

Withholding dan Withdrawing Life Support Therapy: Tinjauan Literatur Hukum, Etik, dan Sosial Kesehatan

Harpandi Rahim¹, Nilawati Uly², Andi Alim³

^{1,2,3}Program Doktorat Kesehatan Masyarakat, Universitas Mega Buana
Email Korespondensi: phandirahimanestesi@gmail.com

Abstrak

Kemajuan teknologi kedokteran modern telah memungkinkan perpanjangan hidup secara artifisial melalui terapi penunjang kehidupan, seperti ventilator dan dialisis. Namun, pada kondisi terminal, praktik *withholding* (tidak memulai terapi) dan *withdrawing* (menghentikan terapi) life support therapy (WWLST) menimbulkan dilema multidimensi yang mencakup aspek hukum, etik, sosial, dan budaya. Kajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis secara sistematis berbagai literatur yang membahas WWLST, dengan fokus pada kerangka regulasi, prinsip bioetika, praktik klinis, perspektif agama dan budaya, serta peran *informed consent* dan *advance care planning*. Metode yang digunakan adalah *Systematic Literature Review* (SLR) terhadap 32 artikel nasional dan internasional yang dipublikasikan antara tahun 2000 hingga 2025. Hasil kajian menunjukkan bahwa di Indonesia, WWLST masih berada dalam wilayah hukum yang ambigu, belum dilindungi secara memadai oleh regulasi nasional, dan kerap menimbulkan konflik antara tenaga medis dan keluarga pasien. Meskipun secara etik WWLST dapat dibenarkan bila dilakukan atas dasar keputusan medis kolektif dan otonomi pasien, pelaksanaannya masih menghadapi tantangan akibat rendahnya literasi hukum dan etik, serta dominasi nilai-nilai sosial dan keagamaan yang belum sepenuhnya mendukung praktik akhir hayat. Kajian ini merekomendasikan pentingnya penyusunan regulasi komprehensif, penguatan kapasitas tenaga kesehatan dalam komunikasi etik, edukasi publik, serta pembentukan tim etik klinis di fasilitas layanan kesehatan sebagai prasyarat utama penerapan WWLST yang bermartabat, legal, dan manusiawi.

Kata kunci: Withholding Therapy, Withdrawing Therapy, Informed Consent, Hukum Kesehatan, Etik Medis, End-Of-Life Care.

1. PENDAHULUAN

Kemajuan teknologi medis modern telah membawa transformasi besar dalam dunia pelayanan kesehatan, terutama dalam bidang perawatan intensif dan penanganan penyakit terminal. Terapi penunjang kehidupan seperti ventilator mekanik, dialisis, atau penggunaan obat-obatan suportif telah memberikan harapan hidup bagi pasien dalam kondisi kritis. Namun, di sisi lain, intervensi medis ini juga memunculkan persoalan mendasar ketika terapi yang diberikan tidak lagi membawa manfaat terapeutik yang signifikan, atau bahkan memperpanjang penderitaan pasien tanpa prospek kesembuhan yang realistis. Dalam konteks inilah muncul konsep *withholding* (menunda atau tidak memulai terapi) dan *withdrawing* (menghentikan terapi yang sudah berjalan) life support therapy (WWLST) sebagai bentuk pertimbangan klinis, etik, dan hukum dalam menghadapi akhir kehidupan pasien (Wardana 2014).

WWLST merupakan isu yang sangat sensitif karena bersentuhan langsung dengan prinsip-prinsip dasar dalam bioetika, seperti otonomi, beneficence (berbuat baik), non-

maleficence (tidak membahayakan), dan keadilan. Di satu sisi, terdapat hak pasien untuk menentukan nasib hidupnya, termasuk hak untuk menolak tindakan medis yang dianggap tidak bermanfaat. Di sisi lain, terdapat tanggung jawab moral dan profesional tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan medis sebaik mungkin dan melindungi kehidupan. Dilema ini menjadi semakin kompleks dalam konteks sosial dan budaya yang sangat menjunjung tinggi nilai kehidupan, di mana penghentian terapi sering kali dipersepsikan sebagai bentuk "pembiaran" atau bahkan tindakan yang mendekati eutanasi pasif, meskipun secara substansi dan hukum memiliki perbedaan mendasar.

Dalam sistem kesehatan Indonesia, perdebatan mengenai WWLST terus berkembang seiring meningkatnya kasus penyakit terminal, terutama pada pasien lansia, penderita kanker stadium lanjut, serta pasien dengan kondisi kritis akibat pandemi seperti COVID-19. Namun demikian, regulasi hukum di Indonesia belum sepenuhnya memberikan pedoman yang komprehensif dan tegas dalam mengatur pelaksanaan WWLST. Beberapa ketentuan seperti Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 37 Tahun 2014 memang memberikan kerangka legal terhadap keputusan *Do Not Resuscitate* (DNR), namun tidak secara eksplisit mengatur tentang prosedur withholding dan withdrawing life support yang lebih luas. Ketidajelasan ini menimbulkan kerentanan hukum bagi tenaga medis, ketidakpastian bagi keluarga pasien, serta potensi konflik etis di antara tim kesehatan (Candrawati 2021).

Lebih jauh, keterbatasan literasi hukum dan etika di kalangan masyarakat dan tenaga kesehatan turut memperparah kondisi ini. Banyak keluarga yang belum memahami hak-hak pasien dalam fase akhir kehidupan, sementara para dokter sering kali ragu mengambil keputusan karena takut terhadap implikasi hukum atau tuduhan malpraktik. Dalam banyak kasus, keputusan untuk melanjutkan atau menghentikan terapi penunjang kehidupan akhirnya lebih dipengaruhi oleh tekanan emosional, sosial, atau bahkan faktor ekonomi, ketimbang evaluasi medis dan etik yang rasional (Setiawan 2025).

Oleh karena itu, penting dilakukan kajian literatur yang mendalam untuk memahami dinamika WWLST dari berbagai perspektif, termasuk hukum kesehatan, etik kedokteran, budaya, dan praktik klinis. Kajian ini tidak hanya relevan untuk memperkuat basis akademik dan regulatif di Indonesia, tetapi juga berperan sebagai landasan bagi pengembangan kebijakan publik, edukasi profesional kesehatan, serta pemberdayaan hak pasien dalam mengambil keputusan pada akhir hayat. Artikel ini akan menyajikan hasil tinjauan sistematis dari berbagai literatur yang membahas WWLST, baik dari konteks nasional maupun global, guna memberikan pemahaman menyeluruh terhadap praktik yang masih kerap disalahpahami ini.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Systematic Literature Review* (SLR) untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mensintesis secara sistematis berbagai publikasi ilmiah yang membahas praktik *withholding* dan *withdrawing life support therapy* (WWLST) dari perspektif hukum, etik, klinis, budaya, dan hak pasien. Pemilihan metode ini bertujuan untuk menghasilkan pemahaman yang komprehensif, terstruktur, dan berbasis bukti terhadap isu-isu krusial dalam pengambilan keputusan akhir hayat. Literatur yang dianalisis terdiri dari 32 artikel ilmiah yang diperoleh dari berbagai jurnal nasional dan internasional, baik yang telah terindeks di pangkalan data bereputasi seperti Scopus dan DOAJ maupun jurnal lokal non-terindeks (Widyastuti et al. 2024). Artikel-artikel tersebut dipilih berdasarkan kriteria inklusi tertentu, yakni: (1) memuat pembahasan utama terkait WWLST; (2) mengangkat perspektif

hukum, etik, praktik klinis, agama, atau aspek informed consent; (3) diterbitkan antara tahun 2000 hingga 2025; dan (4) tersedia dalam teks lengkap serta dapat diakses secara legal. Artikel yang tidak secara langsung relevan dengan topik WWLST, seperti yang hanya membahas eutanasi aktif tanpa keterkaitan dengan terapi penunjang kehidupan, dikeluarkan dari proses analisis.

Setelah proses seleksi, seluruh artikel yang lolos diklasifikasikan ke dalam lima kategori utama berdasarkan fokus dominan yang diangkat dalam masing-masing publikasi, yaitu: (1) aspek hukum dan regulasi, seperti perlindungan hukum bagi tenaga medis dan analisis terhadap kebijakan PMK No. 37 Tahun 2014; (2) etika dan moralitas, yang membahas dilema etik dan prinsip bioetika dalam keputusan menghentikan terapi; (3) praktik klinis di lapangan, terutama di ruang perawatan intensif dan paliatif; (4) perspektif agama dan budaya lokal dalam memahami praktik WWLST; serta (5) aspek *informed consent* dan *advance care planning*, yang menyentuh hak otonomi pasien dalam proses pengambilan keputusan medis. Dalam beberapa kasus, sebuah artikel mencakup lebih dari satu kategori; dalam hal tersebut, pengelompokan dilakukan berdasarkan tema yang paling dominan dari segi isi dan analisis (Achjar et al. 2023).

Analisis data dilakukan secara deskriptif-kualitatif dengan menelaah secara mendalam metodologi, tujuan penelitian, temuan utama, dan konteks implementasi dari masing-masing studi. Selanjutnya, dilakukan sintesis tematik untuk mengidentifikasi pola umum, persamaan dan perbedaan pandangan, serta celah atau kekosongan dalam literatur yang ada. Sintesis ini juga mempertimbangkan relevansi artikel terhadap konteks layanan kesehatan di Indonesia, terutama dalam hal perlindungan hukum, komunikasi dokter-pasien, serta pertimbangan sosial dan religius dalam praktik akhir hayat. Untuk menjaga validitas temuan, dilakukan triangulasi konten antarartikel yang memiliki fokus kajian serupa. Adapun keterbatasan dalam penelitian ini meliputi terbatasnya akses terhadap beberapa jurnal internasional berbayar serta dominasi pendekatan normatif dalam literatur yang tersedia, yang menyebabkan minimnya data empiris tentang pengalaman langsung praktik WWLST di fasilitas layanan kesehatan di Indonesia (Kurniawan et al. 2023).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

1) Aspek Hukum dan Regulasi

Kajian literatur ini menunjukkan bahwa aspek hukum dan regulasi terkait praktik *withholding* dan *withdrawing life support therapy* (WWLST) di Indonesia masih berada dalam wilayah yang tidak sepenuhnya terang, bahkan cenderung ambigu. Sebagian besar artikel yang dianalisis mengangkat persoalan mendasar mengenai ketidakjelasan regulasi, lemahnya perlindungan hukum bagi tenaga medis, serta belum adanya kerangka hukum yang komprehensif untuk pengambilan keputusan di akhir hayat pasien. Hal ini memunculkan kekhawatiran serius, khususnya dalam praktik medis di lapangan yang menuntut kejelasan hukum sebagai dasar pengambilan tindakan profesional yang berisiko tinggi.

PMK No. 37 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Palliative Care disebut-sebut sebagai satu-satunya regulasi nasional yang dapat dijadikan rujukan legal dalam pengambilan keputusan untuk tidak melakukan atau menghentikan resusitasi jantung paru (*Do Not Resuscitate/DNR*). Beberapa artikel, seperti yang ditulis oleh Alvis, Iriansyah, and Azmi (2022) serta Septiana, Sudarwanto, and Sulistiyono (2017), menilai bahwa meskipun PMK ini telah mengakui hak pasien dan keluarga untuk menolak tindakan medis tertentu, namun peraturan tersebut belum mencakup secara eksplisit dan operasional tindakan *withholding* atau

withdrawing terapi yang tidak lagi bermanfaat secara medis (*futile treatment*). Akibatnya, regulasi ini hanya memberikan ruang legal yang sempit dan masih menyisakan banyak keraguan dalam praktik klinis.

Artikel oleh Adriana (2021) turut menegaskan bahwa meskipun DNR telah dipraktikkan di beberapa rumah sakit di Indonesia, dasar hukumnya masih lemah dan belum diakomodasi secara eksplisit dalam sistem hukum nasional. Hal ini menjadikan tenaga medis bekerja dalam ketidakpastian hukum, di mana pelaksanaan DNR bisa dianggap melanggar prinsip perlindungan hak hidup apabila tidak didasari oleh dokumentasi yang kuat. Sementara itu, Sediatmojo (2021) menyoroti bahwa dalam konteks perawatan paliatif, perbedaan antara terapi biasa dan terapi luar biasa menjadi penting, karena hanya terapi yang tergolong luar biasa secara medis dan tidak lagi memberikan manfaat yang dapat secara etis dan legal dihentikan.

Lebih lanjut, artikel oleh Suryo, Dewi, and Dhanardhono (2023) serta Ramadhani and Prabarini (2021) secara tegas mengkritisi belum adanya instrumen hukum yang secara eksplisit melindungi tenaga kesehatan—terutama dokter—dari potensi tuntutan pidana, perdata, maupun etik apabila mereka memutuskan untuk menghentikan terapi penunjang kehidupan berdasarkan pertimbangan medis dan etis yang sah. Dalam praktiknya, banyak dokter berada dalam situasi dilematis antara mempertahankan terapi yang sia-sia demi menghindari risiko hukum, atau mengambil keputusan yang rasional namun berisiko dikriminalisasi akibat kekosongan norma hukum.

Kekosongan hukum ini diperparah dengan belum adanya ketentuan dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran maupun Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) yang secara eksplisit mengatur pengecualian tanggung jawab hukum dalam konteks WWLST. Hal ini diangkat oleh Wijilestari, Suharso, and Nugroho (2022), yang menekankan pentingnya revisi terhadap UU Praktik Kedokteran agar memasukkan klausul yang memberikan dasar hukum dan perlindungan bagi dokter dalam pengambilan keputusan akhir hayat. Demikian pula, Wulantiani (2015) menekankan bahwa jika tindakan penghentian terapi dilakukan tanpa dasar regulasi eksplisit, dokter berpotensi dikenakan tuduhan penganiayaan medis bahkan jika tindakannya secara etik dapat dibenarkan.

Tambahan penting datang dari Tungkagi, Bawole, and Lumunon (2023) yang menyoroti belum optimalnya perlindungan hukum terhadap pasien dengan kondisi mati batang otak. Mereka menekankan bahwa pencabutan alat bantu hidup pada pasien mati otak harus didasarkan pada diagnosis medis dan hukum yang sah agar tidak menimbulkan persepsi pengabaian nyawa. Sementara itu, Rosari (2010) meninjau posisi hukum pasien sebagai konsumen jasa pelayanan medis berdasarkan KUH Perdata, yang menegaskan bahwa pasien memiliki hak atas perlindungan dari kesalahan atau kelalaian medis—termasuk dalam hal penghentian terapi yang tidak sah.

Priyana (2019) menyarankan agar UU Praktik Kedokteran segera direvisi untuk menjawab tantangan praktik di lapangan yang belum memiliki kerangka hukum tegas mengenai keputusan akhir hayat. Bahkan Ezenduka and Halder (2025), melalui pendekatan komparatif, menilai bahwa Indonesia sangat membutuhkan reformasi hukum untuk mengatur *passive euthanasia* secara eksplisit agar tidak lagi disalahpahami sebagai tindakan ilegal. Dalam konteks yang lebih luas, Mannas (2018) juga menekankan bahwa hubungan hukum antara dokter dan pasien harus mencakup aspek tanggung jawab hukum perdata, pidana, administratif, dan etik dalam seluruh proses pelayanan medis, termasuk saat mengambil keputusan menghentikan terapi.

Selain itu, perdebatan mengenai kewenangan dalam pengambilan keputusan medis juga muncul dalam sejumlah artikel, seperti yang dikaji oleh Busro (2018) dan Solihan (2022), yang mengaitkan perlunya penguatan mekanisme *informed consent* dalam sistem hukum Indonesia. Tanpa adanya peraturan yang mengakui secara sah persetujuan pasien atau keluarga dalam konteks WWLST, keputusan medis berisiko dianggap sebagai pelanggaran terhadap hak hidup atau menjadi obyek gugatan hukum. Hal ini memperkuat urgensi untuk menghadirkan reformasi regulasi yang tidak hanya memperjelas prosedur WWLST, tetapi juga menegaskan perlindungan hukum bagi semua pihak yang terlibat, termasuk pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Secara keseluruhan, temuan dari aspek hukum dan regulasi menunjukkan bahwa Indonesia saat ini belum memiliki sistem hukum yang memadai untuk menangani isu-isu kompleks seputar WWLST. Ketidakjelasan norma, belum adanya payung hukum nasional, serta lemahnya dukungan terhadap tenaga medis merupakan hambatan utama dalam mewujudkan praktik perawatan akhir hayat yang bermartabat, legal, dan etis. Oleh karena itu, diperlukan langkah-langkah strategis dalam bentuk penyusunan regulasi baru, revisi undang-undang, dan penguatan kapasitas tenaga medis dalam memahami dan menerapkan hukum kesehatan secara profesional.

2) Etik Medis dan Moralitas

Aspek etik dan moralitas menjadi salah satu dimensi paling penting dalam pembahasan *withholding* dan *withdrawing life support therapy* (WWLST), mengingat keputusan untuk tidak memulai atau menghentikan terapi penunjang kehidupan menyangkut persoalan mendasar tentang nilai kehidupan, hak pasien, serta tanggung jawab profesional tenaga medis. Kajian literatur memperlihatkan bahwa praktik WWLST telah menjadi bahan diskusi panjang dalam etika kedokteran modern, terutama dalam konteks perawatan pasien terminal atau dalam kondisi kritis tanpa harapan sembuh secara medis.

Dalam studi etis oleh Hofmann and Lea (2023), ditekankan bahwa keputusan untuk menghentikan atau tidak memulai terapi medis harus didasarkan pada justifikasi moral yang kuat. Mereka menyoroti bahwa sering kali tenaga medis merasa terjebak antara mempertahankan “tindakan medis maksimal” demi rasa tanggung jawab profesional, dan realitas bahwa terapi tersebut telah kehilangan nilai terapeutiknya. Kesulitan etik dalam menarik kembali tindakan medis yang tidak lagi relevan, menurut mereka, sering kali bukan sekadar soal klinis, tetapi juga dipengaruhi oleh tekanan psikologis, ekspektasi sosial dari keluarga pasien, dan rasa bersalah dari tenaga medis.

Sementara itu, Welie and Ten Have (2014) dalam analisis filosofisnya menyatakan bahwa secara etik tidak ada perbedaan moral yang berarti antara *withholding* dan *withdrawing* terapi, selama tindakan tersebut dilakukan berdasarkan persetujuan pasien (autonomi) dan melalui pertimbangan medis kolektif yang mengacu pada prinsip-prinsip etik utama. Artinya, keputusan untuk tidak memulai terapi ventilasi (*withholding*) atau menghentikan alat bantu yang telah terpasang (*withdrawing*) memiliki landasan etik yang setara, dan keduanya dapat dibenarkan secara moral apabila terapi tersebut tidak lagi memberikan manfaat nyata bagi pasien.

Nilai-nilai dasar dalam etika kedokteran seperti *autonomy*, *non-maleficence* (tidak mencederai), dan *beneficence* (berbuat baik) menjadi landasan penting dalam keputusan WWLST, sebagaimana ditegaskan oleh Reichlin (2014) dan Karnik and Kanekar (2016).

Autonomy menuntut agar pasien diberikan ruang dan informasi yang cukup untuk membuat keputusan sendiri atas pengobatannya, termasuk hak untuk menolak terapi yang memperpanjang hidup secara artifisial. *Non-maleficence* mengajarkan bahwa tidak melakukan tindakan (misalnya dengan menghentikan terapi *futile*) bisa menjadi bentuk perlindungan dari penderitaan yang lebih besar. Sedangkan *beneficence* mengarahkan tenaga medis untuk selalu mengupayakan yang terbaik bagi pasien, tidak hanya dalam aspek kelangsungan hidup biologis, tetapi juga dalam kualitas kehidupan yang manusiawi dan bermartabat.

Studi oleh Strand et al. (2022) memperkaya kajian etik WWLST dengan menelaah bagaimana keputusan *withholding* dan *withdrawing* dipengaruhi oleh konteks rasionalisasi pelayanan atau *healthcare rationing*. Mereka menemukan bahwa meskipun kedua tindakan secara teori setara, dalam praktiknya tenaga medis cenderung merasa lebih bersalah saat menarik kembali terapi (*withdrawing*) dibanding tidak memulainya sejak awal (*withholding*). Hal ini menunjukkan bahwa dilema moral tidak hanya bersumber dari prinsip etik formal, tetapi juga dari persepsi emosional dan budaya medis yang berkembang di lingkungan kerja.

Braganza, Glossop, and Vora (2017) mengkaji secara khusus praktik penghentian terapi di unit perawatan intensif (ICU) dan menekankan pentingnya pendekatan individual dalam mengambil keputusan, dengan melibatkan tim multidisipliner termasuk tenaga paliatif. Mereka menyoroti bahwa tanpa kejelasan komunikasi dan pendampingan etik, keputusan WWLST dapat menimbulkan krisis moral dan konflik antaranggota tim kesehatan maupun antara tim medis dengan keluarga pasien.

Sementara itu, Suryadi (2017) memadukan dimensi etik dan hukum dalam meninjau WWLST. Ia menekankan bahwa keputusan penghentian terapi harus selalu melibatkan konsultasi tim etik rumah sakit dan mendapatkan *informed consent* dari keluarga. Dengan demikian, WWLST bukan semata tindakan medis, melainkan proses etis yang menuntut pertimbangan nilai-nilai kemanusiaan dan keadilan prosedural dalam pelayanan kesehatan.

Literatur internasional juga menggarisbawahi pentingnya peran komunikasi etik dalam praktik klinis. Reichlin (2014) menunjukkan bahwa keputusan WWLST yang diambil tanpa dialog terbuka dengan pasien atau keluarganya berpotensi menimbulkan krisis moral dan konflik emosional. Oleh karena itu, pembentukan konsensus etik antaranggota tim medis dan keluarga pasien menjadi kunci untuk memastikan bahwa keputusan akhir hayat tidak hanya sah secara etik, tetapi juga diterima secara psikososial.

Dalam konteks ini, WWLST bukanlah bentuk pasif dari eutanasi, tetapi merupakan pilihan etis yang sah dalam kedokteran paliatif modern. Keputusan tersebut tidak dimaksudkan untuk mempercepat kematian, melainkan untuk menghindari terapi yang hanya memperpanjang penderitaan tanpa nilai klinis. Dengan demikian, prinsip dasar yang mengarahkan keputusan WWLST bukan pada “mengakhiri hidup”, tetapi pada menghentikan tindakan yang tidak lagi memberikan manfaat nyata bagi pasien.

Dari kajian ini dapat disimpulkan bahwa secara etik, WWLST dapat dibenarkan sepanjang keputusan diambil melalui proses yang transparan, inklusif, dan mempertimbangkan keseimbangan antara hak pasien, tanggung jawab moral dokter, serta nilai-nilai kemanusiaan. Oleh karena itu, penguatan literasi etik bagi tenaga kesehatan serta pembentukan tim etik klinis di fasilitas layanan kesehatan menjadi kebutuhan mendesak dalam implementasi praktik WWLST yang etis, profesional, dan berempati.

3) Perspektif Agama dan Budaya

Aspek agama dan budaya memainkan peran yang sangat penting dalam pengambilan keputusan terkait *withholding* dan *withdrawing life support therapy* (WWLST), khususnya dalam masyarakat yang memiliki ikatan nilai-nilai spiritual dan komunal yang kuat seperti di Indonesia. Keputusan untuk menghentikan atau menunda terapi penunjang kehidupan tidak hanya dinilai dari sisi klinis dan etik, tetapi juga dipengaruhi oleh pandangan agama tentang hakikat kehidupan dan kematian, serta norma budaya yang berkembang di tengah masyarakat.

Beberapa kajian literatur yang dianalisis, khususnya dari Albar and Chamsi-Pasha (2017) dan Zahra, Maharani, and Azzahra (2023), menyajikan pandangan Islam terkait WWLST. Dalam pandangan Islam, kehidupan merupakan amanah dari Tuhan dan harus dijaga sebaik mungkin. Namun, Islam juga mengakui batas kemampuan manusia dalam mempertahankan kehidupan, serta memberikan ruang bagi penghentian intervensi medis yang dinilai tidak lagi membawa manfaat, atau bahkan memperpanjang penderitaan. Albar and Chamsi-Pasha (2017) menekankan bahwa penghentian terapi yang sia-sia (*futile treatment*) dibenarkan secara syariah apabila dilakukan atas dasar keputusan medis yang sah, berbasis konsensus tim medis, dan mempertimbangkan kepentingan terbaik pasien. Pendekatan ini didasarkan pada prinsip *la dharar wa la dhirar* (tidak membahayakan dan tidak dibahayakan) serta maqashid syariah, yaitu menjaga jiwa (*hifz al-nafs*), yang tidak hanya berarti mempertahankan hidup biologis, tetapi juga memastikan kualitas kehidupan yang manusiawi dan bermartabat.

Studi oleh Zahra, Maharani, and Azzahra (2023) menambah dimensi moral dan hukum Islam dengan menekankan bahwa Islam melarang eutanasi aktif, tetapi membolehkan penghentian terapi medis yang tidak memberikan harapan kesembuhan, selama pasien dalam kondisi terminal dan keputusan diambil secara kolektif, bukan individual. Dalam konteks ini, WWLST bukan dilihat sebagai bentuk "menghentikan hidup", melainkan "tidak melanjutkan tindakan medis yang tidak proporsional" — sebuah prinsip yang juga diterima dalam bioetika global.

Perspektif ini mendapat resonansi dalam nilai-nilai budaya masyarakat Indonesia yang dikenal kuat menjunjung tinggi kehidupan (*pro-life*), tetapi sekaligus menjunjung kebijaksanaan kolektif dan harmoni sosial dalam menghadapi situasi kematian. Artikel oleh Yustina (2018) mengangkat bagaimana budaya lokal sering kali mempengaruhi keputusan keluarga pasien dalam mempertahankan terapi penunjang hidup, bahkan ketika secara medis terapi tersebut telah dianggap tidak efektif. Dalam banyak kasus, keluarga merasa bahwa menghentikan terapi adalah bentuk pengkhianatan terhadap tanggung jawab moral dan sosial kepada anggota keluarga yang sakit, sehingga menolak keputusan WWLST meskipun telah dijelaskan secara medis dan etik.

Budaya kolektivistik di Indonesia juga memperlihatkan dominasi keputusan keluarga dibanding keputusan individual pasien. Ini berarti bahwa sekalipun pasien telah menyatakan penolakannya terhadap terapi penunjang hidup, keputusan akhir sering kali dikendalikan oleh keluarga besar, yang berlandaskan nilai kebersamaan, rasa hormat terhadap orang tua, dan keinginan untuk "berikhtiar sampai akhir". Akibatnya, praktik WWLST di Indonesia tidak hanya menuntut dasar medis dan hukum yang kuat, tetapi juga keterampilan komunikasi yang sensitif secara budaya dan spiritual.

Temuan ini menegaskan pentingnya pendekatan interdisipliner dalam praktik perawatan akhir hayat, khususnya WWLST. Dokter dan tenaga kesehatan tidak cukup hanya memahami

panduan medis, tetapi juga perlu memperkuat pemahaman terhadap nilai-nilai agama dan budaya pasien, serta melibatkan tokoh agama dan penasihat spiritual dalam proses pengambilan keputusan. Pendekatan ini dapat memfasilitasi penerimaan yang lebih baik terhadap keputusan WWLST, mengurangi konflik, dan membangun kepercayaan antara tim medis dan keluarga pasien.

Dengan demikian, dari perspektif agama dan budaya, praktik WWLST dapat dibenarkan dan diterima sejauh dilakukan dengan niat yang ikhlas, berdasarkan pertimbangan medis yang objektif, melalui proses musyawarah, serta tetap menjunjung tinggi martabat kemanusiaan. Dalam konteks ini, nilai religius dan budaya tidak menjadi penghalang, melainkan justru dapat menjadi jembatan bagi pengambilan keputusan yang lebih bijaksana dan berempati.

4. Peran *Informed Consent* dan *Advance Care Planning*

Salah satu elemen krusial dalam pelaksanaan *withholding* dan *withdrawing life support therapy* (WWLST) adalah keberadaan *informed consent* yang sah dan proses *advance care planning* (ACP) yang terstruktur. Dalam berbagai kajian yang dianalisis, aspek ini tidak hanya menjadi prasyarat legal dan etis, tetapi juga menjadi dasar kepercayaan dan komunikasi antara pasien, keluarga, serta tim medis dalam proses pengambilan keputusan pada fase akhir kehidupan. Tanpa *informed consent* yang memadai, tindakan penghentian terapi penunjang kehidupan berpotensi disalahartikan sebagai pelanggaran hukum, pelanggaran etik profesional, atau bahkan sebagai tindakan kriminal, terutama dalam konteks hukum Indonesia yang masih berkembang.

Studi-studi seperti yang dilakukan oleh Busro (2018), Rizka et al. (2023), dan Solihan (2022) menegaskan bahwa *informed consent* tidak sekadar dokumen administratif, melainkan sebuah proses dialogis yang mencerminkan pemenuhan hak pasien atas informasi dan partisipasi aktif dalam pengambilan keputusan medis. Busro (2018), menyebutkan bahwa *informed consent* dalam praktik pelayanan medis merupakan perwujudan dari prinsip otonomi pasien, serta menjadi instrumen legal yang memberikan perlindungan bagi dokter apabila terjadi konsekuensi hukum di kemudian hari. Dalam konteks WWLST, *informed consent* berfungsi ganda: sebagai perlindungan hukum bagi tenaga medis, dan sebagai bentuk penghormatan terhadap kehendak dan martabat pasien.

Namun, kenyataan di lapangan sering kali menunjukkan bahwa *informed consent* belum dilaksanakan secara optimal. Rizka et al. (2023) menemukan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan belum memiliki pemahaman yang utuh tentang kedalaman komunikasi yang harus terjadi dalam proses *informed consent*, terutama dalam situasi *end-of-life care* yang sarat muatan emosional dan nilai-nilai pribadi. Kelemahan dalam menjelaskan prognosis, risiko, dan opsi terapi kepada pasien atau keluarga dapat menyebabkan kesalahpahaman dan konflik, yang pada akhirnya menghambat proses WWLST secara etis dan legal.

Solihan (2022) bahkan menyebut bahwa doktrin *informed consent* di Indonesia belum berkembang dengan baik dalam praktik hukum positif, sehingga sering terjadi kekosongan norma ketika keputusan WWLST harus diambil secara cepat, tanpa landasan komunikasi formal yang memadai. Ketika tidak tersedia dokumentasi atau persetujuan tertulis, maka tindakan penghentian terapi dapat dianggap sebagai pengabaian tanggung jawab medis atau kelalaian, yang dapat memicu tuntutan hukum atau sanksi etik terhadap tenaga medis.

Penekanan serupa juga disampaikan oleh Suryadi (2017), yang menelaah aspek bioetika dan hukum medik dalam keputusan penghentian terapi bantuan hidup. Ia menyatakan bahwa *informed consent* tidak hanya penting sebagai kewajiban etis, tetapi juga sebagai dasar legitimasi dalam membuat keputusan medis yang kompleks dan berisiko tinggi. Suryadi menekankan bahwa setiap keputusan WWLST harus melewati proses konsultasi dengan tim etik rumah sakit dan mendapatkan persetujuan dari keluarga pasien, demi menjaga transparansi, menghindari konflik, dan memastikan bahwa tindakan medis dilakukan dengan kesadaran penuh dari semua pihak yang terlibat. Dengan demikian, *informed consent* dalam konteks ini bukan sekadar persetujuan teknis, tetapi proses komunikasi yang memiliki makna etis dan legal yang mendalam.

Lebih lanjut, pentingnya *advance care planning* (ACP) sebagai proses jangka panjang dalam perencanaan perawatan akhir hayat sangat ditekankan dalam artikel oleh Curtis, Kross, and Stapleton (2020). ACP merupakan upaya sistematis yang melibatkan pasien, keluarga, dan tim medis untuk merencanakan keputusan medis yang mungkin diperlukan di masa depan, terutama ketika pasien tidak lagi mampu menyuarakan keinginannya sendiri. Dalam konteks pandemi COVID-19, Curtis dan koleganya menunjukkan bahwa banyak pasien kritis dirawat dalam kondisi isolasi tanpa kesempatan untuk berdiskusi terlebih dahulu tentang preferensi akhir hayat mereka. Kondisi ini memperlihatkan kelemahan sistemik dalam kesiapan pelayanan kesehatan untuk memberikan perawatan yang berbasis nilai dan kehendak pasien. ACP memungkinkan identifikasi lebih awal terhadap nilai-nilai pribadi, preferensi spiritual, dan keputusan medis yang diinginkan pasien, termasuk pilihan untuk menolak resusitasi atau ventilasi mekanik apabila kondisi memburuk.

Dalam sistem pelayanan kesehatan yang berfokus pada pasien (*patient-centered care*), ACP dan *informed consent* seharusnya menjadi pilar utama dalam mewujudkan praktik WWLST yang manusiawi dan etis. Namun demikian, berbagai tantangan masih perlu diatasi, antara lain rendahnya literasi kesehatan masyarakat, minimnya pelatihan komunikasi bagi tenaga medis, serta ketiadaan regulasi eksplisit yang mewajibkan atau mengatur standar pelaksanaan ACP di Indonesia. Selain itu, aspek budaya dan agama juga kerap menjadi hambatan dalam pelaksanaan ACP, karena banyak keluarga merasa tabu membicarakan kematian, atau beranggapan bahwa menyerahkan keputusan kepada Tuhan adalah bentuk keimanan yang lebih utama dibanding merencanakan kematian secara rasional.

Dari berbagai kajian tersebut, dapat disimpulkan bahwa *informed consent* dan *advance care planning* bukan hanya aspek pelengkap dalam WWLST, tetapi justru merupakan fondasi legal, etis, dan komunikatif yang menentukan sah tidaknya serta dapat diterima tidaknya keputusan akhir hayat. Oleh karena itu, penguatan kebijakan nasional terkait ACP, pelatihan komunikasi empatik untuk tenaga medis, serta pendidikan masyarakat mengenai hak dan tanggung jawab dalam perawatan medis terminal sangat dibutuhkan untuk mendorong praktik WWLST yang lebih etis, legal, dan berorientasi pada nilai-nilai kemanusiaan.

5. Konflik Klinis dan Sosial dalam Praktik

Pelaksanaan *withholding* dan *withdrawing life support therapy* (WWLST) dalam praktik klinis tidak jarang menimbulkan konflik yang kompleks antara tenaga kesehatan dan keluarga pasien. Konflik ini bukan sekadar persoalan teknis medis, melainkan mencerminkan dinamika sosial, emosional, dan nilai-nilai yang berkembang dalam masyarakat. Dalam banyak

kasus, ketegangan terjadi karena adanya perbedaan persepsi, kurangnya pemahaman, serta ekspektasi yang tidak realistis terhadap kemungkinan kesembuhan pasien.

Studi seminal oleh Curtis and Burt (2003) menunjukkan bahwa salah satu sumber utama stres bagi dokter di unit perawatan intensif (ICU) adalah permintaan dari keluarga pasien untuk melanjutkan terapi yang dianggap secara medis tidak bermanfaat (*futile care*). Permintaan tersebut sering kali berakar pada keengganan keluarga untuk menerima kenyataan tentang kondisi terminal pasien, rasa bersalah, atau anggapan bahwa menghentikan terapi berarti menyerah atau “membiarkan mati”. Dalam konteks ini, dokter merasa terjebak antara profesionalisme medis, etika pelayanan, dan tekanan emosional dari keluarga, yang semuanya dapat berdampak negatif terhadap pengambilan keputusan yang objektif.

Lebih lanjut, Boslett, Pope, and Rubenfeld (2015) menyatakan bahwa konflik yang muncul dalam proses WWLST sering kali dipicu oleh kegagalan dalam membangun komunikasi yang terbuka dan empatik sejak awal perawatan. Ketika prognosis pasien tidak disampaikan secara jelas, atau ketika tim medis tidak memberikan ruang bagi keluarga untuk memahami secara bertahap kondisi pasien, maka keputusan untuk menghentikan terapi di tahap akhir akan terasa mendadak dan sulit diterima. Dalam banyak kasus, keputusan WWLST yang sebenarnya berbasis medis dan etik justru diinterpretasikan sebagai tindakan tergesa-gesa atau bahkan “pencabutan nyawa”.

Studi dari Huynh et al. (2014) menambahkan dimensi penting dalam diskusi ini dengan menyoroti *biaya peluang* dari praktik perawatan yang tidak lagi bermanfaat. Mereka menemukan bahwa *futile treatment* tidak hanya membebani pasien dan keluarga secara emosional, tetapi juga menyita sumber daya ICU yang sangat terbatas, yang seharusnya dapat digunakan untuk pasien dengan potensi pemulihan lebih besar. Hal ini menciptakan dilema etis dan sistemik yang menambah tekanan pada dokter untuk mengambil keputusan sulit yang mungkin bertentangan dengan keinginan keluarga pasien.

Sementara itu, Bosslet et al. (2015) secara khusus membahas tantangan etis dan emosional ketika dokter menerima permintaan dari keluarga untuk tetap memberikan intervensi medis yang secara profesional dinilai tidak tepat. Mereka menekankan bahwa dalam menghadapi permintaan semacam itu, penting untuk mengadopsi pendekatan komunikasi yang kolaboratif dan reflektif. Rushton dkk. juga menyarankan agar rumah sakit secara institusional mendukung keberadaan forum etik dan tim peninjau etik yang dapat membantu meredakan ketegangan dan memberikan pertimbangan yang adil, transparan, dan manusiawi dalam setiap kasus WWLST.

Di Indonesia, konflik sosial dalam praktik WWLST diperparah oleh kultur kolektivistik, di mana keputusan medis sering kali diambil oleh keluarga besar secara bersama-sama. Hal ini dapat menyebabkan proses pengambilan keputusan menjadi berlarut-larut, terutama jika terdapat perbedaan pandangan antar anggota keluarga. Dalam beberapa kasus, keputusan medis bahkan harus ditunda karena adanya tekanan dari tokoh adat atau agama yang memiliki pengaruh dalam komunitas lokal. Hal ini menunjukkan bahwa aspek sosial-budaya sangat menentukan dalam pelaksanaan WWLST, dan tidak bisa diabaikan dalam pendekatan klinis.

Selain itu, ekspektasi masyarakat terhadap teknologi kedokteran modern juga turut menjadi faktor yang memperumit situasi. Banyak keluarga menganggap bahwa rumah sakit memiliki kewajiban untuk terus “mengupayakan yang terbaik” tanpa menyadari bahwa dalam beberapa kondisi, mempertahankan terapi justru memperpanjang penderitaan pasien tanpa

kemungkinan pemulihan. Sikap ini sering diperkuat oleh kurangnya edukasi masyarakat tentang batas-batas intervensi medis dan prinsip perawatan paliatif.

Untuk mengatasi konflik klinis dan sosial tersebut, berbagai studi menyarankan perlunya pendekatan komunikasi yang lebih empatik dan kolaboratif. Curtis and Burt (2003) serta Boslett, Pope, and Rubenfeld (2015) sama-sama menekankan pentingnya kehadiran tim etik rumah sakit yang berfungsi sebagai fasilitator dalam proses pengambilan keputusan kompleks. Temuan Rushton et al. (2015) memperkuat argumen ini dengan menekankan bahwa tim etik harus diberdayakan bukan hanya sebagai “penengah”, tetapi juga sebagai pendidik nilai etik klinis yang dapat diterapkan di berbagai latar pelayanan kesehatan. Selain itu, pelatihan komunikasi berempati dan keterampilan resolusi konflik bagi tenaga kesehatan sangat penting agar mereka mampu menyampaikan informasi medis secara jelas, jujur, namun tetap penuh empati dan menghormati latar belakang emosional pasien dan keluarganya.

Implikasi dari temuan ini menunjukkan bahwa WWLST tidak dapat dipandang sebagai keputusan medis semata, tetapi sebagai proses sosial yang melibatkan berbagai aktor dengan nilai, emosi, dan persepsi yang berbeda. Oleh karena itu, keberhasilan praktik WWLST sangat tergantung pada kemampuan tim medis dalam membangun komunikasi yang bermakna, mengedukasi keluarga secara bertahap, serta menghadirkan lingkungan yang kondusif untuk pengambilan keputusan bersama yang manusiawi.

4. KESIMPULAN

Praktik *withholding* dan *withdrawing life support therapy* (WWLST) di Indonesia masih berada dalam wilayah yang belum sepenuhnya mapan, baik secara hukum maupun etik. Ketiadaan regulasi nasional yang eksplisit dan komprehensif menyebabkan munculnya ketidakpastian hukum bagi tenaga medis yang menghadapi dilema dalam pengambilan keputusan akhir hayat. Selain itu, minimnya perlindungan hukum terhadap dokter dan rendahnya literasi masyarakat—terutama dalam memahami hak pasien serta prinsip-prinsip perawatan paliatif—menjadi tantangan utama dalam pelaksanaan WWLST. Meskipun secara etik tindakan ini dapat dibenarkan apabila dilakukan berdasarkan pertimbangan medis yang objektif, nilai-nilai kemanusiaan, dan penghormatan terhadap otonomi pasien, pelaksanaannya tetap menuntut adanya pengambilan keputusan yang kolektif, disertai *informed consent* yang sah, serta perencanaan perawatan akhir hayat (*advance care planning*) yang baik dan terstruktur. Berdasarkan temuan kajian ini, terdapat beberapa rekomendasi yang perlu menjadi perhatian pemangku kepentingan. Pertama, dari aspek regulasi, pemerintah perlu menyusun undang-undang atau merevisi peraturan yang sudah ada, seperti PMK No. 37 Tahun 2014, agar mencakup secara komprehensif prosedur, perlindungan hukum, dan tanggung jawab dalam pelaksanaan WWLST. Kedua, diperlukan upaya sistematis dalam bentuk pendidikan dan sosialisasi kepada tenaga kesehatan dan masyarakat luas mengenai hak pasien, pentingnya perencanaan akhir hayat, serta pengetahuan etik dan legalitas seputar WWLST. Ketiga, setiap rumah sakit sebaiknya memiliki dan mengaktifkan tim etik klinis yang berfungsi mendampingi dokter, pasien, dan keluarga dalam menghadapi keputusan sulit terkait perawatan di akhir hayat. Keempat, dibutuhkan riset lanjutan berbasis empiris yang mengangkat pengalaman langsung pasien, keluarga, serta tenaga kesehatan di berbagai konteks budaya dan sosial di Indonesia, guna memperkuat kebijakan berbasis bukti dan memperkaya praktik end-of-life care yang bermartabat dan berkeadilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, Komang Ayu Henny et al. 2023. *Metode Penelitian Kualitatif: Panduan Praktis Untuk Analisis Data Kualitatif Dan Studi Kasus*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Adriana, Gina. 2021. "Do Not Resuscitate (DNR) Dalam Sistem Hukum Indonesia." *Jurnal Ilmiah Indonesia* 5: 515–23.
- Albar, Mohammed Ali, and Hassan Chamsi-Pasha. 2017. "Withdrawing or Withholding Treatment: Contemporary Standards And Islamic Perspectives." *رَبُّ قَوْلٍ بَاقٍ أَمَّا عِيْدِيْزِ*: 104.
- Alvis, Ricko, Iriansyah Iriansyah, and Bahrin Azmi. 2022. "Batasan Resusitasi Jantung Paru (RJP) Berdasarkan Permenkes No 37 Tahun 2014 Tentang Penentuan Kematian Dan Pemamfaatan Organ Donor." *Journal of Science and Social Research* 5(3): 643–53.
- Boslett, G T, T Pope, and G D Rubenfeld. 2015. "Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units." *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 191(11): 1318–30.
- Bosslet, Gabriel T et al. 2015. "An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units." *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 191(11): 1318–30.
- Braganza, Maneka A, Alastair J Glossop, and Vandana A Vora. 2017. "Treatment Withdrawal and End-of-Life Care in the Intensive Care Unit." *Bja Education* 17(12): 396–400.
- Busro, Achmad. 2018. "Aspek Hukum Persetujuan Tindakan Medis (Inform Consent) Dalam Pelayanan Kesehatan." *Law, Development and Justice Review* 1(1): 1–18.
- Candrawati, Tanti Belinda. 2021. "Peran World Health Organization Dalam Upaya Penanganan Covid-19 Di Indonesia Tahun 2020." Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Islam Negeri Syarif
- Curtis, J Randall, and Robert A Burt. 2003. "Why Are Critical Care Clinicians so Powerfully Distressed by Family Demands for Futile Care?" *Journal of Critical Care* 18(1): 22–24.
- Curtis, J Randall, Erin K Kross, and Renee D Stapleton. 2020. "The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19)." *Jama* 323(18): 1771–72.
- Ezenduka, Uzodinma Yurriens, and Debarati Halder. 2025. "Legal Reform for Passive Euthanasia in Indonesia: A Comparative Analysis of Policy and Ethics." *Journal of Law and Legal Reform* 6(2): 371–410.
- Hofmann, Bjørn Morten, and Marianne Lea. 2023. "On the Ethics of Withholding and Withdrawing Unwarranted Diagnoses." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 32(3): 425–33.
- Huynh, Thanh N, Eric C Kleerup, Prince P Raj, and Neil S Wenger. 2014. "The Opportunity Cost of Futile Treatment in the ICU." *Critical care medicine* 42(9): 1977–82.
- Karnik, Sameera, and Amar Kanekar. 2016. "Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care: A Narrative Review." *Healthcare* 4(2): 24.
- Kurniawan, Henry et al. 2023. *Teknik Penulisan Karya Ilmiah: Cara Membuat Karya Ilmiah Yang Baik Dan Benar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Mannas, Yussy A. 2018. "Legal Relations Between Doctors And Patients And The Accountability Of Doctors In Organizing Health Services." *Jurnal Cita Hukum- Indonesian Law Journal* 6(1): 163–82.

- Priyana, Puti. 2019. "Tanggung Jawab Hukum Dokter Dalam Penghentian Tindakan Medik Terhadap Pasien Terminal." *Hermeneutika: Jurnal Ilmu Hukum* 3(2).
- Ramadhani, Isniani, and Sekar Prabarini. 2021. "The Juridical Implications Of Withdrawal Life-Support In Hospital in Indonesia." *Jurnal Profesi Medika: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan* 15(2).
- Reichlin, Massimo. 2014. "On the Ethics of Withholding and Withdrawing Medical Treatment." *Multidisciplinary Respiratory Medicine* 9: 1–4.
- Rizka, Adi, Cut Khairunnisa, Zikra Ihtasya Annabila, and Santri Windiani. 2023. "Pelaksanaan Informed Consent Dalam Pelayanan Medik." *Malahayati Nursing Journal* 5(4): 1284–94.
- Rosari, L Niken. 2010. "Perlindungan Hukum Terhadap Pasien Sebagai Konsumen Jasa Di Bidang Pelayanan Medis Berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata." UNS (Sebelas Maret University).
- Sediatmojo, Agung sediatmojo. 2021. "Kajian Hukum Penghentian Terapi Bantuan Hidup (Withdrawing of Life Support) Dalam Perawatan Paliatif." *Yustisia Merdeka: Jurnal Ilmiah Hukum* 7(1): 14–26.
- Septiana, Dewi, Al Sentot Sudarwanto, and Adi Sulistiyono. 2017. "Implementasi Penghentian Bantuan Hidup Pada Pasien Terminal Dalam Prespektif Perlindungan Hak Hidup." *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi* 5(2).
- Setiawan, Derry. 2025. "Perlindungan Hukum Bagi Tenaga Kesehatan Atas Tindakan Diskriminasi Terhadap Kegagalan Pemulihan Pada Pasien." UPT. Perpustakaan Undaris.
- Solihan. 2022. "Persetujuan Pasien Terhadap Tindakan Medis Dokter Dari Perspektif Hukum Positif Indonesia." *Jurnal Al-Himayah* 6(1): 55–73.
- Strand, Liam, Lars Sandman, Gustav Tinghög, and Ann-Charlotte Nedlund. 2022. "Withdrawing or Withholding Treatments in Health Care Rationing: An Interview Study on Ethical Views and Implications." *BMC Medical Ethics* 23(1): 63.
- Suryadi, Taufik. 2017. "Aspek Bioetika-Medikolegal Penundaan Dan Penghentian Terapi Bantuan Hidup Pada Perawatan Kritis." *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala* 17(1): 60–64.
- Suryo, Anindyo Pradipta, Trihoni Nalesti Dewi, and Tuntas Dhanardhono. 2023. "Pelindungan Hukum Bagi Dokter Atas Tindakan Penghentian Atau Penundaan Terapi Bantuan Hidup Yang Sia-Sia (Futile) Pada Pasien Terminal." *Soepra Jurnal Hukum Kesehatan* 9(2): 229–45.
- Tungkagi, Kartini, Herlyanty Y A Bawole, and Theodorus H W Lumunon. 2023. "Perlindungan Terhadap Pasien Mati Otak Dari Pencabutan Alat Penunjang Hidup Ditinjau Dari Hukum Di Indonesia." *Lex Administratum* 11(4).
- Wardana, Benny Karunia. 2014. "Perancangan Rumah Sakit Jantung Di Pasuruan." Universitas Negeri Islam Maulana Malik Ibrahim.
- Welie, Jos V M, and Henk A M J Ten Have. 2014. "The Ethics of Forgoing Life-Sustaining Treatment: Theoretical Considerations and Clinical Decision Making." *Multidisciplinary respiratory medicine* 9: 1–8.
- Widyastuti, Trie Andari Ratna et al. 2024. *Metodologi Penelitian: Panduan Lengkap Penulisan Karya Ilmiah*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Wijilestari, Margaretha Indah, Yohanes Leonard Suharso, and Hari Pudjo Nugroho. 2022. "Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Do Not Resuscitate (DNR) Dan Konsekuensi Hukumnya." *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia* 2(01): 67–81.
- Wulantiani, Riska. 2015. "Aspek Hukum Prosedur Penghentian Terapi Bantuan Hidup Pada

- Pasien Terminal State Dihubungkan Dengan Kewajiban Melindungi Hidup Makhluk Insani.” Fakultas Hukum Universitas Islam Bandung (UNISBA).
- Yustina, Endang Wahyati. 2018. “Withdrawing Life Supports Therapy in Human Rights Perspective.” *Journal of Advances in Health* 4(2): 32–42.
- Zahra, Ira, Sendya Maharani, and Yurna Muthiya Azzahra. 2023. “Hukum Etik Kedokteran Dan Perspektif Agama Islam Terhadap Tindakan Medis Euthanasia.” *Religion: Jurnal Agama, Sosial, Dan Budaya* 2(5): 1139–49.