

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan memegang peranan penting dalam mewujudkan kesejahteraan umum dan memajukan kesejahteraan sosial sebagaimana diamanatkan dalam pembukaan UUD NRI 1945. Penyelenggaraan layanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Negara sebagaimana tercantum dalam Sistem Kesehatan Nasional terdiri dari berbagai unsur yang memainkan peran penting di dalamnya yaitu, Pemerintah selaku penyedia layanan kesehatan publik, fasilitas kesehatan, fasilitas pendidikan tenaga kesehatan, jalur/ketersediaan obat-obatan, pengelolaan administrasi, produk hukum yang sebagai kebijakan bidang kesehatan yang menentukan, menetapkan dan melindungi unsur-unsur didalamnya serta ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan (Indonesia. Perpres, 2007, hlm. 2). Penyelenggaraan layanan kesehatan di atas terdiri dari layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang mana di tiap-tiap bentuk layanan kesehatan tersebut memiliki metode khas dan tujuan berbeda sesuai kondisi kesehatan masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatannya. (Indonesia. Undang-Undang, 2009, hlm. 4)

Keberhasilan peningkatan derajat kesehatan pasien/masyarakat sangat dipengaruhi oleh layanan kesehatan beserta komponen-komponennya berdasar pada perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran. Menurut Notoatmodjo (2007), kedalaman pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh pengalaman, tingkat pendidikan, sumber informasi, pekerjaan, usia, minat, dan kebudayaan di lingkungan sekitar. Dalam hal kedalaman pengetahuan seorang dokter dalam melakukan pemeriksaan, menilai hasil observasi terhadap kondisi pasien terkait dengan pengetahuan tentang ilmu kedokterannya yang dimiliki menghasilkan suatu imajinasi hasil diagnosa yang menurutnya terbaik untuk dilaksanakan tindakan medis lebih lanjut atau pemeriksaan penunjang, pemberian saran/masukan terhadap pasien dan menentukan tata laksana serta pengobatan pasien (Machmud, 2012).

Namun demikian, dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan sampai dengan saat ini, terdapat keterbatasan dalam meningkatkan derajat kesehatan pasien pada kondisi medis tertentu, seperti penyakit kardiovaskuler, penyakit kanker, AIDS, penyakit diabetes, *multiple sclerosis*, demensia, penyakit hati stadium akhir, penyakit paru-paru kronis, penyakit parkinson, *amyotrophic lateral sclerosis* (ALS), kelainan darah dan sumsum tulang yang mengharuskan transplantasi sel induk dan penyakit serius lainnya. Berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang ada saat ini serta fasilitas kesehatan yang ada, kondisi-kondisi medis tersebut (kondisi *terminal state*) tidak dapat lagi ditangani secara kuratif untuk ditingkatkan derajat kesehatannya menjadi normal melainkan dirawat secara paliatif. Dari data kematian yang terjadi di Indonesia, 40-60% menunjukkan pasien dengan penyakit kronis tersebut di atas membutuhkan perawatan paliatif. (Shatri *et al.*, 2020) Diketahui bahwa fasilitas kesehatan (Rumah Sakit) di Indonesia sampai dengan saat ini yang berkemampuan untuk memberikan pelayanan paliatif hanya ada 6 (enam) RS di Ibu Kota Provinsi yaitu DKI Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Bali, Denpasar dan Makassar. (Fauziningtyas *et al.*, 2020) Keterbatasan sarana dan prasarana paliatif ini saja sudah menggambarkan pelayanan paliatif belum merata di Indonesia, sementara pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang baik dan komprehensif.

Perawatan paliatif diselenggarakan dengan cara membantu meringankan penderitaan baik fisik, psikososial atau spiritual yang dialami oleh pasien dengan mekanisme identifikasi dan penilaian dampak serta penanganan nyeri dan masalah lainnya. Adapun kegiatan dalam perawatan paliatif ini meliputi: penyediaan bantuan untuk menanggulangi dan meredakan rasa sakit dan gejela yang mengganggu lainnya, penegasan hidup dengan bukan untuk mempercepat atau menunda kematian, penyatuan aspek spiritual dan psikologis pada pasien untuk memberi pengaruh positif dan meningkatkan kualitas hidup, dan menawarkan sistem pendukung dengan pendekatan tim untuk membantu pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang diderita oleh pasien. (Wati *et al.*, 2022) Namun demikian, dalam perawatan paliatif ini pun akan mengalami kondisi medis dimana derajat kesehatan pasien tidak membaik, periode perawatan yang telah berjalan

cukup lama, keluarga pasien yang sudah tidak mampu lagi atau menyerah dalam merawat dan alasan ekonomi. Kondisi khusus tersebut menjadikan keluarga pasien mengajukan permohonan untuk persetujuan tindakan *euthanasia*.

Euthanasia merupakan istilah yang tidak familiar di kalangan masyarakat awam. Bagi kebanyakan kalangan yang mengetahui istilah tersebut, *euthanasia* dipersepsikan sebagai tindakan suntik mati oleh tenaga kesehatan terhadap pasien dalam rangka mengakhiri hidupnya. Kondisi ini menjadi dilematik bagi dokter karena, masyarakat awam di Indonesia menganggap bahwa *euthanasia* itu hanya suntik mati padahal konsep *euthanasia* lebih luas, termasuk pada tindakan membiarkan atau menghentikan perawatan medis karena keluarga pasien bersepakat untuk tidak melanjutkan perawatan karena kondisi khusus seperti ketiadaan biaya, kondisi kesehatan yang tak kunjung membaik, keluarga pasien yang sudah menyerah dalam proses perawatan. Dalam peraturan perundangan di Indonesia yang berkaitan tentang kesehatan (UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan) belum ada aturan yang mengatur secara jelas tentang tindakan *euthanasia*. Secara implisit ketentuan hukum yang mendekati tentang tindakan *euthanasia* terdapat pada pasal 344 KUHP, meskipun ketentuan hukum tersebut tidak berbicara secara langsung tentang tindakan *euthanasia* (Panggabean, H., 2020). Bunyi dari pasal 344 KUHP sebagai berikut:

“Barang siapa menghilangkan jiwa orang lain atas permintaan orang itu sendiri, yang disebutkannya dengan nyata dan sungguh-sungguh, dihukum penjara selama-lamanya dua belas tahun.”

Dengan belum diaturnya secara tegas dan spesifik tindakan *euthanasia* ini menjadikan penyebab perdebatan di kalangan profesional (kedokteran) dan pakar hukum. Pihak yang pro terhadap tindakan *euthanasia* memiliki pertimbangan bahwa setiap individu memiliki hak untuk hidup dan hak untuk mengakhiri hidupnya dengan latar belakang, yaitu aspek kemanusiaan. Dengan kondisi pasien yang tidak lagi memungkinkan untuk sembuh atau bahkan untuk hidup, maka pasien dalam hal ini keluarga pasien dapat melakukan permohonan untuk segera diakhiri hidupnya. Namun di sisi lain, sebagian pihak yang kontra terhadap tindakan *euthanasia* beralasan bahwa setiap manusia tidak memiliki hak untuk

mengakhiri hidupnya karena masalah hidup dan mati adalah kekuasaan mutlak Tuhan yang tidak bisa diputuskan oleh manusia. Secara umum, argumen pihak anti *euthanasia* adalah bahwa kehidupan seseorang untuk hidup harus didukung dan tidak boleh menciptakan ketentuan atau prosedur yang mengizinkan mereka untuk mati.

Tercatat 3 (tiga) kasus *euthanasia* di Indonesia yang pernah diajukan ke Pengadilan untuk meminta persetujuan, yaitu pertama, Sdr. Hasan Kusuma yang pada tanggal 22 Oktober 2004 mengajukan permohonan ijin ke Pengadilan Negeri Jakarta Pusat agar istrinya atas nama Sdri. Agian Isna Nauli yang sedang dirawat di RSCM Jakarta diberi tindakan *euthanasia*. Pertimbangan suami dalam mengajukan permohonan ijin tersebut dikarenakan sang istri sudah tidak sadarkan diri (koma) selama 2 (dua) bulan pasca melahirkan dengan cara operasi caesar dan kondisi ekonomi yang sulit untuk membayar perawatan medis selama tidak sadarkan diri tersebut. Karena pengajuan permohonan euthanasianya ditolak oleh Pengadilan, maka selanjutnya Sdr. Hasan Kusuma membuat suatu pernyataan tidak mau melanjutkan perawatan. Hal demikian ini dapat dikategorikan dengan *euthanasia* pasif. (Prihastuti, 2018). Kedua, permohonan yang diajukan oleh Sdr. Ignatius Ryan Tuwima pada Juli 2014 ke Mahkamah Konstitusi tentang permohonan pembatalan Pasal 344 KUHP. Latar belakang ybs mengajukan permohonan ini adalah karena pengajuan *euthanasia* (dalam bentuk suntik mati) terhadap dirinya ke Departemen Kesehatan ditolak dengan alasan penolakan dari pihak RS bahwa tindakan *euthanasia* (suntik mati) bertentangan dengan pasal 344 KUHP. Namun, selanjutnya pemohon menarik kembali pengajuannya dikarenakan sudah kembalinya keinginan/semangat hidupnya. Namun, yang menarik adalah bahwa terdapat pemintaan ybs untuk pemerintah Indonesia menyusun ketentuan hukum untuk pelaksanaan *euthanasia* bagi masyarakat yang tidak memiliki pekerjaan (tunawisma) (Subroto *et al.*, 2022). Ketiga, permohonan euthanasia yang dilakukan oleh Srd. Mutholib terhadap istrinya atas nama Sdri. Humaida pada tahun 2011 yang sudah koma selama 5 (lima) tahun pasca operasi KB steril setelah melahirkan di RSUD Kab. Grogot. Permohonan euthanasia ini dilakukan oleh suami karena kondisi istri yang tak kunjung membaik selama 5 (lima) tahun perawatan dan kondisi ekonomi yang semakin memprihatinkan

sampai mengandalkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dalam melanjutkan kehidupan bagi keluarga Mutholib (Sudarwanto dkk, 2017, hlm. 19-28).

Kejadian di atas merupakan contoh kasus yang telah terjadi dan terdapat kemungkinan akan terus terjadi ke depannya. Dengan keterbatasan RS yang menyediakan perawatan paliatif, derajat kesehatan pasien yang tidak meningkat dalam perawatan paliatif, penyakit-penyakit kronis yang belum ditemukan obatnya, keluarga korban yang menyerah dalam perawatan, kondisi ekonomi keluarga korban yang menjadi sulit dalam merawat pasien menjadikan dilematis pihak RS/dokter dikala keluarga pasien mengajukan permohonan *euthanasia* kepada pihak RS/dokter. Sementara keputusan harus diambil oleh pihak RS/dokter, ketentuan ada yang mengatur euthanasia belum ada, melainkan sebatas persetujuan tindakan kedokteran (*informed consent*) pada setiap tindakan medis, yang menjelaskan tata cara tindakan medis dan diagnosis, tujuan tindakan medis yang dilaksanakan beserta risiko dan kemungkinan komplikasi, alternatif tindakan lainnya beserta kemungkinan risiko yang timbul, dan prognosis terhadap tindakan yang diambil. Lebih rinci tentang *informed consent* tertuang dalam Pasal 45, ayat (3) UU Praktik Kedokteran yang mencakup Apabila tindakan kedokteran ini berisiko tinggi maka wajib diberikan secara tertulis dan ditandatangani oleh pihak yang berhak memberikan persetujuan.

Memperhatikan kasus-kasus medis *euthanasia* di atas, terlihat secara jelas bahwa seolah-olah pihak dokter atau Rumah Sakit menjadi pihak yang dipersalahkan dihadapkan dengan kondisi pasien yang semakin memburuk dan/atau tidak dapat disembuhkan atau keluarga pasien yang mengajukan permohonan *euthanasia* serta dihadapkan dalam pasal-pasal yang terdapat dalam KUHP diantaranya adalah pasal 344. Padahal pihak dokter/Rumah Sakit sudah berupaya dalam melaksanakan perawatan paliatif secara maksimal berdasarkan ilmu pengetahuan di bidang kedokteran saat ini guna meningkatkan derajat kesehatan pasien, namun upaya-upaya tersebut mengalami jalan buntu (*futile*). Oleh sebab itu, penting untuk dibuat suatu aturan perlindungan hukum bagi dokter dalam menghadapi kasus-kasus euthanasia baik euthanasia aktif atau pasif

sehingga pihak dokter/RS tidak dipersalahkan oleh pihak manapun dengan menyatakan hal tersebut merupakan tindakan malpraktik.

Sebab ketiadaan peraturan perundangan yang mengatur secara jelas tindakan *euthanasia* ini dihadapkan dengan kondisi medis pasien pada derajat kesehatan tertentu yang sangat sulit untuk kembali sembuh (kondisi *terminal state*) serta upaya-upaya tindakan medis dirasakan sia-sia (*futile*) mengakibatkan kegagalan pihak RS atau dokter dalam mengambil suatu keputusan selanjutnya. Namun di sisi lain, terdapat Peraturan Menteri Kesehatan No. 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor di BAB III Penghentian atau Penundaan Terapi Bantuan Hidup dimana dituangkan aturan bahwa tindakan penundaan terapi bantuan hidup dapat dilaksanakan pada pasien dengan kondisi *terminal state* yang hanya bersifat terapeutik atau perawatan yang luar biasa (*extra-ordinary*) dengan metode sebagaimana tertuang dalam pasal 14 ayat (5), seperti perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU), intubasi tracheal, organ artifisial, resusitasi jantung paru dan beberapa jenis perawatan lainnya.

Sementara ini, secara umum tindakan penundaan terapi bantuan hidup masih dianggap bukan bagian dari tindakan *euthanasia* karena masyarakat awam menganggap *euthanasia* hanyalah berupa suntik mati melainkan lebih luas daripada itu. Dalam beberapa 3 (tiga) kasus medis *euthanasia* sebagaimana telah dicontohkan di atas, memerlukan ketentuan hukum bagi dokter dalam menentukan tindakan selanjutnya. Kesepakatan persetujuan tindakan medis berupa kesepakatan antara pasien dan dokter tersebut yang diwadahi dalam *informed consent* / pernyataan persetujuan tindakan dapat diberikan secara tulisan atau lisan (apabila berisiko tinggi maka wajib tertulis), yang berisikan tata cara tindakan medis dan diagnosis, tujuan tindakan yang diambil beserta risiko, alternatif tindakan dan risiknya serta prognosis tindakan. Meski *informed consent* ini telah diatur dalam UU No 29 tahun 2004 tentang Kesehatan dan Permenkes No 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, namun belum dapat secara tegas memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi tenaga medis/dokter terkait tindakan *euthanasia*.

Berdasarkan uraian di atas, penulis memutuskan untuk memilih judul yang berkaitan dengan prospeksi kebijakan perlindungan hukum tindakan *euthanasia*

dalam kegiatan perawatan paliatif untuk memberikan pemahaman kepada masyarakat tentang implementasi tindakan *euthanasia* dalam perawatan paliatif dan juga memberikan saran tentang kajian prospektif perlindungan hukum terhadap bagi dokter dalam melaksanakan tindakan *euthanasia* sesuai dengan amanat UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 50, yang mana pelaksanaan praktek kedokteran dilindungi secara hukum selama sesuai dengan standar profesi dan prosedur operasional yang berlaku. Tindakan yang diambil tersebut tidak dianggap bahwa pihak Dokter/RS melaksanakan tindakan malpraktik melainkan kesepakatan antara Pihak Dokter/RS dan pasien atau keluarga pasien tentang tindakan *euthanasia* (seperti suntik mati atau penghentian terapi bantuan kehidupan).

I.2 Rumusan Masalah.

1. Bagaimana implementasi *euthanasia* dalam perawatan paliatif ?
2. Bagaimana kajian prospektif perlindungan hukum bagi dokter yang melaksanakan tindakan *euthanasia* dalam perawatan paliatif?

I.3 Tujuan Penelitian.

1. Untuk mengetahui, menjelaskan dan menganalisis implementasi *euthanasia* dalam perawatan paliatif.
2. Untuk mengetahui, menjelaskan dan menganalisis prospektif pengaturan perlindungan hukum bagi dokter yang melaksanakan tindakan *euthanasia* dalam perawatan paliatif.

I.4 Manfaat Penelitian.

1. Manfaat Teoritis. Adapun penelitian Tesis diharapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang ilmu hukum khususnya dalam bidang hukum kesehatan dalam rangka memberikan konsep ideal perlindungan hukum kepada para dokter dalam melaksanakan

tindakan *euthanasia* dalam kegiatan perawatan paliatif sesuai kondisi pasien dan keluarga pasien.

2. Manfaat Praktis. Ketersediaan kajian prospektif perlindungan hukum bagi dokter berupa konsep ketentuan hukum yang menentukan standar pelayanan medik dan standar operasional prosedur dalam tindakan *euthanasia* sehingga melindungi dokter dari tuduhan malpraktik serta memberikan kepastian hukum baik bagi dokter dan pasien atau keluarga pasien.