

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPUTUSAN *DO NOT RESUSCITATE* (DNR) DAN KONSEKUENSI HUKUMNYA

Margaretha Indah Wijilestari¹, Yohanes Leonard Soeharso², dan Hari Pudjo Nugroho³

¹²³Program Magister Hukum Kesehatan, Fakultas Hukum dan Komunikasi,
Universitas Katolik Soegijapranata

¹E-Mail: margaretha2381@gmail.com

²E-Mail: yohanes12leonard.yls@gmail.com

³E-Mail: drg.hpn@gmail.com

Masuk : 04-01-2022

Penerimaan : 01-03-2022

Publikasi : 30-04-2022

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran faktor apa saja yang mempengaruhi keputusan DNR dan bagaimana konsekuensi hukumnya di Indonesia ketika keputusan ini terpaksa dipilih. Penelitian ini merupakan penelitian yuridis empiris berdasarkan data rekam medis beberapa pasien dengan masing-masing diagnosis berbeda yang dirawat di Instalasi Gawat Darurat, *Intensive Care Unit*, Instalasi Rawat Inap, dan Ruang Isolasi Covid-19. Selanjutnya dilakukan analisis secara yuridis normatif dengan menggunakan sumber hukum yang berlaku di Indonesia. Hasil penelitian ini adalah ditemukannya gambaran faktor pasien, faktor keluarga, faktor tenaga profesional pemberi asuhan, faktor sumber daya, dan faktor pemahaman bioetika yang mempengaruhi keputusan DNR. Konsekuensi hukum pidana adalah mungkin, bila DNR dilakukan tanpa alasan klinis yang kuat dan tidak dilakukan dengan prosedur yang benar sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014. Oleh karena itu, dokter dan rumah sakit harus memastikan bahwa keputusan DNR dilakukan pada pasien yang berada dalam keadaan yang tidak dapat disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya (*terminal state*) dan tindakan kedokteran sudah sia-sia (*futile*); keputusan melibatkan semua organ rumah sakit terkait (Tim Profesional Pemberi Asuhan, Manajer Pelayanan Pasien, Direktur, Komite Medik, Komite Etik dan Hukum); dan berdasarkan keputusan tertulis dari keluarga pasien.

Kata Kunci: Darurat; Gawat; Klinis; Medis; Rekam.

ABSTRACT

This study aims to provide an overview of what factors influence the DNR decision and what the legal consequences are in Indonesia when this decision is forced to be chosen. This study is an empirical juridical research based on medical record data of several patients with each different diagnosis who were treated in the Emergency Room, Intensive Care Unit, Inpatient Installation, and the Covid-19 Isolation Room. Furthermore, a normative juridical analysis is carried out using legal sources in force in Indonesia. The results of this study are the description of patient factors, family factors, care professional factors, resource factors, and bioethical understanding factors that influence DNR decisions. The consequences of criminal law are possible, if the DNR is carried out without a strong clinical reason and is not carried out with the correct procedure as stipulated in the Regulation of the

Minister of Health Number 37 of 2014. Therefore, doctors and hospitals must ensure that DNR decisions are made on patients who are in a condition that cannot be cured due to the illness (terminal state) and medical action is futile; decisions involving all relevant hospital organs (Professional Team of Care Providers, Patient Services Manager, Director, Medical Committee, Ethics and Legal Committee); and based on the written decision of the patient's family.

Keywords: *Emergency; emergency; Clinical; Medical; record.*

A. PENDAHULUAN

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 kehidupannya. Dengan demikian, hak hidup merupakan hak dasar yang secara kodrati melekat pada diri manusia yang bersifat universal dan langgeng, sehingga hak ini harus dilindungi, dihormati, dipertahankan, dan tidak boleh diabaikan, dikurangi, atau bahkan dirampas oleh siapapun. Terkait hak asasi ini, manusia juga mempunyai kewajiban dasar antara manusia yang satu terhadap yang lain. Dalam konteks inilah, seorang dokter terlepas dari kewajiban dan etika profesinya sebagai seorang tenaga medis, juga seorang manusia yang memiliki kewajiban dasar terhadap manusia lainnya untuk melindungi, menghormati dan mempertahankan hak asasi manusia lainnya yaitu hak hidup pasiennya.

Namun demikian, dalam praktek sehari-hari yang ditemukan di rumah sakit, seorang dokter sebagai *clinical leader* suatu tim asuhan pasien sering menghadapi permasalahan terkait permintaan *Do Not Resuscitate (DNR)*. Secara harfiah *Do Not Resuscitate (DNR)* diartikan sebagai perintah "Jangan Lakukan Resusitasi", sehingga menjadi pertanyaan bagi kita semua siapakah yang akan memberikan perintah dan siapakah yang menjalankan perintah. Pada beberapa kasus, keputusan DNR bagi seorang dokter merupakan salah satu pilihan keputusan klinis yang sering menjadi dilema etis, hukum dan moral.

Pada sebuah artikel yang tayang pada KOMPAS.com, tenaga medis di sebuah rumah sakit di Florida, Amerika Serikat dihadapkan pada kebingungan besar saat mereka menerima seorang pasien dengan tato bertulis "Do Not Resuscitate" di dadanya sebagai sebuah perintah untuk tidak melakukan tindakan pertolongan Resusitasi Jantung Paru (RJP) jika terjadi permasalahan darurat pada pasien. Di Amerika Serikat, perintah DNR semacam ini merupakan surat yang ditulis atas permintaan pasien atau keluarga, dan harus ditandatangani serta diputuskan melalui konsultasi dengan dokter yang berwenang. Keberadaan tato di dada pria 70 tahun yang tengah mengalami masalah pernafasan akibat tingginya konsentrasi alkohol dalam darah dan

mebutuhkan pertolongan segera tersebut, merupakan hal penting yang wajib dipertimbangkan oleh para tenaga medis yang bertugas di Unit Gawat Darurat Jackson Memorial Hospital Miami (Wadrianto, 2017). Tenaga medis mengalami kebingungan karena mereka harus mengambil keputusan dengan pertimbangan yang terbaik saat menghadapi ketidakpastian, tapi muncul pandangan lain yang menilai bahwa pasien ini telah berusaha menegaskan sikap dan pilihannya melalui tato tersebut yang akhirnya membuat mereka mengajukan konsultasi etika dalam kasus ini (Holt et al., 2017).

Pada beberapa kasus, perintah DNR dibuat oleh pasien dalam keadaan sebelum mengalami perburukan klinis untuk mengantisipasi suatu saat bila berada dalam kondisi kegawatdaruratan. Di negara barat, DNR dianggap sebagai pseudo-euthanasia dikenal dengan istilah *Against Medical Advice* (AMA) dimana pasien menolak rekomendasi tenaga medis mengenai rencana perawatan terhadap dirinya (Adriana, 2021). Di Indonesia, kebanyakan kasus DNR bukanlah atas permintaan pasien dalam keadaan sadar sebelum mengalami kondisi sakit yang berat, melainkan permintaan 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.

Di dalam standar akreditasi baik nasional maupun internasional, prosedur DNR termasuk kebijakan yang harus dibuat oleh rumah sakit sebagai salah satu panduan dalam pemberian pelayanan dan asuhan pasien dalam tahap terminal. Namun demikian, dengan dasar hukum apakah sebaiknya kebijakan ini dibuat, karena dalam praktik sehari-hari pelaksanaan DNR ini pun sudah sering terjadi dengan permintaan yang dilakukan oleh pasien sendiri, pasangan, keluarga, yang mewakili atau bahkan atas pertimbangan klinis dokter sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) pasien. Ketika perintah ini dijalankan, maka kembali timbul pertanyaan apakah seorang dokter dapat dianggap tidak menghormati atau bahkan merampas hak hidup pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Apakah hal ini dapat dianggap sebagai suatu kesalahan yang berhubungan dengan tindak pidana? Penelitian lain yang pernah dilakukan sebelumnya membahas DNR dalam suatu kajian hukum Indonesia, menghubungkannya dengan Kitab Undang Hukum Pidana terkait kejahatan terhadap nyawa baik atas permintaan sendiri ataupun orang lain di luar dirinya yang dalam hal ini adalah permintaan keluarga (Adriana, 2021).

Dalam sebuah artikel berjudul “Kajian Bioetik dan Medikolegal pada DNR” disebutkan bahwa saat ini belum ada kepastian hukum yang mengatur DNR (Tarigan, 2021). Payung hukum terhadap tindakan ini pun belum menggunakan terminologi dan definisi operasional yang sama untuk mengatur pelaksanaan DNR secara eksplisit dengan kriteria yang jelas. Hal ini menimbulkan kekhawatiran bagi para tenaga medis dan rumah sakit terutama ketika berada pada situasi sulit yang dilematis saat berhadapan dengan kondisi klinis pasien, pilihan yang menjadi permintaan pasien dan keluarga, serta adanya keterbatasan sumber daya. Contohnya saja saat terjadinya lonjakan kasus Covid-19 pada masa Pandemi, tenaga medis dan rumah sakit

menghadapi masalah kekurangan sumber daya terkait fasilitas, sarana prasarana, alat kesehatan, obat-obatan, dan oksigen. Tenaga medis dan rumah sakit terpaksa membuat keputusan yang sulit dan dilematis, salah satunya adalah keputusan DNR pada kasus-kasus dengan prognosis buruk dan kemungkinan luaran hasil pengobatan yang sia-sia di antara pilihan banyaknya pasien yang juga harus diselamatkan. Upaya maksimal yang dilakukan oleh para tenaga medis dan rumah sakit pada saat itu juga tidak serta merta bisa menyelesaikan situasi yang dilematis ketika terjadi suatu bencana darurat yang menuntut keputusan klinis yang sifatnya segera.

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, sehingga dokter sebagai *clinical leader* dan rumah sakit dapat lebih berhati-hati dalam membangun suatu konstruksi berpikir dengan alasan klinis, etis, dan moral yang dapat diterima secara hukum ketika harus menentukan keputusan, menerima pilihan pasien dan keluarganya, menjalankan permintaan DNR dan membuatnya ke dalam suatu kebijakan yang melindungi dan menghormati hak pasien dan keluarga, para profesional pemberi asuhan dan rumah sakit.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya tentang DNR dalam Sistem Hukum Indonesia menggunakan metode yuridis normatif (Adriana, 2021), sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode campuran yuridis normatif-empiris. Penelitian ini tidak hanya berfokus pada analisis hukum tertulis (normatif), tetapi juga berfokus pada analisis implementasi hukum positif pada peristiwa hukum yang terjadi di tengah masyarakat (empiris) (Muhaimin, 2020). Sumber data primer penelitian diperoleh melalui 5 data rekam medis pasien dengan keputusan DNR yang dirawat di Instalasi Gawat Darurat, ICU, Rawat Inap Penyakit Dalam, Rawat Inap Bedah, dan Ruang Isolasi Covid-19 dengan mematuhi standar etika penelitian terkait kerahasiaan data rekam medis. Sumber data sekunder diambil melalui studi dokumen berupa Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Permenkes No. 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Donor Organ, dan Permenkes No. 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, serta melalui studi kepustakaan berupa jurnal-jurnal penelitian sejenis yang pernah dilakukan sebelumnya. Selanjutnya data sosial dan klinis pasien dianalisis secara deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan dilakukan perbandingan diagnosis, prognosis, pertimbangan klinis, indikasi *futility* (kesia-siaan), dan siapa yang melakukan permintaan DNR untuk mengetahui faktor-faktor yang mendasari keputusan, serta bagaimana prosedur DNR tersebut dilakukan. Sedangkan bahan hukum terkait dianalisis secara preskriptif dengan pendekatan konseptual dan peraturan perundang-undangan

untuk mengetahui konsekuensi hukum dari keputusan DNR dan bagaimana seharusnya tindakan tersebut dilakukan berdasarkan hukum positif.

C. HASIL ATAU PEMBAHASAN

1. Hasil Penelitian

Data rekam medis pasien yang diambil dari ruang perawatan yang berbeda menunjukkan diagnosis yang beragam. Secara keseluruhan, pasien-pasien dengan keputusan DNR ini terdiagnosis penyakit yang menyebabkan kegagalan fungsi organ vital baik secara akut/cepat maupun kronis/perlahan dan bersifat irreversibel atau tidak dapat pulih kembali seperti semula. Diagnosis penyakit yang bersifat akut dijumpai pada pasien nomor 2 dengan disfungsi otak akibat perdarahan, pasien nomor 4 dengan disfungsi jantung dan pembuluh darah akibat cedera leher, dan pasien nomor 5 dengan disfungsi paru akibat infeksi berat Covid-19. Sementara itu, permintaan DNR terkait perburukan penyakit kronis ditemukan pada pasien nomor 1 dengan disfungsi multi organ akibat sepsis dan pasien nomor 3 dengan disfungsi organ vital akibat metastasis kanker. Permintaan DNR pun diajukan oleh pihak yang berbeda pada masing-masing kasus seperti permintaan sendiri, permintaan suami, atau pertimbangan DPJP dan PPA. Pada kelima kasus tersebut, seluruh pasien yang diputuskan untuk memiliki prognosis buruk (*malam*) atau cenderung buruk (*dubia ad malam*). Dalam penelitian ini, kondisi terminal yang ditemukan adalah penyakit yang tidak dapat sembuh, adanya kegagalan multi organ vital yang berakibat pada gagalnya fungsi dasar sistem pernafasan, sirkulasi dan tekanan darah yang bersifat irreversibel.

Tabel 1. Data Pasien dengan Keputusan DNR yang Dirawat di Ruang IGD, ICU, Rawat Inap Penyakit Dalam, Rawat Inap Bedah dan Ruang Isolasi Covid-19

No.	Identitas Pasien
1.	<p>Nama: Ny. CB Usia: 45 tahun Pendidikan/Pekerjaan: SMU/Ibu Rumah Tangga Ruang Perawatan: Instalasi Gawat Darurat Status Jaminan Pembiayaan: JKN-KIS Diagnosis: <i>Shock Septic, Multiorgan Failure</i> dengan riwayat penyakit metabolik dan infeksi berulang (kronik), <i>Return of Spontaneous Circulation (ROSC)</i> Prognosis: <i>Malam</i> Lama rawat: 3 jam Status DNR: Atas permintaan suami</p>
2.	<p>Nama: Ny. BV Usia: 31 tahun Pendidikan/Pekerjaan: SMU/Ibu Rumah Tangga Ruang Perawatan: <i>Intensive Care Unit</i> Status Jaminan Pembiayaan: JKN-KIS Diagnosis: - G2P1A0 15 minggu - Koma dengan sebab Herniasi Serebri suspek SAH Ruptur AVM Cerebri - ROSC Prognosis: <i>Dubia ad malam</i> Tingkat Perawatan: <i>Intensive care</i> Lama Rawat: 2 hari Status DNR: atas permintaan suami</p>
3.	<p>Nama: Nn. AG</p>

Usia: 65 tahun
Pendidikan/Pekerjaan: pensiunan bidan (tenaga kesehatan)
Ruang Perawatan: Rawat Inap Penyakit Dalam
Status Jaminan Pembiayaan: Institusi
Diagnosis: *Ca Mammae* Stadium Terminal
Prognosis: *Malam*
Tingkat Perawatan: *Palliative care*
Lama Rawat: 2 bulan
Status DNR: Atas permintaan sendiri.

4. Nama: Tn. DE
Usia: 41 tahun
Pendidikan/Pekerjaan: SD/Serabutan
Ruang Perawatan: Rawat Inap Bedah
Status Jaminan: Mandiri Non JKN-KIS
Diagnosis: Fraktur Servikal akibat terjatuh dari atap rumah, *Shock Neurogenic*
Prognosis: *Dubia ad malam*
Tingkat Perawatan: *Emergency care*
Lama rawat: 1 hari
Status DNR: atas pertimbangan klinis Tim PPA bahwa tindakan RJP memperparah fraktur servikal dan tidak mungkin dilakukan intubasi. Keluarga menolak dirujuk karena alasan biaya.
-

5. Nama: Tn. EA
Usia: 55 tahun
Pendidikan/Pekerjaan: SMU/Wiraswasta
Ruang Perawatan: Ruang Isolasi Covid-19
Status Jaminan: Klaim Covid-19 ke Pemerintah
Diagnosis: Pneumonia Covid-19 Berat, ARDS dengan Komplikasi Penyakit Metabolik Kronik
Prognosis: *Malam*
Lama Rawat: 6 hari
Status DNR: atas pertimbangan *triage* Tim PPA karena kehabisan ventilator, kekurangan oksigen, risiko transmisi aerosol pada tindakan RJP. Pasien tidak satbil untuk dirujuk, dan RS Rujukan sedang dalam kondisi *overload* serta kekurangan sumber daya medis termasuk oksigen.
-

2. Faktor yang Mempengaruhi Keputusan DNR

Pada penelitian ini ditemukan bahwa faktor pasien, faktor keluarga, faktor tim profesional pemberi asuhan, faktor sumber daya dan faktor pemahaman bioetika organ rumah sakit yang terlibat dalam keputusan DNR akan mempengaruhi keputusan DNR. Faktor pasien meliputi kondisi klinis pasien saat awal masuk, penyakit yang diderita sudah dalam kondisi terminal, dan prognosinya 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 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) 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). Pengambilan keputusan DNR membutuhkan pertimbangan dan pemahaman pada kriteria DNR, perawat harus terlibat dalam kolaborasi dengan tim yang merawat pasien, sehingga keputusan DNR tepat. Perawatan DNR di IGD memberikan resusitasi sebagai tindakan awal dan mempersiapkan kematian pasien dengan baik dengan melibatkan keluarga pasien (Ose, 2017). Keterlibatan Manajer Pelayanan Pasien (MPP) juga sangat penting dalam keberhasilan KIE dan memastikan bahwa hak, kebutuhan dan nilai-nilai keyakinan pasien dan keluarganya masuk dalam proses asuhan pelayanan tahap terminal.

Faktor sumber daya yang mempengaruhi adalah ketersediaan sarana prasarana, fasilitas, sumber daya manusia, obat-obatan sediaan farmasi dan oksigen. Pada saat terjadi Pandemi Covid-19, dimana terjadi lonjakan kasus yang melebihi batas kemampuan rumah sakit, maka Tim DPJP dan PPA terpaksa memilih kebijakan untuk menyelamatkan nyawa pasien dengan prognosis yang lebih baik, memperhatikan keselamatan petugas dan pasien lainnya, serta keberlangsungan perawatan selanjutnya. Namun sebelum memilih keputusan DNR, rumah sakit harus memastikan bahwa upaya maksimal untuk mengatasi situasi tersebut telah dilakukan. Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, dan Department of Medicine, Harvard Medical School melaporkan beberapa rumah sakit mengambil pendekatan untuk tidak menawarkan CPR kepada pasien dengan Covid-19 karena kekhawatiran akan resiko menyebarkan infeksi ke staf melebihi manfaat potensial dari CPR dan dalam menghadapi kelangkaan sumber daya selama Pandemi Covid-19, beberapa rumah sakit juga telah mempertimbangkan kemungkinan mengalokasikan sumber daya berdasarkan kerangka kerja triase (Jacobsen et al., 2020). Pada saat Pandemi Covid-19, petugas kesehatan berisiko menghadapi transmisi aerosol dari coronavirus pada saat dilakukannya intubasi, bahaya pada petugas harus diminimalkan dalam situasi dimana ada risiko penularan yang cukup besar, sehingga risiko substansial bagi para petugas kesehatan harus menjadi pertimbangan lebih besar daripada melakukan tindakan dengan peluang manfaat yang sangat kecil mengingat petugas kesehatan harus melakukan tugas perawatan berikutnya (Kramer et al., 2020).

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 mempertimbangan 4 kaidah bioetika yaitu: asas manfaat (*beneficence*), prinsip *do no harm (nonmaleficence)*, perlakuan yang adil (*justice*), dan hak otonomi pasien (*autonomy*) (Tarigan, 2021). Sedangkan terkait moral adalah pertimbangan bila RJP tidak akan memberikan hasil yang terbaik tetapi justru menambah beban penderitaan pasien dan keluarga. Contohnya pada penelitian ini, sangat sulit dilakukan RJP dan intubasi pada

pasien dengan trauma servikal. Tindakan RJP justru memperberat trauma dan mempercepat kematian. *American Heart Association* (AHA) merekomendasikan bahwa RJP tidak diindikasikan pada semua pasien seperti pasien dengan kondisi terminal, penyakit yang tidak reversibel, dan penyakit dengan prognosis kematian hampir dapat dipastikan (AHA, 2005). Dalam kaitannya dengan prinsip keadilan, maka seluruh organ RS harus menjamin terpenuhinya hak-hak pasien dan keluarganya dengan menyeimbangkan tercapainya tujuan mengobati, mencegah dan memberikan harapan hidup yang tinggi; menghasilkan lebih sedikit efek samping dan kesakitan; memberikan manfaat dan secara nyata memberikan dampak positif dibanding dampak negatif (Adriana, 2021; AHA, 2005). Tim DPJP dan PPA lainnya dapat dipandu dengan pendekatan etis yang menjadi Panduan Asesmen Keputusan DNR dengan memastikan indikasi medis, pilihan pasien dengan prinsip menghormati hak otonomi pasien, kualitas hidup pasca tindakan, dan gambaran kontekstual dari hal-hal eksternal yang mempengaruhi seperti faktor penyelenggaraan pelayanan, alokasi sumber daya, kepentingan pendidikan dan penelitian klinis, faktor biaya, budaya, agama dan kemungkinan adanya konflik kepentingan.

3. Konsekuensi Hukum dari *Do Not Resuscitate* (DNR)

Do Not Resuscitate (DNR) adalah perintah yang ditulis oleh dokter atas permintaan pasien atau keluarga setelah mendapatkan penjelasan, dimana perintah ini menginstruksikan tenaga medis untuk tidak melakukan RJP jika pernapasan pasien berhenti atau jika jantung pasien berhenti berdetak (MedlinePlus, 2020). Dalam praktiknya, RJP adalah tindakan pemberian bantuan hidup dasar yang dilakukan ketika sirkulasi atau pernafasan berhenti dengan melakukan upaya sederhana memberikan pernafasan dari mulut ke mulut, kejut jantung, intubasi untuk membuka akses saluran nafas dan pemberian obat-obatan melancarkan sirkulasi, kerja jantung, menaikkan dan menstabilkan tekanan darah. Definisi tersebut digunakan dalam penelitian ini untuk membedakan dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang lebih banyak membahas DNR dalam terminologi euthanasia.

a. *Do Not Resuscitate* (DNR) dalam Perspektif Hukum Pidana:

Terminologi *Do Not Resuscitate* (DNR) tidak disebutkan secara eksplisit dan diatur secara spesifik dalam Kitab Undang - Undang Hukum Pidana (KUHPidana). Pada penelitian sebelumnya lebih banyak membahas DNR dengan konsekuensi hukum pidana sebagaimana disebutkan dalam Pasal 338, 340 dan 344 pada KUHPidana Buku Kedua Bab XIX tentang Kejahatan Terhadap Nyawa (Adriana, 2021; Tarigan, 2021). Selain pasal-pasal tersebut, sebenarnya pada Pasal 304 dan 306 KUHPidana Buku Kedua Bab XV tentang Meninggalkan Orang yang Perlu Ditolong, juga harus menjadi perhatian penting. Berdasarkan Pasal 304 disebutkan bahwa "*Barang siapa dengan sengaja menempatkan atau membiarkan seorang dalam keadaan sengsara, padahal menurut hukum yang berlaku baginya atau karena persetujuan dia wajib memberi kehidupan, perawatan atau pemeliharaan kepada orang itu, diancam dengan pidana penjara paling lama dua tahun delapan bulan atau pidana denda paling banyak empat ribu lima ratus rupiah.*" Tim DPJP dan PPA sebagai tenaga klinis memiliki kewajiban yang telah diatur oleh peraturan perundang-

undangan untuk merawat dan/atau melakukan pertolongan darurat kepada pasien yang membutuhkan. Apabila tenaga kesehatan secara sengaja tidak memenuhi kewajiban itu kepada pasien yang berada dalam kondisi sengsara, maka Pasal 304 berpotensi dikenakan padanya.

Selanjutnya, pada Pasal 306 ayat (2) tercantum bahwa *“jika salah satu perbuatan berdasarkan pasal 304 dan 305 mengakibatkan kematian, yang bersalah diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan tahun.”* Tindakan penghentian bantuan hidup oleh tenaga kesehatan kepada pasien yang telah diputuskan untuk dilakukan DNR akan menyebabkan pasien berada dalam kondisi sengsara dan berakhir pada kematian. Pada umumnya tim DPJP dan PPA akan memutuskan untuk melakukan DNR dengan pertimbangan bahwa tindakan kedokteran yang diberikan tidak akan memberikan manfaat atau dengan kata lain sia-sia. Dalam hal ini pertimbangan klinis yang kuat dengan alasan dan bukti-bukti yang dapat dipertanggungjawabkan menjadi kunci untuk dapat bebas dari jeratan pasal ini. Namun, perspektif yang diberikan oleh Pasal 304 dan 306 Ayat (2) mampu mengancam tenaga kesehatan yang melakukan tindakan DNR kepada pasien tanpa didukung alasan dan bukti yang kuat.

Pada beberapa kasus, pasien akan meminta sendiri secara sadar untuk dilakukan DNR akibat penyakit stadium akhir yang tidak dapat disembuhkan seperti contohnya pada kasus Nn. AG pensiunan bidan yang terdiagnosis kanker payudara stadium akhir. Dokter yang melakukan tindakan DNR sesuai dengan permintaan pasien berpotensi dijerat Pasal 344 KUH Pidana Buku Kedua Bab XIX terkait Kejahatan terhadap Nyawa yang berbunyi *“Barang siapa merampas nyawa orang lain atas permintaan orang itu sendiri yang jelas dinyatakan dengan kesungguhan hati, diancam dengan pidana penjara paling lama dua belas tahun.”*

Artikel jurnal yang ditulis oleh Adriana (2021) menyebutkan bahwa kelalaian atau kesengajaan yang menyebabkan hilangnya nyawa orang lain dapat dijatuhi sanksi pidana berdasarkan pada Pasal 338 atau 340 KUH Pidana. Adapun peristiwa hukum yang disebut berpotensi diancam dengan kedua pasal tersebut antara lain keputusan DNR oleh dokter tanpa permintaan keluarga pasien atau pasien koma dalam waktu lama yang diminta DNR oleh keluarga pasien (Adriana, 2021). Berdasarkan penafsiran melalui pendekatan konseptual dan peraturan perundang-undangan, Pasal 338 atau 340 hanya dapat dikenakan pada seseorang yang memang memiliki itikad jahat dan tanpa ragu melakukan perampasan nyawa. Sehingga, Pasal 338 atau 340 KUH Pidana tidak dapat menjerat tenaga kesehatan ataupun keluarga pasien yang memutuskan tindakan DNR setelah melalui berbagai KIE dan pertimbangan klinis yang beralasan dan dapat dipertanggungjawabkan. Lain halnya apabila keluarga pasien melakukan pemaksaan walaupun tim DPJP dan PPA tidak memiliki alasan untuk dilakukan tindakan DNR.

Dalam hal terjadinya kondisi memaksa (*extra-ordinary*) contohnya pada kondisi bencana Pandemi Covid-19, keputusan klinis dipengaruhi oleh kondisi memaksa (*overmacht*). *Overmacht* atau daya paksa yang menjadi dasar dilakukannya perbuatan tertentu diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. Pada Pasal 48 KUHP, disebutkan bahwa: *“Barangsiapa melakukan perbuatan karena pengaruh daya paksa, tidak dipidana.”* Daya paksa ini

haruslah merupakan suatu kekuatan, dorongan, ataupun paksaan yang pada umumnya tidak dapat ditahan atau dilawan karena berasal dari kekuatan yang lebih besar, sehingga dapat menjadi alasan penghapus pidana.

b. *Do Not Resuscitate* (DNR) dalam Kajian Permenkes Nomor 37 Tahun 2014:

Dalam regulasi hukum Indonesia belum ada pengaturan khusus yang spesifik terkait terminologi *Do Not Resuscitate* (DNR), sehingga kajian Permenkes Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Donor Organ jarang dibahas secara mendalam. Padahal terminologi DNR paling mendekati pada pelayanan pasien tahap terminal dalam hal penghentian/penundaan bantuan hidup yang salah satunya adalah tindakan Resusitasi Jantung Paru sebagaimana diatur dalam Permenkes tersebut. Rumah Sakit dalam membuat aturan kebijakan, sebaiknya lebih menekankan pada terminologi yang tertera di dalam Permenkes Nomor 37 Tahun 2014 tentang pada Bab III yaitu: Penghentian atau Penundaan Bantuan Hidup dengan ketentuan sebagai berikut:

Pasal 14:

Ayat (1) Pada pasien yang berada 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.

Ayat (2) Kebijakan mengenai kriteria keadaan pasien yang terminal state dan tindakan kedokteran yang sudah sia-sia (futile) ditetapkan oleh Direktur atau Kepala Rumah Sakit.

Ayat (3) Keputusan untuk menghentikan atau menunda terapi bantuan hidup tindakan kedokteran terhadap pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tim dokter yang menangani pasien setelah berkonsultasi dengan tim dokter yang ditunjuk oleh Komite Medik atau Komite Etik.

Ayat (4) Rencana tindakan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup harus diinformasikan dan memperoleh persetujuan dari keluarga pasien atau yang mewakili pasien.

Ayat (5) Terapi bantuan hidup yang dapat dihentikan atau ditunda hanya tindakan yang bersifat terapeutik dan/atau perawatan yang bersifat luar biasa (extra-ordinary), meliputi: Rawat di Intensive Care Unit; Resusitasi Jantung Paru; Pengendalian disritmia; Intubasi trakea; Ventilasi mekanik; Obat vasoaktif; Nutrisi parenteral; Organ artifisial; Transplantasi; Transfusi darah; Monitoring invasif; Antibiotika; dan Tindakan lain yang ditetapkan dalam standar pelayanan kedokteran.

Ayat (6) Terapi bantuan hidup yang tidak dapat dihentikan atau ditunda meliputi oksigen, nutrisi enteral dan cairan kristaloid.

Pada kasus yang dikaji dalam penelitian ini, pasien-pasien tersebut menderita penyakit yang sudah *terminal state* dengan adanya *multiorgan failure* akibat penyakit kronis yang berlangsung lama dan kondisi akut yang mengakibatkan kegagalan organ tertentu sehingga terjadi henti napas dan henti jantung berulang dan telah dilakukan beberapa kali upaya RJP sebelumnya. Kriteria kondisi terminal dan indikasi *futility* ditentukan berdasarkan hasil skrining, asesmen awal, asesmen ulang dengan Panduan

Etika Asesmen DNR dan Pedoman Pelayanan Pada Pasien Terminal yang dilakukan oleh Tim PPA yang terdiri atas DPJP dan PPJA, selanjutnya oleh MPP dikoordinasikan dengan Komite Medik dan Komite Etik dan Hukum. Komite Medik memastikan bahwa Tim DPJP yang terlibat memiliki kompetensi dan kewenangan dalam memberikan asuhan dan keputusan, serta tidak melanggar Kode Etik Kedokteran Indonesia. Komite Etik dan Hukum memastikan bahwa semua hak pasien dan keluarga dilindungi dan dihormati, serta tidak ada pelanggaran terhadap Kode Etik Rumah Sakit. Hasil koordinasi tersebut disampaikan kepada Direktur. Pemberian KIE merupakan poin penting agar keluarga pasien paham dan dapat mengambil pilihan keputusan yang tepat. KIE pada asuhan khusus seperti ini harus dilakukan dengan jelas oleh DPJP Utama dan MPP, didokumentasikan di dalam Formulir Pemberian KIE dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi yang ditandatangani oleh pasien dan/atau keluarga yang mendapatkan penjelasan sebelum mereka memilih untuk DNR. Apabila pasien dan/atau keluarga meminta DNR, DPJP Utama dan MPP tetap melakukan konfirmasi ulang atas permintaan tersebut sebelum mereka menandatangani Formulir Permintaan DNR. Pada saat seluruh proses ini berjalan hingga pasien meninggal, pasien harus tetap mendapatkan terapi oksigen, nutrisi enteral dan cairan kristaloid, serta kebutuhan lainnya sesuai keluhan pasien seperti mengurangi rasa nyeri yang merupakan hak pasien. Pada penelitian ini, pasien yang terpasang ventilator tetap mendapatkan terapi tersebut secara optimal. Dari kebijakan rumah sakit tempat penelitian ini, regulasi Pedoman Pelayanan pada Pasien Terminal hanya diijinkan pada penghentian terapi bantuan hidup untuk tindakan Resusitasi Jantung Paru atau DNR, sedangkan tindakan *extra-ordinary* lainnya belum diizinkan berdasarkan nilai etika dan moral keagamaan yang ditentukan oleh Pemilik RS.

Pasal 14 Ayat (1) merupakan poin penting yang harus dipastikan dalam membuat justifikasi klinis. Pasal 14 Ayat (5) mengunci tindakan bantuan hidup yang dapat dihentikan yaitu tindakan yang bersifat *extra-ordinary* sebagaimana ditegaskan dalam pasal dan ayat tersebut, dimana DNR (dalam ayat ini disebut Resusitasi Jantung Paru) merupakan salah satu tindakan yang dianggap luar biasa. Komite Medik, Komite Etik dan Hukum RS memastikan kepada Tim DPJP, PPA dan MPP bahwa pasien harus tetap mendapatkan terapi optimal sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 14 Ayat (6).

Selain hal-hal yang disebutkan pada Pasal 14, tenaga medis dan rumah sakit harus memastikan bahwa keputusan DNR yang diminta oleh keluarga pasien telah memenuhi kriteria dalam Pasal 15 berikut ini:

Ayat (1) Keluarga pasien dapat meminta dokter untuk melakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup atau meminta menilai keadaan pasien untuk penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup.

Ayat (2) Keputusan untuk menghentikan atau menunda terapi bantuan hidup tindakan kedokteran terhadap pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tim dokter yang menangani pasien setelah berkonsultasi dengan tim dokter yang ditunjuk oleh Komite Medik atau Komite Etik.

Ayat (3) Permintaan keluarga pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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.

Ayat (4) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) bila pasien masih mampu membuat keputusan dan menyatakan keinginannya sendiri.

Ayat (5) Dalam hal permintaan dinyatakan oleh pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka permintaan pasien tersebut harus dipenuhi.

Ayat (6) Dalam hal terjadi ketidaksesuaian antara permintaan keluarga dan rekomendasi tim yang ditunjuk oleh komite medik atau komite etik, dimana keluarga tetap meminta penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup, tanggung jawab hukum ada di pihak keluarga.

Direktur rumah sakit bersama Komite Medik, Komite Etik dan Hukum harus memastikan bahwa prosedur DNR dilakukan atas permintaan keluarga pasien setelah dilakukan KIE dengan jelas dan dikonfirmasi ulang bahwa keluarga paham terhadap kondisi pasien dan pilihan keputusan tersebut. Pilihan keputusan tersebut harus memenuhi yang dimaksud pada Pasal 14 Ayat (4) dan Pasal 15 Ayat (6). Dengan doktrin “volenti non fit iniuria” dimana jika seseorang dengan rela menempatkan diri dalam posisi di mana kerugian dapat terjadi, mengetahui bahwa beberapa derajat kerugian mungkin terjadi, mereka tidak dapat mengajukan tuntutan terhadap pihak lain dalam gugatan atau delik. Dengan demikian pidana hilang, karena tanggung jawab ada pada keluarga yang menentukan.

- c. *Do Not Resuscitate (DNR) dalam Kajian Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008:*

Regulasi hukum lainnya dalam mengkaji dasar dan konsekuensi hukum dari keputusan DNR ini adalah Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Pada Bab IV tentang Ketentuan Pada Situasi Khusus, disebutkan dalam Pasal 14:

Ayat (1) Tindakan penghentian/bantuan hidup (withdrawing/withholding life support) pada seorang pasien harus mendapat persetujuan keluarga terdekat pasien.

Ayat (2) Persetujuan penghentian/penundaan bantuan hidup oleh keluarga terdekat pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah keluarga mendapat penjelasan dari tim dokter yang bersangkutan.

Ayat (3) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus diberikan secara tertulis.

Sedangkan pada Bab V tentang Penolakan Tindakan Kedokteran dalam Pasal 16 disebutkan:

Ayat (1) Penolakan tindakan kedokteran dapat dilakukan oleh pasien dan/atau keluarga terdekatnya setelah menerima penjelasan tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan.

Ayat (2) Penolakan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan secara tertulis.

Ayat (3) Akibat penolakan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi tanggung jawab pasien.

Pada Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008, poin penting terkait keputusan DNR adalah harus mendapatkan persetujuan tertulis dari keluarga pasien setelah mendapatkan penjelasan yang cukup dari tenaga medis yang berwenang, dalam hal ini adalah DPJP Utama dan MPP. Segala bentuk KIE didokumentasikan di dalam Formulir KIE dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi sebagai dasar ditandatanganinya Formulir Penolakan Tindakan Kedokteran atau Formulir Permintaan DNR sesuai dengan kebijakan masing-masing rumah sakit.

d. Pedoman Pelaksanaan Do Not Resuscitate (DNR) sebagai bagian dari Pelayanan Pasien dalam Tahap Terminal:

Berdasarkan standar akreditasi baik nasional dan internasional, rumah sakit diwajibkan untuk memiliki Pedoman Pelayanan Pasien dalam Tahap Terminal termasuk di dalamnya pengaturan tentang *Do Not Resuscitate* (DNR). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit menyebutkan beberapa poin penting dalam pelaksanaan permintaan DNR sebagai salah satu bagian dalam pelayanan pasien tahap terminal yaitu dilakukannya asesmen awal dan asesmen ulang terhadap pasien dan keluarganya sesuai dengan kebutuhan mereka. Skrining merupakan proses penting untuk menentukan bahwa pasien masuk ke dalam fase terminal. Selanjutnya dokter bersama para profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya melakukan asesmen awal dan asesmen ulang berbasis IAR yang bersifat individual untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dalam tahap terminal dan keluarganya (KARS, 2019).

Rumah sakit memberikan pelayanan pasien dalam tahap terminal dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan keluarga serta mengoptimalkan kenyamanan dan martabat pasien yang didokumentasikan dalam rekam medis. Pasien dalam tahap terminal membutuhkan asuhan dengan rasa hormat dan empati yang terungkap dalam asesmen. Untuk melaksanakan ini, PPA diberikan pemahaman tentang kebutuhan pasien yang unik saat dalam tahap terminal. Kepedulian tenaga medis terhadap kenyamanan dan kehormatan pasien harus menjadi prioritas semua aspek asuhan pasien selama pasien dalam tahap terminal (KARS, 2019).

D. PENUTUP

Gambaran faktor yang mempengaruhi keputusan DNR adalah faktor pasien, faktor keluarga, faktor Tim Profesional Pemberi Asuhan, faktor sumber daya dan faktor pemahaman bioetika dari seluruh organ rumah sakit yang terlibat. Pidana bisa saja sebagai konsekuensi hukum keputusan DNR,

bila dilakukan tanpa dasar pertimbangan klinis yang kuat disertai dengan aspek etik dan moral yang dapat diterima secara hukum. Oleh karena itu, dalam menjalankan keputusan ini para tenaga medis dan rumah sakit harus memastikan 3 hal berikut: keputusan DNR dilakukan pada pasien yang berada dalam keadaan yang tidak dapat disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya (*terminal state*) dan tindakan kedokteran sudah sia-sia (*futile*); keputusan melibatkan semua organ rumah sakit terkait (Tim Profesional Pemberi Asuhan, Manajer Pelayanan Pasien, Direktur, Komite Medik, Komite Etik dan Hukum); dan berdasarkan keputusan keluarga pasien yang didokumentasikan secara tertulis.

Saran dari penelitian ini adalah perlu peraturan setingkat Undang-Undang untuk mengatur terminologi hukum *Do Not Resuscitate* karena adanya potensi Permenkes yang ada bertentangan dengan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. Dalam praktiknya saat ini, kita masih bisa menggunakan Permenkes 37 tahun 2014 sebagai landasan hukum karena peraturan tersebut telah disahkan dan ditetapkan secara legal serta belum terdapat keputusan lebih lanjut mengenai adanya ketidaksesuaian terhadap peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi oleh kewenangan yudisial yakni Mahkamah Agung.

E. UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama ucapan syukur dan terima kasih kami haturkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya penelitian ini mampu diselesaikan. Tidak lupa pula kami mengucapkan terima kasih atas segala bentuk dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak mulai dari pihak rumah sakit terkait, komite medis dan etik terkait, dosen pembimbing, serta pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu di dalam penelitian ini. Kami berharap penelitian ini mampu menjadi sumber informasi, pertimbangan hukum dan klinis, masukan/saran, serta dasar bagi penelitian-penelitian selanjutnya.

F. DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, G. (2021). Do Not Resuscitate (DNR) Dalam Sistem Hukum Indonesia. *Jurnal Ilmiah Indonesia, Mei, 2021(5)*, 515-523. <http://cerdika.publikasiindonesia.id/index.php/cerdika/index10.36418/cerdika.v1i5.82>
- American Heart Association. (2005). Part 2: Ethical issues. *Circulation, 112(24 SUPPL.)*, 6-11. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.166551>
- Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia
- Holt, G. E., Sarmiento, B., Kett, D., & Goodman, K. W. (2017). An Unconscious Patient with a DNR Tattoo. *New England Journal of Medicine, 377(22)*, 2192-2193. <https://doi.org/10.1056/nejmc1713344>
- Jacobsen, J. C., Tran, K. M., Jackson, V. A., & Rubin, E. B. (2020). Case 19-2020: A 74-Year-Old Man with Acute Respiratory Failure and Unclear Goals of Care. *New England Journal of Medicine, 382(25)*, 2450-2457. <https://doi.org/10.1056/nejmcpc2002419>
- Kitab Undang-Undang Hukum Pidana Buku I & II
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2019). Buku Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1.
- Kramer, D. B., Lo, B., & Dickert, N. W. (2020). CPR in the Covid-19 Era - An

- Ethical Framework. *New England Journal of Medicine*, 31(1), 1969-1973. nejm.org
- MedlinePlus. (2020). *Do not Resuscitate Order*. National Library of Medicine. <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000473.htm>
- Muhaimin. (2020). *Metode Penelitian Hukum* (Edisi I). Mataram University Press.
- Ose, M. I. (2017). Pengalaman Perawat IGD Merawat Pasien Do Not Resuscitate pada Fase Perawatan Menjelang Ajal. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(1), 32-39. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i1.378>
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor
- Sa'id, A., & Mrayyan, M. (2016). Do Not Resuscitate: An Argumentative Essay. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 06(02), 2-5. <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000254>
- Tarigan, I. N. (2021). *Kajian Bioetik dan Medikolegal dari "Do Not Resuscitate."* Alomedika.Com. <https://www.alomedika.com/kajian-bioetik-dan-medikolegal-dari-do-not-resuscitate>
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia
- Wadrianto, G. K. (2017). *Saat Tato di Dada Sulitkan Dokter untuk Selamatkan Nyawa...* Kompas.Com. <https://lifestyle.kompas.com/read/2017/12/04/125322320/saat-tato-di-dada-sulitkan-dokter-untuk-selamatkan-nyawa?page=all>