

TINJAUAN HUKUM DOKTER DALAM MELAKUKAN *DO NOT RESUSCITATE* (DNR) KARENA KETERBATASAN ALAT VENTILATOR

Gede Sanjaya^{1*}

Program Magister Hukum Kesehatan, Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah¹

*Corresponding Author : sanfk01983@gmail.com

ABSTRAK

Do Not Resuscitate (DNR) adalah instruksi medis dimana pengambil keputusan adalah dokter dengan mempertimbangkan penilaian tenaga kesehatan lain (perawat) bahwa kualitas hidup pasien sangat rendah sehingga tidak dilakukan resusitasi (CPR/RJP) dengan persetujuan wali/keluarga pasien. Pada penelitian ini penulis membahas mengenai dasar-dasar hukum yang dapat digunakan oleh dokter dalam melakukan DNR ketika terjadi keterbatasan alat ventilator. Penelitian ini ditulis berdasarkan atas 2 (dua) rumusan masalah yaitu, kedudukan hukum dokter dan pasien dalam pelaksanaan DNR (*do not resuscitate*) karena keterbatasan alat ventilator; Perlindungan hukum dokter bila terjadi sengketa medik akibat melakukan DNR karena keterbatasan alat ventilator. Metode pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah pendekatan Undang-Undang (*statute approach*) dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*). Kedudukan seorang dokter secara hukum harus jelas dalam melaksanakan profesinya, terlebih ketika mengambil keputusan untuk melakukan DNR pada pasien. Prosedur teknis dan non teknis harus dipatuhi dan dilaksanakan sebaik mungkin demi memenuhi standarisasi pelaksanaan DNR dan membebaskan dokter dari jeratan hukum. Kontruksi hukum yang berlaku di Indonesia yang belum mengatur secara khusus soal DNR dalam sebuah peraturan perundang-undangan wajib digali lebih dalam lagi, agar DNR sebagai salah satu tindakan medis dapat dilakukan oleh dokter dengan tetap memperhatikan aturan hukum yang berlaku.

Kata kunci : dokter, *Do Not Resuscitate* (DNR), perlindungan hukum

ABSTRACT

Do Not Resuscitate (DNR) is a medical instruction where the decision maker is a doctor by considering the assessment of other health workers (nurses) that the patient's quality of life is very low so resuscitation (CPR/RJP) is not carried out with the consent of the patient's guardian/family. In this study the author discusses the legal bases that can be used by doctors in carrying out DNR when there are limitations to ventilator equipment. This research was written based on 2 (two) problem formulations, namely, the legal position of doctors and patients in implementing DNR (*do not resuscitate*) due to limited ventilator equipment; Legal protection for doctors if a medical dispute occurs as a result of carrying out a DNR due to limited ventilator equipment. The approach methods used in this research are the statutory approach and the conceptual approach. The legal position of a doctor must be clear in carrying out his profession, especially when making the decision to carry out DNR on a patient. Technical and non-technical procedures must be adhered to and implemented as best as possible in order to meet the standardization of DNR implementation and free doctors from legal entanglements. The legal construction in force in Indonesia which does not yet specifically regulate the issue of DNR in a statutory regulation must be explored more deeply, so that DNR as a medical procedure can be carried out by doctors while still paying attention to the applicable legal regulations.

Keywords : doctor, *Do Not Resuscitate* (DNR), legal protection

PENDAHULUAN

Semakin majunya teknologi telah membantu kehidupan manusia. Kemajuan teknologi telah merambah ke berbagai aspek kehidupan, seperti informasi, transportasi, dan juga kesehatan. Kemajuan teknologi dalam bidang kesehatan telah membantu para tenaga medis dalam memberikan pelayanan maksimal untuk melakukan diagnosa hingga tindakan

penyembuhan kepada pasien. Masyarakat juga dapat dengan mudah mendapatkan informasi tentang kesehatan, seperti tindakan penyelamatan pertama pada seseorang yang sakit, kegunaan dari obat, hingga berkonsultasi langsung dengan dokter melalui aplikasi dan sosial media tertentu. Dinamika kemajuan yang begitu pesat membuat tenaga medis juga dituntut *update* terhadap perkembangan teknologi dalam bidang kesehatan.

Pengaruh kemajuan teknologi di bidang kesehatan juga dapat dilihat secara jelas dengan adanya berbagai alat-alat kesehatan yang semakin modern. Alat-alat kesehatan yang diproduksi di luar negeri pun bisa dibeli dan digunakan di Indonesia sehingga dapat membantu pelayanan kesehatan kepada masyarakat lebih maksimal lagi. Kehadiran alat-alat kesehatan yang moderen sebagai inventaris rumah sakit akan menunjukkan sejauh mana kemampuan rumah sakit tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Seperti halnya perbedaan alat kesehatan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di kota besar dengan rumah sakit umum yang ada di daerah. Keduanya pasti memiliki fasilitas alat kesehatan yang berbeda. Ditinjau dari sudut pandang pasien, kelengkapan alat kesehatan yang ada di rumah sakit tentu akan menjadi penilaian tersendiri dalam menentukan rumah sakit yang akan dituju untuk berobat.

Masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan tentu akan dibantu oleh tenaga medis yang berkompeten dibidangnya. Kompetensi tenaga medis selain digunakan dalam memberikan pelayanan secara verbal kepada pasien, juga akan digunakan dalam mengoperasikan alat kesehatan yang digunakan dalam melakukan tindakan medis. Kompetensi tersebut sangat penting dimiliki oleh tenaga medis mengingat pengoperasian alat kesehatan merupakan pekerjaan yang penting, selain dapat menentukan tingkat kesembuhan pasien, pengoperasian alat kesehatan yang sembarangan bahkan dapat menurunkan atau memperburuk kondisi pasien. Berdasarkan kondisi demikian, pelayanan dibidang kesehatan selain membutuhkan alat kesehatan yang mumpuni juga perlu ditunjang dengan tenaga medis yang berkompeten dalam merawat pasien.

Indonesia sebagai negara hukum tentunya telah mengatur tata cara pelayanan kesehatan masyarakat. Aturan hukum tidak hanya mengatur secara umum tata cara pelayanan kesehatan, melainkan hukum juga terdapat pada lingkup internal organisasi yang berkaitan dengan profesi tenaga medis, seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) yang mengeluarkan peraturan khusus bagi dokter dalam menjalankan profesinya. IDI mengeluarkan peraturan yang dikenal dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI). KODEKI yang terbaru ditetapkan melalui Surat Keputusan Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia No. 111 /PB/A.4/02/2013 Tentang Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia.

Kode Etik Profesi Dokter dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) mengatur tentang tujuan etika profesi kedokteran, yaitu tujuan dari etika profesi dokter adalah untuk mengantisipasi atau mencegah terjadinya perkembangan yang buruk terhadap profesi dokter dan mencegah agar dokter dalam menjalani profesinya dapat bersikap profesional maka perlu kiranya membentuk kode etik profesi kedokteran untuk mengawal sang dokter dalam menjalankan profesinya tersebut agar sesuai dengan tuntutan ideal.

KODEKI sebagai landasan seorang dokter dalam menjalankan profesinya harus dipahami secara keseluruhan, baik penjelasan umum maupun bunyi Pasal- Pasalnya. Hal tersebut berkaitan dengan pelaksanaan profesi kedokteran yang mana dalam kondisi tertentu dapat menentukan kehidupan seorang pasien. Pada penyakit- penyakit tertentu yang tergolong parah, seperti kanker, jantung koroner, dan stroke, keputusan dokter dalam mengambil keputusan akan sangat berpengaruh terhadap kesembuhan bahkan kelangsungan hidup pasien tersebut.

Profesi kedokteran merupakan profesi yang luhur karena tugasnya adalah memberikan pelayanan untuk memenuhi salah satu kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan kesehatan. Dalam menjalankan tugasnya sebagai dokter, dokter terikat oleh norma etika dan norma hukum. Maka dari itu agar masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan secara

profesional maka dibuat Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut UU Praktik Kedokteran). Undang-undang tersebut mengatur praktik kedokteran agar kualitas dan mutunya tetap bagus.

Etika kedokteran juga sangat berhubungan dengan hukum, hampir di semua negara ada hukum khusus yang mengatur bagaimana dokter harus bertindak berhubungan dengan masalah etika dalam perawatan pasien. Tetapi etika dan hukum tidaklah sama, kadang etika memungkinkan dokter perlu untuk melanggar hukum. Pada akhir tahun 2019 telah terjadi wabah virus *corona* yang dikenal dengan *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19). Memasuki tahun 2020, Covid-19 telah tersebar luar ke berbagai negara. Di Indonesia sendiri kasus Covid-19 telah memakan banyak korban jiwa. Pemerintah Indonesia selanjutnya mengambil sikap melalui Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Penetapan Kedaruratan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) untuk menangani penyebaran Covid-19.

Salah satu gejala dari Covid-19 adalah gangguan pernapasan sehingga menyebabkan kadar oksigen rendah dan membuat pasien kesulitan bernapas sehingga membutuhkan alat bantu napas, alat bantu napas yang diberikan bermacam-macam tergantung dari tingkat kadar oksigen. Pada kondisi yang buruk pasien Covid-19 membutuhkan ventilator untuk membantu pernapasan dan perawatan di ruangan ICU (*intensive care unit*) hingga pasien kembali pulih seperti semula. Pada perkembangannya, Covid-19 mewabah diikuti dengan berbagai problematika lainnya, seperti keterbatasan kamar rumah sakit, ketersediaan oksigen, hingga ventilator sebagai alat bantu pernapasan yang sempat menjadi perbincangan serius dikalangan masyarakat. Ventilator pertama kali ditemukan tahun 1927 oleh Philip Drinker dan Louis Agassiz Shaw Jr, masing-masing seorang ahli kesehatan industri dan dokter, menciptakan alat bantu pernapasan dengan istilah *iron lungs* (paru-paru besi).dipergunakan saat terjadi wabah polio.¹ Keberadaan ventilator di saat masa pandemi Covid-19 menjadi perdebatan baik di kalangan tenaga medis maupun masyarakat. Berbagai pandangan pun muncul terkait dengan kegunaan dari ventilator terhadap pasien penderita Covid-19. Perangkat ini (ventilator) dapat mendeteksi kapan pasien ingin bernapas dan membantu proses tersebut, memastikan tekanan udara dan campuran oksigen yang tepat. Selain itu, ventilator dapat meminimalisir efek samping pada jaringan paru- paru yang rapuh.

Italia merupakan negara eropa yang terkena dampak parah pada pelayanankesihatannya pada saat pandemi Covid-19. Terbatasnya jumlah tenaga kesehatan, ruang ICU yang tersedia, dan alat ventilator, hingga menyebabkan *the Italian Society for Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care Medicine* (SIAARTI) membuat suatu pedoman “*Decisioni Per Le Cure Intensive In Caso DiSproporzione Tra Necessita Assstenziale E Risorse Disponibili In Corso Panedmia Di Covid-19*”, tentang evaluasi klinis terhadap kemungkinan sukses perawatan intensif yang pada akhirnya terdapat pilihan perawatan di ruang intensif, sub-intensif, perawatan di bangsal dan paliatif.

Pedoman itu dibuat karena sumber daya yang tersedia tidak cukup untuk menangani pasien Covid-19 yang membutuhkan perawatan di ICU, dengan terbatasnya tenaga kesehatan dan alat yang tersedia. Selain itu, dokter harus memutuskan mana yang perlu dirawat di ICU dan mana yang dirawat paliatif. Padahal perawatan paliatif biasanya diberikan kepada pasien yang sudah dalam sakit terminal, dimana penyakit tersebut sudah tidak dapat disembuhkan. Berdasarkan laporan tersebut perdebatan penggunaan ventilator pada pasien penderita Covid-19 semakin serius. Ventilator yang dikenal sebagai alat bantu pernapasan ternyata tidak sepenuhnya memberikan manfaat pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan. Namun pada sisi lain muncul juga pendapat bahwa ventilator harus digunakan sebagai bentuk upaya penyelamatan kepada pasien penderita Covid-19.

Statistik secara umum menunjukkan, 40% sampai 50% pasien dengan keluhan gangguan pernapasan akut, meninggal saat dirawat menggunakan ventilator. Bahkan pada kasus virus corona di New York City, lebih 80% pasien yang dipasang mesin pembantu pernapasan

meninggal, demikian laporan pejabat kota maupun federal. Laporan mengenai lebih tingginya kasus kematian pasien Covid-19 yang dipasang ventilator juga datang dari Cina dan Inggris. Sebuah laporan dari Inggris menyebutkan tingkat kematian sekitar 66%. Sementara riset kecil di Wuhan, Cina bahkan melaporkan tingkat kematian pasien dengan ventilator hingga 86%.

Pada perkembangannya akhirnya problematika lain yaitu pelaksanaan *do not resuscitate* atau yang lebih dikenal dengan singkatan DNR. Pada kondisi pasien dalam keadaan darurat yaitu henti jantung/napas maka tenaga kesehatan baik dokter ataupun perawat mengambil peran penting dalam memberikan pertolongan pertama kepada pasien. Pertolongan tersebut berupa tindakan resusitasi jantung paru (RJP) atau *Cardio Pulmonary Resuscitation* (CPR). RJP/CPR adalah serangkaian prosedur darurat yang dilakukan pada pasien selama mengalami henti jantung dan/atau pernapasan dengan tujuan mengembalikan fungsi jantung dan paru-paru dengan melakukan kompresi dada, ventilasi/napas buasan, obat-obatan dan *DC Shock*. DNR adalah instruksi medis dimana pengambil keputusan adalah dokter dengan mempertimbangkan penilaian tenaga kesehatan lain (perawat) bahwa kualitas hidup pasien sangat rendah sehingga tidak dilakukan resusitasi (CPR/RJP) dengan persetujuan wali/keluarga pasien.

Apabila terjadi henti jantung dan henti napas maka perlu dilakukan resusitasi untuk mengembalikan kembali fungsi organ tersebut, pasien yang berhasil diresusitasi memerlukan perawatan di ICU dan Ventilator untuk perawatannya. Dengan tidak dilakukan resusitasi pada pasien Covid-19 karena keterbatasan ICU dan Ventilator dan kemudian mengakibatkan hilangnya nyawa pasien tersebut, maka tindakan tersebut dapat digolongkan euthanasia. Euthanasia adalah suatu kematian yang dapat terjadi dengan pertolongan atau tidak dengan pertolongan dokter. Euthanasia sendiri masih menjadi perdebatan di kalangan masyarakat hingga sekarang. Euthanasia apabila dikaitkan dengan hukum positif yang berlaku di Indonesia, secara mendasar akan dikaitkan dengan hukum pidana yaitu Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP). Dalam hukum pidana, terutama KUHP, jika kita lihat pelaksanaan euthanasia sebagai suatu perbuatan pidana maka hal-hal yang harus dipertimbangkan Apakah perbuatan itu termasuk suatu pembunuhan, penganiayaan atau bahkan suatu tindakan pengabaian pasien sehingga seseorang meninggal dunia. Salah satu dasar hukum yang berkaitan dengan euthanasia yaitu Pasal 340 KUHP, yang berbunyi :

Barangsiapa sengaja dan dengan rencana terlebih dahulu merampas nyawa orang lain, diancam, karena pembunuhan dengan rencana (moord), dengan pidana mati atau pidana penjara seumur hidup atau selama waktu tertentu, paling lama dua puluh tahun. Tugas dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien sebagaimana tercantum dalam Pasal 2 KODEKI (Kode Etik Kedokteran Indonesia) yaitu "Seorang dokter wajib selalu melakukan pengambilan keputusan profesional secara independen, dan mempertahankan perilaku profesional dalam ukuran yang tertinggi". Keputusan profesional dan standar yang tinggi yang dimaksud adalah keseimbangan antara keputusan medis teknis dengan keputusan etis yang berasal dari totalitas pelayanan terhadap pasien. Pada kaitannya dengan pelaksanaan DNR, dokter dalam mengambil keputusannya harus memperhatikan hal-hal penting seperti kondisi medis pasien serta nilai-nilai etik yang berhubungan dengan profesinya. Ditinjau dari profesi dokter yang penuh risiko, maka perlindungan hukum terhadap dokter juga perlu diperhatikan. Standar pendidikan formal seorang dokter harus terpenuhi secara akademis maupun yuridis, artinya berdasarkan standar akademis formal yang dibutuhkan dengan lulus pendidikan formal kedokteran, seorang tenaga medis telah memiliki standar kemampuan awal untuk bisa melakukan tugas pelayanan medis. Dalam perkembangan selanjutnya, standar awal saja ternyata tidak cukup bagi seorang tenaga medis, karena harus ditambah dan dilengkapi dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terjadi setiap saat. Dunia kedokteran selalu mengalami perkembangan, bahkan perkembangannya dianggap sangat pesat. Bagi tenaga medis yang tidak mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi akan ketinggalan. Tenaga medis yang ketinggalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan

teknologi yang ada kaitannya dengan dunia medis, apabila ia menjalankan tugas pelayanan medis dapat diklasifikasikan seorang tenaga medis yang tidak memenuhi standar, apabila ia melaksanakan tugas dan ternyata membawa dampak negatif dapat diklasifikasikan telah terjadinya kesalahan atau kelalaian, yang kini lebih dikenal dengan sebutan malpraktek. Malpraktek medis adalah tindakan yang salah/kelalaian seorang dokter dalam melaksanakan kewajiban profesinya dengan tidak berhati-hati dan tidak mengikuti standar profesi, standar pelayanan medis, standar operasional prosedur sehingga menyebabkan pasien mengalami cacat, luka bahkan kematian. Tindakan malpraktek medik oleh dokter memang mungkin saja terjadi, baik karena kesengajaan ataupun karena kelalaian. Bagaimanapun juga sebagai manusia biasa, yang penuh dengan kekurangan, dokter tidak bisa lepas dari kemungkinan untuk melakukan kekeliruan dan kesalahan karena merupakan sifat kodrat manusia. Profesi kedokteran bukanlah bidang ilmu yang semuanya pasti dapat diukur. Profesi kedokteran menurut Hipocrates merupakan gabungan atau perpaduan antara pengetahuan dan seni (*science and art*). Seperti dalam melakukan diagnosis merupakan seni tersendiri dari dokter, karena setelah mendengar keluhan pasien, dokter akan melakukan imajinasi dan melakukan pengamatan yang seksama terhadap pasiennya. Pengetahuan atau teori-teori kedokteran serta pengalaman yang telah diterimanya selama ini menjadi dasar melakukan diagnosa terhadap penyakit pasien dan diharapkan diagnosisnya mendekati kebenaran.

Pasal 50 huruf (a) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran, “dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktek kedokteran mempunyai hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional”. Apabila seorang dokter atau dokter gigi telah melaksanakan pelayanan medis atau praktek kedokteran telah sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional, maka dokter atau dokter gigi tersebut tidak dapat dituntut, baik secara administrasi, perdata, maupun pidana. Dokter yang telah melaksanakan praktek kedokterannya sesuai dengan standar yang berlaku dalam kenyataannya, masih saja dituntut secara hukum, dan bahkan dipenjarakan. Fenomena tersebut terjadi pada kasus dokter Ayu dan dokter Setyaningrum yang dituntut karena diduga melakukan malpraktek. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran yang diharapkan dapat melindungi dan memberikan kepastian hukum, ternyata masih memiliki kekurangan.

Malpraktek seringkali dibawa sampai ke pengadilan, namun masih menjadi pertanyaan, apakah pengadilan mampu membuktikan kebenaran di bidang medis. Sekalipun dokter atau tenaga medis yang menjadi saksi ahli, apakah hakim bisa mengerti tentang pendapat dunia kedokteran. Seharusnya, penyelesaian sengketa medis terlebih dahulu melalui mediasi, atau dilaporkan ke lembaga yang berwenang untuk mempertimbangkan pelanggaran disiplin kedokteran, yaitu Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Kurangnya sosialisasi menyebabkan masyarakat awam kurang mengenal MKDKI, sehingga jalur hukum yang mereka gunakan. MKDKI berwenang memeriksa dan memberikan keputusan terhadap pengaduan yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin kedokteran dan sanksinya.

METODE

Tipe penelitian ini adalah yuridis normatif yaitu metode penelitian hukum yang dilakukan dengan cara meneliti bahan Pustaka atau bahan sekunder belaka dengan menggunakan metode berpikir deduktif. Metode pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah pendekatan Undang-Undang (*statute approach*) dan pendekatan konseptual (*conseptual approach*). Pendekatan undang-undang dilakukan dengan mengkaji Undang-Undang yang berkaitan dengan isu hukum. Pendekatan perundang-undangan (*statue approach*) digunakan untuk meneliti peraturan perundang-undangan yang dalam penormannya masih terdapat kekurangan atau malah menyuburkan praktek penyimpangan baik tatanan teknis atau dalam

pelaksanaannya di lapangan. Pendekatan ini dilakukan dengan menelaah semua Peraturan Perundang-undangan dan regulasi yang berhubungan dengan permasalahan (isu hukum) yang sedang dihadapi. Selanjutnya, pendekatan konseptual (*conceptual approach*) dilakukan dengan melihat doktrin-doktrin dalam ilmu hukum. Pendekatan konseptual dilakukan manakala peneliti tidak beranjak dari aturan hukum yang ada. Hal itu dilakukan karena memang belum atau tidak ada aturan hukum untuk masalah yang dihadapi. Konsep itu bersifat universal. Oleh karena itulah penulis perlu menelaah pandangan- pandangan sarjana hukum dari berbagai negara mengenai hal tersebut.

Analisis yang digunakan dalam penelitian hukum ini adalah metode kualitatif normatif. Kualitatif artinya data yang digambarkan dengan kata-kata atau kalimat yang dipisah- pisahkan menurut kategori untuk memperoleh kesimpulan. Sedangkan normatif adalah kaidah atau norma yang dijadikan pedoman perilaku manusia yang dianggap sebagai suatu kebenaran. Dapat disimpulkan metode kualitatif normatif yaitu metode yang menganalisis data sekunder seperti peraturan perundang-undangan, keputusan pengadilan, teori hukum, serta doktrin. Analisis bahan hukum yang digunakan kemudian diwujudkan dalam bentuk kalimat yang logis dan efektif serta sistematis, agar memudahkan untuk interpretasinya dan analisis yang dihasilkan yaitu mencari sebab-akibat dari suatu masalah.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hak Pasien Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan

Menurut Pasal 1 angka 10 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi, sedangkan menurut Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 Tentang Kesehatan Pasal 1 angka 23, pasien setiap orang yang memperoleh pelayanan kesehatan dari tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan. Pada lingkup kesehatan secara mendasar sudah mengatur mengenai hak paling dasar dari seorang pasien yaitu tercantum dalam Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan) yang berbunyi "Setiap orang berhak atas kesehatan" Berlandaskan dasar hukum tersebut maka setiap pasien mendapatkan hak untuk mengupayakan kesehatannya dengan memperoleh pelayanan kesehatan. Jika dikaitkan dengan hak asasi manusia (HAM), maka dapat dikaitkan dengan Pasal 28A Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945), yang berbunyi "Setiap orang berhak untuk hidup serta mempertahankan hidup dan kehidupannya".

Upaya pemberian asuhan medis kepada pasien merupakan upaya untuk mempertahankan dan memperpanjang kehidupan yang merupakan salah satu hak asasi manusia yang paling fundamental. Pada Pasal 3 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia disebutkan bahwa setiap orang berhak atas kehidupan, kebebasan dan keselamatan sebagai individu. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 A menegaskan bahwa setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya. Demikian pula di dalam Pasal 9 Ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup, dan meningkatkan taraf hidupnya.

Lebih lanjut melalui Pasal 5 ayat (1) UU Kesehatan dijelaskan bahwa, setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Bunyi Pasal tersebut mencerminkan asas keadilan yang diterapkan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada setiap pasien. Asas keadilan menjamin terselenggaranya kesehatan yang adil dan merata terhadap setiap lapisan masyarakat. Jika dikaitkan kembali dengan HAM yang tercantum dalam UUD 1945, maka bunyi Pasal tersebut berkesesuaian dengan bunyi Pasal 28H

ayat (1) “ Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Selanjutnya Pasal 5 ayat (2) UU Kesehatan menjelaskan, setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Adapun bunyi Pasal tersebut mencerminkan asas kemanfaatan, yang mana pada setiap penyelenggaraan kesehatan diharapkan mampu memberikan manfaat sebesar-besarnya setiap masyarakat melalui pelaksanaan yang senantiasa menjaga mutu dan kualitas pelayanan kesehatan. Dasar hukum yang mengatur tentang kewajiban dokter dalam memenuhi hak seorang pasien tercantum dalam Pasal 7 Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), yang berbunyi "Seorang dokter wajib menghormati hak-hak- pasien, teman sejawatnya, dan tenaga kesehatan lainnya, serta wajib menjaga kepercayaan pasien". Pasal 7 KODEKI menjadi landasan bagi seorang dokter dalam menghormati hak-hak pasien. Informasi dapat berupa hal-hal yang medis maupun nonmedis. Pada Pasal 9 KODEKI, yang berbunyi "Seorang dokter wajib bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dan sejawatnya, dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya pada saat menangani pasien dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi, atau yang melakukan penipuan atau penggelapan”, dapat dinilai bahwa dokter wajib bersikap jujur terhdap pasien terutama dalam menyampaikan informasi kepada pasien.

Dokter diharapkan mampu memberikan pertimbangan bagi pasien dalam menentukan sikap terhadap tindakan medis yang akan diambil, yang mana hal tersebut juga merupakan hak pasien. Hak pasien juga diatur melalui UU Praktik Kedokteran melalui Pasal 52, adapun hak-hak tersebut adalah : mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 ayat (3) → diagnosis dan tata cara tindakan medis; tujuan tindakan medis yang dilakukan; alternatif tindakan lain dan risikonya; risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan. meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain; mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis; menolak tindakan medis; dan mendapatkan isi rekam medis dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan hak pasien diatur dalam pasal 276, yang berbunyi : Mendapatkan informasi mengenai kesehatan dirinya. Mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai pelayanan kesehatan yang diterimanya. Mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan kesehatan yang bermutu. Menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit menular dan penanggulangan KLB atau Wabah. Mendapatkan akses terhadap informasi yang terdapat di dalam rekam medis. Meminta pendapat Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan lain; dan Mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KODEKI juga menyebutkan bahwa penghormatan hak-hak pasien oleh dokter wajib untuk dilindungi dan/atau dipenuhi karena diantara hak-hak pasien merupakan hak asasi manusia (HAM). Penghormatan hak-hak pasien juga terdapat pengecualian, yaitu berkaitan dengan penyampaian informasi yang berhubungan dengan pasien. Dokter diberikan kewenangan untuk tidak menyampaikan informasi kepada pasien jika dokter berpendapat bahwa hal tersebut dilakukan untuk kepentingan pasien. Pada kondisi tersebut dokter dapat menyampaikan informasi yang dimaksud kepada pihak keluarga atau wali pasien. Penjelasan tersebut tercantum dalam penjelasan Pasal 10 KODEKI.

Kewenangan dan Tanggungjawab Dokter Dalam Melakukan DNR (*DoNot Resuscitate*) Karena Keterbatasan Alat Ventilator

Di Indonesia, kebanyakan kasus DNR bukanlah atas permintaan pasien dalam keadaan sadar sebelum mengalami kondisi sakit yang berpermintaan yang dibuat oleh keluarga ketika pasien sudah dalam keadaan tidak sadar akibat kondisi terminal penyakitnya. Terminologi

DNR ini pun seringkali menjadi sesuatu membingungkan, mengakibatkan pro kontra di kalangan medis dan non medis. Beberapa kepustakaan dan jurnal yang dipublikasikan menyebut DNR dengan istilah pseudo-euthanasia atau euthanasia pasif. Risiko dituntutnya rumah sakit dan para tenaga medis secara hukum terkait keputusan DNR dapat saja terjadi. Adanya perbedaan persepsi bila keputusan ini dilihat dari perspektif hukum pidana, sehingga harus dipastikan bahwa tidak ada motif-motif tertentu yang mempengaruhi dengan tujuan sengaja untuk memperoleh keuntungan. Oleh karena itu, penting bagi para tenaga medis dan rumah sakit untuk mengetahui gambaran faktor apa saja yang mempengaruhi keputusan DNR ini dan bagaimana konsekuensi hukumnya.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keputusan DNR :

Faktor Pasien

Faktor pasien meliputi kondisi klinis pasien saat awal masuk, penyakit yang diderita sudah dalam kondisi terminal, dan prognosisnya buruk sehingga tindakan kedokteran sudah sia-sia. Latar belakang pendidikan, pekerjaan, usia, kesadaran, kecakapan, kondisi mental, psikologis dan spiritualitas pasien juga mempengaruhi penerimaan, pemahaman dan kemampuan mereka untuk memutuskan pilihan DNR

Faktor Keluarga

Faktor keluarga meliputi latar belakang pendidikan, pekerjaan, sosial, budaya, ekonomi, spiritual, kecakapan, penerimaan, pemahaman terhadap kondisi penyakit dan prognosis pasien setelah mendapatkan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) dari DPJP, PPA dan MPP. Nilai-nilai yang diyakini oleh keluarga, seperti rasa kasihan, tidak tega memperberat kondisi pasien juga menjadi faktor yang mempengaruhi keputusan DNR

Faktor Tim Profesional Pemberi Asuhan (PPA)

Faktor Tim Profesional Pemberi Asuhan (PPA) meliputi kemampuan dalam membuat justifikasi klinis dengan dasar pengetahuan, keterampilan dan pengalaman yang cukup untuk melakukan skrining adanya kondisi terminal; asesmen awal diagnosis klinis, kebutuhan terapi dan rencana asuhan; asesmen ulang untuk menentukan prognosis dan indikasi kemungkinan tindakan kedokteran yang sia-sia; dan kemampuan dalam memberikan penjelasan melalui KIE. PPA ini terdiri dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA)

Faktor Sumber Daya

Faktor Sumber daya yang mempengaruhi adalah ketersediaan sarana prasarana, fasilitas, sumber daya manusia, obat-obatan sediaan farmasi dan oksigen.

Faktor Pemahaman Organ Rumah Sakit

Faktor pemahaman organ rumah sakit dalam hal ini Tim DPJP, PPA, MPP. Direktur, Komite Medis, Komite Etik dan Hukum terhadap bioetika dan regulasi hukum juga akan mempengaruhi keputusan DNR. Resusitasi jantung paru dilakukan dengan mempertimbangkan 4 kaidah bioetik yaitu : asas manfaat (beneficence), prinsip do no harm (nonmaleficence), perlakuan yang adil (justice), dan hak otonomi pasien (autonomy).

Ditinjau dari definisi dari DNR diketahui bahwa tindakan tersebut sangatlah tinggi risikonya, sehingga dalam penerapannya dibutuhkan persetujuan wali/keluarga pasien. Berdasarkan kondisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa terjadi perjanjian antara dokter, wali/keluarga pasien, dan rumah sakit. Berdasarkan kaitannya dengan praktik kedokteran maka yang terjadi adalah perjanjian terapeutik. Pada dasarnya perjanjian adalah salah satu yang diatur dalam hukum perdata, sehingga dapat dikatakan proses persetujuan tindakan DNR

mengandung unsur norma hukum perdata. Pasal 1320 KUHPerdata mengatur tentang syarat terjadinya perjanjian, yaitu : Kesepakatan mereka yang mengikatkan dirinya; Kecakapan untuk membuat suatu perikatan; Suatu pokok persoalan tertentu; Suatu sebab yang tidak terlarang.

Pada syarat yang pertama yang mana bersifat subyektif, mengatur tentang 2 (dua) hal yaitu "kesepakatan" dan "dirinya". Kesepakatan yang dimaksud adalah setujunya para pihak, dalam hal ini dokter, wakil/keluarga pasien, dan rumah sakit dalam melakukan DNR berikut juga dengan segala konsekuensinya. Kesepakatan inilah yang menjadi dasar bagi para pihak untuk mengikatkan dirinya pada suatu perjanjian. Adapun kesepakatan dicapai setelah para pihak mengerti dan memahami isi dari perjanjian tersebut. Selain itu, kesepakatan diraih tanpa ada paksaan, penipuan atau kekhilafan. Apabila terbukti terdapat paksaan ataupun tekanan dari salah satu pihak kepada pihak lainnya, maka persetujuan pelaksanaan DNR dapat dikatakan cacat hukum. Selanjutnya yang dimaksud "dirinya" adalah para pihak yang ada dalam perjanjian, dalam hal ini dokter, wakil/keluarga pasien, dan rumah sakit.

Pada syarat kedua yaitu kecakapan untuk membuat perikatan. Kecakapan para pihak dalam membuat serta melaksanakan perjanjian juga menjadi bagian penting berikutnya. Kecakapan yang dimaksud adalah kesiapan serta kemampuan seseorang dalam mengikatkan dirinya pada suatu perjanjian. Menurut hukum, kecakapan seseorang diatur dalam Pasal 1329 KUHPerdata, yang berbunyi “ tiap orang berwenang untuk membuat perikatan, kecuali jika ia dinyatakan tidak cakap untuk hal itu”. Bunyi Pasal tersebut seolah mengartikan bahwa setiap orang (bisa) cakap dalam membuat suatu perjanjian, namun terdapat pengecualian. Adapun pengecualian tersebut dibahas dalam Pasal 1330 KUHPerdata, sebagai berikut : anak yang belum dewasa; orang yang ditaruh di bawah pengampuan; perempuan yang telah kawin dalam hal-hal yang ditentukan undang-undang dan pada umumnya semua orang yang oleh undang-undang dilarang untuk membuat persetujuan tertentu.

Merujuk pada ketentuan Pasal 330 KUHPerdata tentang batasan seseorang dikatakan dewasa adalah mereka yang sudah berusia minimal 21 tahun ataupun sudah pernah menikah sebelum usia 21 tahun. Sebagai contoh, apabila perjanjian pelaksanaan DNR ditandatangani oleh pihak wali/keluarga pasien yang belum berusia 21 tahun maka perjanjian tersebut tidak sah atau batal demi hukum. Selanjutnya, orang yang ditaruh dalam pengampuan (*curatele atau conservatorship*), yaitu seseorang dapat diletakkan di bawah pengampuan jika yang bersangkutan gila, dungu (*onnoozelheid*), mata gelap (*razernij*), lemah akal (*zwakheid van vermogens*) atau juga pemboros. Kekhawatiran akan keputusan yang merugikan para pihak adalah salah satu dianggapnya orang seperti penjelasan diatas dikatakan tidak cakap.

Seperti diketahui bahwa DNR adalah tindakan medis yang berisiko tinggi, maka keputusan yang diambil haruslah berasal dari orang yang dapat menggunakan akal sehatnya dalam mengambil keputusan untuk terlibat dalam perjanjian. Pada poin ketiga yaitu perempuan yang sudah menikah diperbolehkan membuat dan melaksanakan suatu perjanjian. Adapun ketentuan tersebut sesuai dengan Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 3 Tahun 1963 dan diundangkannya Undang-Undang Nomor 1 tahun 1974 Pasal 31 ayat 2.

Selanjutnya pembahasan mengenai syarat sahnya perjanjian yaitu Pasal 1320 KUHPerdata ayat 3, yaitu suatu hal tertentu. Pada poin tersebut batasannya bersifat obyektif. Suatu hal tertentu yang dimaksud adalah adanya obyek yang diperjanjikan harus jelas. Pasal 1333 KUHPerdata ayat 1 menyatakan bahwa suatu perjanjian harus mempunyai pokok suatu benda (*zaak*) yang paling sedikit dapat ditentukan jenisnya. Suatu perjanjian harus memiliki suatu pokok persoalan. Oleh karena itu, objek perjanjian tidak hanya berupa benda, tetapi juga bisa berupa jasa. Suatu perjanjian haruslah mengenai suatu hal tertentu (*certainty of terms*), berarti bahwa apa yang diperjanjikan, yakni hak dan kewajiban kedua belah pihak.

Selanjutnya syarat sahnya perjanjian pada KUHPerdata yaitu suatu sebab yang tidak terlarang, yang mana masih tergolong syarat obyektif. Kata "sebab" yang juga sering dikenal dengan "*causa*" (Latin), bukan berarti bahwa terdapat sesuatu yang menyebabkan seseorang

berada dalam sebuah perjanjian, melainkan bertitik berat pada isi dan tujuan dari perjanjian itu sendiri. Kalimat "yang tidak terlarang" diterjemahkan bahwa suatu perjanjian tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan maupun norma yang hidup di masyarakat, seperti norma kesopanan, norma kesusilaan, norma agama, dan norma hukum. Dalam kaitannya dengan pelaksanaan DNR, maka secara teknis maupun non teknis pelaksanaannya tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, seperti UU Kesehatan, UU Praktik Kedokteran, serta KODEKI.

Landasan hukum yang pertama tercantum dalam KODEKI yang berkaitan dengan kemungkinan tersebut yaitu Pasal 5 yang dalam penjelasannya menyebutkan bahwa, dokter wajib menghormati keinginan pasien yang menolak untuk mendapat informasi mengenai penyakitnya sendiri atau tindakan/pengobatan yang memperlemah fisik dan mentalnya, namun seyogyanya dilakukan setelah memperoleh ijin pasien dan menjelaskan informasi tersebut kepada keluarga pasien. Dalam menjalankan profesinya, berdasarkan Pasal 35 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi (STR) mempunyai wewenang dalam menjalankan praktik kedokteran, yang terdiri atas : Mewawancarai pasien, Memeriksa fisik dan mental pasien, Menentukan pemeriksaan penunjang, Menegakan diagnosis, Menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien, Melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi, Menulis resep obat dan alat kesehatan, Menerbitkan surat keterangan dokter atau dokter gigi, Menyimpan obat dalam jumlah dan jenis yang diizinkan: dan Meracik dan menyerahkan obat kepada pasien, bagi yang praktik di daerah terpencil yang tidak ada apotek.

Pada kaitannya dengan DNR, maka poin yang berhubungan adalah huruf "e", yaitu menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien. Dalam proses pelayanan kesehatan tidak terlepas dari hal-hal genting yang memerlukan penanganan khusus, baik secara teknis maupun non teknis. Tidak dilakukannya resusitasi jantung paru (RJP) pada pasien yang henti jantung atau henti napas karena terbatasnya alat ventilator atau tidak ada ventilator di fasilitas kesehatan dapat disebut dengan DNR. Sedangkan secara teknis DNR adalah instruksi medis dimana pengambil keputusan adalah dokter dengan mempertimbangkan penilaian tenaga kesehatan lain (perawat) bahwa kualitas hidup pasien sangat rendah sehingga tidak dilakukan resusitasi (CPR/RJP) dengan persetujuan wali/keluarga pasien.

Tindakan resusitasi jantung juga memiliki landasan hukum dalam penerapannya kepada pasien. Landasan hukum tersebut yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/Per/III/2011 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi Dan Terapi Intensif Di Rumah Sakit. Pada BAB II peraturan tersebut yang mana memuat tentang pengertian atau penjelasan umum tentang resusitasi, disebutkan bahwa resusitasi merupakan pelayanan atau tindakan yang memiliki tujuan jangka waktu tertentu, yaitu mendasar, lanjut, dan jangka panjang. Berdasarkan pernyataan tersebut maka tindakan resusitasi yang dilakukan dokter kepada pasien merupakan bentuk pelayanan yang pada dasarnya tidak dapat diketahui sejauh mana atau berapa lama.

Tindakan DNR dapat dilakukan atas beberapa pertimbangan. Pertimbangan melakukan DNR dapat muncul dari dokter ataupun pasien. Keputusan untuk memilih DNR sebagai tindakan yang harus diambil oleh dokter dilakukan melalui serangkaian pertimbangan medis dari sudut pandang ilmu kedokteran. Pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/Per/III/2011, diatur mengenai "Pengelolaan Akhir Kehidupan" yang didalamnya meliputi penghentian bantuan hidup (*withdrawing life support*) dan penundaan bantuan hidup (*withholding life support*).

Perihal pertimbangan pengambilan keputusan DNR maka menurut angka 3 (tiga) pada pembahasan "Pengelolaan Akhir Kehidupan" Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/Per/III/2011, disebutkan bahwa DNR dapat dilakukan oleh 3 (tiga) dokter yaitu dokter spesialis anestesiologi atau dokter lain yang memiliki kompetensi dan 2 (dua)

orang dokter lain yang ditunjuk oleh komite medis rumah sakit. Pernyataan tersebut menyimpulkan 2 (dua) hal penting, yang pertama yaitu pertimbangan yang dilakukan oleh dokter tidak hanya dilakukan satu orang dokter saja, melainkan juga terdapat dokter lain yang masing-masing dari mereka harus memiliki kompetensi yang sesuai. Hal tersebut menunjukkan pentingnya mengambil keputusan DNR sehingga diperlukan lebih dari satu orang untuk menganalisa kondisi pasien untuk selanjutnya diambil keputusan yang bulat. Kondisi demikian tentunya akan menimbulkan pertanggungjawaban hukum bagi tim dokter yang mengambil keputusan DNR.

Pada BAB III Permenkes No. 37 Tahun 2014 diatur mengenai batasan-batasan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup, antara lain syarat atau kualifikasi, subyek atau pihak yang terkait, jenis terapi bantuan hidup, serta urgensi pengambilan keputusan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup. Secara mendasar penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup dilakukan atas dasar tidak dapat disembuhkannya penyakit yang diderita pasien (*terminal state*) dan tindakan kedokteran yang diberikan sudah sia-sia (*futile*). Adapun pihak yang dapat mengambil kebijakan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup adalah Direktur atau Kepala Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan tim dokter yang ditunjuk oleh Komite Medik atau Komite Etik.

Perlindungan Hukum Bagi Dokter Dalam Menjalankan Profesinya

Perlindungan hukum preventif sebagaimana diatur dalam Pasal 50 UU Praktik Kedokteran memberikan perlindungan hukum bersyarat, artinya tidak serta merta memberikan perlindungan hukum kepada dokter. Dokter akan mendapatkan perlindungan hukum jika memenuhi syarat, yaitu: memiliki Surat Tanda Registrasi (STR), Surat Ijin Praktek (SIP), melakukan tindakan medis sesuai standar (standar profesi, standar operasional, standar layanan dan standar etik), ada *informed consent* untuk setiap tindakan medik dan semua harus terdokumentasi dengan baik dalam buku yang kita kenal dengan rekam medik. Pada sengketa medik yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit, maka terdapat beberapa tahap yang perlu dilakukan dalam menanganinya.

Pertama, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kompetensi masing-masing tenaga kesehatan yang terlibat dalam suatu pelayanan kesehatan sehingga menimbulkan sengketa medik. Pada tahap ini perlu diketahui apakah tenaga kesehatan sudah bertindak sesuai tugas dan kewenangannya. Pada ilmu hukum terdapat istilah *abuse of power* atau penyalahgunaan kekuasaan, artinya seseorang yang memiliki jabatan tertentu melakukan tindakan yang melampaui atau melanggar daripada wewenangnya. Tindakan *abuse of power* inilah yang dikhawatirkan dilakukan oleh seorang dokter, hal tersebut dikarenakan seorang dokter memiliki kewenangan terhadap pengambilan keputusan dalam proses pelayanan kesehatan, seperti halnya penentuan diagnosa penyakit seorang pasien hingga tindakan medis yang dilakukan selanjutnya. Adapun tenaga medis pendukung medis maupun non medis lainnya bekerja atas perintah seorang dokter.

Kedua, memastikan bahwa segala bentuk tindakan medis yang dilakukan telah sesuai dengan prosedur, baik menurut etika kedokteran, peraturan rumah sakit, maupun peraturan perundang-undangan. Kepatuhan prosedur inilah yang akan menentukan bagaimana nantinya pertanggungjawaban seorang dokter kepada pasiennya baik secara medis maupun secara hukum. Menurut Prof. H. J. J. Leennen tindakan medik disebut legal artinya juga tindakan tersebut telah dilakukan sesuai dengan standar profesi dokter dengan rumusan pengertiannya adalah sebagai berikut : Suatu tindakan medik seorang dokter sesuai dengan standar profesi kedokteran jika dilakukan secara teliti sesuai ukuran medik, sebagai seorang dokter yang harus memiliki kemampuan rata-rata dibanding dengan dokter dari kategori keahlian medik yang sama dalam situasi dan kondisi yang sama dengan sarana upaya memenuhi perbandingan yang wajar (proporsional) dibanding dengan tujuan konkret tindakan medik tersebut.

Adapun ketentuan Pasal-Pasal dalam KODEKI yang berhubungan dengan kewajiban seorang dokter terkait pelaksanaan DNR, yaitu Pasal 2 KODEKI yang berbunyi "Seorang dokter wajib selalu melakukan pengambilan keputusan profesional secara independen, dan mempertahankan perilaku profesional dalam ukuran yang tertinggi", artinya bahwa dokter yang mengambil keputusan DNR merupakan dokter dengan kompetensi yang lebih (dokter spesialis) dibanding dokter umum. Kompetensi tersebut yang akan membedakan analisa serta tindakan medis yang akan dilakukan antara dokter umum dengan dokter spesialis.

Perlindungan Hukum Dokter Bila Terjadi Sengketa Medik Akibat Melakukan DNR Karena Keterbatasan Alat Ventilator

Berkaitan dengan dilaksanakannya DNR karena keterbatasan alat ventilator, pada bagian penjelasan Pasal 2 KODEKI juga memuat ketentuan "Dalam hal situasi fasilitas pelayanan kesehatan tidak optimal atau kurang memadai untuk mendukung pelayanan yang diberikan, pengambilan keputusan profesional wajib diwujudkan dalam atau disertai dengan perilaku profesional terbaik dokter demi kepentingan terbaik pasien", artinya sekalipun alat ventilator sebagai fasilitas pelayanan kesehatan kondisinya terbatas, maka dokter tetap diwajibkan melakukan tindakan yang terbaik untuk pasien, seperti contoh melakukan komunikasi kepada pihak keluarga pasien atau yang mewakili terkait akan dilaksanakannya DNR dengan alasan terbatasnya alat ventilator sampai dengan didapatnya persetujuan keluarga untuk dilaksanakan DNR.

Informed consent ini sangat penting mengingat tindakan medis tidak dapat dipaksakan karena tidak ada yang tahu pasti hasil akhir dari pelayanan kedokteran tersebut. Pentingnya *informed consent* ini juga dikaitkan dengan adanya Pasal 351 KUHP tentang penganiayaan yang bisa saja dituduhkan kepada pihak dokter atau Rumah Sakit terkait tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien. Untuk itu wajib hukumnya bagi rumah sakit ataupun dokter untuk memberikan informasi dan keterangan kepada pasien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit pasien, tindakan yang akan dilakukan, dan risiko apa yang mungkin terjadi dari suatu tindakan sebelum tindakan itu dilakukan. Informasi dan penjelasan tersebut dianggap cukup apabila telah mencakup beberapa hal di bawah ini yaitu : Tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medik yang akan dilakukan, Tata cara tindakan medik yang akan dilakukan, Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, Alternatif tindakan medik lain yang tersedia serta risikonya masing-masing, Prognosis penyakit apabila tindakan medik tersebut dilakukan, Diagnosis.

Dasar hukum *informed consent* terdapat dalam Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 Tentang Kesehatan dalam pasal 293 : Setiap tindakan Pelayanan kesehatan perseorangan yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan harus mendapat persetujuan. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang memadai. Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit mencakup : Diagnosis, Indikasi, Tindakan pelayanan kesehatan yang dilakukan dan tujuannya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, alternatif tindakan lain dan resikonya, risiko apabila tindakan tidak dilakukan; dan prognosis setelah mendapat tindakan, persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara tertulis dan lisan, persetujuan tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus diperoleh sebelum dilakukannya tindakan yang invasif dan/atau mengandung risiko tinggi, persetujuan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) diberikan oleh pasien yang bersangkutan, dalam hal pasien yang bersangkutan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tidak cakap memberikan persetujuan, persetujuan tindakan dapat diberikan oleh yang mewakili, persetujuan tertulis melakukan tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (7) ditandatangani oleh pasien atau yang mewakili dan disaksikan oleh seorang tenaga medis atau tenaga kesehatan, dalam hal keadaan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tidak cakap

dan memerlukan tindakan gawat darurat, tetapi tidak ada pihak yang dapat dimintai persetujuan, tidak diperlukan persetujuan tindakan, tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (9) dilakukan berdasarkan kepentingan terbaik pasien yang diputuskan oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien, tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (10) diinformasikan kepada pasien setelah pasien telah cakap atau yang mewakili telah hadir.

Di Indonesia terdapat sejarah beberapa peraturan yang khusus mengatur mengenai *informed consent* ini, di antaranya: Keputusan Jenderal Pelayanan Medik Nomor. HK.00.06.3.5.1866 tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik (*informed consent*); "Adapun pasien yang telah memberikan tanda tangannya untuk menyetujui suatu tindakan medik yang akan dilakukan namun sebelumnya tidak diberikan informasi atau penjelasan yang cukup maka hakim dapat membatalkan perjanjian medis tersebut demi hukum. Surat Keputusan PB IDI Nomor 319/PB/A4/88 Pernyataan IDI tentang *informed consent* tersebut adalah : Manusia dewasa sehat jasmani dan rohani berhak sepenuhnya menentukan apa yang hendak dilakukan terhadap tubuhnya. Dokter tidak berhak melakukan tindakan medis yang bertentangan dengan kemauan pasien walaupun untuk kepentingannya sendiri. Semua tindakan medis (diagnostik, terapeutik, maupun paliatif) memerlukan *informed consent* secara lisan maupun tertulis.

Setiap tindakan medis yang mempunyai risiko cukup besar mengharuskan adanya persetujuan tertulis yang ditanda tangani pasien, setelah sebelumnya pasien memperoleh informasi yang akurat tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan serta risikonya. Untuk tindakan yang tidak termasuk dalam butir 3 hanya dibutuhkan persetujuan lisan atau sikap diam. Informasi tentang tindakan medis harus diberikan kepada pasien baik diminta maupun tidak diminta oleh pasien. Menahan informasi tidak boleh, kecuali bila dokter menilai bahwa informasi tersebut dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien. Dalam hal ini dokter dapat memberikan informasi kepada keluarga terdekat pasien. Dalam memberi informasi kepada keluarga terdekat pasien kehadiran seorang perawat atau paramedik lain sebagai saksi adalah penting. Isi informasi mencakup keuntungan dan kerugian tindakan medis yang direncanakan baik diagnostik, terapeutik, maupun paliatif. Informasi biasanya diberikan secara lisan tetapi dapat pula secara tertulis. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/Menkes/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran telah mencabut keputusan Menteri kesehatan nomor 585 tahun 1989 tentang persetujuan medik dari segi judul diubah menjadi tindakan kedokteran.

Pada dasarnya terdapat 3 (tiga) jenis hukum yang sering digunakan di Indonesia, yaitu hukum pidana, perdata, dan administrasi. Ketiga aspek hukum tersebut juga berlaku pada pelaksanaan *informed consent*. Pada aspek hukum pidana, pelaksanaan *informed consent* juga wajib dijalankan dengan benar, seperti contoh pada saat pasien mendapatkan tindakan operasi, sebab apabila dikaitkan dengan Pasal 351 KUHP mengenai penganiayaan, maka operasi oleh dokter misalnya dengan menusukkan pisau bedah ke tubuh pasien tanpa persetujuan terlebih dahulu dapat dikenai sanksi pidana karena dikategorikan penganiayaan. Pada Pasal 17 Permenkes 290 Tahun 2008, pelaksanaan tindakan kedokteran yang telah mendapat persetujuan menjadi tanggung jawab dokter atau dokter gigi yang melakukan tindakan kedokteran. Sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan persetujuan tindakan dokter.

Pada aspek hukum administrasi dapat dilihat dari kebiasaan pada setiap rumah sakit untuk menyodorkan formulir persetujuan operasi. Hal tersebut untuk keperluan administrasi rumah sakit sehingga wajib dilakukan. Pada uraian di atas peraturan terakhir mengenai Persetujuan Tindakan Kedokteran Permenkes 2009 Tahun 2008 telah diuraikan panjang lebar tentang perlunya penjelasan atau informasi. Namun terdapat juga kondisi tidak semua pasien dapat memahami informasi dari dokter, di samping kemungkinan pasien sendiri tidak mampu

mengemukakan keluhannya karena keadaannya tidak memungkinkan, maka ada 4 (empat) kelompok pasien yang tidak perlu mendapatkan informasi yaitu : Pasien yang belum dewasa, Pasien yang sakit tidak sehat akalnya, Pasien yang akan diragukan jika mendengar informasi tersebut, misalnya karena lemah jantung, sehingga membahayakan kesehatannya, Pasien yang akan menjalani pengobatan dengan "*placebo*" (obat palsu). *Placebo* merupakan senyawa farmakologis yang tidak aktif yang digunakan sebagai obat untuk pembandingan atau sugesti.

Keberadaan *informed consent* juga tidak kalah penting, yang mana isinya adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien dan keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Dalam hal ini jika dokter ingin melakukan DNR karena keterbatasan alat ventilator, maka perlu disampaikan juga terkait alasan dilaksanakannya DNR. Pada rekam medis kewajiban pembuatannya diatur dalam Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran. Sebagai perlindungan hukum preventif bagi seorang dokter, maka keberadaan rekam medis sangat penting mengingat pelaksanaan DNR sebagai tindakan yang penuh risiko. Berdasarkan Pasal 1 angka 1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis, isi dari rekam medis antara lain, identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis juga akan menjadi perlindungan hukum bagi dokter manakala terjadi sengketa medis setelah dilaksanakannya DNR.

Penundaan terapi bantuan hidup apabila dilakukan oleh pihak keluarga karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan dan dikemudian hari timbul masalah hukum, dokter mendapatkan perlindungan hukum bila dilihat dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 tahun 2014 pasal 15 yaitu: Keluarga pasien dapat meminta dokter untuk melakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup atau meminta menilai keadaan pasien untuk penghentian atau penundaan bantuan hidup. 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. Permintaan keluarga pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dilakukan dalam hal : Pasien tidak kompeten tetapi telah mewasiatkan pesannya tentang hal ini (*advance directive*) yang dapat berupa : Pesan spesifik yang menyatakan agar dilakukan penghentian atau penundaan terapi hidup apabila mencapai keadaan futility (kesia-siaan), Pesan yang menyatakan agar keputusan didelegasikan kepada seseorang tertentu (*surrogate decision maker*), 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, Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) bila pasien masih mampu membuat keputusan dan menyatakan keinginannya sendiri, Dalam hal permintaan dinyatakan oleh pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka permintaan pasien tersebut harus dipenuhi.

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.

KESIMPULAN

Keputusan DNR harus memperhatikan bahwa hak-hak pasien sudah tersampaikan, seperti mendapatkan penjelasan lengkap tindakan medis beserta risikonya. Pelaksanaan DNR telah mendapat landasan hukum, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/Per/III/2011, selanjutnya diatur juga melalui Permenkes No. 37 Tahun 2014 yang mengatur mengenai batasan-batasan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup. Mengingat hubungan dokter dengan pasien merupakan perjanjian terapeutik maka, persetujuan keputusan DNR harus dilakukan. Persetujuan ini yang dikenal dengan *informed consent*.

Secara mendasar penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup dilakukan atas dasar tidak dapat disembuhkannya penyakit yang diderita pasien (*terminal state*) dan tindakan kedokteran yang diberikan sudah sia-sia (*futile*). *Futile* merupakan salah satu unsur yang paling mendekati dengan kondisi terbatasnya alat ventilator sehingga perlu dilakukan DNR. Adapun pihak yang dapat mengambil kebijakan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup adalah Direktur atau Kepala Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan tim dokter yang ditunjuk oleh Komite Medik atau Komite Etik.

Dalam hal pelaksanaan DNR karena terbatasnya alat ventilator sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, maka dokter tetap diwajibkan melakukan tindakan yang terbaik untuk pasien. Pelaksanaan DNR berkaitan erat dengan *informed consent*. Adapun perturan hukum yang berkaitan dengan *informed consent*, yaitu Permenkes Nomor 290 Tahun 2008 juga dijelaskan, setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan. Permenkes 290 Tahun 2008 ini juga mengatur tentang ketentuan pada situasi khusus seperti, berupa tindakan penghentian/penundaan bantuan hidup *withdrawing* atau *with holding life support* pada seorang pasien harus mendapat persetujuan keluarga terdekat pasien setelah keluarga mendapat penjelasan dari tim dokter yang bersangkutan

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada Tuhan atas berkatnya sehingga jurnal ini selesai. Terima kasih juga kepada keluarga dan berbagai pihak dari dosen pembimbing hingga dosen penguji, semoga jurnal ini bisa sebagai pertimbangan hukum, serta masukan bagi jurnal hukum selanjutnya serta untuk masukan dan saran klinis.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsah, Nanang, *Teori praktek dan kewenangan pemerintah*, edisi kedua, Unpad Press, Bandung, 2019.
- Asshiddiqie, Jimly, *Teori Hans Kelsen tentang Hukum*, Konpress, Jakarta, cetakan kedua, 2012.
- Decisioni Per Le Cure Intensive In Caso Di Sproporzione Tra Necessità Assistenziali E Risorse Disponibili In Corso Di Pandemia Di Covid-19*, https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/01/2021_01_13 LINEE-GUIDA_DECISIONI-CURE-INTENSIVE_Def.pdf, Diakses tanggal 15 Juli 2022
- Dokter Usahakan Tidak Pakai Ventilator Bagi Pasien Covid-19*, dalam <https://www.dw.com/id/dokter-usahakan-tidak-gunakan-ventilator-untuk-pasien-Covid-19/a-53104980>, Diakses tanggal 17 Juli 2022.
- Erlanmart, *Mengenal Ventilator, Separuh Napas Untuk Pasien Covid-19*, dalam <https://www.tek.id/future/ventilator-separuh-napas-untuk-pasien-Covid-19-b1ZLq9h4D>, Diakses tanggal 16 Juli 2022.
- Eryati, *Etika Profesi Kesehatan*, Deepublish, Sleman, Jawa Tengah, 2014.
- Gunakaya, Widiada, *Hukum hak asasi manusia*, edisi pertama, CV. Andi offset, Yogyakarta, 2017.
- Gustinerz, *Menentukan do not resuscitate (DNR) pada pasien*, dalam <https://gustinerz.com/menentukan-do-not-resuscitate-dnr-pada-pasien/>, Diakses tanggal 17 Juli 2022.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia
- Ilyas, Amir, *Pertanggungjawaban Pidana Dokter dalam Malpraktik Medik di Rumah Sakit*, cetakan pertama, rangkang education, Yogyakarta, 2014.
- Margaretha Indah Wijilestari, Yohanes Leonardo Soeharso, Hari Pudjo, *Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Do Not Resuscitate (DNR) Dan Konsekuensi Hukumnya*, *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, No. 1 Vol. 02, 2022

- Marzuki, Peter Mahmud, *Penelitian Hukum*, Edisi Revisi, Prenadamedia Group, Jakarta, 2019.
- Notoatmojo, Soekidjo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2010.
- Prakoso, Djoko dan Djaman Andhi Nirwanto., *Euthanasia: Hak Asasi Manusia Dan Hukum Pidana*, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1984.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/Per/III/2011 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi Dan Terapi Intensif Di Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2014
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/Menkes/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Kode Etik Kedokteran Indoneasia.
- Rahardjo, Satjipto, *Ilmu hukum*, edisi kedelapan, PT. Citra Aditya Bakti, Bandung, 2014.
- Sri Siswati, *Etika dan Hukum Kesehatan Dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2013.
- Sutarno, *Hukum Kesehatan : Eutanasia, Keadilan, dan Hukum Positif di Indonesia*, SETARA Press, Malang, 2014.
- Triwulan, Titik dan Shinta Febrian, *Perlindungan Hukum Bagi Pasien*, Prestasi Pustaka, Jakarta, 2010.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2024 Tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesiaa Tahun 2023 Nomor 105. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116. Tambahan Lembaran Republik Indonesia Negara 4431.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Praktek Kedokteran. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144. Tambahan Lembaran Republik Indonesia Negara 5063.
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Lembaran Negara Republik Indonensia Tahun 2009 Nomor 153. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072