

**LEGALITAS DO NOT RESUSCITATE (DNR) DI RUMAH SAKIT  
DALAM KONTEKS PERLINDUNGAN HUKUM BAGI DOKTER**

**(Tesis)**

**Oleh**

**EVA FIELDIANA SARI  
NPM 1922011045**



**FAKULTAS HUKUM  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2023**

## ABSTRAK

### LEGALITAS DO NOT RESUSCITATE DI RUMAH SAKIT DALAM KONTEKS PERLINDUNGAN HUKUM BAGI DOKTER

Oleh  
EVA FIELDIANA SARI

Do Not Resuscitate (DNR) merupakan suatu perintah untuk jangan dilakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) pada pasien. Dalam pelaksanaan DNR, dokter sebagai *clinical leader* dalam tim pelayanan asuhan pasien akan mempertimbangkan berbagai aspek seperti aspek klinis pasien, etik, moral dan aspek hukum. Di beberapa Negara DNR menjadi pro dan kontra secara legalitas hukum dan DNR secara terminology masih dapat dihubungkan dengan pseudoethanasia atau euthanasia pasif. Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan penelitian terkait Legalitas Do Not Resuscitate (DNR) di Rumah Sakit Dalam Konteks Perlindungan Hukum Bagi Dokter.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah yuridis normatif dengan menggunakan pendekatan Undang-Undang, asas hukum dan doktrin-doktrin dan yuridis empiris dengan mengadakan penelitian lapangan. Data pada penelitian ini terdiri dari data primer yang diperoleh dari wawancara narasumber dan data sekunder diperoleh dari sumber yang tersedia seperti perundang-undangan, hasil penelitian dan buku. Nara sumber terdiri dari Ketua Komite Medik Rumah Sakit, Dokter Spesialis Anestesi, Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh dan Ketua IDI Pringsewu. Analisis data menggunakan analisis kualitatif.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa pelaksanaan DNR adalah legal secara hukum berdasarkan Permenkes Nomor 37 Tahun 2014 Tentang Penentuan Kematian Dan Pemanfaatan Organ. Perlindungan hukum bagi dokter melakukan tindakan DNR telah diatur dalam Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Medik, dalam Permenkes tersebut secara preventif perlindungan dokter dalam bentuk *informed consent* dan secara represif dalam keadaan gawat darurat pada Pasal 4, dan kedua Permenkes tersebut menjadi acuan dokter dalam keputusan penghentian atau penundaan bantuan hidup.

Penulis menyarankan adanya edukasi dan sosialisasi terkait Permenkes Nomor 37 Tahun 2014 dan Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 kepada dokter sebagai acuan dalam implementasi dipelayanan, dan diharapkan dokter dapat melakukan edukasi terkait DNR kepada pasien ketika pasien dalam kondisi kompeten dalam menentukan dirinya sendiri sebagai bentuk otonomi pasien

**Kata Kunci:** Legal , DNR, Edukasi

## **ABSTRACT**

### **DO NOT RESUSCITATE IN THE HOSPITAL IN THE CONTEXT OF LEGAL PROTECTION FOR DOCTORS**

**By  
EVA FIELDIANA SARI**

*Do not resuscitate (DNR) is an instruction not to perform pulmonary heart resuscitation (RJP) in patients. In the implementation of DNR, doctors as clinical leaders in the patient care team will consider various aspects, such as patient clinical aspects, ethics, moral aspects, and legal aspects. In some countries, DNR is legally pro and contra, and DNR terminologically can still be associated with pseudo-euthanasia or passive euthanasia. Based on this, it is necessary to conduct research related to the legality of Do Not Resuscitate (DNR) in the hospital in the context of legal protection for doctors.*

*The method used in this research is juridic normative, using the approach of law, legal foundations and doctrines, and empirical juridics by conducting field research. The data in this study consists of primary data obtained from source interviews and secondary data. Data analysis using qualitative analysis.*

*Based on the results of the research, it was found that the implementation of the DNR is legal based on Permenkes No. 37 of 2014 on the determination of death and organ use. Legal protection for doctors performing DNR actions has been regulated in Permenkes No. 290/MENKES/PER/III/2008 on the Medical Action Agreement; in the permenkes, preventive protection of doctors is provided in the form of informed consent and repressively in emergency situations in Article 4, and both permenks become the reference for physicians in the decision to stop or delay life assistance.*

*The author suggests the existence of education and socialization related to Permenkes Number 37 Year 2014 and Permenkes Number 290 / MENKES / PER / III/2008 to doctors as a reference in the implementation of services and hopes that doctors can do DNR-related education to patients when the patient is in a competent condition in determining himself as a form of autonomy for the patient.*

**Keywords :** *Legal, DNR, Education*

**LEGALITAS DO NOT RESUSCITATE (DNR) DI RUMAH SAKIT  
DALAM KONTEKS PERLINDUNGAN HUKUM BAGI DOKTER**

**Oleh**

**EVA FIELDIANA SARI**

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar  
MAGISTER HUKUM**

**Pada**

**Program Pascasarjana Ilmu Hukum  
Fakultas Hukum Universitas Lampung**



**PROGRAM PASCASARJANA ILMU HUKUM  
FAKULTAS HUKUM UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2023**

Judul Tesis : **LEGALITAS DO NOT RESUSCITATE (DNR)  
DI RUMAH SAKIT DALAM KONTEKS  
PERLINDUNGAN HUKUM BAGI DOKTER**

Nama Mahasiswa : **Eva Fieldiana Sari**

Nomor Pokok Mahasiswa : **1922011045**


Program Kekhususan : **Hukum Kesehatan**

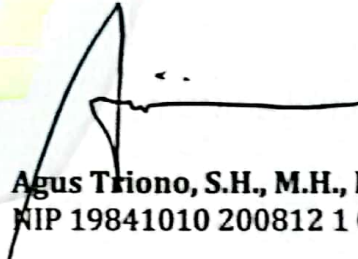
Program Studi : **Magister Ilmu Hukum**

Fakultas : **Hukum**

**MENYETUJUI**

**1. Dosen Pembimbing**

  
**Dr. M. Fakhri, S.H., M.H.**  
NIP 19641218 198803 1 002

  
**Agus Triyono, S.H., M.H., Ph.D.**  
NIP 19841010 200812 1 005

**2. Mengetahui**

**Ketua Program Studi Magister Ilmu Hukum  
Fakultas Hukum Universitas Lampung**

  
**Prof. Dr. Eddy Rifai, S.H., M.H.**  
NIP 19610912 198603 1 003

**MENGESAHKAN**

**1. Tim Penguji**

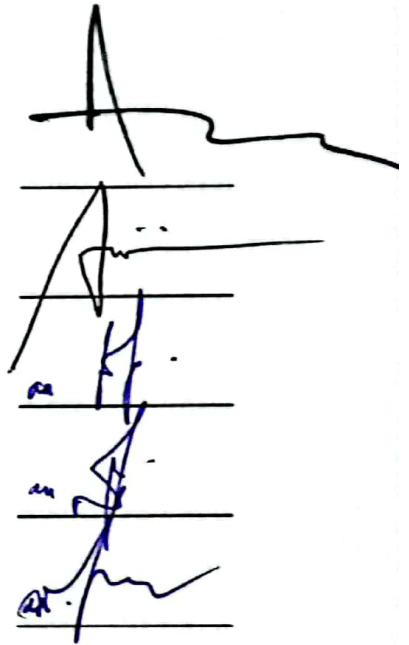
**Ketua : Dr. M. Fakh, S.H., M.S.**

**Sekretaris : Agus Triono, S.H., M.H., Ph.D.**

**Penguji Utama : Dr. dr. TA Larasati, S.Ked., M.Kes.**

**Penguji : Dr. Ahmad Irzal Fardiansyah, S.H., M.H.**

**Penguji : Ria Wierma Putri, S.H., M.Hum., Ph.D.**

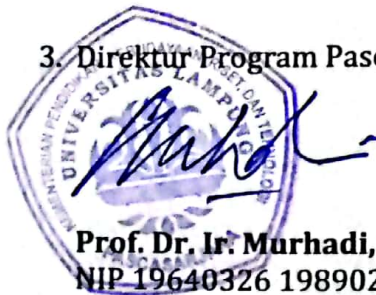


**2. Dekan Fakultas Hukum**



**Dr. M. Fakh, S.H., M.S.**  
**NIP 19641218 198803 1 002**

**3. Direktur Program Pascasarjana Universitas Lampung**



**Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si.**  
**NIP 19640326 198902 1 001**

**Tanggal Lulus Ujian Tesis : 17 Mei 2023**

## HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

**Nama : Eva Fieldiana Sari**

**NPM : 1922011045**

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Tesis dengan judul "**Legalitas *Do Not Resuscitate (DNR)* di Rumah Sakit Dalam Konteks Perlindungan Hukum Bagi Dokter**" adalah benar hasil karya sendiri. Dalam tesis ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian tulisan, pemikiran dan pendapat penulis lain yang saya akui seolah-olah sebagai tulisan saya tanpa memberikan pengakuan aslinya.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini kemudian diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidak benaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya, saya bersedia dan sanggup dituntut sesuai dengan hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, 17 Mei 2023

Tang Membuat Pernyataan,



**Eva Fieldiana Sari**

**NPM 1922011045**

## RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama Eva Fieldiana Sari, dilahirkan pada tanggal 06 Maret 1988 di Kabupaten Lampung Tengah, merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, pasangan Bapak Supriatno dan Ibu Murni Hayati. Penulis menyelesaikan Sekolah Dasar di SD Negeri 4 Negara Ratu pada Tahun 1999, Sekolah Menengah Pertama di SMP Negeri 6 Kotabumi pada Tahun 2002 dan Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 2 Kotabumi pada Tahun 2005.

Penulis terdaftar sebagai Mahasiswa Fakultas Hukum Universitas Lampung melalui jalur reguler pada Program Studi Magister Ilmu Hukum dengan Program Kekhususan Hukum Kesehatan pada tahun 2019 Fakultas Hukum Universitas Lampung dan menyelesaikan pendidikan pada Tahun 2023.



## **MOTTO**

"Ilmu itu lebih baik daripada harta. Ilmu menjaga engkau dan engkau menjaga harta. Ilmu itu penghukum dan harta terhukum. Harta itu kurang apabila dibelanjakan, tapi ilmu bertambah bila dibelanjakan."

**(Ali bin Abi Thalib)**

"Yang menjadi milik orang lain tidak akan sampai kepadamu, dan yang telah dibagikan kepadamu akan kau dapatkan. Maka sibukkanlah dengan urusan Tuhanmu dan yang ada padamu, dalam kewajiban yang nyata dan syariat yang terjaga."

**(Qashidah Al-imam Abdullah bin Alawi Al-Haddad)**

## **PERSEMBAHAN**

Dengan penuh kerendahan hati, tesis ini saya persembahkan kepada :

1. Ayah Supriatno dan Almarhumah Ibu Murni Hayati yang telah memberikan kasih sayang dan kebahagiaan sampai kapanpun yang tidak terbatas dan tidak akan pernah terbalas seumur hidup.
2. Orang yang paling istimewa dalam hidup saya yaitu suamiku Nurhidayat dan anakku Muhammad Ziyad Tsaqif Adabi. Keluarga kecilku adalah bagian terbaik dan istimewa yang saya selalu saya cintai. Terima kasih atas doa, dukungan, kebaikan, perhatian dan kasih sayang dalam kebersamaan menjalani kehidupan.
3. Adik bungsuku tersayang Ade Nisa Nur 'Azizah yang selalu menjadi pendukung dan teman perjuangan selama menyelesaikan naskah tesis hingga selesai.
4. Seluruh rekan-rekan Magister Ilmu Hukum Universitas Lampung 2019 yang telah memberikan begitu banyak semangat atas kebersamaan dan motivasinya.

## SANWACANA

Alhamdulillah Rabbil 'Aalamiin, puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat, karunia dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Legalitas Do Not Resuscitate (DNR) di Rumah Sakit dalam Konteks Perlindungan Hukum Bagi Dokter” Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Hukum pada Program Magister Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Lampung.

Penyusunan tesis ini penulis mendapatkan arahan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga penyusunan tesis ini dapat berjalan dengan baik. Penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si. selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Lampung.
2. Bapak Dr. M. Fakhri, S.H., M.S. selaku Dekan Fakultas Hukum.
3. Bapak Prof. Dr. Eddy Rifai, S.H., M.H. selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Lampung.
4. Ibu Ria Wierma Putri, S.H., M.Hum., Ph.D. selaku Sekretaris Program Studi Magister Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Lampung.
5. Bapak M. Fakhri, S.H., M.S. selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan saran dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
6. Bapak Agus Triono, S.H., M.H., Ph.D. selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang telah membimbing, memberikan saran dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

7. Bapak Dr. Ahmad Irzal Fardiansyah, S.H., M.H. selaku Dosen Pembahas yang telah memberikan kritik, saran dan masukan yang membangun penulisan tesis ini.
8. Ibu Dr. dr. TA Larasati, S. Ked., M.Kes selaku Dosen Pembahas yang telah memberikan kritik, saran dan masukan yang membangun penulisan tesis ini.
10. Bapak dan Ibu Dosen Magister Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Lampung yang telah memberikan ilmu, wawasan dan pengetahuan berharga bagi penulis selama proses perkuliahan berlangsung.
11. Seluruh staf dan karyawan Program Magister Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Lampung yang telah banyak membantu baik proses perkuliahan maupun penyusunan tesis ini.
10. Keluarga besar penulis yang telah memberi dukungan dan doa dalam proses penyelesaian tesis ini.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, tetapi besar harapan semoga tesis ini dapat bermanfaat sebagai sumber informasi dan dapat memberikan manfaat bagi seluruh pembaca dari berbagai pihak.

Bandar Lampung, 17 April 2023  
Penulis,

**Eva Fieldiana Sari**  
NPM 1922011045

## DAFTAR ISI

### I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Permasalahan dan Ruang Lingkup .....	6
C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	7
D. Kerangka Pemikiran dan Kerangka Teori.....	8
E. Metode Penelitian .....	12

### II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Henti Jantung dan RJP (Resusitasi Jantung paru) .....	17
B. Euthanasia .....	20
C. Do Not Resuscitate (DNR).....	25
D. Hak Pasien.....	28
E. Aspek Hukum.....	31
F. Aspek Etik.....	40

### III. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Legalitas DNR di Indonesia .....	48
B. Perlindungan Hukum Terhadap Tindakan Dokter Terkait Keputusan DNR. ....	61

### IV. PENUTUP

A. Kesimpulan.....	69
B. Saran .....	69

### DAFTAR PUSTAKA

### LAMPIRAN

## 1. PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Upaya dalam memberikan pelayanan dan asuhan pasien dalam mempertahankan kehidupan merupakan salah satu hak asasi manusia yang tertuang dalam Undang-Undang dasar 1945 Pasal 28A perubahan kedua yang berbunyi: “Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak untuk mempertahankan hidup dan kehidupannya”. Dalam hal ini dapat dipahami bahwa hak hidup merupakan hak dasar yang melekat pada diri manusia, sehingga harus dilindungi, dipertahankan, dan tidak boleh diabaikan atau dirampas. Dokter dalam menjalankan profesinya dalam menangani pasien tidak akan terlepas dari aspek hukum, hubungan antara dokter dan pasien disebut sebagai kontrak terapeutik, dimana kontrak yang lahir dari perjanjian antara dokter dan pasien.

Dokter yang merupakan *clinical leader* dalam tim pelayanan dan asuhan pasien dalam proses menghadapi suatu kondisi terminal, pilihan yang dapat dilakukan oleh seorang dokter adalah melakukan perawatan paliatif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. Menurut WHO perawatan paliatif adalah pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dalam menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa,

melalui pencegahan dan penghentian penderitaan dengan identifikasi dini, penilaian, dan perawatan yang optimal dari rasa sakit dan masalah lainnya, fisik, psikososial dan spiritual.<sup>1</sup> Ketika pasien mengalami henti nafas atau henti jantung, tenaga kesehatan akan dengan cepat untuk memutuskan terkait tindakan resusitasi jantung paru (RJP) bahkan dalam hitungan detik tanpa mengetahui apakah pasien mempunyai *advanced directives* atau tidak.

Prosedur RJP merupakan kegawatdaruratan, pada pasien henti jantung yang dilakukan RJP memiliki kemungkinan hidup sekitar 20%, sedangkan pasien yang memiliki penyakit kronis persentase menurun sampai 5 – 10%. Walaupun memiliki persentase kehidupan 5 – 20% kehidupan, upaya dan tindakan secara maksimal harus diberikan kepada pasien, terutama RJP yang merupakan tindakan *emergency* yang harus segera dilakukan, kecuali seseorang memiliki *advanced directive* terhadap dirinya. *Advanced directives* adalah suatu bentuk dokumentasi yang berisi arahan atau ekspresi keinginan pasien tentang perawatan yang akan dilakukan jika pasien menjadi tidak berdaya (*incopable*) dalam menentukan keputusan.<sup>2</sup> Keputusan yang dimaksud adalah keputusan untuk semua tindakan perawatan saat pasien mengalami koma atau demensia. Salah satu bentuk pernyataan yang terdapat didalam *advanced directives* adalah perintah untuk menolak tindakan resusitasi jantung paru (RJP) yang kemudian dikenal dengan nama “Jangan Lakukan Resusitasi” atau yang lebih dikenal dengan istilah *Do Not Resucitate* (DNR).

---

<sup>1</sup> World Health Organization (WHO). Essential medicine in Palliative care. Geneva: WHO ; 2013

<sup>2</sup> Hamzah Shatri.dkk. Advanced directives pada perawatan paliatif. Jakarta ; Jurnal penyakit dalam Indonesia. 2021

Terdapat kasus terkait DNR di Inggris, tenaga kesehatan membawa pasien laki-laki berusia 70 tahun dengan kondisi tidak sadar dengan riwayat penyakit *chronic obstructive pulmonary disease*, diabetes mellitus dan atrial fibrilasi ke Instalasi Gawat Darurat (IGD), ditemukan level alkohol dalam darah yang tinggi, kemudian pasien dirawat diruangan ICU. Tenaga kesehatan di ruang ICU mengevaluasi kondisi pasien dalam beberapa jam, kondisi klinis pasien menjadi hipotensi dan asidosis metabolik dengan pH diatas 6,81 dan di dada pasien terdapat tattoo dengan tulisan “*Do Not Resucitate*” disertai tandatangannya. Karena pasien datang tanpa identitas dan keluarga, pihak Rumah Sakit meminta Dinas Sosial untuk membantu mencari kerabat dekatnya dan semua upaya dilakukan untuk mengobati penyakitnya. Awalnya diputuskan untuk tidak menganggap tattonya dan meminta pertimbangan komite etik karena terjadi kebingungan, pasien tetap diberikan antibiotik empiris, resusitasi cairan intravena dan *vasopressor*, dan memberikan *Bilevel Positive Airway Pressure* (BPAP). Setelah meninjau kembali riwayat pasien, konsultan etik menyarankan untuk menghormati tulisan tattoo tersebut untuk kepentingan terbaik pasien, perintah DNR telah di tulis di dada pasien, kemudian Dinas Sosial memperoleh salinan perintah DNR di Departemen Kesehatan Florida seperti yang tercatat pada tattoo pasien. Kondisi klinis pasien memburuk dan pasien meninggal tanpa dilakukan RJP atau manajemen jalan nafas lanjutan.<sup>3</sup> Dari contoh kasus diatas terkait DNR menimbulkan banyak kebingungan terkait legalitas DNR, selain itu DNR akan berkaitan dengan aspek etik karena pro dan kontra. Pendekatan etika tindakan DNR berkaitan dengan kaidah bioetika seperti asas manfaat (*beneficence*), tidak

---

<sup>3</sup> Gregory E.Holt,et.al.The New England Journal of Medicine, An Unconscious Patient with a DNR Tatto. 2017



merugikan (*non-maleficence*), berlaku adil (*Justice*) dan menghormati martabat manusia (*autonomy*).

Beberapa Negara sudah memiliki aturan terkait keputusan DNR, Negara seperti Cina dan Korea Selatan yang melarang DNR, pelarangan ini salah satunya karena asas keadilan dimana tindakan resusitasi jantung paru harus dilakukan oleh setiap orang dalam kondisi dan tempat yang sama. Contoh negara lain seperti Inggris jika seseorang memberikan label DNR akan ada kemungkinan untuk ditelantarkan dan tidak mendapatkan penatalaksanaan yang maksimal. Selain itu dokter harus menggali apakah ada keinginan untuk euthanasia terutama pada pasien dewasa yang kompeten tetapi menolak RJP dengan alasan tidak rasional. Negara Jordania, konstitusi Jordania melarang DNR, tenaga kesehatan tidak dapat mengakhiri kehidupan pasien dan tidak dapat menyatakan kematian kecuali mati otak sesuai dengan standar internasional, namun sejak tahun 2011 King Husein Cancer Center mengikuti fatwa islam melegalkan tindakan DNR dalam kondisi pasien sakit terminal. Beberapa negara mengkatagorikan DNR sebagai tindakan pseudoethanasia atau dikenal dengan *Against Medical Advice* yaitu pasien menolak rekomendasi tenaga kesehatan mengenai rencana perawatan terhadap dirinya.

Pertimbangan DNR dalam aspek legal bagi kelompok pro seperti rekomendasi *American Heart Association* (AHA) sebagai panduan di seluruh dunia. Kondisi yang tidak diindikasikan dilakukan RJP seperti pasien dengan kondisi terminal, penyakit yang tidak *reversible*, dan penyakit dengan prognosis kematian. Beberapa negara seperti Amerika sebagian besar pilihan pada otonomi individu,

sedangkan di Eropa lebih penekanan pada otonomi pelayanan kesehatan. Negara Belanda melegalkan euthanasia dengan hukum positifnya yang mengatur dalam *wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* atau Undang-Undang mengenai pengakhiran kehidupan atas permintaan dan bunuh diri terbantu (*the termination of life on request and assisted suicide*). Belanda menjadi paradigma utama euthanasia dalam praktik di dunia saat ini. Asosiasi medis belanda adalah satu-satunya didunia yang menerima bahwa praktik medis terdiri dari penyembuhan dan peningkatan kesehatan, tetapi juga membantu pasien mencapai kematian yang damai dan bermartabat. Selain Belanda yang melegalkan euthanasia adalah Belgia dan Luxemburg. Kasus DNR di Indonesia belum ada yang masuk ke dalam ranah pengadilan, hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak tahunya keluarga/pasien terkait DNR atau kurangnya edukasi tenaga kesehatan terkait DNR dan kurang memahami terkait kepastian hukum tentang DNR. Permasalahan DNR, pseudoeuthanasia, dan euthanasia memberikan dilema bagi dokter dan Rumah Sakit yang menerima pasien dengan kondisi pasien tidak sadar, tidak ada identitas atau keluarga yang mendampingi dan tidak diketahui apakah memiliki *advanced directive* terhadap dirinya.

Dengan kondisi pengaturan hukum di Indonesia belum cukup fleksibel dalam menentukan klausul maupun pengaturan mengenai tindak lanjut pasien yang meminta DNR. Dan dalam artikel dan jurnal terminologi DNR terkadang masih disebut sebagai pseudoeuthanasia atau euthanasia pasif.

Dalam beberapa penulisan terkait DNR, beberapa jurnal atau artikel lebih menekankan kaitan antara euthanasia terhadap tindakan DNR dan aspek hukum terkait DNR sehingga peneliti tertarik membahas lebih lanjut terkait Legalitas *Do Not Resuscitate* di Rumah Sakit Dalam Konteks Perlindungan Hukum Bagi Dokter.

## **B. Permasalahan dan Ruang Lingkup**

### **1. Permasalahan**

Meskipun sudah cukup banyak kajian mengenai hal ini, tulisan ini menyajikan orisinalitas penulisan terkait Legalitas *Do Not Resuscitate* di Rumah Sakit Dalam Konteks Perlindungan Hukum Bagi Dokter. Penelitian ini memfokuskan pada permasalahan mengenai :

- a. Bagaimana legalitas tindakan DNR di Indonesia ?
- b. Bagaimana perlindungan hukum terhadap tindakan dokter dalam keputusan DNR di Rumah Sakit?

### **2. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup diperlukan untuk mencegah agar pembahasan dalam tesis ini tidak melebar atau tidak keluar dari lingkup permasalahan yang dibahas. Kajian penelitian ini dalam ruang lingkup legalitas *Do Not Resuscitate* di Rumah Sakit Dalam Konteks Perlindungan Hukum Bagi Dokter. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Mitra Husada pada Tahun 2023.

## **C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian**

### **1. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah diatas, penulis melakukan penelitian ini dengan tujuan mengkaji dan menganalisis guna mengetahui tentang :

1. Menganalisa legalitas tindakan DNR di Indonesia
2. Menganalisis perlindungan hukum terhadap dokter terkait keputusan DNR di Rumah Sakit

### **2. Kegunaan Penelitian**

#### 1. Kegunaan Teoritis

Hasil penelitian tesis ini diharapkan dapat menjadi sumbangan bagi pengembangan ilmu hukum terutama bidang hukum kesehatan, terkait legalitas tindakan DNR dan memberikan kontribusi dalam penguatan teoritis dan pemaknaan legalitas DNR dan perlindungan hukum terhadap dokter terkait keputusan DNR

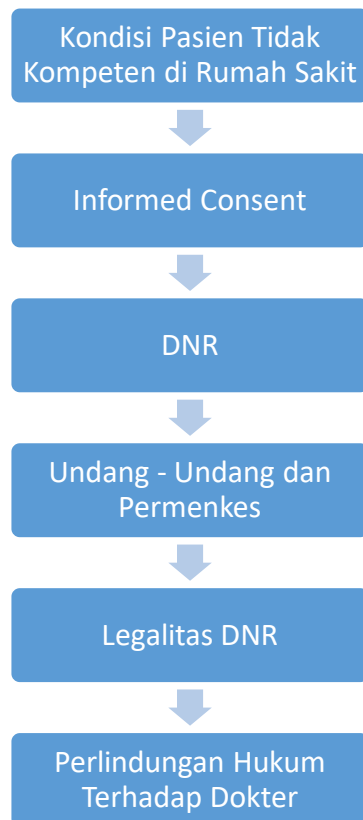
#### 2. Kegunaan Praktis

Hasil penelitian tesis ini diharapkan dapat bermanfaat bagi kepentingan kepastian hukum, serta bermanfaat juga untuk pengembangan karya-karya ilmiah untuk masa yang akan datang.

## D. Kerangka Pemikiran dan Kerangka Teori

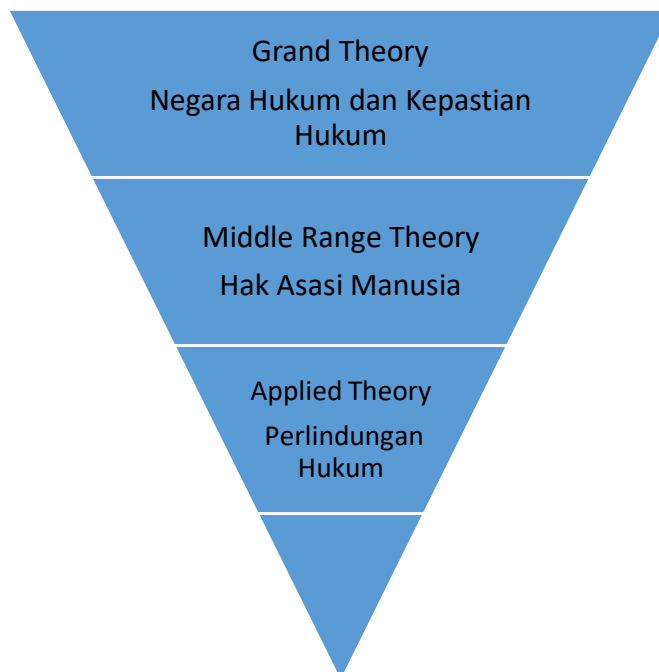
### 1. Alur Pikir

Landasan pemikiran peneliti dalam mengkaji masalah DNR, didasarkan pada berlakunya teori Negara Hukum dan Kepastian hukum yang terdapat pada Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang- Undang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Rumah Sakit , terkait DNR, sebagai dasar perbandingan penelitian untuk mengkaji masalah tersebut.



## 2. Kerangka Teori

Pengkajian masalah mengenai DNR (*Do Not Resuscitate*) memerlukan pengkajian mendalam mulai dari perspektif negara hukum dan kepastian hukum, hak asasi manusia maupun mengenai teori tindak pidana mengenai DNR. DNR merupakan pseudo-euthanasia membutuhkan teori pendukung seperti hukum pidana, kode etik profesi dokter serta tanggungjawab hukum, karena DNR melibatkan persetujuan atau permintaan pasien atau keluarga pasien dan tenaga medis (dokter tau perawat atau bidan). Landasan teori yang digunakan pada penelitian ini yaitu :



### 1. Teori Negara Hukum dan Kepastian Hukum

Berdasarkan Pasal 1 ayat 3 Undang-Undang Dasar 1945 adalah Negara Hukum (*Rechtstaat*), bukan Negara Kekuasaan (*Machtstaat*). Di dalamnya terkandung pengertian adanya pengakuan terhadap prinsip supremasi hukum dan konstitusi,

dianutnya prinsip pemisahan dan pembatasan kekuasaan menurut sistem konstitusional yang diatur dalam Undang-Undang Dasar, adanya jaminan-jaminan hak asasi manusia dalam Undang- Undang Dasar, adanya prinsip peradilan yang bebas dan tidak memihak yang menjamin persamaan setiap warga negara dalam hukum, serta menjamin keadilan bagi setiap orang termasuk terhadap penyalahgunaan wewenang oleh pihak yang berkuasa.

## 2.Hak Asasi Manusia (*Middle Range Theory*)

Perspektif hak asasi manusia pada dasarnya memiliki berbagai macam pandangan, bahkan, penyatuan perspektif hak asasi manusia jarang sekali ditemukan dari pendapat berbagai macam ahli. Hal ini diakibatkan setiap peristiwa yang terjadi pada manusia di berbagai macam daerah maupun negara, baik peristiwa yang berhubungan dengan ekonomi, hukum, maupun hak asasi itu sendiri begitu sedemikian beragam, sehingga untuk menentukan perspektif mengenai hak asasi manusia memerlukan penyatuan konsep mengenai hak asasi manusia itu sendiri dari berbagai macam kondisi, waktu, peristiwa, dan personalitas seseorang, baik dari segi hak, kewajiban, maupun kebutuhan manusia itu sendiri.

Bagir Manan mengemukakan bahwa manusia secara alamiah (asasi) memikul berbagai hak dan kewajiban. Terdapat hak untuk hidup, hak atas keamanan, hak untuk memperoleh pembayaran dari barang yang dijual, dan lain-lain. Hak merupakan sesuatu yang dapat dituntut atau dipertahankan terhadap orang lain. Lebih lanjut Bagir Manan mengemukakan, dalam kehidupan bermasyarakat, orang juga memikul kewajiban untuk menjamin hak orang lain. Kalau membeli, maka wajib membayar. Kita wajib menghormati hak orang untuk hidup, dan lain-

lain. Agar hak-hak dan kewajiban-kewajiban itu dapat terlaksana dengan tertib dan damai, maka pelaksanaannya harus diatur. Kalau tidak diatur, mungkin terjadi yang merasa kuat akan secara sewenang-wenang memaksakan kehendaknya pada yang lemah. Disinilah pentingnya hukum berperan karena hukum mengatur lalu lintas hubungan antara orang dengan orang, orang dengan kelompok, kelompok dengan kelompok, orang atau kelompok dengan penguasa, penguasa dengan penguasa, dan lain sebagainya.<sup>4</sup>

### 3. Perlindungan Hukum (*Applied Theory*)

Perlindungan hukum sebagai suatu gambaran dari fungsi hukum, yaitu konsep dimana hukum dapat memberikan suatu keadilan, ketertiban, kepastian, kemanfaatan, dan kedamaian. Terdapat beberapa pendapat terkait perlindungan hukum yaitu:<sup>5</sup>

- 1) Menurut Satjipto Raharjo perlindungan hukum adalah adanya upaya melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan suatu hak asasi manusia kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingan tersebut
- 2) Menurut Soerjono Soekanto, perlindungan hukum pada dasarnya merupakan perlindungan yang diberikan kepada subjek hukum dalam bentuk perangkat hukum.
- 3) Menurut Setiono perlindungan hukum adalah tindakan atau upaya untuk melindungi masyarakat dari perbuatan sewenang-wenang oleh penguasa yang tidak sesuai dengan aturan hukum, untuk mewujudkan ketertiban dan

---

<sup>4</sup> Bagir Manan, *Pers, Hukum dan Hak Asasi Manusia*, Jakarta : Dewan Pers, 2016

<sup>5</sup> Setiono, *Supremasi Hukum*, (Surakarta: UNS, 2004), hlm.3.



ketentraman sehingga memungkinkan manusia untuk menikmati martabatnya sebagai manusia.<sup>6</sup>

- 4) Menurut Muchsin perlindungan hukum adalah kegiatan untuk melindungi individu dengan menyasikan hubungan nilai-nilai atau kaidah-kaidah yang menjelma dalam sikap dan tindakan dalam menciptakan adanya ketertiban dalam pergaulan hidup antara sesama manusia
- 5) Menurut Philipus M.Hadjon, perlindungan hukum adalah perlindungan harkat dan martabat serta pengakuan terhadap hak asasi manusia yang dimiliki oleh subjek hukum berdasarkan ketentuan hukum dari kesewenangan.<sup>7</sup>

## **E. Metode Penelitian**

### **1. Pendekatan Masalah**

Dalam membahas permasalahan penelitian ini, penulis melakukan jenis penelitian yuridis normatif dan yuridis empiris. Penelitian yuridis normatif yaitu penelitian yang didasarkan pada peraturan perundang-undangan, teori-teori dan konsep-konsep yang berhubungan dengan penulisan penelitian, sedangkan penelitian yuridis empiris yang dilakukan dengan mengadakan penelitian lapangan, yaitu dengan melihat fakta-fakta yang ada dalam praktek dan mengenai pelaksanaannya.

---

<sup>6</sup> Setiono, *Supremasi Hukum*, (Surakarta: UNS, 2004), hlm.3.

<sup>7</sup> Asri Wijayanti, *Hukum Ketenagakerjaan Pasca Reformasi*, Jakarta.2009

## 2. Sumber Data dan Jenis Data

Sumber data adalah tempat dimana materi data diperoleh. Sumber data dalam penelitian ini adalah:

### 1. Sumber Data Primer

Sumber data primer mencakup keterangan dari pihak-pihak yang terlibat secara langsung dengan permasalahan yang diteliti. Dalam hal ini diperoleh dari hasil wawancara dengan narasumber.

### 2. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder merupakan sumber data yang didapatkan secara langsung berupa keterangan. Sumber data sekunder digunakan untuk melengkapi dan mendukung sumber data primer. Sumber data sekunder meliputi pendapat para ahli, bahan-bahan pustaka yang dapat berupa buku-buku aktual, arsip, dokumen-dokumen, peraturan perundang-undangan, laporan, jurnal, hasil penelitian, media elektronik serta bahan kepustakaan lainnya yang menunjang. Sumber data sekunder pada penelitian ini meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier.

Bahan hukum primer meliputi Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Bahan hukum sekunder yaitu bahan hukum yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer,<sup>8</sup> yakni buku-buku, hasil penelitian serta tulisan hasil pertemuan ilmiah lainnya yang berkaitan dengan objek penelitian.

---

<sup>8</sup> Soejono dan H Abdurahman, 2003, Metode Penelitian Hukum, (Jakarta: Rineka Cipta), hlm.13

Sedangkan bahan hukum tersier yaitu bahan-bahan hukum yang memberikan informasi tentang bahan hukum primer dan sekunder, seperti kamus, ensiklopedia dan sebagainya.

Berdasarkan data diatas, jenis data dalam penelitian tesis ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber lapangan melalui penelitian.<sup>9</sup> Sedangkan data sekunder adalah data yang berasal dari sumber yang sudah tersedia, yaitu mencakup peraturan perundang-undangan, hasil-hasil penelitian yang berwujud laporan, buku-buku mengenai euthanasia atau DNR, publikasi elektronik maupun bentuk-bentuk lain yang berkaitan dengan penelitian empiris.

### **3. Penentuan Narasumber**

Penelitian tesis ini menggunakan metode wawancara dengan narasumber sebagai penunjang data sekunder. Wawancara ini bertujuan untuk mengumpulkan keterangan serta pendapat-pendapat.<sup>10</sup> Secara umum ada dua jenis teknik wawancara, yaitu wawancara terpimpin (terstruktur) dan wawancara dengan teknik bebas (tidak terstruktur) yang disebut wawancara mendalam (*in-depth interviewing*).<sup>11</sup>

Penelitian yang dilakukan dengan teknik wawancara terpimpin (terstruktur) dan terarah (*directive interview*). Wawancara dilakukan berdasarkan pada pedoman-

---

<sup>9</sup>Burhan Ashofa, 2001, Metodologi Penelitian Kualitatif, (Jakarta: Gramedia), hlm.12

<sup>10</sup> Burhan Ashofa, Op.Cit., hlm.95

<sup>11</sup> HB Sutopo, 2002, Metodologi Penelitian Kualitatif Dasar Teori dan Praktek Dalam Penelitian, (Surakarta: UNS Press), hlm.58

pedoman dan pertanyaan-pertanyaan yang telah disiapkan sebelum dilakukan wawancara. Wawancara ini dilakukan kepada narasumber berikut :

1. Ketua Komite Medik Rumah Sakit
2. Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh
3. Dokter Spesialis Anestesi
4. Ketua IDI Pringsewu

#### **4. Pengumpulan dan Pengolahan Data**

Teknik pengumpulan data yang dipakai dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara dan studi pustaka. Wawancara dilakukan untuk memperoleh data primer yang dilakukan secara terstruktur terhadap para narasumber. Selanjutnya pengumpulan data dilakukan melalui studi kepustakaan untuk mengumpulkan data sekunder, berupa berbagai literatur meliputi peraturan perundang-undangan, buku-buku, laporan hasil penelitian terdahulu, artikel jurnal dan dokumen lainnya yang memiliki keterkaitan dengan permasalahan yang diteliti. Selanjutnya data diperoleh baik secara tertulis maupun lisan, diolah secara sistematis, kualitatif dan kuantitatif sesuai permasalahan yang dibahas.

#### **5. Analisis Data**

Seluruh data yang terkumpul dengan lengkap dari lapangan dianalisis sehingga dapat dipergunakan untuk menjawab persoalan penelitian. Menurut Soerjono Soekanto, analisis data kualitatif adalah suatu cara analisis yang menghasilkan data deskriptif analitis, yaitu apa yang dinyatakan oleh responden secara tertulis atau lisan dan juga perilaku yang nyata, yang diteliti dan dipelajari sebagai

sesuatu yang utuh.<sup>12</sup> Teknik analisis data yang digunakan untuk menganalisa data adalah analisa kualitatif model interaktif, yaitu digunakan dengan cara interaksi, baik komponennya maupun dengan proses pengumpulan data, dalam proses berbentuk siklus.

Model analisis kualitatif yang digunakan dalam penelitian tesis ini adalah model analisis data yang dilaksanakan dengan menggunakan tiga tahap atau komponen berupa reduksi data, sajian data, serta penarikan kesimpulan atau verifikasi dalam suatu proses siklus antara tahap-tahap tersebut sehingga data terkumpul akan berhubungan satu dengan yang lainnya secara otomatis.

---

<sup>12</sup> Soerjono Soekanto, Op.Cit.,hlm.154

## II. TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Henti Jantung dan RJP (Resusitasi Jantung Paru)

Henti jantung merupakan kondisi dimana terjadi kegagalan organ jantung untuk mencapai curah jantung yang adekuat, yang menyebabkan terjadinya *asistole* (tidak adanya detak jantung) atau *disritmia*. Biasanya ditandai dengan terjadinya henti nafas dan henti jantung.

Penyebab terjadinya henti jantung karena adanya gangguan kelistrikan jantung yang menyebabkan keadaan mengancam jiwa seperti aritmia atau masalah irama jantung. Selain itu henti jantung dapat disebabkan oleh keadaan yang *reversible* seperti hipoksia, hypovolemia, hiponatremia, tension pneumothorak, *tamponade cardiac*, dan *hydrogen ion* (asidosis).

Tanda jika pasien mengalami henti jantung adalah sebagai berikut :

- a. Pada pasien tidak teraba nadi di arteri besar seperti karotis, radialis, maupun femoralis
  - b. Pernafasan pasien abnormal, pada beberapa kasus tidak normalnya pernafasan dapat terjadi meskipun jalan nafas paten
  - c. Pasien tidak berespon terhadap rangsangan verbal maupun rangsangan nyeri
- Penatalaksanaan ketika terjadi henti jantung harus dilakukan dengan segera.

Berdasarkan rekomendasi *American Heart Association* (AHA) mengenai alur penanganan pasien henti jantung yang disebut *chain of survival* atau rantai bertahan hidup, dimana di setiap rantai saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan. Rantai bertahan hidup terdiri dari dua yaitu *In Hospital Cardiac arrest* (IHCA) atau kejadian henti jantung di rumah sakit, dan *Out of Hospital cardiac arrest* (OHCA) atau kejadian henti jantung diluar rumah sakit.

Penatalaksanaan henti jantung prinsip IHCA dimulai dari pengenalan awal dan pencegahan, segera mengaktifkan sistem tanggap darurat, pemberian RJP berkualitas, melakukan defibrilasi, jika pasien sudah kembali normal diberikan perawatan pasca henti jantung dan pemulihan. Penatalaksanaan dengan prinsip OHCA dimulai dengan segera mengaktifkan sistem tanggap darurat, pemberian RJP berkualitas, melakukan defibrilasi, saat dirujuk ke rumah sakit diberikan resusitasi lanjutan, jika pasien sudah normal diberikan perawatan pasca henti jantung dan pemulihan.<sup>13</sup>

Resusitasi (*resuscitation*) yang berarti menghidupkan kembali, merupakan usaha yang dilakukan untuk mencegah timbulnya episode henti jantung yang berakibat kematian. Jika penanganan tidak segera dilakukan pasien dengan kondisi henti jantung dapat mengalami kematian dalam waktu yang singkat (4-6 menit). Salah satu penatalaksanaan henti jantung berupa Resusitasi Jantung Paru (RJP). Tindakan segera pada kasus henti jantung dan henti nafas.

---

<sup>13</sup> Buku Ajar, Kursus Bantuan Hidup Lanjut, 2018

Prinsip utama yang mendasari Resusitasi Jantung Paru (RJP) yaitu :

a. Ketepatan

Tujuan dari RJP adalah mengembalikan pasien pada kehidupan yang berkualitas sehingga ketepatan dalam RJP sangat penting. Jika tidak memungkinkan untuk dilakukan RJP yang berkualitas maka perlu dipertimbangkan untuk tidak perlu dilakukan RJP. Pada banyak kasus terdapat label untuk tidak mengharuskan dilakukan resusitasi (*Do Not Resuscitate*), hal tersebut boleh dilakukan berdasarkan keadaan seperti: kemungkinan untuk berhasil kecil (berhubungan dengan usia dan penyakit) , permintaan pasien maupun keluarga/kerabat pasien, dan kemungkinan untuk mengembalikan pasien ke hidup yang berkualitas berlangsung lama.

b. Kecepatan

Pasien dengan keadaan henti jantung memiliki waktu yang singkat. Jika penanganan tidak segera pasien henti jantung dapat mengalami kematian dalam waktu sekitar 4-6 menit, sehingga kecepatan merupakan salah satu hal yang sangat penting diperhatikan saat RJP setelah ketepatan.

Resusitasi Jantung Paru (RJP) merupakan metode untuk mengembalikan fungsi pernafasan dan sirkulasi pada pasien yang mengalami henti nafas henti jantung yang tidak diharapkan mati pada saat itu.

Tindakan RJP dapat menimbulkan beberapa resiko yang biasanya akibat dari tindakan tekanan di dada yaitu cedera dada, patah tulang rusuk atau paru-paru kolaps. Selain itu terdapat kontraindikasi untuk dilakukan RJP yaitu *Do Not Resuscitate* (DNR), tidak ada manfaat fisiologis karena kondisi vital menurun, dan



ada tanda-tanda kematian yang *reversible* (rigormortis/kaku mayat, dekapitasi, dekomposisi, atau pucat)

## **B. Euthanasia**

Istilah euthanasia di Indonesia saat ini sudah tidak asing, walaupun belum secara jelas diakui secara yuridis. Euthanasia berasal dari bahasa Yunani yaitu *Euthanatos*, *Eu* berarti baik, tanpa penderitaan dan *tanathos* berarti mati, sehingga euthanasia diartikan mati dengan baik tanpa penderitaan.

Euthanasia dapat diartikan sebagai *a good death* atau amati dengan tenang. Euthanasia dapat terjadi karena adanya permintaan pasien, keluarga pasien atau anjuran dokter akibat adanya penderitaan hebat pada pasien.<sup>14</sup>

Penggunaan terminologi euthanasia terdiri dari 3 katagori, yaitu:

### 1. Pemakaian secara sempit

Pemakaian secara sempit euthanasia dapat digunakan untuk tindakan mengakhiri rasa sakit dari penderitaan dalam menghadapi kematian. Dalam hal ini euthanasia berarti perawatan dokter yang bertujuan untuk menghilangkan penderitaan yang dapat dicegah sejauh perawatan tidak bertentangan dengan kaidah-kaidah hukum, etika, atau adat yang berlaku.

### 2. Pemakaian secara lebih luas

Pemakaian secara lebih luas, euthanasia dipakai untuk perawatan yang menghindari rasa sakit dalam penderitaan dengan resiko efek hidup yang pendek

---

<sup>14</sup> Djoko Prakoso & Djarman Andhi Nirwanto, *Euthanasia Hak Asasi Manusia dan Hukum Pidana*, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1984

### 3. Pemakaian paling luas

Pemakaian paling luas, euthanasia berarti memendekkan hidup yang tidak lagi dianggap sebagai efek samping tetapi sebagai tindakan untuk menghilangkan penderitaan pasien.

Salah satu Negara Eropa yang maju dalam hukum kesehatan yaitu Belanda yang mendefinisikan euthanasia yang dibuat oleh *Euthanasia Study Group* dari KNMG Holland (Ikatan Dokter Belanda), euthanasia diartikan dengan sengaja tidak melakukan sesuatu (*nalaten*) untuk memperpanjang hidup seorang pasien atau sengaja melakukan sesuatu untuk memperpendek hidup atau mengakhiri hidup seorang pasien, dan semua dilakukan khusus untuk kepentingan pasien sendiri.

Terdapat beberapa klasifikasi euthanasia sebagai berikut:<sup>15</sup>

#### 1. Dilihat dari cara dilaksanakan, euthanasia dapat dibedakan menjadi atas :

##### a. Euthanasia Pasif

Euthanasia pasif termasuk dalam praktik menghentikan pengobatan atau suatu keadaan seorang dokter atau tenaga kesehatan lain secara sengaja tidak lagi memberikan bantuan medis kepada pasien yang dapat memperpanjang hidupnya. Perbuatan penghentian atau mencabut segala tindakan atau pengobatan yang perlu untuk mempertahankan hidup manusia hingga fase hidupnya yang terakhir.

##### b. Euthanasia Aktif

Euthanasia aktif merupakan perbuatan yang dilakukan secara medik melalui intervensi aktif oleh seorang dokter atau tenaga kesehatan lain, dengan

---

<sup>15</sup> M.Jusuf Hanafiah dan Amir Amri, Op. Cit, hlm.119

tujuan untuk mengakhiri hidup manusia. Dalam hal ini dokter sebagai orang yang berperan aktif dalam kematian pasien.

c. Auto euthanasia<sup>16</sup>

Auto euthanasia yaitu penolakan secara tegas oleh pasien yang dilakukan secara sadar untuk memperoleh bantuan atau perawatan medik terhadap dirinya, dan ia tahu pasti bahwa hal itu akan memperpendek atau mengakhiri hidupnya. Dalam hal penolakan ini pasien harus membuat pernyataan secara tertulis

2. Dari segi maksud euthanasia dibedakan menjadi:<sup>17</sup>

a. Euthanasia Langsung (*Direct*)

Euthanasia langsung yaitu dilakukannya tindakan medik secara terarah yang diperhitungkan akan mengakhiri hidup pasien, atau memperpendek hidup pasien. Jenis euthanasia ini dikenal juga sebagai *mercy killing*.

b. Euthanasia Tidak Langsung (*Indirect*)

Euthanasia tidak langsung yaitu ketika dokter atau tenaga kesehatan melakukan tindakan medik untuk meringankan penderitaan pasien, namun mengetahui adanya resiko tersebut dapat memperpendek atau mengakhiri hidup pasien

3. Ditinjau dari permintaan

a. *Euthanasia Volunter* atau euthanasia sukarela (atas permintaan pasien)

*Euthanasia volunter* yaitu euthanasia yang dilakukan atas permintaan pasien secara sadar dan diminta berulang-ulang, pasien meminta agar hidupnya

---

<sup>16</sup> Achadiat M, Chrisdiono, *Dinamika Etika dan Hukum Kedokteran dalam Tantangan Zaman*, EGC, 2006

<sup>17</sup> M.Jusuf Hanafiah dan Amri, *Op.Cit*, hlm.119

diakhiri dengan segera karena sudah tidak sanggup lagi menderita sakit yang berkepanjangan, sudah tidak mempunyai harapan sembuh, dokter akan berusaha mengambil tindakan mengakhiri hidup pasien tanpa rasa sakit karena kasihan atas penderitaan pasien

b. *Euthanasia Involunter* (tidak atas permintaan pasien)

*Euthanasia involunter* yaitu euthanasia yang dilakukan pada pasien yang sudah tidak sadar, dan biasanya keluarga pasien yang meminta. Dalam hal ini pasien yang bersangkutan sudah dalam keadaan parah, sehingga tidak mampu lagi menyatakan kehendaknya dan dokter karena kasihan mengakhiri hidup pasien tersebut dengan cara tidak menimbulkan sakit sehingga pasien dapat terbebas dari penderitaan.

Bentuk lain euthanasia yang termasuk bentuk semu dari euthanasia, menurut J.E.Sahetapy euthanasia dapat dibedakan menjadi 3 yaitu :<sup>18</sup>

1. *Action to Permit Death Occur*

Euthanasia yang terjadi karena pasien yang menginginkan untuk mati, dimana pasien sadar dan mengetahui bahwa penyakitnya tidak akan disembuhkan walau dilakukan pengobatan dan perawatan, sehingga pasien meminta penghentian pengobatan dan meminta perawatan tidak dilakukan di Rumah sakit, pasien meminta dibiarkan di rumah. Euthanasia ini seperti euthanasia pasif atau sama seperti auto euthanasia.

---

<sup>18</sup> R.Abdul Djamali, Op.Cit

## 2. *Failure to take Action to Prevent Death*

Euthanasia yang terjadi akibat kelalaian atau kegagalan dokter dalam mengambil suatu tindakan untuk mencegah adanya kematian. Dokter membiarkan pasien tanpa pengobatan karena akan sia-sia.

## 3. *Positive Action To cause Death*

Euthanasia yang merupakan tindakan yang positif dari dokter untuk mempercepat terjadinya kematian, contohnya dengan memberikan suntikan obat yang menimbulkan kematian, obat penghilang kesadaran dosis tinggi dan lain-lain. Jenis euthanasia ini sama dengan euthanasia aktif

Menurut H.J.J.Leenen ada bentuk pengakhiran hidup yang mirip dengan euthanasia tetapi sebenarnya bukan euthanasia, dan disebut sebagai *Schijngestaten van Euthanasia*, yang termasuk pseudoeuthanasia yaitu :<sup>19</sup>

1. Menghentikan pengobatan atau perawatan medis yang sudah tidak ada gunanya lagi (*zinloos*)
2. Penolakan melakukan perawatan medis oleh pasien
3. Menghentikan pengobatan atau perawatan medis karena mati otak (*brain death*)
4. Pengakhiran hidup pasien akibat persediaan peralatan medis yang terbatas (*emergency*)
5. Euthanasia akibat situasi dan kondisi

---

<sup>19</sup> Achadiat Chrisdiono M, Op.Cit

Menurut Leenen yang dikutip oleh Chrisdiono, terdapat beberapa kasus yang disebut pseudo euthanasia, yang tidak dapat dimasukkan pada larangan hukum pidana. Terdapat 4 pseudo euthanasia menurut Leneen yaitu :

1. Pengakhiran perawatan medis karena gejala mati batang otak, jantung masih berdenyut, peredaran darah dan pernafasan masih berjalan, tetapi tidak ada kesadaran karena otak seratus persen tidak berfungsi, misalnya akibat kecelakaan berat
2. Pasien menolak perawatan atau bantuan medis terhadap dirinya
3. Berakhirnya kehidupan akibat keadaan darurat karena kuasa tidak terlawan (*force majeure*)
4. Penghentian perawatan/pengobatan/bantuan medis yang diketahui tidak ada gunanya

### **C. Do Not Resuscitation (DNR)**

*Do Not Resuscitation* adalah sebuah perintah jangan dilakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) pada pasien. Tenaga kesehatan tidak akan melakukan atau memberikan tindakan pertolongan berupa Resusitasi Jantung Paru (RJP) jika terjadi henti nafas atau henti jantung pada pasien. Pasien dibiarkan meninggal karena alasan medis serta keluarga telah menyetujui keputusan DNR. Perintah DNR untuk pasien harus tertulis baik dicatatan medis pasien maupun dicatatan yang dibawa pasien sehari-hari, di rumah sakit atau keperawatan atau untuk pasien di rumah.

Terdapat beberapa kriteria DNR yaitu :

1. Perintah DNR dapat diminta oleh pasien dewasa yang kompeten mengambil keputusan, telah mendapat penjelasan dari dokternya, atau bagi pasien yang dinyatakan tidak kompeten, keputusan dapat diambil oleh keluarga terdekat, atau wali yang sah yang ditunjuk oleh pengadilan, atau oleh *surrogate decision-maker*
2. Dengan pertimbangan tertentu, hal-hal dibawah ini dapat menjadi bahan diskusi perihal DNR dengan pasien/walinya seperti kasus-kasus dimana angka harapan keberhasilan pengobatan rendah atau RJP hanya menunda proses kematian yang alami, pasien tidak sadar secara permanen, pasien berada pada kondisi terminal, dan ada kelainan atau disfungsi kronik dimana lebih banyak kerugian dibanding keuntungan jika resusitasi dilakukan. Ada beberapa keadaan jika RJP diberikan biasanya memberikan 0% kemungkinan berhasil seperti kondisi klinis: *persistent vegetative state*, *syok septic*, stroke akut, kanker metastasis (stadium 4) dan pneumonia berat.

Pemberiaan tindakan perawatan dan tindakan medis pada pasien DNR tidak berbeda dengan pasien pada umumnya, tetap sesuai dengan *advice* dan kebutuhan pasien tanpa mengurangi kualitasnya. DNR hanya memiliki makna jika pasien henti nafas dan henti jantung tidak dilakukan RJP.

Prosedur Penolakan Resusitasi di Rumah Sakit yaitu :<sup>20</sup>

1. Dokter Penanggung Jawab Pasien menjelaskan tentang pentingnya resusitasi atau pengobatan bantuan hidup dasar
2. Pasien atau keluarga / wali yang ditunjuk mengisi formulir penolakan resusitasi

---

<sup>20</sup> STARKES. Panduan Kondisi Terminal. SNARS.WEB.ID

Prosedur DNR yang direkomendasikan sebagai berikut :<sup>21</sup>

1. Meminta *informed consent* dari pasien atau walinya
2. Mengisi formulir DNR, menempatkan salinan pada rekam medis pasien dan menyerahkan salinan kepada pasien atau keluarga dan *caregiver*
3. Menginstruksikan pasien atau *caregiver* memasang formulir DNR ditempat yang mudah dilihat seperti headboard, bedstand, pintu kamar atau kulkas
4. Pasien mengenakan gelang DNR dipergelangan tangan atau kaki (jika memungkinkan)
5. Meninjau kembali status DNR secara berkala dengan pasien atau walinya, revisi bila ada perubahan keputusan yang terjadi dan catat dalam rekam medis. Bila keputusan DNR dibatalkan, catat tanggal terjadinya dan gelang DNR dimusnahkan
6. Perintah DNR harus mencakup hal-hal dibawah ini :
  - a. Diagnosis
  - b. Alasan DNR
  - c. Kemampuan pasien untuk membuat keputusan
  - d. Dokumentasi bahwa status DNR telah ditetapkan dan oleh siapa
7. Perintah DNR dapat dibatalkan dengan keputusan pasien sendiri atau dokter yang merawat, atau oleh wali yang sah. Dalam hal ini, catatan DNR direkam medis harus pula dibatalkan dan gelang DNR (jika ada) harus dimusnahkan.

---

<sup>21</sup> STARKES. Panduan Kondisi Terminal. SNARS.WEB.ID



Pendekatan yang dilakukan dalam membuat keputusan DNR

1. *Advance Directive* merupakan dokumen yang memuat keinginan dan keputusan pasien yang dikemudian hari jika tidak mampu melakukannya. Dokumen ini dapat berbentuk surat wasiat yang menyebutkan keinginan atau keputusan pasien dengan jelas, atau berbentuk penunjukan orang lain yang spesifik secara khusus untuk mengambil keputusan medis atas diri pasien (*durable power of attorney for health care*). Ada beberapa kontroversi terkait surat wasiat yang diinterpretasikan, dalam beberapa kasus surat wasiat sudah dari lampau dan pemikiran pasien sudah berubah. Terdapat juga kasus dimana pasien berubah pikiran terkait *end-of-life* ketika benar-benar menghadapinya. Dalam kasus seperti ini surat wasiat ditinjau kembali berdasarkan komunikasi dengan anggota keluarga atau tenaga kesehatan yang memiliki hubungan kerabat dengan pasien
2. *Surrogate decision maker*, dalam kondisi tidak adanya dokumen, orang terdekat pasien atau yang mengetahui keinginan pasien dapat membantu, meskipun pada prakteknya semua anggota keluarga dapat dilibatkan.

#### **D. Hak Pasien**

Setiap manusia memiliki hak yang tidak boleh dilanggar oleh pihak lain termasuk hak pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28A perubahan kedua yang menyebutkan “Setiap orang berhak hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya”, kesehatan merupakan faktor penting dalam mempertahankan

hidup dan meningkatkan taraf kehidupan.<sup>22</sup> Dasar hukum inilah yang memberikan kepastian hukum seorang pasien dapat mempertahankan hidupnya terutama dengan bantuan seorang dokter yang memiliki keahlian dalam kontrak terapeutik. Menurut Ruud Verberne pada dasarnya hak asasi pribadi subjek hukum, seperti pasien, dalam hukum kesehatan yaitu:<sup>23</sup>

1. Hak untuk hidup
2. Hak untuk mati wajar
3. Hak atas penghormatan terhadap integritas badaniah dan rohaniah
4. Hak tubuh sendiri

Hak menentukan diri sendiri adalah hak dasar dari hak pasien, terdapat berbagai hak pasien sebagai berikut:<sup>24</sup>

1. Hak atas pelayanan medis dan perawatan
2. Hak atas informasi dan persetujuan
3. Hak atas rahasia kedokteran
4. Hak memilih dokter dan rumah sakit
5. Hak untuk menolak dan menghentikan pengobatan
6. Hak untuk tidak terlalu dibatasi kemerdekaannya selama proses pengobatan pasien boleh melakukan hal-hal yang lain asal tidak membahayakan kesehatannya
7. Hak untuk mengadu dan mengajukan gugatan
8. Hak atas ganti rugi
9. Hak atas bantuan hukum

---

<sup>22</sup> Notoatmojo Soekidjo, Etika dan Hukum Kesehatan, PT Rineka Cipta. Jakarta, 2010

<sup>23</sup> Soerjono Soekato dan Herkutanto, Pengantar Hukum Kesehatan, Bandung, 1987

<sup>24</sup> Noor M. Aziz, Op.Cit, hlm 46

10. Hak untuk mendapatkan nasihat untuk ikut serta dalam eksperimen
11. Hak atas perhitungan biaya pengobatan dan perawatannya yang wajar dan penjelasan perhitungan tersebut.

Kode Etik Kedokteran Indonesia mengatur tentang kewajiban dokter terhadap pasien yang merupakan hak-hak pasien yang perlu diperhatikan, pada dasarnya hak-hak pasien yaitu:

1. Hak untuk hidup, hak atas tubuhnya sendiri, dan hak untuk mati secara wajar
2. Memperoleh pelayanan kedokteran yang manusiawi sesuai dengan standar profesi kedokteran
3. Memperoleh penjelasan tentang diagnosis dan terapi dari dokter yang mengobatinya
4. Menolak prosedur diagnosis dan terapi yang direncanakan, bahkan dapat menarik dari kontrak terapeutik
5. Memperoleh penjelasan tentang riset kedokteran yang akan diikutinya
6. Menolak atau menerima keikutsertaannya dalam riset kedokteran
7. Dirujuk kepada dokter spesialis kalau diperlukan, dan dikembalikan kepada dokter yang merujuknya setelah selesai konsultasi atau pengobatan untuk memperoleh perawatan atau tindak lanjut
8. Kerahasiaan dan rekam medisnya atas hal pribadi
9. Memperoleh penjelasan tentang peraturan rumah sakit
10. Berhubungan dengan keluarga, penasihat, atau rohaniawan, dan lain-lain yang diperlukan selama perawatan di rumah sakit
11. Memperoleh penjelasan tentang perincian biaya rawat inap, obat, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan *Rotgen*, *ultrasonografi* (USG), CT-

Scan, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), dan sebagainya, (bila dilakukan) biaya kamar bedah, kamar bersalin, imbalan jasa dokter, dan lain-lainnya.

### **E. Aspek Hukum**

Pengaturan hukum terkait DNR di Indonesia berkaitan dengan beberapa peraturan hukum seperti Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28A sebagai landasan dalam mempertahankan kehidupan manusia yaitu hak untuk hidup dan mempertahankan kehidupan "Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya"

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 4 "Setiap orang berhak atas kesehatan", Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 5 :

- (1) "Setiap orang memiliki hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya dibidang kesehatan ;
- (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman , bermutu, dan terjangkau ;
- (3) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan dirinya",

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 56 :

- (1) Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap ;
- (2) Hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku pada :

- a. penderita yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas,
  - b. keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri atau
  - c. gangguan mental berat
- (3) ketentuan mengenai hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pasien atau keluarga pasien setelah dijelaskan kondisi kesehatan secara jelas dan lengkap, maka keputusan atau penolakan baik secara lisan dan tulisan (*informed consent*) akan tercatat didalam Rekam Medis.

Persetujuan tindakan kedokteran juga tertuang pada Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 45

- (1) Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan ;
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap ;
- (3) Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup :
  - a. Diagnosis dan tatacara tindakan medis,
  - b. Tujuan tindakan medis yang dilakukan,
  - c. Alternatif tindakan lain dan risikonya,
  - d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dan,
  - e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan ;
- (4) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan secara lisan maupun tulisan ;

- (5) Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang mengandung resiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan ;
- (6) Ketentuan mengenai tata cara persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4) dan ayat (5) diatur dengan peraturan menteri.

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor Pasal 1 yaitu :

1. Penghentian terapi bantuan hidup (*with-drawing life supports*) adalah menghentikan sebagian atau semua terapi bantuan hidup yang sudah diberikan pada pasien
2. Penundaan terapi bantuan hidup (*with-holding life supports*) adalah menunda pemberian terapi bantuan hidup baru atau lanjutan tanpa menghentikan terapi bantuan hidup yang sedang berjalan
3. *Intensive Care Unit* yang selanjutnya disingkat ICU adalah suatu instalasi di rumah sakit dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit akut, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia yang diharapkan masih *reversibel*.

Penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 Pasal 14 yaitu :

1. Pada pasien yang berada dalam keadaan tidak dapat disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya (*terminal state*) dan tindakan kedokteran sudah sia-sia (*futile*) dapat dilakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup
2. Kebijakan mengenai kriteria keadaan pasien yang *terminal state* dan tindakan kedokteran yang sudah sia-sia (*futile*) ditetapkan oleh direktur atau kepala rumah sakit
3. Keputusan untuk menghentikan atau menunda terapi bantuan hidup tindakan kedokteran terhadap pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tim dokter yang menangani pasien setelah berkonsultasi dengan tim dokter yang ditunjuk oleh komite medik atau komite etik
4. Rencana tindakan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup harus diinformasikan dan memperoleh persetujuan dari keluarga pasien atau yang mewakili pasien
5. Terapi bantuan hidup yang dapat dihentikan atau ditunda hanya tindakan yang bersifat terapeutik dan/atau perawatan yang bersifat luarbiasa (*extraordinary*), meliputi :
  - a. Rawat di *Intensive Care Unit*
  - b. Resusitasi jantung Paru
  - c. Pengendalian disritmia
  - d. Intubasi trakeal
  - e. Ventilasi mekanis
  - f. Obat vasoaktif

- g. Nutrisi parenteral
  - h. Organ artifisial
  - i. Transplantasi
  - j. Tranfusi darah
  - k. Monitoring invasif
  - l. Antibiotika, dan
  - m. Tindakan lain yang ditetapkan dalam standar pelayanan kedokteran
6. Terapi bantuan hidup yang tidak dapat dihentikan atau ditunda meliputi oksigen, nutrisi enteral dan cairan kristaloid

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 Pasal 15 yaitu :

1. Keluarga pasien dapat meminta dokter untuk melakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup atau meminta menilai keadaan pasien untuk penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup
2. Keputusan untuk menghentikan atau menunda terapi bantuan hidup tindakan kedokteran terhadap pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tim dokter yang menangani pasien setelah berkonsultasi dengan tim dokter yang ditunjuk oleh komite medik atau komite etik
3. Permintaan keluarga pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dilakukan dalam hal :
  - a. Pasien tidak kompeten tetapi telah mewasiatkan pesannya tentang hal ini (*advanced directive*) yang dapat berupa :
    1. Pesan spesifik yang menyatakan agar dilakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup apabila mencapai keadaan *futility* (kesia-siaan)



2. Pesan yang menyatakan agar keputusan didelegasikan kepada seseorang tertentu (*surrogate decision maker*)
  - b. Pasien yang tidak kompeten dan belum berwasiat, namun keluarga pasien yakin bahwa seandainya pasien kompeten akan memutuskan seperti itu, berdasarkan kepercayaannya dan nilai-nilai yang dianutnya
4. Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) bila pasien masih mampu membuat keputusan dan menyatakan keinginannya sendiri
5. Dalam hal permintaan dinyatakan oleh pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka permintaan pasien tersebut harus dipenuhi
6. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian antara permintaan keluarga dan rekomendasi tim yang ditunjuk oleh komite medik atau komite etik, dimana keluarga tetap meminta penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup, tanggungjawab hukum ada di pihak keluarga

Informasi antara hubungan dokter dan pasien diperlukan dalam melakukan hubungan medik, informasi berasal dari kata *informare* yang sebenarnya memberi bentuk. Persetujuan tindakan (*informed consent*) mencakup tentang informasi dan persetujuan yaitu persetujuan yang diberikan setelah yang bersangkutan mendapat informasi terlebih dahulu atau dapat disebut sebagai persetujuan berdasarkan informasi. Persetujuan yang diberikan pasien atau keluarga pasien harus didasarkan atas informasi yang diberikan sebelumnya oleh dokter, jadi ketika pasien akan ditangani oleh dokter, terlebih dahulu pasien atau keluarga sudah diberikan informasi terkait tindakan yang akan dokter ambil serta resiko yang akan terjadi.

Persetujuan tindakan medis merupakan istilah yang dipakai untuk *informed consent, informed* artinya telah diberitahukan, telah disampaikan atau telah diinformasikan, sedangkan *consent* artinya persetujuan yang diberikan kepada seseorang untuk berbuat sesuatu. Pemberian informasi sebelum mendapat tindakan medis yang diberikan dokter kepada pasien, penjelasan diantaranya berisi tindakan apa yang akan diambil serta risikonya. Di Belanda menggunakan istilah *gerichte toestemming* yang artinya izin atau persetujuan terarah dan di Jerman menyebutnya *Aufklärungspflicht* yang berarti kewajiban dokter untuk memberi penerangan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 1 Ayat (1) menyebutkan :

Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Sebelum pasien memberikan persetujuan diperlukan beberapa masukan yaitu:

1. Penjelasan lengkap mengenai prosedur yang akan digunakan dalam tindakan medis tertentu (yang masih berupa upaya/percobaan) yang diusulkan oleh dokter serta tujuan yang ingin dicapai (hasil dari upaya/percobaan)
2. Deskripsi mengenai efek samping serta akibat yang tidak diinginkan yang mungkin timbul
3. Deskripsi mengenai ketentuan yang dapat diperoleh pasien
4. Penjelasan mengenai perkiraan lamanya prosedur berlangsung

5. Penjelasan mengenai hak pasien untuk menarik kembali persetujuan tanpa ada prasangka (jelek) mengenai hubungannya dengan dokter dan lembaganya
6. Prognosis mengenai kondisi medis pasien bila ia menolak tindakan medis tertentu (upaya) tersebut

Bentuk persetujuan tindakan medis terdapat 2 yaitu :

1. Tersirat atau dianggap telah diberikan (*implied consent*)
  - a. Keadaan normal
  - b. Keadaan darurat

*Implied consent* adalah persetujuan yang diberikan pasien secara tersirat tanpa pernyataan tegas. Isyarat persetujuan ditangkap dokter dari sikap dan tindakan pasien. Biasanya tindakan dokter yang biasa dilakukan atau sudah diketahui secara umum. *Implied consent* bentuk lain yaitu dalam keadaan pasien gawat darurat (*emergency*) dan dokter memerlukan tindakan segera, sementara pasien dalam kondisi tidak bisa memberikan persetujuan dan tidak ada keluarga di tempat, dokter dapat melakukan tindakan medis terbaik menurut dokter.

2. Dinyatakan (*expressed consent*)

*Expressed consent* adalah persetujuan yang dinyatakan secara lisan atau tulisan, bila yang dilakukan lebih dari prosedur pemeriksaan dan tindakan yang biasa.

Dalam peraturan tentang persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi informasi atau penjelasan ini dinyatakan bahwa dalam memberikan penjelasan sekurang-kurangnya mencakup :

- a. Diagnosis dan tatacara tindakan medis
- b. Tujuan tindakan medis yang dilakukan

- c. Alternatif tindakan lain dan resikonya
- d. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan

Sehingga hak menentukan nasib sendiri memberikan dasar otonom bagi syarat *informed consent*. Hak menentukan nasib sendiri sebagai dasar, maka pemberian persetujuan dapat dianggap sebagai negosiasi mengenai suatu kontrak.

Dalam persetujuan tindakan yang memiliki resiko seperti munculnya sengketa maka harus adanya bukti dokumen persetujuan tindakan medik.

*Informed consent* dalam hukum pidana harus dipenuhi hal yang berkaitan dengan adanya pasal 315 kitab Undang-Undang Hukum pidana, tentang penganiayaan. Dalam hal ini DNR jika dilakukan dan menyebabkan kematian tanpa adanya *informed consent* tindakan dokter dapat dikatakan pembunuhan dan melanggar pasal 338 KUHP atau bahkan 240 KUHP yaitu pembunuhan berencana. Maka setiap tindakan yang beresiko tinggi atau berindikasi menimbulkan hal yang tidak diinginkan terhadap pasien seperti kematian memerlukan *informed consent* sebagai perlindungan hukum bagi dokter.

*Informed consent* dalam sudut hukum perdata adalah wajib dipenuhi, terkait bahwa hubungan dokter dan pasien adalah suatu perikatan transaksi terapeutik untuk sahnya perikatan tersebut diperlukan syarat sahnya perjanjian yaitu pasal 1320 KUH Perdata diantaranya adalah adanya kesepakatan antara dokter dengan pasien.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 14

1. Tindakan penghentian/penundaan bantuan hidup (*withdrawing/withholding life support*) pada seorang pasien harus mendapat persetujuan keluarga terdekat pasien
2. Persetujuan penghentian/penundaan bantuan hidup oleh keluarga terdekat pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah keluarga mendapat penjelasan dari tim dokter yang bersangkutan
3. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus diberikan secara tertulis

Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 Pasal 16 Penolakan Tindakan Kedokteran yaitu:

1. Penolakan tindakan kedokteran dapat dilakukan oleh pasien dan/atau keluarga terdekatnya setelah menerima penjelasan tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan
2. Penolakan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan secara tertulis
3. Akibat penolakan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi tanggungjawab pasien
4. Penolakan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak memutuskan hubungan dokter – pasien.

#### **F. Aspek Etika**

Secara umum ada 2 macam etika yaitu etika umum dan etika profesi. Etika atau *ethics* berasal dari kata dalam bahasa Yunani *ethikes* yang berarti moral dan *ethos* yang berarti tabiat, karakter atau kelakuan. Etika merupakan suatu keharusan

untuk melaksanakan ketentuan-ketentuan normatif itu timbul dari dalam diri manusia secara pribadi, dari kalbu setiap insan, dan tidak perlu disertai sanksi yang tegas karena nilai-nilai moral itu secara interinsik telah terkandung didalamnya sebagai nilai-nilai yang tertinggi dan bersifat normatif.

Kode etik adalah norma-norma yang harus diindahkan oleh setiap profesi dalam melaksanakan tugas profesi dan hidupnya masyarakat. Norma tersebut berisi petunjuk bagi anggota profesi tentang bagaimana mereka harus menjalankan profesi dan larangannya, yaitu ketentuan tentang apa yang boleh atau yang tidak boleh dilakukan dalam menjalankan tugas profesi dan menyangkut tingkah laku dalam kehidupan sehari-hari.

Hukum dan etika keduanya didasari atas norma, tetapi dalam pelaksanaan hukum dan etik memiliki perbedaan, perbedaan hukum dan etik yaitu:

1. Etik berlaku untuk lingkungan profesi khusus, hukum berlaku untuk umum
2. Etik disusun berdasarkan kesepakatan anggota profesi dibawah naungan perhimpunannya, hukum disusun oleh badan pemerintah
3. Etik tidak seluruhnya tertulis, hukum tercantum secara terperinci dalam kitab Undang-Undang dan lembaran atau berita negara
4. Sanksi terhadap pelanggaran etik berupa tuntutan pasien yang merasa dirugikan, sanksi terhadap pelanggaran hukum berupa tuntutan bersifat umum
5. Pelanggaran etik diselesaikan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) yang dibentuk oleh Konsil Kedokteran Indonesia dan atau Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK), yang dibentuk oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI), pelanggaran hukum diselesaikan oleh pengadilan.

Prinsip-prinsip etika bioetika kedokteran merupakan salah satu etika khusus dan etika sosial dalam kedokteran yang memenuhi kaidah praktis dan filsafat moral (normatif) yang berfungsi sebagai pedoman (*das sollen*) maupun sikap kritis reflektif (*das sein*), yang bersumber pada 4 kaidah dasar moral (kaidah dasar bioetika) beserta kaidah turunannya. Kaidah dasar moral bersama dengan teori etika dan sistematika etika yang memuat nilai-nilai dasar etika merupakan landasan etika profesi luhur kedokteran.

Dalam profesi kedokteran dikenal 4 prinsip moral utama, yaitu:

1. Prinsip *autonomy*, yaitu prinsip moral yang menghormati hak-hak pasien, terutama hak otonomi pasien (*the rights to self determination*),
2. Prinsip *beneficence*, yaitu prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang ditujukan untuk kebaikan pasien;
3. Prinsip *non maleficence*, yaitu prinsip moral yang melarang tindakan yang memperburuk keadaan pasien. Prinsip ini dikenal sebagai “*primum non nocere*” atau “*above all do no harm*”,
4. Prinsip *justice*, yaitu prinsip moral yang mementingkan *fairness* dan keadilan dalam mendistribusikan sumberdaya (*distributive justice*).

Dengan prinsip etik tersebut, seorang dokter dalam menangani pasien akan mempertimbangkan bahwa yang dikerjakan harus bermanfaat bagi pasien atau prinsip *beneficence*, jika tidak dapat bermanfaat, tidak harus merugikan pasien atau prinsip *non-maleficence*, serta harus menghargai pendapat pasien yang

mempunyai hak otonomi terhadap tubuhnya sendiri atau prinsip *autonomy* dan harus adil atau prinsip *justice*.

### 1. Prinsip *Beneficence*

*Beneficence* secara makna berarti pengampunan, kebaikan, kemurahan hati, mengutamakan kepentingan orang lain, mencintai dan kemanusiaan. *Beneficence* dalam makna yang lebih luas berarti tindakan yang dilakukan untuk kebaikan orang lain. Prinsip moral *beneficence* adalah kewajiban moral untuk melakukan suatu tindakan demi kebaikan atau kemanfaatan orang lain (pasien). Prinsip ini digambarkan sebagai alat untuk memperjelas atau meyakinkan diri sendiri (*self-evident*) dan diterima secara luas sebagai tujuan kedokteran yang tepat.

Penerapan prinsip *beneficence* tidak bersifat mutlak. Prinsip ini bukanlah satu-satunya prinsip yang harus dipertimbangkan, melainkan satu diantara beberapa prinsip lain yang juga harus dipertimbangkan. Prinsip ini dibatasi keseimbangan manfaat, resiko, dan biaya (sebagai hasil dari tindakan) serta tidak menentukan pencapaian keseluruhan kewajiban. Kritik yang sering muncul terhadap penerapan prinsip ini adalah tentang kepentingan umum yang diletakan di atas kepentingan pribadi. Sebagai contoh, dalam penelitian kedokteran, atas dasar kemanfaatan untuk kepentingan umum sering prosedur penelitian yang membahayakan individu subjek penelitian diperbolehkan. Padahal, terdapat prinsip-prinsip lain yang semestinya juga dipertimbangkan.

Prinsip *beneficence* harus diterapkan baik untuk kebaikan individu seorang pasien maupun kebaikan masyarakat keseluruhan. Beberapa bentuk penerapan prinsip *beneficence* merupakan komponen penting dalam moralitas. Karena luasnya



cakupan kebaikan, maka banyak ketentuan-ketentuan dalam praktek (kedokteran) yang baik lahir dari prinsip *beneficence*.

Beberapa contoh penerapan prinsip *beneficence* ini yaitu:

1. Melindungi dan menjaga hak orang lain
2. Mencegah bahaya yang dapat menimpa orang lain
3. Meniadakan kondisi yang dapat membahayakan orang lain
4. Membantu orang dengan berbagai keterbatasan (kecacatan)
5. Menolong orang yang dalam kondisi bahaya

## 2. Prinsip *Non-maleficence*

Prinsip *non-maleficence*, yaitu melarang tindakan yang membahayakan atau memperburuk keadaan pasien. Prinsip ini dikenal sebagai “*primum non nocere*” atau “*do no harm*”. Prinsip ini berhubungan dengan ungkapan Hipokrates yang menyatakan “saya akan menggunakan terapi untuk membantu orang sakit berdasarkan kemampuan dan pendapat saya, tetapi saya tidak akan pernah menggunakannya untuk merugikan atau mencelakakan mereka”.

Prinsip *non-maleficence* sering menjadi pembahasan dalam bidang kedokteran terutama kasus kontroversial terkait dengan kasus penyakit terminal, penyakit serius dan luka serius. Prinsip ini memegang peranan penting dalam pengambilan keputusan untuk mempertahankan atau mengakhiri kehidupan. Penerapannya dapat dilakukan pada pasien yang kompeten maupun tidak kompeten. Pada dasarnya, prinsip *non-maleficence* memberikan peluang kepada pasien, walinya dan para tenaga kesehatan untuk menerima atau menolak suatu tindakan atau

terapi setelah menimbang manfaat dan hambatannya dalam situasi atau kondisi tertentu.

Banyak filosof yang menjadikan prinsip *non-maleficence* sebagai satu kesatuan dengan prinsip *beneficence* (mengutamakan tindakan untuk kebaikan pasien). Namun, banyak juga yang membedakannya. Pertimbangannya antara lain pemikiran bahwa kewajiban untuk tidak membahayakan atau mencelakakan pasien, tentu berbeda dengan kewajiban untuk membantu pasien, walaupun keduanya untuk kebaikan pasien.

### 3. Prinsip *Autonomy*

Otonomi (*Autonomy*) berasal dari bahasa Yunani "*autos*" yang berarti sendiri dan "*nomos*" yang berarti peraturan atau pemerintahan atau hukum. Awalnya otonomi dikaitkan dengan suatu wilayah dengan peraturan sendiri atau pemerintahan sendiri atau hukum sendiri. Namun kemudian, otonomi juga digunakan pada suatu kondisi individu yang maknanya bermacam-macam seperti memerintah sendiri, hak untuk bebas, pilihan pribadi, kebebasan berkeinginan dan menjadi diri sendiri.

Makna utama otonomi individu adalah aturan pribadi atau perseorangan dari diri sendiri yang bebas, baik bebas dari campur tangan orang lain maupun dari keterbatasan yang dapat menghalangi pilihan yang benar, seperti karena pemahaman yang tidak cukup. Seseorang yang dibatasi otonominya adalah seseorang yang dikendalikan oleh orang lain atau seseorang yang tidak mampu bertindak sesuai dengan hasrat dan rencananya.

Terdapat berbagai pendapat tentang penerapan prinsip otonomi. Meskipun demikian, secara umum ada beberapa cara menerapkan prinsip otonomi, khususnya dalam praktek kedokteran. Cara-cara tersebut yaitu seperti :

1. Menyampaikan kebenaran atau berita yang sesungguhnya (*tell the truth*)
2. Menghormati hak pribadi orang lain (*respect the privacy of others*)
3. Melindungi informasi yang bersifat rahasia (*protect confidential information*)
4. Mendapat persetujuan untuk melakukan tindakan terhadap pasien (*obtain consent for interventions with patients*)
5. Membantu orang lain membuat keputusan yang penting (*when ask, help others make important decision*)

Hal penting dalam menerapkan prinsip otonomi adalah menilai kompetensi pasien. Para pakar meyakini belum ada satu definisi kompetensi pasien yang dapat diterima semua pihak, sehingga begitu banyak definisi tentang kompetensi pasien. Salah satu definisi kompetensi pasien yang dapat diterima adalah "kemampuan untuk melaksanakan atau perform suatu tugas atau perintah".

#### 4. Prinsip *Justice*

Prinsip *Justice* diterjemahkan sebagai menegakkan keadilan atau kesamaan hak kepada setiap orang (pasien). Definisi lainnya adalah memperlakukan orang lain secara adil, layak dan tepat sesuai dengan haknya. Situasi yang adil adalah seseorang mendapatkan mendapatkan manfaat atau beban sesuai dengan hak atau kondisinya. Situasi yang tidak adil adalah tindakan yang salah atau lalai berupa meniadakan manfaat kepada seseorang yang memiliki hak atau pembagian beban yang tidak sama.

Prinsip *justice* lahir dari sebuah kesadaran bahwa jumlah benda dan jasa (pelayanan) itu terbatas, sedangkan yang memerlukan seringkali melebihi batasan tersebut. Prinsip *justice* kemudian diperlukan dalam pengambilan keputusan tersebut.

Terdapat beberapa kriteria dalam penerapan prinsip *justice*, antara lain:

1. Untuk setiap orang ada pembagian yang merata (*equal share*)
2. Untuk setiap orang berdasarkan kebutuhan (*need*)
3. Untuk setiap orang berdasarkan usahanya (*effort*)
4. Untuk setiap orang berdasarkan kontribusinya (*contribution*)
5. Untuk setiap orang berdasarkan manfaat atau kegunaannya (*merit*)
6. Untuk setiap orang berdasarkan pertukaran pasar bebas (*free-market exchange*)

## IV. PENUTUP

### A. Kesimpulan

1. Legalitas keputusan DNR secara hukum sudah diatur dalam Permenkes Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan dan Pemanfaatan Organ Donor, Permenkes tersebut mengatur penghentian dan penundaan bantuan hidup terutama pada pasien kondisi *terminal state*, tindakan kedokteran yang sudah sia-sia (*futile*) dan *Intensive Care Unit* (ICU). Keputusan dapat diambil oleh pasien jika pasien masih mampu membuat keputusan dan menyatakan keinginannya sendiri, dan permintaan keluarga pasien hanya dilakukan jika pasien tidak kompeten dan sudah atau belum memiliki pesan wasiat (*advanced directive*), dan jika terjadi ketidaksesuaian antara permintaan keluarga dan rekomendasi tim dokter, tanggungjawab hukum ada di pihak keluarga, tertuang dalam Pasal 15.

Keputusan DNR harus diberikan secara tertulis didalam rekam medis, hal ini sudah diatur dalam Pasal 14 ayat 3 Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008. Dan setiap tindakan kedokteran yang mengandung resiko tinggi yang dapat menyebabkan kematian harus tertuang dalam formulir khusus dalam Pasal 3 ayat 3. Sebelum memutuskan tindakan kedokteran dokter wajib memberikan penjelasan kepada pasien dan/atau keluarga pasien, penjelasan diberikan secara lengkap dengan bahasa yang mudah dimengerti, penjelasan tersebut dicatat

dan didokumentasikan dalam berkas rekam medis oleh dokter yang memberikan penjelasan dengan mencantumkan tanggal, waktu, nama, dan tanda tangan pemberi penjelasan dan penerima penjelasan.

Jika *Do Not Resuscitate* tertulis pada tubuh pasien, tidak tertulis pada rekam medis atau sebagai pesan wasiat (*advanced directive*) tidak sah dan dapat diabaikan.

2. Perlindungan hukum bagi dokter dalam keputusan DNR sudah diatur pada Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, Permenkes tersebut mengatur tindakan yang dilakukan dalam keadaan gawat darurat tanpa persetujuan tindakan sampai persetujuan penghentian/penundaan bantuan hidup.

## **B. Saran**

1. Legalitas tindakan DNR sudah diatur dalam Permenkes Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor, sebagai payung hukum cukup kuat sebagai dasar hukum dokter dalam mempertimbangkan keputusan DNR sehingga jika terjadi dilema etik seperti kasus yang mirip pada penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan. Walaupun dalam Permenkes tersebut lebih menekankan penghentian atau penundaan bantuan hidup kepada kondisi pasien terminal dan tindakan kedokteran sudah sia-sia (*futile*), tidak menjelaskan pada pasien-pasien yang menderita penyakit akut, cedera atau penyulit yang potensi mengancam nyawa dengan prognosis dubia yang masih diharapkan reversible, dengan adanya Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008

tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, sudah menguatkan sebagai landasan hukum.

Perlindungan hukum terhadap tindakan dokter yang tertuang pada Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 menjadi landasan seorang dokter, segala tindakan kedokteran yang memiliki resiko tinggi dan resiko tanggung gugat maka penjelasan dan keputusan tindakan kedokteran di catat di rekam medik.

2. Perlu adanya edukasi atau sosialisasi terkait Permenkes Nomor 37 Tahun 2014 dan Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008, kepada tenaga kesehatan agar tenaga kesehatan khususnya dokter dapat lebih mengerti dan memahami sebagai acuan dalam implementasi di pelayanan.

Dokter dalam memberikan edukasi kepada pasien diharapkan ketika pasien dalam kondisi kompeten sehingga pasien dapat memutuskan terhadap dirinya sendiri sebagai bentuk otonomi pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku

- M.Jusuf Hanafiah. Etika kedokteran & Hukum Kesehatan. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta. 2012
- Ninik Maryanti, Malpraktek Kedokteran Dari Segi Hukum Pidana dan Perdata, Cetakan Pertama, Bina Aksara, Jakarta, 1988
- Sutarno, Hukum Kesehatan, Setara Press, Malang, 2014
- Setiono, Rule of Law (Supremasi Hukum), Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret, Surakarta, 2004
- Chrisdiono M. Achadiat, Dinamika Etika dan Hukum Kedokteran Dalam Tantangan Zaman, (Jakarta : Buku Kedokteran, 2006)
- Utrecht, Pengantar Dalam Hukum Indonesia, Ichtiar Baru, Jakarta, 1989, hlm.390
- J.Guwandi, Dokter dan Hukum, Monella, Jakarta, 1981, hlm.45
- Bahder Johan Nasution, Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter, Rineka Cipta Jakarta, 2013, hlm.32
- Soejono dan H Abdurahman, 2003, Metode Penelitian Hukum, (Jakarta: Rineka Cipta), hlm.13
- Burhan Ashofa, 2001, Metodologi Penelitian Kualitatif, (Jakarta: Gramedia),
- HB Sutopo, 2002, Metodologi Penelitian Kualitatif Dasar Teori dan Praktek Dalam Penelitian, (Surakarta: UNS Press), hlm.58
- Herry Wardoyo dan Eddy Rifai, 2017, Euthanasia Pasif Dalam Perspektif Hukum Pidana, (Bandar Lampung : Sai wawai)

### Artikel Jurnal Ilmiah

- Word Health Organization (WHO). Essential medicine in Palliative care. Geneva: WHO ; 2013 (diunggah 10 februari 2022). <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.



- Hamzah Shatri.dkk. Advanced directives pada perawatan paliatif. Jakarta ; Jurnal penyakit dalam Indonesia. 2021.  
<http://jurnalpenyakitdalam.ui.ac.id/index.php/jpdi/article/view/315/237>
- James Downar. Why do patients agree to a “Do Not Resuscitate”or “Fule Code”Order?Perspectives of Medical inpatients. Canada : JGIM ; 2011
- Bagir Manan, Pers, Hukum dan Hak Asasi Manusia, Jakarta : Dewan Pers, 2016  
<https://www.jurnal.syntaxliterate.co.id/index.php/syntaxliterate/article/view/6244/3477>
- Adriana, G. (2021). Do Not Resuscitate (DNR) dalam Sistem Hukum Indonesia. Jurnal Ilmiah Indonesia, Mei, 2021.  
<https://cerdika.publikasiindonesia.id/index.php/cerdika/article/view/82/172>
- Margaretha, dkk. ( 2022). Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Do Not Resuscitate (DNR) dan Konsekuensi Hukumnya, April, 2022. <https://jurnal-mhki.or.id/jhki/article/view/24/22>
- Alvis,R. (2022). Do Not Resuscitate Dalam Perspektif Hukum di Indonesia.  
<file:///C:/Users/USER/Downloads/7958-20998-1-PB.pdf>
- Tarigan, I. N. (2021). Kajian Bioetik dan Medikolegal dari “Do Not Resuscitate”.  
<https://www.alomedika.com/kajian-bioetik-dan-medikolegal-dari-do-not-resuscitate>
- Wulantiani, Riska. “Aspek Hukum Prosedur Penghentian Terapi Bantuan Hidup Pada Pasien Terminal State Dihubungkan Dengan Kewajiban Melindungi Hidup Makhluk Insani”. Fakultas Hukum Universitas Islam Bandung (UNISBA), 2015. <https://onsearch.id/Record/IOS4254.123456789-5770/Details>
- Machmud, Syahrul, Penegakan Hukum dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktek, Karya Putra Darwati, Bandung. 2012
- Ose, M. I. (2017). Pengalaman Perawat IGD Merawat Pasien Do Not Resuscitate pada Fase Perawatan Menjelang Ajal. Jurnal Keperawatan Indonesia.  
<https://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/378>
- Sa'id, A., & Mrayyan, M. (2016). Do Not Resuscitate: An Argumentative Essay. Journal of Palliative Care & Medicine.  
[https://www.researchgate.net/publication/293013280\\_Opponents\\_and\\_Proponents\\_VIEWS\\_Regarding\\_Palliative\\_Sedation\\_at\\_End\\_of\\_Life](https://www.researchgate.net/publication/293013280_Opponents_and_Proponents_VIEWS_Regarding_Palliative_Sedation_at_End_of_Life)
- Kramer, D. B., Lo, B., & Dickert, N. W. (2020). CPR in the Covid-19 Era-An Ethical Framework. New England Journal of Medicine, nejm.org

Dzeng Elizabeth. (2018). Habersian Communication Pathologies in Do Not resuscitate Discussion at the end of life. [nejm.org](http://nejm.org)

Rijab DA,et.all. (2022). Outcome in early vs Late Intubation among Covid-19 patient with Acute respiratory Distres syndrome. [nejm.org](http://nejm.org)

Holt, G. E., Sarmiento, B., Kett, D., & Goodman, K. W. (2017). An Unconscious Patient with a DNR Tattoo. [Nejm.org](http://Nejm.org)

### **Peraturan Perundang-Undangan**

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit