

# Pelindungan Hukum bagi Dokter atas Tindakan Penghentian atau Penundaan Terapi Bantuan Hidup yang Sia-Sia (*Futile*) pada Pasien Terminal

*Legal Protection for Doctors on Withdrawing or Withholding Futile Therapy in Terminally ill Patients*

**Anindyo Pradipta Suryo; Trihoni Nalesti Dewi; Tuntas Dhanardhono**

email: anindyo4@yahoo.com

*Magister Hukum Kesehatan, Fakultas Hukum dan Komunikasi,  
Universitas Katolik Soegijapranata, Semarang, Indonesia*

**Abstrak:** Terapi bantuan hidup (*life-support therapy*) dapat diberikan kepada pasien sesuai dengan indikasi medisnya. Apabila terapi bantuan hidup diberikan kepada pasien yang telah mencapai kondisi terminal, dan terapi bantuan hidup dinilai tidak ada manfaatnya lagi (*sia-sia / futile*), maka dapat dipertimbangkan untuk dilakukan penghentian (*withdrawing*) atau penundaan (*withholding*) terapi bantuan hidup tersebut. Aturan pelaksana mengenai penghentian dan penundaan terapi bantuan hidup yang *sia-sia* terhadap pasien terminal, telah diatur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor. Meskipun sudah ada peraturan tersebut, masih ada pro dan kontra di profesional kesehatan, komunitas bioetika, dan pasien beserta keluarganya. Penelitian ini bertujuan adalah untuk mengetahui bagaimanakah pelindungan hukum dokter yang melakukan tindakan penundaan dan penghentian terapi bantuan hidup yang *sia-sia (futile)* bagi pasien terminal. Metode penelitian yang digunakan merupakan penelitian eksplanatif, dengan pendekatan yuridis sosiologis. Data yang digunakan adalah melalui studi pustaka dan studi lapangan berupa wawancara mendalam. Data dianalisis secara kualitatif. Berdasarkan penelitian ini, ditemukan bahwa ada ketidakjelasan definisi hukum, inkonsistensi antar isi peraturan, belum ada peraturan yang jelas mengenai *advanced directives*, dan peraturan yang belum sepenuhnya dapat diterapkan di lapangan. Dapat disimpulkan bahwa pelindungan hukum bagi dokter dalam melakukan tindakan penghentian dan penundaan terapi bantuan hidup yang *sia-sia* bagi pasien terminal, belum cukup. Apabila tidak diatur lebih lanjut, maka kemungkinan dapat menimbulkan pelanggaran hak-hak pasien.

**Kata kunci:** Pelindungan hukum bagi dokter; penghentian dan penundaan bantuan hidup; pasien terminal; *kesia-siaan* medis.

**Abstract:** *Life-support therapy can be given to patients according to their medical needs. If life support therapy is given to a patient who has reached terminal condition, and life support therapy is judged to futile, then withdrawal or withholding of life support therapy may be considered. The rules about withdrawing and withholding of futile life support therapy for terminal patients have been regulated in the Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor. Despite these regulations, there are pros and cons from healthcare professionals, bioethics community, patients, and their families. This study aims to find out about the legal protection for doctors who withdraw or withhold futile life support therapy for terminally ill patients. The research method used is explanatory research with sociological juridical approach. The data used is through library research and in-depth field studies. Data gathered were analyzed qualitatively. Based on this research, it was found that there are some unclear legal definitions, inconsistency between the contents of the regulations, no clear regulations regarding advanced directives, and the regulations cannot be fully implemented in field. It can be concluded that the legal protection for doctors in withdrawing or withholding futile life support therapy for terminally ill patients, is not sufficient. If it is not regulated further, it may lead to a violation of the patient's rights.*

**Keywords:** *Legal protection for doctors; withdrawing or withholding life support; terminally ill patient; medical futility.*

## PENDAHULUAN

Kematian berarti hilang atau berakhirnya unsur-unsur kehidupan. Ada banyak kriteria yang dapat dimasukkan sebagai unsur kehidupan, seperti organisasi, tumbuh-kembang, reproduksi, menggunakan energi, dan berespon terhadap lingkungannya, serta kemampuan adaptasi evolutif. Meskipun arti dari akhir kehidupan di atas nampak sederhana, namun pada praktiknya tidaklah sesederhana itu. Banyak permasalahan yang timbul berkaitan dengan akhir kehidupan.

Bidang kesehatan pun tidak terlepas dari masalah mengenai akhir kehidupan. Permasalahan akhir kehidupan ini dapat timbul saat pasien telah meninggal, saat pasien akan meninggal, atau diperkirakan akan meninggal. Untuk menentukan bahwa pasien telah meninggal, apakah menggunakan kriteria klasik (berhentinya tanda vital jantung dan napas) atau kriteria kematian batang otak, atau keduanya. Definisi kematian juga bisa menjadi masalah, bila mengikuti definisi kematian secara biologis, atau definisi kematian lain, misalnya kematian secara sosial atau filosofis. Permasalahan akhir kehidupan lainnya misalnya transplantasi organ, kondisi vegetatif persisten, *advanced directives*, *euthanasia*, bunuh diri berbantuan, dan penundaan atau penghentian terapi bantuan hidup.

Pada zaman dahulu, di mana teknologi kesehatan belum seanggih sekarang, tidak banyak ditemukan permasalahan mengenai akhir kehidupan pasien. Dengan perkembangan teknologi kesehatan sekarang, pemberian antibiotik, nutrisi parenteral, analgesik, pemasangan ventilator, dan sarana penunjang hidup lainnya (*life-support*) dapat mempertahankan hidup pasien, namun tidak menyembuhkannya. Yang menjadi pertanyaan adalah mau sampai kapan sarana penunjang kehidupan ini diberikan? Apakah boleh sarana ini dihentikan, dengan berbagai konsekuensinya? Apabila menurut sisi medis, sarana penunjang kehidupan ini bisa dihentikan, apakah sisi lain seperti etika biomedis dan hukum di Indonesia memperbolehkan?

Beberapa kasus terkenal terkait akhir kehidupan misalnya kasus Karen Ann Quinlan (1975-1985) dan Nancy Cruzan (1983-1990).<sup>1</sup> Kasus yang hampir serupa juga terjadi di Indonesia, yaitu kasus Ny. Agian (2004) yang mengalami koma dan keluarga meminta dilakukan euthanasia, namun ditolak pengadilan.<sup>2</sup> Kasus-kasus tersebut merupakan bagian dari permasalahan akhir kehidupan pasien, yaitu masalah penundaan atau penghentian terapi bantuan hidup dasar pada pasien dengan penyakit terminal dan tidak ada harapan lagi untuk sembuh. Penundaan berarti memutuskan untuk tidak memberikan terapi bantuan hidup dasar bagi pasien yang memang belum mendapatkannya. Menghentikan, berarti menyvetop / menarik terapi bantuan hidup dasar yang sedang diberikan kepada pasien.

Tindakan penundaan dan penghentian terapi bantuan hidup pada pasien terminal dan futile sebenarnya sudah ada peraturannya, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor (selanjutnya ditulis dengan Permenkes 37/2014). Di dalam Bab III dalam peraturan ini, diatur mengenai Penghentian atau Penundaan Terapi Bantuan Hidup. Di dalamnya diatur bahwa apabila pasien berada dalam keadaan yang tidak dapat disembuhkan (*terminal state*) dan tindakan kedokteran sudah sia-sia (*futile*), maka dapat dilakukan tindakan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup. Namun, tidak semua terapi dapat dihentikan. Tindakan terapi bantuan hidup yang dapat dihentikan adalah yang bersifat luar biasa (*extra-ordinary*),

---

<sup>1</sup> McDougall, Jennifer Fecio dan Martha Gorman. 2008. *Euthanasia: A Reference Handbook, 2nd Edition*. Santa Barbara: ABC CLIO, hlm. 7-9.

<sup>2</sup> Internet, 1 Maret 2020, [https://news.detik.com/berita/d-497892/derita-panjang-ny-agian-15-tahun-tergolek-di-rumah-sakit?tag\\_from=news\\_berita](https://news.detik.com/berita/d-497892/derita-panjang-ny-agian-15-tahun-tergolek-di-rumah-sakit?tag_from=news_berita) Terkait.

sedangkan yang “biasa” harus tetap diberikan pada pasien. Persetujuan untuk melakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup, harus atas persetujuan pasien secara langsung apabila pasien masih kompeten dalam memberikan keputusan, atau lewat keluarga melalui wasiat (*advance directives*) apabila pasien sudah tidak kompeten lagi.

Meskipun telah ada Permenkes 37/2014 yang dijelaskan di atas, masih ada beberapa keraguan mengenai apakah peraturan tersebut dapat benar-benar menjamin para dokter yang melakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup dari jeratan hukum. Sebagai contoh, misalkan ada seorang pasien dengan kondisi vegetatif persisten, yang terpasang ventilator untuk menunjang kehidupannya. Keluarga, dengan bermodalkan surat wasiat pasien (*advanced directives*) meminta dokter untuk mencabut ventilator karena dalam surat wasiat pasien mengatakan tidak ingin dipasang ventilator.

### PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, rumusan masalah yang hendak dibahas dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana kriteria untuk menganalisis kecukupan pelindungan hukum bagi dokter?
2. Bagaimana pandangan hukum Indonesia dan etika biomedis terkait penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup yang sia-sia (*futile*) pada pasien terminal?
3. Bagaimanakah proses pelindungan hukum bagi dokter yang melakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup yang sia-sia (*futile*) pada pasien terminal di rumah sakit?

### METODA PENELITIAN

Metode pendekatan yang akan digunakan adalah metode pendekatan yuridis sosiologis, yaitu pendekatan penelitian yang mengamati bagaimana reaksi dan interaksi yang terjadi, ketika norma hukum bekerja di dalam kehidupan masyarakat.<sup>3</sup> Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan studi pustaka dan studi lapangan. Studi lapangan dilakukan dengan cara melakukan wawancara semi-terstruktur dengan para narasumber, yaitu ahli hukum kesehatan, ahli etika biomedis, direktur rumah sakit, komite etik rumah sakit, dan dokter spesialis neurologi serta obsgyn. Metode analisis data yang digunakan adalah metode analisis kualitatif.

### PEMBAHASAN

#### A. Pelindungan Hukum

Pelindungan hukum merupakan hak yang didapatkan oleh warga negara, dan sekaligus merupakan kewajiban negara untuk memberikannya. Berdasarkan Alinea IV Pembukaan UUD 1945, dinyatakan bahwa negara memiliki kewajiban untuk memberikan pelindungan terhadap warga Indonesia. Kemudian pada Pasal 28D ayat (1), dikatakan bahwa setiap warga negara berhak untuk mendapatkan pengakuan hukum, jaminan hukum, pelindungan hukum, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang setara di hadapan hukum.

Menurut Satjipto Rahardjo, Pelindungan hukum merupakan upaya untuk mengatur berbagai macam kepentingan yang ada di dalam masyarakat supaya tidak terjadi benturan antar kepentingan, sehingga masyarakat dapat menikmati semua hak-hak yang diberikan oleh

---

<sup>3</sup> Djulaeka dan Devi Rahayu. 2019. *Buku Ajar Metode Penelitian Hukum*. Surabaya: Scopindo Media Pustaka, hlm. 75-76.

hukum.<sup>4</sup> Philipus M. Hadjon mengatakan bahwa perlindungan hukum bagi rakyat merupakan perlindungan hukum terhadap individu (rakyat) dari tindakan pemerintah, dan demi mencapai perlindungan hukum bagi rakyat sesuai dengan nilai Pancasila, terdapat 2 sarana perlindungan hukum, yaitu perlindungan hukum yang bersifat: (1) preventif dan (2) represif.<sup>5</sup> 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 ketentraman sehingga memungkinkan manusia untuk menikmati martabatnya sebagai manusia.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> Dari berbagai pendapat ahli tersebut, dapat diambil unsur-unsur penting dalam perlindungan hukum, yaitu:

1. Pengakuan dan perlindungan hak asasi manusia sesuai dengan nilai Pancasila
2. Pengorganisasian berbagai kepentingan (masyarakat dan individu)
3. Sesuai dengan konsep negara hukum Pancasila

Apabila dijabarkan, maka perlindungan hukum adalah upaya untuk melindungi hak asasi manusia dengan cara mengorganisasikan berbagai kepentingan (masyarakat dan individu), sesuai dengan konsep negara hukum Pancasila.

Unsur-unsur perlindungan hukum tersebut, juga berlaku dalam diaplikasikan ke dalam bidang kedokteran. Dokter di dalam melakukan tindakan kepada pasien, mendapatkan perlindungan oleh hukum apabila terpenuhi:

1. Keselarasan antara hak dan kewajiban dokter, pasien, dan keluarga pasien
2. Keselarasan antara hukum Indonesia dengan etika biomedis
3. Penerapan peraturan hukum mengenai tindakan terkait, di dalam kehidupan masyarakat Indonesia

#### **B. Tindakan Penghentian atau Penundaan Terapi Bantuan Hidup yang Sia-sia pada pasien Terminal Menurut Hukum dan Etika di Indonesia**

Tindakan penundaan dan penghentian terapi bantuan hidup pada pasien terminal dan *futile* sudah ada peraturannya, yaitu Permenkes 37/2014. Peraturan-peraturan yang terkandung di dalam Permenkes ini berjumlah 18 Pasal, yang terbagi ke dalam 5 Bab. Kelima Bab tersebut adalah: (1) BAB I Ketentuan Umum, (2) BAB II Penentuan Kematian, (3) BAB III Penghentian atau Penundaan Terapi Bantuan hidup, (4) BAB IV Pemanfaatan Organ Donor, dan (5) BAB V Ketentuan Penutup. BAB III mengenai Penghentian atau Penundaan Terapi Bantuan Hidup tercantum di antara BAB II dan IV. BAB III ini mengatur tentang prosedur menghentikan/menunda terapi bantuan hidup kepada pasien yang sudah dalam kondisi yang terminal dan berbagai terapi sudah dinyatakan sia-sia (tidak lagi dapat mencapai kesembuhan pasien).

---

<sup>4</sup> Raharjo, Satjipto. 2000. *Ilmu Hukum*. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti, hlm. 53-54.

<sup>5</sup> Hadjon, Philipus M. 1985. *Pelindungan Hukum Bagi Rakyat di Indonesia*. Surabaya: PT Bina Ilmu, hlm. 1-2.

<sup>6</sup> Setiono. 2004. "Rule of Law (Supremasi Hukum)". Dalam Panggabean, Hetty. 2018. *Pelindungan Hukum Praktik Klinik Kebidanan*. Sleman: Penerbit Deepublish, hlm. 63

<sup>7</sup> Muchsin. 2003. "Pelindungan dan Kepastian Hukum bagi Investor di Indonesia". Dalam Hanum, Cholida. 2020. *Hukum dan Hak Asasi Manusia: Perkembangan dan Perdebatan Masa Kini*. Salatiga: LP2M IAIN Salatiga, hlm. 29

Pembahasan mengenai tindakan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup, selain harus dibahas dari sisi hukumnya, juga perlu dibahas dari sisi etikanya. Kusmaryanto menjelaskan bahwa: “Seharusnya kalau kita berpikir secara lebih luas, hukum yang tidak sesuai dengan etik itu justru harus di rombak hukumnya, karena dasar dari hukum itu adalah etika”.<sup>8</sup> Alasan mengapa di dalam tulisan ini juga dibahas tentang etika biomedis, adalah karena hukum dan etika harus bisa berjalan bersamaan dan saling membantu, serta saling melengkapi satu sama lain.<sup>9</sup>

Berdasarkan isi rumusan pada BAB III Permenkes 37/2014, maka hal-hal pokok yang akan dibahas adalah: (1) pasien dengan kondisi terminal, (2) tindakan kedokteran yang sia-sia (*futile*), (3) pengambilan keputusan untuk menghentikan atau menunda terapi bantuan hidup yang sia-sia (*futile*) pada pasien terminal, dan (4) dasar dari pemilihan terapi apa saja yang dapat dilakukan penghentian atau penundaan.

1. Kondisi pasien yang mana dapat dilakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup.

Pasal 14 Permenkes 37/2014, pada ayat (1) mengatakan bahwa: “... pasien ... dalam keadaan yang tidak dapat disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya (*terminal state*) dan tindakan kedokteran sudah sia-sia (*futile*) dapat dilakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup”. Bagian tersebut menyebutkan mengenai persyaratan siapa saja yang dapat menerima penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup. Syarat tersebut adalah: (a) seorang pasien; (b) berada dalam keadaan yang tidak dapat disembuhkan karena penyakitnya (*terminal state*); dan (c) tindakan kedokteran yang diberikan atau akan diberikan sudah sia-sia (*futile*).

Berdasarkan jurnal oleh Hui, *et al.*, dan Cordeiro, *et al.*, acuan dalam penentuan konsep-konsep utama mengenai definisi penyakit terminal, yaitu: (a) Adanya penyakit progresif yang mengancam jiwa, (b) Penyakit tersebut yang tidak dapat disembuhkan, (c) Penurunan kualitas hidup pasien, dan (d) Prognosis harapan hidup pasien kurang dari 1 tahun. Keempat unsur tersebut harus terpenuhi semua, agar suatu penyakit bisa dikatakan sebagai penyakit terminal.<sup>10</sup>

Penggunaan definisi kondisi terminal di dalam Permenkes 37/2014, yang hanya memuat komponen penyakit yang tidak dapat disembuhkan, dapat berakibat pada ketidaktepatan diagnosis penyakit yang dapat dilakukan penghentian atau penundaan bantuan hidup. Penyakit yang tidak dapat disembuhkan, sangat banyak macamnya, namun tidak semuanya dapat mengakibatkan kematian dalam beberapa bulan atau kurang. Sebagai contoh, penyakit diabetes melitus tipe I, yang mana penyakit ini merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Terapi yang diberikan adalah terapi untuk mengendalikan gejala, dan memperburuk keparahan penyakit. Diabetes Tipe I, apabila dapat dikendalikan dengan baik, bukanlah suatu kondisi yang fatal; kecuali apabila menjadi tidak terkendali, sehingga dapat menjadi penyakit yang fatal. Berdasarkan pengertian keadaan terminal menurut Permenkes 37/2014, maka diabetes

---

<sup>8</sup> Wawancara dengan ahli Bioetika, DR. C. B. Kusmaryanto, SCJ melalui Whatsapp Video Call, 12 Oktober 2022, pukul 13.30-14.30

<sup>9</sup> Bertens. 2013. *Etika*. Yogyakarta: Kanisius, hlm. 32.

*Quid leges sine moribus?* “Apa artinya undang-undang, kalau tidak disertai moralitas?” Hukum tidak memiliki arti yang banyak, bila tidak disertai moralitas. Oleh karena itu, hukum harus selalu diukur dengan norma moral. Undang-undang imoral harus diganti.

<sup>10</sup> Hui, David, *et al.* 2014. *Concepts and Definitions for Actively Dying, End of Life, Terminally Ill, Terminal Care, and Transition of Care: A Systematic Review*. *Journal of Pain Symptom Management*, Vol. 47, No. 1, Januari 2014, hlm. 86-87.

tipe 1 dengan tingkat keparahan mana pun, termasuk ke dalam kondisi terminal karena tidak dapat disembuhkan. Apabila menggunakan definisi kondisi terminal menggunakan 4 kriteria, maka diabetes melitus tipe I baru dapat dinyatakan sebagai penyakit terminal, apabila kondisi pasien sudah sangat menurun dengan tingkat keparahan penyakit yang tinggi, sehingga pasien diperkirakan dapat meninggal dunia dalam jangka waktu bulan atau hari.

## 2. Tindakan kedokteran yang sia-sia (*futile*)

Dalam Permenkes 37/2014, tidak dijelaskan secara jelas mengenai pengertian dari tindakan kedokteran yang sia-sia (*futile*). Hal ini berpotensi menimbulkan ketidakjelasan, karena dapat menimbulkan penafsiran yang berbeda-beda. Oleh sebab itu, penting untuk dicari suatu definisi hukum dari tindakan kedokteran yang sia-sia. Secara sederhana, tindakan kedokteran dikatakan merupakan tindakan yang sia-sia apabila tindakan tersebut tidak membawa manfaat bagi pasien. Namun, dalam praktiknya, pengertian ini masih terlalu luas cakupannya. Yang disebut dengan “bermanfaat bagi pasien” perlu ditelusuri lebih dalam lagi.<sup>11</sup>

Aghabarary dan Nayeri melakukan *review study* untuk menemukan konsep utama dari kesia-siaan medis (*medical futility*). Mereka mengemukakan bahwa ada 3 sub tipe dari *medical futility*, yaitu (a) *Physiologic futility*, (b) *Quantitative futility*, dan (c) *Qualitative futility*. *Physiologic futility* berarti terapi tidak mencapai efek fisiologis yang diharapkan. *Quantitative futility* berarti probabilitas untuk mencapai efek yang diharapkan sangat rendah (<1%). *Qualitative futility* berarti terapi mencapai efek fisiologis yang diharapkan, namun efek tersebut tidak berharga bagi pasien; atau adanya disproporsi antara manfaat dan kerugian, di mana terapi tidak bermanfaat bagi kualitas hidup pasien.<sup>12</sup>

## 3. Pengambilan keputusan untuk menghentikan atau menunda terapi bantuan hidup yang sia-sia (*futile*) pada pasien terminal

Setiap kali suatu tindakan kedokteran akan diberikan, dihentikan, atau ditunda, membutuhkan persetujuan atau penolakan tindakan kedokteran. Persetujuan / penolakan ini diberikan oleh dua pihak, yaitu pihak yang akan menerima tindakan kedokteran, dan pihak yang akan memberikan tindakan kedokteran. Persetujuan atau penolakan tindakan medis, diberikan dalam bentuk *Informed Consent* atau Persetujuan Medis setelah Penjelasan (PSP). Proses pengambilan *Informed Consent* harus memenuhi: (1) adanya kapasitas untuk mengambil keputusan, (2) pemberian informasi yang cukup kepada pihak pasien, (3) adanya kesempatan untuk membuat keputusan, (4) keputusan diberikan tanpa paksaan atau tipuan, dan (5) *informed consent* belum dicabut.<sup>13</sup>

### a. Kapasitas pasien (dan kompetensi pasien) untuk membuat keputusan medis

Kapasitas merupakan kemampuan pasien untuk bisa membuat keputusan medis. Kapasitas berhubungan dengan kondisi kognitif pasien. Kapasitas juga tergantung dari tindakan medis apa yang akan diberikan. Seseorang bisa memiliki kapasitas untuk memilih suatu tindakan medis, namun belum tentu memiliki kapasitas untuk

---

<sup>11</sup> White, Ben., et al. 2016, *What does “Futility” Mean? An Empirical Study of Doctors’ Perceptions*. The Medical Journal of Australia, Vol. 204, No. 8, Mei 2016, hlm. 318e1.

<sup>12</sup> Aghabarary, Maryam dan Nahid Dehghan Nayeri. 2016. *Medical Futility and Its Challenges: A Review Study*. Journal of Medical Ethics and History of Medicine, Vol. 9, No. 11, Oktober 2016, hlm. 4. PMID: 28050241.

<sup>13</sup> Carmen, Marcella G Del dan Steven Joffe. 2005. *Informed Consent for Medical Treatment and Research: A Review*. The Oncologist, Volume 10, Issue 8, September 2005, hlm. 636–641

tindakan medis lain yang lebih berisiko, atau berhubungan dengan nyawanya, misalnya.

Kapasitas pasien dinilai dari empat komponen pengambilan keputusan, yaitu (1) *understanding*, (2) *appreciation*, (3) *reasoning*, dan (4) *expressing a choice*. *Understanding* berarti pasien bisa memahami informasi yang relevan yang diberikan oleh petugas medis. *Appreciation* berarti pasien dapat menerapkan atau menghubungkan informasi tadi, pada kehidupan pasien sendiri. *Reasoning* berarti pasien mempertimbangkan pilihan terapi yang tersedia, dan memperkirakan konsekuensi dari pilihannya nanti. *Expressing a choice* berarti pasien dapat mengkomunikasikan keputusannya. Pasien harus dapat melakukan semua hal tersebut, sehingga dapat dikatakan memiliki kapasitas penuh untuk membuat keputusan medis.<sup>14</sup>

Kapasitas dapat dibedakan dengan kompetensi atau kecakapan pasien untuk membuat keputusan medis. Meskipun berbeda, namun keduanya saling berhubungan, dan kenyataannya di lapangan sering disamakan artinya. Kapasitas fokus pada konteks medis, sehingga yang dapat menilai adalah petugas medis. Petugas medis memeriksa dan berkomunikasi dengan pasien, untuk menentukan apakah pasien memiliki kapasitas untuk memberikan keputusan terhadap suatu medis tertentu, ataukah tidak. Kompetensi merupakan istilah hukum, yang menentukan apakah keputusan pasien sah secara hukum atau tidak.<sup>15</sup>

Dalam hukum di Indonesia, lebih diatur mengenai kompetensi pasien. Sedangkan mengenai kapasitas pasien, tidak dijelaskan secara detail. Oleh karena *informed consent* merupakan bentuk perjanjian antara dokter dan pasien, maka syarat-syarat kompetensi pasien untuk membuat keputusan dapat dilihat pada Pasal 1320 KUHPerdata, yang menyatakan ada 4 syarat yang harus dipenuhi agar suatu perjanjian dianggap sah, yaitu: (1) adanya kesepakatan antar pihak untuk mengikatkan diri mereka; (2) kecakapan untuk membuat suatu perikatan; (3) mengenai suatu pokok persoalan tertentu; dan (4) mengenai suatu sebab yang tidak terlarang. Kecakapan untuk membuat perikatan, ini adalah dasar dari kompetensi pasien untuk membuat *informed consent*. Lebih lanjut lagi, pada Pasal 1330 KUHPerdata, yang mengatakan bahwa yang tidak cakap untuk membuat persetujuan adalah: (1) anak yang belum dewasa dan (2) orang yang ditaruh di bawah pengampuan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran (selanjutnya disebut Permenkes 290/2008), dijelaskan tentang kompetensi pasien, yaitu:

“Pasien yang kompeten adalah pasien dewasa atau bukan anak menurut peraturan perundang-undangan atau telah/pernah menikah, tidak terganggu kesadaran fisiknya, mampu berkomunikasi secara wajar, tidak mengalami kemunduran perkembangan (retardasi mental) dan tidak mengalami penyakit mental sehingga mampu membuat keputusan secara bebas”

Penjelasan mengenai kompetensi pasien secara jelas tertulis dalam peraturan perundang-undangan di atas. Namun, penjelasan mengenai kapasitas pasien belum

---

<sup>14</sup> *Ibid.*

<sup>15</sup> Veatch, Robert M dan Laura K Guidry-Grimes. 2020. *The Basic of Bioethics 4th Edition*. New York: Routledge, hlm. 171-172.

tercantum secara jelas. Kapasitas ini penting, karena untuk bisa memberikan keputusan, pasien harus memiliki kompetensi dan kapasitas untuk membuat keputusan. Seperti yang telah dijelaskan di atas, kapasitas terdiri atas komponen: (1) *understanding*, (2) *appreciation*, (3) *reasoning*, dan (4) *expressing a choice*. Di dalam peraturan mengenai pengambilan keputusan oleh pasien, telah ditekankan mengenai komponen *understanding* dan *expressing a choice*. Namun, komponen *appreciation* dan *reasoning* belum diatur. Komponen *expressing a choice*, yaitu pasien dapat mengkomunikasikan pilihannya, dapat ditemukan dalam Ayat (4) Pasal 45 UU Praktik Kedokteran yang berbunyi “Persetujuan ... dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan.” Hal yang sama juga diperjelas kembali dalam Permenkes 290/2008. Komponen *understanding*, yaitu pasien mengerti mengenai informasi yang diberikan, secara eksplisit ada dalam Pasal 9 Permenkes 290/2008, yaitu: “Penjelasan ... harus diberikan secara lengkap dengan bahasa yang mudah dimengerti atau cara lain yang bertujuan untuk mempermudah pemahaman”.

- b. Pengambilan keputusan penghentian/penundaan bantuan hidup oleh pasien yang kompeten.

Pada ayat (1) Pasal 14 Permenkes 290/2008, dikatakan bahwa: “Tindakan penghentian/penundaan bantuan hidup ... pada seorang pasien harus mendapat persetujuan keluarga terdekat pasien”. Di sini berarti bahwa khusus pasien yang menerima tindakan penghentian/penundaan bantuan hidup, harus disetujui oleh keluarga pasien. Tidak dijelaskan lebih lanjut mengenai kompetensi dan kapasitas pasien yang menerima tindakan ini. Persetujuan keluarga terdekat pasien merupakan suatu keharusan dalam pasal ini, maka baik pasien dengan kompetensi atau tanpa kompetensi, tetap harus melalui persetujuan keluarga terdekat pasien.

Bila kita melihat pada penjelasan ayat (1) Pasal 45 UU Praktik kedokteran, tertulis bahwa pada prinsipnya, yang berhak memberikan persetujuan adalah pasien yang bersangkutan, kecuali bisa pasien tersebut berada di bawah pengampunan, maka persetujuan dierikan oleh keluarga terdekat. Pasien dapat berada di bawah pengampunan akibat pasien tersebut tidak kompeten dalam memberikan keputusan medis. Hal ini berbeda dengan aturan dalam ayat (1) Pasal 14 Permenkes 290/2008 di atas.

Menurut Nugroho<sup>16</sup>, pasal 14 ayat (1) Permenkes 290/2008 yang mengatakan bahwa persetujuan penghentian/penundaan terapi bantuan hidup harus mendapatkan persetujuan pasien, merupakan usaha untuk melindungi kepentingan pasien sendiri. Pasien tentu tidak hidup terpisah dengan keluarganya, ketika pasien menderita penyakit terminal dan dirawat di rumah sakit, keluarga akan turut andil dalam memberi perawatan kepada pasien. Keputusan apa pun yang berasal dari pasien, tetap akan melibatkan dan berhubungan dengan keluarga pasien. Hal ini juga akan meminimalkan timbulnya konflik akibat keputusan medis pasien. Sebagai contoh yang juga diberikan oleh Nugroho, apabila pasien kompeten memutuskan untuk dihentikan bantuan hidupnya, dan keluarga pasien setuju, maka otonomi pasien, keluarga tetap terjaga, tanpa timbul konflik. Berbeda bila pasien kompeten memutuskan untuk tetapi diteruskan terapi bantuan hidupnya, namun keluarga menolak. Hal ini berpotensi menimbulkan konflik di dalam keluarga dan juga dengan rumah sakit, misalnya mengenai masalah pembiayaan (keluarga tidak sanggup

---

<sup>16</sup> Wawancara dengan narasumber ahli hukum kesehatan DR. drg. Nugroho Pudjo Nugroho, SH., M.H.Kes, melalui Zoom Meeting, 27 November 2021, pukul 18.30-20.30

membayai biaya pasien). Kemudian bila kita balik situasinya, di mana pasien kompeten memilih untuk dihentikan segala bantuan hidup, namun keluarga tidak setuju. Hal ini juga berpotensi menimbulkan konflik, yang mana apabila pasien meninggal karena dilepas alat bantuan hidupnya, keluarga yang tetap akan mengurus pasien setelah meninggal (pemakaman). Oleh karena itu, untuk meminimalkan konflik yang dapat terjadi, penting untuk adanya persetujuan dari pasien kompeten dan keluarga terdekat pasien yang juga kompeten untuk memutuskan tindakan penghentian / penundaan terapi bantuan hidup.

Perbedaan antara Penjelasan ayat (1) Pasal 45 UU Praktik kedokteran dengan ayat (1) Pasal 14 Permenkes 290/2008, menunjukkan adanya ada unsur otonomi personal dan otonomi keluarga dalam pengambilan keputusan medis. Penjelasan UU Praktik Kedokteran menitikberatkan keputusan medis kepada pasien sendiri (otonomi personal), sejauh dia masih kompeten dan memiliki kapasitas mental untuk itu. Otonomi personal sangat dijunjung tinggi di negara-negara Barat. Hukum dan etika di Barat menitikberatkan otonomi personal karena di sana, pelindungan hak asasi individu sangat dijunjung tinggi. Di negara lain selain negara Barat, otonomi personal belum tentu dapat berjalan sebagaimana semestinya. Di negara-negara Timur, memiliki pola hubungan masyarakat yang lebih komunal atau patembayan, bukan individualistis. Berbeda dengan masyarakat individualis, yang mana keputusan diambil oleh individu sendiri, masyarakat komunal dalam memutuskan suatu hal dilakukan bersama-sama dengan keluarganya. Pola pengambilan keputusan secara komunal ini dapat dipahami dalam bingkai pola persinggungan kepentingan antar anggota masyarakat, termasuk di dalam keluarga. Setiap anggota keluarga memiliki kepentingan, hak, dan kewajiban masing-masing, yang pelaksanaannya dibatasi oleh kepentingan, hak, dan kewajiban anggota keluarga yang lainnya. Pengambilan keputusan medis untuk seorang pasien, selain akan membawa pengaruh kepada pasien tersebut, pasti akan membawa pengaruh kepada anggota keluarga yang lain, baik langsung ataupun tidak langsung. Oleh karena itu, keluarga perlu ikut serta dalam memusyawarahkan keputusan medis pasien, supaya lalu lintas kepentingan, hak, dan kewajiban tetap tertata.

c. Pengambilan keputusan oleh pengambil keputusan pengganti (*surrogate decision-maker*)

Sesuai Penjelasan Pasal 45 ayat (1) UU Praktik kedokteran, prinsipnya adalah pasien memiliki hak yang paling pertama dalam memberikan persetujuan atau penolakan terhadap tindakan medis yang akan diberikan kepada dirinya. Hak ini bersumber dari hak otonomi yang merupakan bagian dari hak asasi manusia. Namun, apabila karena suatu hal yang menyebabkan pasien tidak bisa memberikan persetujuan/penolakan medis, maka pemberian persetujuan/penolakan medis tersebut akan dilimpahkan kepada orang lain yang berhak. Tolok ukur bahwa pasien dapat atau tidak dapat memberikan keputusan medis apabila pasien tidak memiliki kompetensi dan kapasitas untuk memberikan keputusan medis. Pasien yang tidak memiliki kompetensi dan kapasitas, tidak bisa menggunakan haknya untuk memberikan keputusan. Hak untuk membuat keputusan bagi pasien, kemudian akan diwakilkan kepada orang lain yang berhak mewakili. Orang lain yang berhak ini akan memberikan keputusan mewakili pasien, sehingga disebut dengan pengambil keputusan pengganti atau *Surrogate Decision Maker*.

Menurut Penjelasan Pasal 45 UU Praktik Kedokteran, hak ini ada di tangan keluarga dekat pasien, yaitu suami/istri, ayah/ibu kandung, anak-anak kandung, atau saudara-

saudara kandung pasien. Sejalan dengan UU Praktik Kedokteran, Pasal 13 Permenkes 290/2008 menyatakan bahwa yang berhak memberikan persetujuan medis adalah pasien yang kompeten atau keluarga terdekat. Berarti yang berhak menjadi *Surrogate Decision maker* adalah keluarga terdekat pasien. Yang dimaksud keluarga terdekat pasien sesuai Butir 2 Pasal 1 Permenkes 290/2008, yaitu: “Keluarga terdekat adalah suami atau istri, ayah atau ibu kandung, anak-anak kandung, saudara-saudara kandung atau pengampunya”. Perbedaan definisi keluarga terdekat antara UU Praktik Kedokteran dan Permenkes 290/2008, adalah pada Permenkes 290/2008 ditambahkan pengampu sebagai bagian dari keluarga terdekat.

Ada banyak pihak yang dapat disebut sebagai keluarga terdekat pasien. Yang menjadi pertanyaan adalah, dari banyaknya pihak tersebut, siapa yang akhirnya memberikan keputusan bagi pasien? Sebaliknya pula, keputusan keluarga terdekat mana yang diterima oleh tenaga medis? Bila kita melihat peraturan lama, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan No. 585 Tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik (selanjutnya disebut Permenkes 585/1989), yang sekarang sudah tidak berlaku lagi karena dicabut dan digantikan Permenkes 290/2008, maka ditemukan adanya urutan / hirarki dalam pengambilan oleh keluarga terdekat. Salah satu contoh pasalnya adalah “Bagi pasien dibawah umur 21 tahun, Persetujuan (*informed consent*) atau Penolakan Tindakan Medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak sebagai berikut: (1) Ayah/ibu kandung, (2) Saudara-saudara kandung”.

Dalam Permenkes 290/2008 yang berlaku sekarang, aturan mengenai hirarki keluarga terdekat ini tidak dimasukkan lagi. Kedua pedoman di atas bila kita bandingkan secara etika, yaitu dilihat dari unsur otonomi, ternyata ada perbedaan. Dalam Permenkes 585/1989, meskipun keluarga terdekat dilibatkan untuk menjadi pengambil keputusan pengganti, namun cara pengambilan keputusannya masih mencerminkan unsur hak yang bersifat individualisme. Sebagai contoh, sesuai dengan Permenkes 585/1989, ketika seorang suami kehilangan kompetensinya maka sesuai urutan, istrinya yang menjadi pengambil keputusan pengganti pertama. Oleh karena hanya suara sang istri pasien tersebut yang diakui, maka sang istri akan menggunakan otonomi individualnya untuk mengambil keputusan. Apakah ia akan melibatkan anggota keluarga lain atau tidak dalam pengambilan keputusan, itu pilihan sang istri. Pedoman ini membuat proses pengambilan keputusan menjadi tidak fleksibel dan cenderung individualistis.

Permenkes 585/1989 berbeda dengan pedoman menurut Permenkes 290/2008. Permenkes 290/2008 ini lebih bersifat terbuka dan fleksibel. Permenkes ini mengakomodir baik otonomi individu dan otonomi komunal. Mengingat kondisi masyarakat Indonesia yang terdiri atas ribuan kebudayaan, tiap budaya akan memiliki ciri khas tersendiri yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan medis.

- d. Proses pengambilan keputusan medis bagi pasien yang tidak kompeten dan tidak memiliki kapasitas

Apabila pasien tidak memiliki kompetensi atau kapasitas untuk itu, maka keputusan medis akan diberikan oleh pemberi keputusan pengganti (*surrogate decision maker*). Namun, apa yang akan menjadi pegangan bagi pemberi keputusan pengganti ketika memberikan keputusan medis bagi pasien?

Bila dilihat dari kapasitas mental manusia, kita dapat membedakan jenis pasien yang inkompeten untuk memberikan *informed consent*, menjadi 2 kelompok, yaitu (1) pasien yang pernah memiliki kapasitas mental, dan (2) pasien yang sama sekali belum pernah memiliki kapasitas mental. Pasien yang pernah memiliki kapasitas mental, berarti bahwa sebelum kehilangan kapasitas mentalnya, ia memiliki kapasitas mental untuk menggunakan otonominya, untuk menjalankan kehidupan sesuai dengan prinsip, keyakinan, dan nilai-nilai yang dimilikinya. Kelompok yang pertama ini dapat dibagi lagi menjadi dua, yaitu (1) pasien yang pernah memiliki kapasitas mental yang penuh (misalnya orang dewasa), dan (2) pasien yang pernah memiliki kapasitas mental, namun parsial atau belum utuh (misalnya anak-anak), sebelum kehilangan kapasitas mentalnya. Bandingkan dengan orang yang tidak pernah memiliki kapasitas mental, maka ia tidak memiliki otonomi dan tidak pernah sama sekali menggunakan otonominya untuk menjalankan kehidupannya.

Pembagian pasien menurut pernah atau tidaknya memiliki dan menggunakan kapasitas mentalnya, akan berpengaruh pada dasar pertimbangan apa yang digunakan oleh *surrogate decision-maker* ketika akan memberikan keputusan pengganti. Bagi pasien yang pernah memiliki kapasitas mental, mereka sebelumnya memiliki hak otonomi dan menggunakan hak otonominya juga. Namun, otonominya hilang ketika ia tidak bisa lagi mengutarakan keinginannya lagi akibat kondisi kesehatannya. Misalkan seorang dewasa kehilangan kesadarannya karena kecelakaan sepeda motor dan sekarang berada dalam kondisi vegetatif, apakah ia masih bisa mengutarakan pendapat atau keinginannya? Apakah pada pasien dengan kondisi seperti itu, masih ada cara supaya otonominya dapat dipertahankan? Jawabannya adalah bisa, yaitu menggunakan prinsip etika Perluasan Otonomi (*Autonomy Extended*). Prinsip ini mengatakan bahwa otonomi seseorang bisa diperluas, sehingga masih berlaku ketika ia sudah kehilangan kompetensi dan kapasitas mentalnya. Keputusan medis seorang pasien yang dibuat ketika ia masih kompeten dan memiliki kapasitas mental yang penuh, dapat diperluas sehingga masih mengikat dan valid ketika pasien jatuh ke dalam inkompetensi dan inkapasitas. Prinsip inilah yang mendasari adanya *Advanced Directives*.

*Advanced directives* diatur dalam Permenkes 37/2014, Ayat (3) dan Ayat (4) Pasal 15, yaitu:

“(3) Permintaan keluarga pasien ... hanya dapat 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.”

Pada ayat (3) di atas, dijelaskan bahwa keluarga pasien dapat meminta tim dokter yang menangani pasien untuk melakukan penghentian / penundaan terapi bantuan hidup bagi pasien. Namun, permintaan dari keluarga pasien ini hanya dapat dipertimbangkan apabila pasien dalam keadaan tidak memiliki kompetensi dan kapasitas. Dengan kata lain, pasien tidak dapat memutuskan sendiri apakah terapi bantuan hidup akan dihentikan/ditunda atau tidak. Apabila hal ini terjadi, maka harus dicari tahu apakah pasien tersebut telah meninggalkan wasiat pesan berupa *advanced directives* atau tidak.

Bila pasien sama sekali tidak meninggalkan *advanced directives*, maka keluarga terdekat pasien akan mengambil keputusan medis bagi pasien, namun dengan tetap melihat dan menyesuaikannya dengan nilai-nilai dan kepercayaan yang dimiliki pasien. Apabila pasien ternyata meninggalkan pesan berupa *advanced directives*, maka dilihat apa isi dari pesan tersebut. Isi *advanced directives* terdiri atas 2 jenis. Yang pertama adalah *substantive directives* yang berisi tindakan medis apa yang diinginkan atau ditolak pasien ketika pasien kehilangan kompetensinya. Kedua adalah *proxy directives* yang berisi penunjukan seseorang secara spesifik untuk menjadi pengambil keputusan pengganti.<sup>17</sup>

Menurut Nugroho,<sup>18</sup> dalam rangka membuat keputusan untuk menghentikan atau menunda terapi bantuan hidup yang sia-sia bagi pasien terminal, pertama harus melihat Pasal 14 Ayat (1) Permenkes 290/2008, yang mengatakan bahwa tindakan penghentian atau penundaan tersebut harus mendapatkan persetujuan dari keluarga terdekat pasien yang bersangkutan. Dari sini, dijelaskan narasumber bahwa persetujuan ini bukan hanya tergantung kehendak pasien saja, namun juga harus ada persetujuan dari keluarga pasien. Seluruh aspek dari penundaan/penghentian harus mendapat persetujuan pasien, termasuk mengenai surat wasiat (*advanced directives*). Menurut narasumber, pasien bebas saja membuat *advanced directives*, namun ketika pasien tidak kompeten lagi, berlaku atau tidak berlakunya *advanced directives* itu tergantung dari persetujuan keluarga terdekat pasien. Keluarga terdekat itu bisa saja setuju atau tidak setuju dengan isi *advanced directive* tersebut. Apabila keluarga terdekat setuju dengan isi *advanced directives*, maka keinginan pasien tersebut bisa dijalankan atas keputusan keluarga terdekat. Namun, bila keluarga terdekat tidak setuju dengan isinya, maka keinginan pasien dalam *advanced directives* tidak dapat dijalankan.

#### 4. Dasar pemilihan terapi apa saja yang dapat dihentikan atau ditunda

Menurut Ayat (5) dan (6) Pasal 14 Permenkes 37/2014 mengatur terapi bantuan hidup apa saja yang dapat dihentikan/ditunda, yaitu:

- “(5) Terapi bantuan hidup yang dapat dihentikan atau ditunda hanya tindakan yang bersifat terapeutik dan/atau perawatan yang bersifat luar biasa (*extra-ordinary*), meliputi:
- a. Rawat di Intensive Care Unit;
  - b. Resusitasi Jantung Paru;

---

<sup>17</sup> Veatch, *op.cit.*, hlm. 174.

<sup>18</sup> Wawancara dengan narasumber ahli hukum kesehatan DR. drg. Nugroho Pudjo Nugroho, SH., M.H.Kes, melalui Zoom Meeting, 27 November 2021, pukul 18.30-20.30.

- c. Pengendalian disritmia;
- d. Intubasi trakeal;
- e. Ventilasi mekanis;
- f. Obat vasoaktif;
- g. Nutrisi parenteral;
- h. Organ artifisial;
- i. Transplantasi;
- j. Transfusi 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.”

Berdasarkan bunyi pasal tersebut, Permenkes ini nampaknya menggunakan doktrin *ordinary* dan *extraordinary* dalam menentukan prosedur apa yang boleh dan tidak boleh dihentikan/ditunda. Berbagai perawatan yang bersifat *extraordinary* dituliskan di Permenkes dan hanya prosedur ini yang boleh dihentikan/ditunda. Tidak dijelaskan mengenai prosedur yang *ordinary* di sini, namun tertulis prosedur yang tidak boleh dihentikan/ditunda, yaitu pemberian oksigen, nutrisi enteral, dan cairan infus kristaloid.

Doktrin *ordinary* dan *extraordinary* merupakan panduan untuk mengarahkan apakah suatu terapi/prosedur wajib diberikan kepada pasien atau tidak. Terapi yang wajib diberikan adalah terapi yang masih bersifat *ordinary*, sehingga bila tidak diberikan maka itu adalah suatu kesalahan. Terapi yang tidak wajib diberikan adalah terapi yang *extraordinary*. Tidak wajib berarti diberikan boleh, tidak diberikan juga boleh. Kemudian terapi yang dilarang diberikan, yaitu terapi yang *extraordinary* namun membawa kerugian besar baik bagi pasien atau pihak lain. Dalam doktrin ini tidak menyebutkan spesifik jenis terapi/prosedur apa yang termasuk *ordinary* atau *extraordinary*, namun memberikan batasan ciri-ciri medis dan moralnya. Terapi *ordinary* memiliki ciri-ciri medis: (1) teruji ilmiah, (2) berhasil secara statistik, dan (3) tersedia secara rasional. Terapi *ordinary* memiliki ciri-ciri moral, yaitu: (1) menguntungkan, (2) bermanfaat, (3) tidak menjadi beban fisik, psikologis, dan keuangan secara berlebihan. Bila pada suatu terapi, ada satu saja yang tidak sesuai dengan ciri-ciri medis dan moral di atas, maka terapi itu tergolong *extraordinary*. Penentuan *ordinary* atau *extraordinary* juga berbeda dari kasus ke kasus, dan dari waktu ke waktu, sehingga sangat dinamis perubahannya.<sup>19</sup>

Pada Permenkes 37/2014 mengenai terapi yang *extraordinary*, tidak dijelaskan mengenai esensi dari doktrin *ordinary-extraordinary*. Peraturan ini langsung memberikan batasan terapi mana yang boleh atau tidak, tanpa menjelaskan mengenai proses penentuannya. Berbagai macam terapi yang dikelompokkan sebagai *extraordinary* dalam Permenkes, sebenarnya bisa juga bersifat *ordinary*, tergantung dari kondisi pasien. Misalnya, pemasangan ventilasi mekanis bisa bersifat *ordinary* jika dokter menilai kondisi pasien bisa membaik dengan itu. Namun, beberapa hari kemudian, ventilasi mekanis ini bisa bersifat *extraordinary* bila dokter menilai kondisi pasien sudah begitu buruk sehingga prosedur ini tidak lagi berguna (*futile*). Oleh karena terapi sudah bersifat *extraordinary*, maka bisa dihentikan (sesuai prosedur yang berlaku).

---

<sup>19</sup> Kusmaryanto, CB. 2015. *Bioetika*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas. Hlm. 199.

Pada Ayat (6) Pasal 14 Permenkes 37/2014 disebutkan mengenai terapi bantuan hidup yang tidak boleh dihentikan/ditunda yaitu oksigen, nutrisi enteral, dan cairan kristaloid. Tiga terapi ini merupakan terapi dasar yang berguna untuk menunjang kebutuhan hidup dasar manusia, yaitu oksigen, makanan, dan cairan. Meskipun telah ada doktrin *ordinary* dan *extraordinary*, namun penghentian/penundaan ketiga terapi ini masih menjadi perdebatan. Pihak yang setuju untuk dihentikan, berpegang pada doktrin *ordinary* dan *extraordinary*, yang apabila ketiga terapi itu sudah termasuk *extraordinary* maka sebaiknya dihentikan.<sup>20</sup> Pihak yang menolak untuk dihentikan, berpegang pada hak asasi manusia untuk mendapatkan nutrisi, hidrasi, dan udara untuk bernapas. Ketiganya ini bukanlah suatu obat, namun makanan dan udara yang merupakan kebutuhan dasar manusia untuk bisa hidup, terlebih lagi bila tidak ada kesulitan dalam pemberiannya.

Perbedaan pandangan antara hukum dan etika terkait hal-hal apa saja yang dapat dihentikan atau tidak, bersumber dari sifat hukum dan etika itu sendiri. Menurut Nugroho, hukum lebih kaku dan lebih tidak dinamis daripada etika, karena hukum berusaha membuat adanya suatu kepastian hukum. Jadi, suatu fenomena di dalam masyarakat yang tidak pasti dibuat menjadi lebih pasti aturannya, yaitu melalui hukum ini. Berbeda dengan etika, yang lebih dinamis dan luas. Etika tidak mengatur hal-hal tertentu secara spesifik, namun etika memberikan prinsip-prinsip yang bisa dijadikan rujukan ketika suatu fenomena terjadi di masyarakat. Etika melihat berbagai fenomena dalam kehidupan masyarakat itu dinamis penuh dengan ketidakpastian. Oleh karena itu, etika membuat berbagai prinsip-prinsip dasar etika yang dapat menjadi pegangan orang-orang untuk hidup dalam dunia yang penuh ketidakpastian ini.

Sama seperti perbedaan pandangan antara etika dan hukum mengenai *ordinary* dan *extraordinary* ini. Etika memandang prinsip ini secara luas dan dinamis, supaya bisa digunakan oleh dokter dalam berbagai situasi, yang memang situasi dalam dunia kesehatan juga sangat dinamis. Prinsip etika ini memungkinkan dokter dapat beradaptasi dengan berbagai perubahan yang dinamis tersebut. Berbeda dengan hukum yang mengharapkan adanya suatu kepastian. Oleh karena itu, di dalam Permenkes 37/2014 dituliskan dengan pasti apa yang boleh dan apa yang tidak boleh. Yang boleh dihentikan/ditunda adalah yang *extraordinary*, yaitu apa saja tertulis dengan pasti di sana. Yang sama sekali tidak boleh ditunda/dihentikan yaitu oksigen, nutrisi, dan cairan. Namun, mengenai prosedur yang *extraordinary*, dalam Permenkes tersebut memberikan sedikit keleluasaan, yaitu dengan menambahkan “tindakan lain yang ditetapkan dalam standar pelayanan kedokteran” pada tindakan yang termasuk *extraordinary*. Sehingga tindakan *extraordinary* bisa lebih luas lagi, tidak hanya sebatas tindakan yang tertulis dalam Permenkes.

Potensi permasalahan yang dapat timbul dari Permenkes ini, salah satunya adalah pada tindakan yang tidak boleh dihentikan atau ditunda. Bagaimana apabila salah satu dari tindakan pemberian oksigen, nutrisi enteral, dan cairan kristaloid tidak bisa diberikan kepada pasien. Misalkan pada pasien terminal yang terganggu situasinya, yang selalu mencabut infus yang dipasang, atau mencabut selang hidung (untuk makanan). Bagaimana bila pemasangan infus, pemberian makanan enteral, memberikan beban yang berat bagi pasien? Bolehkah ditunda atau harus tetap diberikan kepada pasien, meskipun dengan dipaksa?

---

<sup>20</sup> Heuberger, Roschelle A. 2010. *Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life*. Journal of Nutrition for the Elderly, No. 94, Vol. 4, Tahun 2010, hlm. 364, doi:10.1080/01639366.2010.521020.

### C. Proses Pelindungan Hukum bagi Dokter yang Melakukan Tindakan Penghentian atau Penundaan Bantuan Hidup yang Sia-Sia (*Futile*) di Rumah Sakit

Advanced directives di rumah sakit masih jarang dibuat, baik *living will* maupun *proxy directives*. Hal ini karena faktor budaya masyarakat Indonesia. Orang Indonesia termasuk tabu ketika membicarakan mengenai kematian. Tabu ketika merencanakan bagaimana dia mati nanti. Faktor agama juga mempengaruhi, di mana masyarakat Indonesia mempercayai bahwa kematian adalah rahasia Ilahi. Tuhan yang memberikan kehidupan, maka Tuhan lah yang akan mengambil kehidupan tersebut kembali. Manusia tidak memiliki hak untuk menentukan kapan dan bagaimana dia mati. Hidup mati di tangan Tuhan. Inilah yang menyebabkan masyarakat Indonesia tidak membuat *living will*. Tidak membuat rencana, bagaimana dia akan mati nanti.

*Proxy directives* juga jarang sekali dibuat. Hal ini karena ciri khas masyarakat Indonesia, di mana hubungan kekeluargaan masih sangat kuat. Ketika pasien kehilangan kompetensinya, maka secara otomatis, tanpa adanya *proxy directives*, maka keluargalah yang akan mengurus dan mengambil keputusan medis bagi diri pasien.

### KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian ini, maka yang dapat disimpulkan adalah:

1. Kriteria yang dapat digunakan untuk menganalisis mengenai kecukupan pelindungan hukum bagi dokter terhadap tindakan penghentian dan penundaan bantuan hidup yang sia-sia bagi pasien terminal, adalah dengan menganalisis perihal berikut:
  - a. Keselarasan antara hak dan kewajiban dokter, pasien, dan keluarga pasien berkaitan dengan tindakan yang dianalisis
  - b. Keselarasan antara hukum Indonesia dengan etika biomedis yang berhubungan dengan tindakan yang dianalisis
  - c. Penerapan peraturan hukum mengenai tindakan yang dianalisis, di dalam kehidupan masyarakat Indonesia
2. Ditemukan beberapa permasalahan mengenai berbagai peraturan yang berhubungan dengan tindakan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup yang sia-sia bagi pasien terminal. Selain itu, juga ada perbedaan antara peraturan hukum dengan kaidah etika biomedis
  - a. Permasalahan mengenai aturan hukum:
    - 1) Belum adanya definisi yang jelas mengenai penyakit terminal
    - 2) Belum adanya definisi yang jelas mengenai terapi bantuan hidup yang sia-sia (*futile*)
    - 3) Belum adanya peraturan mengenai penentuan kapasitas pasien dalam memberikan persetujuan/penolakan medis
    - 4) Inkonsistensi mengenai definisi keluarga terdekat antara UU Praktik Kedokteran dengan Permenkes 290/2008.
    - 5) Inkonsistensi mengenai siapa yang dapat memberikan persetujuan dalam hal tindakan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup, antara UU Praktik Kedokteran, Permenkes 290/2008, dan Permenkes 37/2014.
    - 6) Belum ada kejelasan mengenai ada atau tidak adanya hirarki terkait siapa yang berhak memberikan keputusan medis.
    - 7) Belum ada kejelasan peraturan mengenai penghentian atau penundaan bantuan hidup bagi pasien yang masih kompeten dan berkapasitas.
    - 8) Belum adanya peraturan detail mengatur mengenai *advanced directives*, baik *living will* atau *proxy directives*.

- b. Adanya perbedaan antara sudut pandang hukum dan etika biomedis mengenai prinsip *ordinary* dan *extraordinary*
3. Proses perlindungan hukum bagi dokter yang melakukan penghentian atau penundaan bantuan hidup yang *sia-sia* bagi pasien terminal, sesuai dengan Permenkes 37/2014, belum dapat dilakukan sepenuhnya di rumah sakit. Hal ini terutama pada pelaksanaan dari *advanced directives*. Salah satu faktor yang menyebabkan hal ini adalah karena pola sosial kemasyarakatan di Indonesia yang komunal. Faktor lain adalah bahwa merupakan hal yang tabu untuk membicarakan mengenai akhir kehidupan

## SARAN

Berdasarkan penelitian ini, maka saran yang dapat diberikan,

1. Bagi pemerintah  
Pemerintah sebaiknya merumuskan kembali peraturan mengenai tindakan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup yang *sia-sia* bagi pasien terminal supaya dapat memberikan perlindungan hukum yang memadai bagi semua pihak. Peraturan tersebut diantaranya: (a) definisi pasien terminal, (b) definisi *futility*, (c) kapasitas pasien dalam pengambilan keputusan medis, (d) definisi keluarga terdekat, (e) *surrogate decision maker*, (f) *advanced directives*.
2. Bagi rumah sakit  
Pihak rumah sakit diharapkan dapat melindungi dan menjaga lalu lintas hak dan kewajiban antara pihak-pihak tersebut dengan baik, supaya tidak ada tubrukan atau sengketa di antaranya. Dalam rangka mencapai hal tersebut, rumah sakit dapat: (a) membuat SOP yang spesifik mengatur mengenai tindakan penundaan atau penghentian terapi bantuan hidup yang *sia-sia* bagi pasien terminal, (b) memberikan sosialisasi mengenai aspek hukum, etika, dan medis tentang tindakan penundaan atau penghentian terapi bantuan hidup yang *sia-sia* bagi pasien terminal kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan yang lingkup kerjanya berhubungan dengan pasien terminal.
3. Bagi dokter  
Dokter dalam menjalankan profesinya, harus berjalan sesuai dengan apa yang telah diatur oleh hukum dan prinsip-prinsip etika. Sejauh dokter tidak melampaui batas-batas itu, maka ia tetap mendapatkan perlindungan hukum. Untuk mencapai hal tersebut, setiap dokter yang lingkup profesinya sering berhubungan dengan pasien terminal, diharapkan: (a) emperlakukan pasien dan keluarga pasien sebagai entitas yang tak terpisahkan dan holistik, (b) tenaga medis dan tenaga kesehatan diharapkan tahu mengenai aspek hukum, etika, dan medis terkait penundaan atau penghentian terapi bantuan hidup yang *sia-sia* pada pasien terminal, (c) meminta pertimbangan etika dan hukum kepada pihak rumah sakit apabila menemui kasus-kasus yang dilematis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aghabarary, Maryam dan Nahid Dehghan Nayeri. 2016. *Medical Futility and Its Challenges: A Review Study*. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, Vol. 9, No. 11, Oktober 2016, hlm. 4. PMID: 28050241.
- Bertens. 2013. *Etika*. Yogyakarta: Kanisius
- Carmen, Marcella G Del dan Steven Joffe. 2005. *Informed Consent for Medical Treatment and Research: A Review*. *The Oncologist*, Volume 10, Issue 8, September 2005, hlm. 636–641.

- Djulaeka dan Devi Rahayu. 2019. Buku Ajar Metode Penelitian Hukum. Surabaya: Scopindo Media Pustaka
- Hadjon, Philipus M. 1985. Pelindungan Hukum Bagi Rakyat di Indonesia. Surabaya: PT Bina Ilmu.
- Heuberger, Roschelle A. 2010. *Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life*. Journal of Nutrition for the Elderly, No. 94, Vol. 4, Tahun 2010, hlm. 364, doi:10.1080/01639366.2010.521020
- Hui, David, et al. 2014. *Concepts and Definitions for Actively Dying, End of Life, Terminally Ill, Terminal Care, and Transition of Care: A Systematic Review*. Journal of Pain Symptom Management, Vol. 47, No. 1, Januari 2014, hlm. 86-87
- Internet, 1 Maret 2020, [https://news.detik.com/berita/d-497892/derita-panjang-ny-agian-15-tahun-tergolek-di-rumah-sakit?tag\\_from=news\\_berita](https://news.detik.com/berita/d-497892/derita-panjang-ny-agian-15-tahun-tergolek-di-rumah-sakit?tag_from=news_berita)Terkait
- Kusmaryanto, CB. 2015. *Bioetika*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas. Hlm. 199.
- McDougall, Jennifer Fecio dan Martha Gorman. 2008. *Euthanasia: A Reference Handbook*, 2nd Edition. Santa Barbara: ABC CLIO
- Muchsin. 2003. "Pelindungan dan Kepastian Hukum bagi Investor di Indonesia". Dalam Hanum, Cholida. 2020. *Hukum dan Hak Asasi Manusia: Perkembangan dan Perdebatan Masa Kini*. Salatiga: LP2M IAIN Salatiga.
- Raharjo, Satjipto. 2000. *Ilmu Hukum*. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti
- Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
- Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor.
- Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik.
- Republik Indonesia, Undang-Undang Dasar 1945 Perubahan Keempat.
- Republik Indonesia, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Republik Indonesia, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Setiono. 2004. "Rule of Law (Supremasi Hukum)". Dalam Panggabean, Hetty. 2018. *Perlindungan Hukum Praktik Klinik Kebidanan*. Sleman: Penerbit Deepublish.
- Veatch, Robert M dan Laura K Guidry-Grimes. 2020. *The Basic of Bioethics 4th Edition*. New York: Routledge
- White, Ben., et al. 2016, *What does "Futility" Mean? An Empirical Study of Doctors' Perceptions*. The Medical Journal of Australia, Vol. 204, No. 8, Mei 2016, hlm. 318e1.