis, 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:

\_\_\_\_\_ (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**

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 memerintahkan 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

\_\_\_\_\_ (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. MENJELASKAN INSTRUKSI ANDA DENGAN LEBIH RINCI**

*(Cantumkan inisial di samping nomor 1, 2 dan 3, jika Anda setuju)*

1. \_\_\_\_\_ Saya memberi wewenang pada wakil saya untuk meminta atau menyetujui perintah DNR.
2. \_\_\_\_\_ Saya ingin menjelaskan niat saya bahwa wakil saya akan memiliki wewenang penuh untuk mengambil semua dan segala keputusan apapun mengenai perawatan kesehatan atas nama saya sama seperti seandainya saya mampu melakukannya, tanpa batasan termasuk tidak memulai, menghentikan, atau melanjutkan langkah-langkah memperpanjang kehidupan (termasuk nutrisi dan hidrasi), dalam segala keadaan.
3. \_\_\_\_\_ Sekalipun jika saya tidak mampu dan menolak perawatan, perawatan bisa diberikan pada saya, atau ditahan, kendati saya keberatan. Pilihan ini dimaksudkan untuk memberikan wewenang tambahan pada wakil Anda, misalnya jika Anda menderita demensia, dan Anda mencoba mengganti perawatan yang disarankan oleh wakil atau dokter Anda.
4. Di sini Anda bisa menambahkan instruksi yang lebih spesifik pada wakil Anda atau Anda bisa membiarkan bagian ini tetap kosong.

*(lampirkan halaman tambahan jika perlu)*

---

(Nama dalam Huruf Cetak)

(Tanggal Lahir)

Dengan ini saya mengakui telah diberi pernyataan pemberitahuan yang menjelaskan akibat dari pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari ini. Saya telah membaca dan memahami informasi yang tercantum dalam pernyataan pemberitahuan ini.

Lembar asli pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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: \_

\_\_\_\_\_  
(Nama dalam Huruf Cetak)

\_\_\_\_\_  
(Tanggal Lahir)

**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 ssembuh)**

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 untuk meningkatkan kualitas kehidupan penderita penyakit serius (comfort care) 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.

\_\_\_\_\_  
(Nama dalam Huruf Cetak)

\_\_\_\_\_  
(Tanggal Lahir)

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 pernyataan tertulis berisi keinginan atas perawatan kesehatan di kemudian hari 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.***

We declare that the principal appears to be of sound mind and free from duress at the time the Living Will is signed and that the principal affirms that he or she is aware of the nature of the directive and is signing it freely and voluntarily.

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nama dalam Huruf Cetak)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Tanggal Lahir)

## DEFINISI

**Izinkan Kematian Alami (IKA)** – Izinkan Kematian Alami adalah bahasa alternatif yang digunakan oleh sebagian orang yang tidak menghendaki pernafasan bantuan (CPR), namun hanya menginginkan perawatan untuk meningkatkan kualitas kehidupan penderita penyakit serius

**Dokter yang bertugas menangani atau Advanced Practice Registered Nurse (jururawat terdaftar yang telah menempuh pendidikan lanjutan/APRN)** – Seorang dokter atau APRN yang memiliki tanggung jawab utama atas perawatan dan pengobatan yang Anda jalani. APRN 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 resiko dan manfaat suatu keputusan mengenai perawatan kesehatan dan semua pilihan pengganti untuk perawatan yang dijalani. Ini ditentukan oleh dokter atau APRN.

**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 Untuk Meningkatkan Kualitas Kehidupan Penderita Penyakit Serius** – 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 atau 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.

**Perwalian** - Perwalian untuk seseorang yang tidak lagi mampu yang ditetapkan oleh Pengadilan Probate bila pengadilan menentukan bahwa batasan fungsional seseorang telah menurun hingga orang itu tidak lagi mampu mengikuti atau melakukan kegiatan minimal dalam kehidupan sehari-hari. Ketidakmampuan

orang tersebut harus terbukti "sudah tidak diragukan lagi" dan harus tidak ada lagi jalan keluar yang menyebabkan lebih sedikit batasan atas dirinya.

**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.

**Keputusan Mengenai Perawatan Kesehatan** – Artinya, izin berdasarkan informasi, penolakan untuk memberikan izin tidak resmi atau pembatalan izin berdasarkan informasi bagi segala jenis perawatan kesehatan, perawatan, tindakan masuk ke fasilitas kesehatan atau prosedur untuk mendiagnosa atau memelihara kondisi fisik atau mental seseorang.

**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** – “Perawatan perpanjangan hidup” adalah termasuk namun tidak terbatas pada: nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis, alat bantu pernafasan mekanis, dialisis ginjal, atau penggunaan peralatan mesin dan peralatan teknologi eksternal lainnya. “Perawatan perpanjangan hidup” bisa meliputi obat untuk menjaga tekanan darah, transfusi darah, dan antibiotik. “Perawatan perpanjangan hidup” tidak termasuk pemberian obat, menelan makanan atau cairan secara alami dengan cara makan dan minum, atau pelaksanaan prosedur medis apapun yang dianggap perlu untuk memberikan kenyamanan atau untuk mengurangi nyeri.

**Nutrisi yang diberikan secara medis (pemberian makanan)** - Menggunakan selang infus atau selang untuk memberikan makanan bila Anda tidak bisa makan. Selang makan adalah selang medis yang mengalirkan makanan atau air ke dalam tubuh Anda. Tidak meliputi proses alami dalam menyantap makanan.

**Hidrasi yang Diberikan Secara Medis** – Menggunakan infus atau selang kecil untuk memberikan cairan bila Anda tidak bias 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 APRN 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 APRN 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 Pernyataan Tertulis  
Berisi Keinginan Atas  
Perawatan Kesehatan di  
Kemudian Hari**

\_\_\_\_\_

Nama

Alamat

\_\_\_\_\_

Kota, Negara Bagian, Kode Pos

Tandatangan

**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 Pernyataan Tertulis  
Berisi Keinginan Atas  
Perawatan Kesehatan di  
Kemudian Hari**

\_\_\_\_\_

Nama

Alamat

\_\_\_\_\_

Kota, Negara Bagian, Kode Pos

Tandatangan

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

FOUNDATIONFORHEALTHY  
COMMUNITIES

Foundation For Healthy Communities, 125 Airport Road Concord, NH 03301 telepon (603)  
225-0900 • faks (603) 225-4346 • web: [www.healthynh.com](http://www.healthynh.com)

Copyright© 2010 Foundation for Healthy Communities