

<https://doi.org/10.17576/akad-2019-89SI2-13>

Arahan *Do Not Resuscitate* (DNR) dalam Sektor Kesihatan dari Perspektif Undang-undang

Do Not Resuscitate (DNR) Order in Health Sector from the Legal Perspective

MOHD ZAMRE MOHD ZAHIR, TENGKU NOOR AZIRA TENGKU ZAINUDIN, RAMALINGGAM RAJA-MANICKAM & ZAINUNNISAA ABD. RAHMAN

ABSTRAK

Pesakit mempunyai hak untuk membuat keputusan berhubung penjagaan kesihatan dan rawatan perubatan untuk dirinya. Tiada individu lain boleh membuat APA-APA keputusan berhubung dengan rawatan jika pesakit tersebut masih berkeupayaan untuk membuat keputusan. Pesakit juga boleh membuat suatu arahan untuk tidak meneruskan rawatan atau menerima APA-APA campur tangan perubatan untuk dirinya. Arahan Perubatan Awal (APA) (turut disebut sebagai Arahan Awal Perubatan) ialah dokumen yang mengandungi hasrat pesakit berhubung rawatan perubatannya, dibuat semasa pesakit masih berkeupayaan membuat keputusan. Terdapat sejenis arahan dalam skop APA yang secara khusus membenarkan pesakit untuk menolak bantuan pernafasan (Cardiopulmonary Resuscitation) (CPR). Arahan tersebut dikenali sebagai Larangan Resusitasi (Do Not Resuscitate) (DNR). Walau bagaimanapun, arahan tersebut bukanlah amalan yang biasa kerana berkemungkinan bercanggah dengan kewajipan doktor untuk memberikan rawatan yang terbaik untuk menyelamatkan nyawa pesakit. Persoalan penting ialah sama ada pesakit dibenarkan di sisi undang-undang untuk membuat suatu arahan DNR. Sehubungan dengan itu, artikel ini bertujuan untuk menganalisis undang-undang semasa berhubung hak pesakit dari perspektif arahan DNR. Artikel ini menggunakan kaedah kualitatif dalam meneroka isu-isu yang berhubung dengan DNR. Didapati bahawa DNR suatu cara untuk melindungi autonomi pesakit. Dari segi amalan dalam sektor kesihatan, perlu ada garis panduan dan peruntukan undang-undang yang jelas berhubung dengan arahan DNR. Hal ini penting demi melindungi autonomi pesakit di samping menjaga hubungan baik antara doktor dengan pesakit. Kesihatan merupakan suatu hak asas yang perlu dinikmati oleh setiap lapisan masyarakat.

Kata kunci: Larangan Resusitasi (Do Not Resuscitate) (DNR); Arahan Perubatan Awal (APA); keizinan rawatan perubatan; autonomi pesakit; etika perubatan

ABSTRACT

A patient has the right to make decisions regarding his healthcare and medical care. No other person can make any decision regarding treatment if the patient is still capable of making decisions. He may also make an advance directive specifying his wishes not to continue treatment or to receive any medical intervention for himself. Advance Medical Directive (AMD) is a document that contains a patient's desire for medical treatment, made in advance when the patient is still capable to make a decision. There is a type of order under the scope of AMD which specifically allows patients to refrain from Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). The order is known as Do Not Resuscitate (DNR). The order is not a common practice as it may conflict with the doctor's obligation to provide the best treatment to save his patients. The crucial issue is whether a patient is allowed by the law to make a DNR order. This article aims to analyse the current law on a patient's rights from the perspective of the DNR order. This article employed qualitative method in exploring issues relating to DNR. It is found that DNR is a way of protecting the patient's autonomy. In practice, there should be clear guidelines and provisions of law relating to the DNR order in the health sector. This is important in protecting patients' autonomous right while maintaining a good doctor-patient relationship. Health is a basic right that should be enjoyed by every segment of the society.

Keywords: Do Not Resuscitate (DNR); Advance Medical Directive (AMD); consent of medical treatment; patient's autonomy; medical ethics

PENGENALAN

Nyawa merupakan anugerah yang tidak ternilai dan perlu dilindungi. Detik menikmati nilai kehidupan sebelum tibanya saat kematian perlulah dihargai (Zamre 2017). Maruah insan untuk menentukan keputusan kesihatan secara peribadi perlu dihormati. Sejak tahun 1914, Hakim Benjamin Cardozo melihat hak penentuan sendiri sebagai hak yang mewajarkan keperluan mendapatkan keizinan pesakit sebelum pihak hospital memulakan rawatan perubatan. Hal ini ialah satu titik permulaan berhubung autonomi pesakit. Beliau menyatakan bahawa "... setiap manusia yang dewasa dan berakal mempunyai hak untuk membuat keputusan untuk kepentingan dirinya sendiri..." (Cardozo 1914).¹ Selain itu, berlaku perkembangan teknologi berhubung dengan mesin ventilator dan bantuan pernafasan (CPR) pada tahun 1930-an dan 1950-an. Maka, penjagaan kesihatan beralih kepada usaha mengekalkan kehidupan menggunakan teknologi (Barbara 2003).

Apabila dikaji secara rinci, pada tahun 1960-an, hak-hak pesakit dan penjagaan hospis semakin meningkat (Barbara 2003). Seterusnya, pada tahun 1967, Arahan Perubatan Awal (APA)² (*Advance Medical Directive*) (AMD) telah dicadangkan dan didraf oleh Luis Kutner, seorang peguam Amerika Syarikat (Susan 1990). AMD bertujuan membolehkan seseorang pesakit yang berkeupayaan menolak rawatan perubatan di peringkat akhir hayatnya sebelum pesakit tersebut hilang keupayaan untuk menyatakan kehendaknya (Alexander 2009).

Isu berhubung arahan Larangan Resusitasi (*Do Not Resuscitate*) (DNR)³ boleh dilihat pada tahun 1976 dalam kes *Re Quinlan* (1976). Mahkamah Agung New Jersey membenarkan ibu bapa kepada Karen Ann Quinlan untuk menghentikan mesin ventilator yang membantu kelangsungan hidup anak mereka. Pada tahun 1991, Kongres Amerika Syarikat meluluskan undang-undang yang dipanggil sebagai *Patient Self-Determination Act* (PSDA) yang memerlukan pihak hospital untuk menghormati keputusan yang dibuat oleh pihak pesakit dalam situasi penjagaan kesihatannya (Eckberg & Evelyn 1998).⁴ Hal ini bermakna Amerika Syarikat membenarkan pesakit untuk membuat keputusan berhubung dengan rawatan penjagaan kesihatan termasuklah keputusan berkaitan dengan arahan DNR pesakit.

Berdasarkan perkembangan yang telah dan sedang berlaku, adalah amat penting untuk memastikan agar arahan DNR dilaksanakan

berasaskan prinsip undang-undang yang adil serta berupaya melindungi kebajikan pesakit serta keluarga mereka.

DEFINISI DNR

Definisi DNR perlu difahami dengan jelas. DNR ialah suatu arahan atau perintah yang dimasukkan ke dalam nota rekod pesakit yang menyatakan bahawa pesakit tidak patut dipulihkan jika hati atau paru-paru pesakit didapati telah tidak berfungsi (Brendan 2005). Pada ketika itu, kebarangkalian mungkin dapat difikirkan bahawa jantung dan pernafasan pesakit boleh dipulihkan dengan melakukan bantuan pernafasan (CPR) (Brendan 2005). DNR ialah singkatan yang biasa digunakan di Amerika Syarikat, Kanada dan United Kingdom. DNR juga turut dikenali sebagai *Do Not Intubate* (DNI).⁵ DNI juga dikenali di hospital-hospital (*Harbor Light Hospice* 2017).⁶ Walau bagaimanapun, apabila istilah DNI digunakan di hospital, istilah DNI tersebut mempunyai maksud yang khusus, iaitu pesakit tidak mahu diberikan rawatan intubasi sahaja. Namun, jika pihak hospital menggunakan istilah DNR, maka ia adalah lebih umum kerana meliputi pesakit tidak mahu DNR dan/atau DNI sama sekali.

DNR terpakai pada waktu dan keadaan pesakit berada dalam suatu keadaan yang dimaksudkan sebagai tidak dapat dipulihkan dan dalam keadaan pesakit telah berada di hujung atau pengakhiran hidupnya (*end of life*) (Echeverria C.B., Goic A.G. & Rojas A.O. 2007) DNR biasanya dibuat oleh pesakit yang menghidapi penyakit kronik dan menghampiri kematian (Peatfield et al. 1977). Dalam keadaan itu juga, kebarangkalian untuk melakukan CPR ke atas pesakit dianggap bukan lagi kepentingan terbaik pesakit.

AUTONOMI PESAKIT

Pengiktirafan berhubung dengan autonomi pesakit telah disokong dengan wujudnya prinsip autonomi yang perlu dihormati dalam prinsip etika perubatan (Beauchamp & Childress 2009). Dalam konteks amalan perubatan, autonomi dinyatakan oleh pesakit dewasa yang berkeupayaan untuk membuat keputusan tentang rawatan perubatan dan penjagaan kesihatan bagi diri pesakit sendiri (Hakim Benjamin Cardozo dalam kes *Schloendorff v. Society of New York Hospital* 1914). Prinsip tersebut mendasari keperluan untuk mendapatkan keizinan

bermaktlumat dan persetujuan pesakit sebelum APA-apapemeriksaan atau rawatan perubatan diteruskan. Prinsip autonomi ini mungkin kelihatan sangat kuat penggunaannya ketika pesakit membuat keputusan bagi menolak rawatan yang akan mengekalkan nyawa pesakit (*life-sustaining treatment*) (*British Medical Association* 2007).

Penjagaan pesakit di peringkat akhir hayatnya melahirkan suatu persepsi bahawa pesakit mungkin akandimaktlumat tentang jangkaan tempoh masa untuk hidup (Petasnick W.D. 2011). Sesetengah pihak berasa lebih berat untuk bercakap tentang perkara yang melibatkan kematian atau berfikir secara kritis tentang sama ada campur tangan perubatan (misalnya, CPR) adalah jawapan yangterbaik atau sebaliknya untuk seseorang pesakit (Petasnick W.D. 2011). Demi kebaikan pesakit, perlu ada perbincangan tentang isu berhubung dengan penjagaan dan rawatan untuk pesakit di peringkat akhir hayatnya (Zamre et al. 2019). Keputusan pesakit untuk melaksanakan DNR ialah satu keputusan yang unik dan wajar dihormati (Burns et al. 2003).

Pada kebiasaan, doktor akan melihat status klinikal pesakit dan memantau perkembangan kesihatan pesakit. Penilaian klinikal yang dimaksudkan di sini ialah penilaian yang adil tentang tindak balas kepada rawatan perubatan, perkembangan kesihatan penyakit dan pilihan terapi untuk pesakit. Sebahagian penting dalam penilaian ini melibatkan, antara lain, membuat prognosis dan gejala kawalan serta pasukan penjagaan paliatif untuk pesakit, jika perlu. Biasanya pasukan paliatif terlibat bagi mengawal selia gejala penyakit pesakit dalam tempoh pesakit mempunyai kurang daripada satu tahun untuk hidup. Jika pesakit mempunyai penyakit yang tidak boleh dipulihkan dan semakin merosot, pelaksanaan DNR perlu dipertimbangkan. Sebaik-baiknya, doktor memulakan perbincangan isu ini bersama-sama pesakit dan memberikan input serta maklumat berhubung dengan DNR kepada pesakit. Dalam situasi pesakit dewasa yang berkeupayaan di peringkat akhirhayat, pesakit tersebut berhak untuk menggunakan autonomi dengan mempertimbangkan maklumat yang disampaikan oleh doktor kepadanya dan daripada penilaian pesakit tersebut, pesakit itu boleh melakukan keputusansama ada untuk melaksanakan DNR atau tidak (Elliott & Olver 2005). Selain itu, doktor juga perlu memberipesakit dengan maklumat yang secukupnya berhubung dengan rawatan perubatan pesakit dengan kaedah termudah, sepadan

dengan tahap pendidikan dan pemahaman pesakit agar pesakit benar-benar memahami maklumat tersebut (Cheong et al. 2016).

DNR MENURUT *COMMON LAW*

Berdasarkan prinsip *common law* Inggeris, sama ada pesakit telah memberikan keizinan atau keengganan secara sah terhadap rawatan perubatan pada dasarnya bergantung pada beberapa aspek. Aspek tersebut ialah sama ada pesakit tersebut telah dimaktlumat secara betul, pesakit membuat keputusan secara sukarela dan sama ada pesakit berkeupayaan untuk membuat keputusan pada masa tersebut (Puteri 2007; *Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment)* (1992).⁷

Kes *Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment)* (1992) perlu dirujuk dalam membincangkan tentang keizinan dan autonomi pesakit yang berkait secara langsung dengan rawatan terhadapnya. T merupakan gadis yang berumur 20 tahun yang hamil. Dia telah cedera dalam kemalangan kereta dan mengalami komplikasi yang memerlukan pemindahan darah ke dalam tubuh badannya. Pada mulanya, T bersetuju untuk pemindahan darah. Walau bagaimanapun, selepas menghabiskan masa dengan ibunya yang merupakan seorang penganut agama Kristian yang mengamalkan kepercayaan Saksi Jehovah (*Jehovah Witness*), dia terus menolak rawatan bagi pemindahan untuk menyelamatkan nyawanya. Mahkamah Rayuan berpendapat T telah dipengaruhi oleh ibunya. Selanjutnya, keupayaan T untuk membuat keputusan juga telah terjejas kerana kesan ubat sewaktu dia dirawat. Oleh itu, mahkamah membenarkan pemindahan darah diteruskan terhadap T. Keputusan mahkamah mengesahkan bahawa keizinan dan persetujuan pesakit sama ada untuk meneruskan atau tidak rawatan tertentu tidak sah jika ia diberikan di bawah tekanan atau paksaan yang dikenakan oleh orang lain walaupun daripada ibunya.

Dalam kes *Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment)* (1992), pesakit yang berkeupayaan boleh menolak rawatan walaupun tanpa rawatan tersebut, dia akan berhadapan dengan risiko kematian. Walau bagaimanapun, keputusan pesakit tersebut tidak boleh dipengaruhi oleh pengaruh mahupun tekanan daripada orang lain. Perlakuan memaksa seseorang pesakit untuk meneruskan atau menolak rawatan boleh terjumlah kepada kesalahan serang sentuh atau kesalahan tort berdasarkan huraian dalam buku Herring (Herring 2008).

Seseorang pesakit yang berkeupayaan mempunyai hak mutlak untuk menolak rawatan (*Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment)* (1992); Willmott 2009).⁸ Pendirian ini muncul dalam membentuk kedudukan yang diambil oleh undang-undang. Dalam kes *St George's Health Care Trust v. S* (1998), seorang wanita berhak untuk menolak rawatan walaupun tanpa rawatan tersebut, dia dan anak di dalam kandungannya akan mati. Walaupun undang-undang menghormati hak pesakit untuk menolak rawatan, namun dalam *Re B* (2002), mahkamah secara berhati-hati melihat isu keupayaan pesakit. Hal ini bermakna tahap keupayaan pesakit dipandang secara teliti dan berhati-hati bagi memastikan bahawa pesakit sememangnya berkeupayaan untuk membuat keputusan berhubung dengan rawatan perubatannya (Azira et al. 2016).

Selanjutnya, dalam kes *Re C (Adult: Refusal of Treatment)* (1994), mahkamah melihat tahap keupayaan C yang mengalami paranoid skizofrenia (*paranoid schizophrenic*)⁹ di Hospital Broadmoor (*Re C (Adult: Refusal of Treatment)* (1994); World Health Organization 2017). Doktor kepada C percaya bahawa dia perlu memotong kakinya kerana ia akan menjadi gangrene. Malah, besar kemungkinan C akan mati jika tidak menjalani pembedahan. C menolak daripada memberikan keizinan dan persetujuannya bagi membolehkan pembedahan itu dilakukan. Hakim menyatakan bahawa dalam meneliti sama ada pesakit memahami sifat, tujuan dan kesan sesuatu cadangan rawatan, keupayaan pesakit perlu dilihat melalui tiga tahap pembuatan keputusan. Pertama, kefahaman dan pengekalan maklumat tentang rawatan perubatan. Kedua, kepercayaan maklumat tersebut. Ketiga, mengimbangkan maklumat-maklumat tersebut dan membuat keputusan berdasarkan maklumat yang telah diimbangi. Keputusan dibuat berdasarkanimbangan yang lebih berat. Dalam kes ini, C secara umum tidak mempunyai keupayaan kerana menghidap skizofrenia tidak relevan. Dia memahami bahawa cadangan pembedahan ke atasnya ialah perkara yang lebih penting dan perlu diambil kira. Hakim mendapati bahawa tidak dapat dibuktikan bahawa C tidak memahami maklumat yang disampaikan kepadanya sebelum keputusan dibuat dan dia juga berkeupayaan untuk tidak memberikan keizinan. Oleh itu, mahkamah memutuskan bahawa pemotongan kaki pesakit adalah dilarang melainkan jika terdapat keizinan bertulis daripada C. Pesakit yang mempunyai keupayaan (yang boleh memahami, mempercayai, mengekalkan, dan

menimbangtara sesuatu maklumat yang diperlukan) boleh membuat keputusan sendiri, termasuklah dalam membuat keputusan untuk menolak rawatan (Norchaya 2002).

Dalam pada itu, jika pesakit mempunyai keupayaan seperti yang ditakrifkan di bawah *Mental Capacity Act 2005* (UK) (MCA 2995), dia boleh menolak bantuan pernafasan. Dalam konteks CPR pula, di England dan Wales, CPR dibenarkan jika berlaku serangan jantung kecuali jika terdapat suatu perintah atau arahan untuk tidak membenarkan CPR, seperti arahan DNR. Secara logiknya, jika pesakit tidak membenarkan bantuan pernafasan, maka, perlu ada penjelasan mengenainya diberikan (*The Resuscitation Council (UK) & the Royal College of Nursing* 2014 & 2017). Pada kebiasaan, pesakit akan berbincang terlebih dahulu dengan keluarga dan doktor sebelum suatu keputusan dibuat (*The Resuscitation Council (UK) & the Royal College of Nursing* 2014 & 2017). Pesakit juga boleh mewakili seseorang untuk membuat keputusan berhubung dengan rawatan perubatannya bagi pihaknya, misalnya, melantik proksi melalui pengaplikasian APA. Sementara itu, doktor juga perlu melunaskan tanggungjawab fidusiarinya secara berhikmah untuk memaklumkan kepada ahli keluarga pesakit bahawa dalam keadaan tertentu, pelaksanaan CPR ke atas pesakit merupakan suatu tindakan sia-siadan tidak dinilai sebagai tindakan yang baik dan wajar (Deborah L. Kasman 2004).¹⁰

METODOLOGI

Penulisan artikel ini menggunakan kaedah penyelidikan doktrinal perundangan. Kaedah ini merupakan satu metodologi penyelidikan berfokus dalam bidang undang-undang (Hutchinson 2015). Dalam konteks reka bentuk kajian secara spesifik, artikel ini merupakan suatu kajian kualitatif bersifat analisis kandungan. Artikel ini juga didasari oleh suatu penyelidikan yang berorientasikan pembaharuan (*reform-oriented research*) memandangkan artikel ini ditulis berdasarkan kajian yang dilakukan secara kritis terhadap undang-undang (Hutchinson 2015). Atas faktor itu, pada akhir artikel ini, cadangan dibuat agarsuatu garis panduan dan peruntukan undang-undang yang jelas berhubung dengan arahan DNR perlu diwujudkan.

DNR DI MALAYSIA SERTA IMPAKNYA TERHADAP PESAKIT

Dengan melihat keadaan di Malaysia pada masa ini, masih tidak terdapat akta khusus, peruntukan khusus dalam akta sedia ada, dan/atau garis panduan khusus yang menjelaskan had campur tangan seseorang doktor jika pesakit enggan memberikan keizinan terhadap sesuatu rawatan yang perlu dilakukan terhadapnya. Walaupun Malaysia mempunyai Akta Kesihatan Mental 2001 dan Akta Perubatan 1971, hak-hak pesakit dan doktor masih belum jelas. Piagam pesakit pula hanya mengandungi hak-hak dan tanggungjawab pesakit yang menekankan bahawa setiap pesakit mempunyai hak untuk dilindungi. Hak untuk dilindungi yang ditekankan dalam aspek ini ialah hak terhadap penjagaan kesihatan dan rawatan secara berperikemanusiaan (Malaysian Medical Association 2016).

Setiap pesakit mempunyai akses kepada kecekapan penjagaan kesihatan dan rawatan perubatan tanpa mengira umur, jantina, etnik, agama, fahaman politik, status ekonomi atau kelas sosial. Setiap pesakit perlu diberikan penjagaan yang baik, pertimbangan, rasa hormat dan bermaruah tanpa APA-APA bentuk diskriminasi. Sebagai contoh, apabila pesakit kanak-kanak dimasukkan ke hospital, dia mempunyai hak untuk membawa ibu bapa atau penjaga bersamanya (Malaysian Medical Association 2016). Kualiti hidup pesakit juga penting dan menjadi kayu ukur kepada jumlah kemasukan pesakit ke hospital dan mempengaruhi jumlah kematian (Norhayati Ibrahim et al. 2015).

Di samping itu, pesakit berhak untuk mendapatkan pendapat kedua berhubung dengan rawatan perubatannya. Pesakit turut berhak untuk mengetahui pemeriksaan yang dijalankan terhadapnya, kesan pemeriksaan dan salinan laporan pemeriksaan yang dijalankan berserta penerangan berhubung dengan laporan tersebut. Seseorang pesakit yang telah menerima maklumat yang mencukupi tentang keadaannya, berhak untuk menerima atau menolak rawatan perubatan yang dicadangkan untuknya. Sekiranya doktor enggan membenarkan doktor atau pakar kesihatan lain untuk dibawa masuk, pesakit berhak untuk tidak menggunakan perkhidmatan doktor tersebut dan boleh mendapatkan doktor yang baharu sebagai ganti kepada doktor tersebut (Malaysian Medical Association 2016).

Isu-isu etika boleh timbul apabila berlaku konflik pertembungan antara pilihan pesakit yang

berbeza dengan pendirian doktor yang pada masa itu, doktor percaya bahawa menerima atau menolak rawatan perubatan ialah demi kepentingan terbaik pesakit (Steven Pantilat 2008). Misalnya, seseorang pesakit yang telah menjalani pembedahan pintasan memerlukan ubat tahan sakit atau pesakit radang paru-paru boleh menolak antibiotik. Dalam keadaan ini, keputusan autonomi pesakit boleh bertembung dengan kewajipan doktor untuk memberikan manfaat (*beneficence*) setelah mengambil kira standard etika perubatan dalam situasi ini. Pesakit mempunyai hak untuk membuat keputusan ketika pesakit sedang bergelut mengenainya. Pesakit tidak membuat keputusan kerana delusi, namun, doktor harus menganggap pilihan pesakit mungkin adalah seperti itu setelah pesakit berfikir panjang, walaupun ketika itu mungkin doktor cuba untuk memujuk pesakit tersebut untuk membuat pilihan demi kepentingannya (Steven 2008).

Selanjutnya, Majlis Perubatan Malaysia (MMC) telah mengeluarkan satu garis panduan umum tentang APA berdasarkan Perkara 17 dan 18 *Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners*. Perkara 17 menjelaskan bahawa setiap individu berhak untuk menolak rawatan perubatan. Seseorang berhak untuk memilih APA yang bakal berlaku berhubung dengan dirinya sendiri. Bagi individu tersebut, hak untuk menolak rawatan wujud tanpa mengira sebab untuk membuat pilihan tersebut sama ada keputusannya dilihat sebagai suatu yang rasional, tidak rasional, tidak diketahui atau tidak wujud. Jika doktor memaksa rawatan perubatan ke atas pesakit yang berkeupayaan di sisi undang-undang walaupun dia tidak mahu meneruskan rawatan, maka, perkara itu boleh dianggap sebagai suatu serangan atau serang sentuh (Lynch et. al 2008). Sama seperti pesakit memberikan keizinan rawatan, keengganan rawatan boleh dinyatakan secara tersurat mahupun tersirat dan boleh dibuat secara bertulis atau diberikan secara lisan. Keengganan rawatan oleh pesakit juga perlu direkodkan secara terperinci dan secara bertulis dalam rekod perubatan atau nota rekod doktor, dan jika boleh, ditandatangani serta diletakkan tarikh ia dibuat oleh pesakit. (Perkara 17 *Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners*, Malaysian Medical Council (MMC), Malaysia).

Berdasarkan garis panduan MMC, Perkara 18 menyatakan bahawa doktor perlu menahan diri daripada memberikan rawatan atau melaksanakan mana-mana prosedur jika terdapat arahan bertulis

yang jelas oleh pesakit bahawa rawatan atau prosedur itu tidak perlu diberikan (Perkara 17 Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners, Malaysian Medical Council (MMC), Malaysia). Menurut garis panduan tersebut, dalam konteks di Malaysia, pesakit mempunyai hak untuk menerima atau menolak rawatan termasuk menolak bantuan pernafasan tanpa mengira sebab untuk membuat pilihan sama ada ia adalah rasional atau tidak. Doktor juga perlu menahan diri daripada menyediakan atau melaksanakan rawatan jika terdapat arahan bertulis untuk menolak rawatan. Tambahan pula, berdasarkan *Ten Golden Rules of Good Medical Practice (Duties of a Doctor, Malaysian Medical Council)*, doktor perlu mengamalkan kewajipan dengan kebajikan, etika dan kejujuran dalam memberikan perkhidmatan dan rawatan kepada pesakitnya (Ismail 2009). Oleh itu, dalam mempromosikan kesihatan global yang baik, perbincangan dan komunikasi yang baik harus berlaku antara doktor dengan pesakit dan waris pesakit, termasuklah dalam isu berhubung dengan DNR.

MODEL DNR DI UNITED KINGDOM (UK)

Berdasarkan perbincangan di atas dan bagi tujuan penulisan artikel ini, adalah munasabah untuk merujuk model DNR di UK. Jika disingkatkan kembali, pada tahun 2009, *Resuscitation Council (UK)* menerbitkan model dan nota bimbingan bagi merekodkan segala keputusan berhubung dengan DNACPR (The Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing 2014 dan 2017). Bentuk-bentuk dan nota garis panduan telah disemak semula untuk membantu pekerja-pekerja dan organisasi penjagaan kesihatan untuk mencapai standard yang lebih baik dalam merekodkan dan menyuarakan keputusan pesakit berhubung dengan CPR (The Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing, 2014 dan 2017). Panduan baharu ini wajar dijadikan contoh kepada model DNR di Malaysia. Panduan baharu ini mengambil kira pembangunan data dan akaun dalam amalan klinikal dan perkembangan dalam undang-undang tentang keputusan jangkaan tentang hasil bantuan pernafasan (CPR).

Menurut kes *R (on the application of David Tracey) v. Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust and Secretary of State for Health* (2014), Tracey memfailkan tuntutan untuk kajian semula kehakiman terhadap Cambridge University

Hospitals NHS Foundation Trust dan Secretary of State for Health berhubung dengan penempatan notis *Do Not Attempt Cardio-Pulmonary Resuscitation (DNACPR)*¹¹ pada nota isteri Tracey, iaitu Janet Tracey yang dimasukkan ke Hospital Addenbrooke pada 19 Februari 2011 dan meninggal dunia pada 7 Mac 2011. Pada 5 Februari 2011, isteri Tracey telah disahkan menghidap kanser paru-paru dengan jangka hayat hidupnya dianggarkan sembilan bulan. Pada 19 Februari, dia mengalami patah serviks yang serius selepas mengalami kemalangan jalan raya. Dia dimasukkan ke Hospital dan dipindahkan ke Neuro-Critical Care Unit di bawah jagaan Peter Kirkpatrick, seorang perunding pakar bedah otak. Oleh sebab pesakit mempunyai masalah pernafasan yang kronik, dia telah dipasangkan mesin ventilator, tetapi tidak bertindak balas terhadap rawatan jangkitan dadanya. Pada 23 dan 25 Februari, usaha telah dibuat untuk menghentikan bantuan mesin ventilator tersebut, tetapi usaha ini tidak berjaya. Pada 26 Februari, rawatan ke atasnya telah dikaji semula oleh Lavinio, perunding pakar rawatan rapi dan pakar bius dan disusuli oleh Ford (seorang perunding pakar onkologi) pada 27 Februari.

Lavinio dan Ford memutuskan bahawa mesin ventilator tersebut perlu dihentikan. Di sini, timbul persoalan tentang apakah yang akan berlaku jika pesakit mengalami serangan *cardio-respiratory*? Pada 27 Februari, Lavinio telah menyediakan notis DNACPR (notis pertama). Pesakit telah berjaya dipisahkan daripada mesin ventilator dan keadaannya didapati semakin baik. Keadaan di mana notis yang pertama kali diletakkan di dalam nota pesakit oleh pihak hospital menjadi isu. Salah seorang anak perempuan pesakit, Alison Noeland mendapati bahawa apabila notis pertama telah dibuat, dia berasa sungguh terkejut dan mengemukakan bantahan. Hasilnya, notis pertama dikeluarkan dan dibatalkan pada 2 Mac oleh Dr Alavi. Walau bagaimanapun, notis DNACPR (notis kedua) pada 5 Mac telah dibuat setelah perbincangan bersama ahli keluarga pesakit diadakan.

Mahkamah Rayuan telah mengisytiharkan bahawa kegagalan pihak hospital untuk berunding dengan pesakit dalam keputusan mereka untuk memasukkan DNACPR (notis pertama) dalam notanya tidak sah dan melanggar hak dan integriti fizikal serta autonomi yang perlu dilindungi di bawah Perkara 8 Konvensyen Eropah tentang Hak Asasi Manusia (ECHR).¹² Perkara 8 menyediakan hak untuk dihormati bagi “kehidupan peribadi dan keluarga, rumahnya dan surat-menyurat”

seseorang, tertakluk pada sekatan-sekatan tertentu yang “mengikut undang-undang” dan “perlu dalam masyarakat demokratik” (Perkara 8 Konvensyen Eropah tentang Hak Asasi Manusia (ECHR). ECHR (secara rasmi dikenali sebagai Konvensyen bagi Perlindungan Hak Asasi Manusia dan Kebebasan Asasi) merupakan perjanjian antarabangsa untuk melindungi hak asasi manusia dan kebebasan asasi di Eropah. Contohnya, para doktor mempunyai kewajiban untuk berunding sebelum mengenakan arahan “*do not resuscitate*.” Hal ini menunjukkan bahawa peranan ahli keluarga atau waris pesakit amat berat dalam memberikan keizinan dengan berhubung rawatan apabila pesakit telah hilang keupayaan.

Prinsip kes *Tracey* telah diterima dan diaplikasikan dalam kes *Winspear (Personally and on behalf of the estate of Carl Winspear, Deceased) v City Hospitals Sunderland NHS Foundation Trust* (2015).¹³ Dalam kes ini, pesakit (Winspear) telah mengalami kesakitan yang serius dan kurang keupayaan berdasarkan MCA 2005. Pada 3 Januari 2011, pukul 3.00 pagi, *specialist registrar* dalam bidang kardiologi telah menempatkan notis DNACPR dalam rekod klinikal pesakit tersebut. Meskipun keizinan pesakit didapati, namun pesakit dalam keadaan kurang keupayaan berdasarkan MCA 2005. Maka, berdasarkan Perkara 8 ECHR, doctor perlu berunding dan mendapatkan keizinan daripada ahli keluarga dan waris pesakit sebelum membuat keputusan untuk DNACPR pesakit tersebut. Dalam kes ini, Hakim Blake mendapati bahawa pihak hospital telah melanggar Perkara 8 ECHR dan seksyen 4 (7) MCA 2005 yang menyarankan agar pesakit mesti dirunding sebelum keputusan tentang DNACPR dilakukan.

Keadaan ini berbeza dengan Malaysia. Di Malaysia, setakat ini, tidak terdapat peruntukan khusus dalam statut yang memperuntukkan bahawa pihak waris secara automatik mempunyai kuasa undang-undang untuk memberikan keizinan kecuali APA yang terkandung dalam seksyen 77 Akta Kesihatan Mental 2001. Walau bagaimanapun, peruntukan ini terhad pemakaiannya kepada golongan yang termasuk dalam tafsiran kecelaruan mental di bawah seksyen 2 Akta tersebut. Perlu diingat, sebelum sesuatu rawatan diberikan, diagnosis awal dijalankan terhadap individu yang dikenal pasti mengalami gangguan mental (Rose & Haris 2015). Hal ini bermaksud bahawaklasifikasi kategori gangguan mental penting bagi tujuan menjalankan rawatan perubatan (Sulaigah, Sabtu

& Sujata 2008). Perbincangan tentang isu klasifikasi berkenaan gangguan dan kecelaruan mental memerlukan kupasan yang lebih mendalam (Myint 2010). Bagi tujuan penulisan artikel ini, hanya isu DNR menjadi fokus. DNR hanya boleh dibuat oleh individu yang berkeupayaan dan tidak mengalami kecelaruan mental di bawah seksyen 2 Akta Kesihatan Mental 2001.

Dalam situasi DNR, perlu diingatkan bahawa DNR adalah sebahagian daripada APA (Nizam 2016).¹⁴ Di England, pada masa ini, APA telah termaktub dalam seksyen-seksyen 24, 25 dan 26 MCA 2005 secara rasmi. Menurut Akta tersebut, di bawah undang-undang Inggeris, jika seseorang telah membuat suatu arahan awal, iaitu APA secara sah yang menyatakan bahawa dia tidak mengizinkan rawatan dilakukan, menjadi suatu kesalahan di bawah undang-undang jika rawatan tersebut diteruskan (Seksyen 24 *Mental Capacity Act 2005*) (UK). Seksyen 25 MCA 2005 ialah peruntukan tentang kesahan dan kesesuaian APA. Sementara itu, seksyen 26 MCA 2005 ialah peruntukan tentang kesan APA.

Walaupun bagaimanapun, dalam seksyen-seksyen 24, 25 dan 26 MCA 2005, tiada perkataan yang tepat yang menunjukkan DNR kecuali melainkan perkataan arahan awal (*advance directive*) yang wujud dalam konteks ini. Ia boleh difahami bahawa DNR juga sejenis arahan awal atau suatu perintah yang akan digunakan pada masa akan datang (Nizam Ishak, 2016). Terdapat borang yang perlu diisi dalam dokumen asal dan tidak boleh difotokopi. Dalam konteks ini, artikel menfokuskan kepada pesakit dewasamenurut Akta Umur Dewasa 1971 (Akta 611), iaitu individu yang melebihi umur 18 tahun sahaja. Bagi pesakit dewasa, *Resuscitation Council* (UK) memperincikan beberapa maklumat dalam bentuk model borang yang dirujuk seperti yang berikut:

MODEL BORANG YANG DIADAPTASI

Model borang DNR memperincikan beberapa persoalan dan perkara utama yang perlu dijawab dan dinyatakan seperti yang berikut:

1. Nama, alamat, tarikh lahir, nombor rujukan hospital pesakit dan tarikh arahan DNACPR dibuat.
2. Ruangan soalan tentang adakah pesakit mempunyai keupayaan untuk membuat dan menyampaikan keputusan tentang CPR? Jika “YA”, sila ke soalan 3. Jika “TIDAK”, adakah

pesakit berpengetahuan tentang kewujudan suatu arahan awal yang menolak CPR yang relevan dengan keadaan sekarang? Jika “YA”, sila ke soalan 8. Jika “TIDAK”, adakah pesakit telah melantik peguam untuk membuat keputusan bagi pihaknya? Jika “YA”, peguam tersebut mesti dirujuk. Semua keputusan lain perlu dibuat demi kepentingan terbaik pesakit dan mematuhi undang-undang semasa.

3. Ruangan soalan tentang masalah klinikal yang utama dan sebab-sebab mengapa CPR tidak sesuai, tidak berjaya atau bukan untuk kepentingan terbaik pesakit.
4. Ruangan soalan tentang komunikasi dengan pesakit (atau peguam). Jika keputusan ini belum dibincangkan dengan pesakit atau peguam, nyatakan sebab.
5. Ruangan soalan tentang komunikasi dengan saudara-mara atau sahabat pesakit.
6. Ruangan nama-nama ahli-ahli yang terlibat dalam pelbagai disiplin kepakaran yang menyumbang kepada keputusan ini.
7. Ruangan catatan penjagaan kesihatan profesional yang merekodkan arahan DNACPR pesakit dengan dinyatakan nama, pangkat, tandatangan, tarikh dan masa.
8. Ruangan catatan kajian dan sokongan daripada senior profesional kesihatan dengan dinyatakan nama, tandatangan dan tarikh.
9. Ruangan semakan dan pengesahan daripada dua profesional kesihatan yang lain dengan dinyatakan nama, tandatangan dan tarikh.

Secara khusus, borang DNR atau DNACPR berperanan penting bagi melaksanakan jangkaan keputusan (*anticipatory decisions*) berhubung dengan CPR yang merupakan bahagian penting dalam amalan klinikal yang baik. Borang DNACPR menggambarkan bahawa setiap *anticipatory decisions* tentang CPR mestilah berdasarkan penilaian keadaan pesakit pada masa itu. Ia memainkan peranan penting dengan melibatkan individu tersebut (atau proksi atau wakil jika dia tidak dapat membuat keputusan untuk dirinya sendiri) sewaktu dalam proses membuat keputusan berhubung dengan CPR. Hal ini melibatkan membuat keputusan secara bersama-sama dengan profesional penjagaan kesihatan. Jika CPR tidak mempunyai peluang realistik untuk berjaya, maka, ia perlu dimaklumkan kepada individu tersebut serta asas dan sebab untuk perkara itu perlu dijelaskan. Borang DNACPR memperuntukkan bahawa apabila CPR tidak mempunyai peluang realistik untuk

berjaya, maka adalah penting untuk merujuk DNACPR. Pada waktu itu, mungkin individu tersebut tidak sihat dan ketiadaan waris atau wakil untuk menerangkan tentang situasi individu tersebut. Walau bagaimanapun, perancangan yang jelas perlu dibuat untuk mengetahui apakah keputusan pesakit dan/atau proksi atau wakilnya berhubung dengan CPR yang keputusan berkenaannya perlu dilakukan dengan secepat mungkin.

KESIMPULAN

Berdasarkan seksyen 3 Akta Undang-Undang Sivil 1956, Malaysia boleh menggunakan *common law* Inggeris dan kaedah-kaedah ekuiti yang ditadbirkan di England dengan syarat tertentu (Seksyen 3 Akta Undang-Undang Sivil 1956 - Akta 67). Mahkamah Malaysia sentiasa boleh menerima pakai pendirian yang diambil oleh mahkamah Inggeris tentang isu DNR jika terdapat isu DNR yang dibawa ke mahkamah. Mahkamah boleh menggunakan prinsip yang diputuskan dalam kes *Re T (Adult)* (1992) dan *Re C (Adult, refusal of treatment)* (1994) yang memberikan impak kepada aspek *anticipatory refusal* dan DNR yang sekaligus terpakai dan dikuatkuasakan dalam *common law*. Prinsip autonomi pesakit juga perlu dilindungi dan dipatuhi berhubung dengan keputusan pesakit berkaitan rawatan perubatan seperti dalam kes *R (on the application of David Tracey) v. Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust and Secretary of State for Health* (2014). Mahkamah mendapati bahawa doktor mempunyai tanggungjawab di sisi undang-undang untuk memaklumkan kepada pesakit yang berkeupayaan berhubung dengan tujuan CPR dan DNACPR. Di samping itu, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) juga boleh merujuk seksyen-seksyen 24, 25 dan 26 MCA 2005 dan *Resuscitation Council (United Kingdom)* (UK) terhadap bentuk model dan garis panduan untuk dirujuk oleh hospital-hospital Malaysia. Pesakit berhak untuk melaksanakan DNR. Sebaiknya, perbincangan dan komunikasi yang baik harus diwujudkan dengan melibatkan doktor, pesakit dan waris pesakit termasuklah dalam isu berhubung dengan DNR. Unsur kepelbagaian budaya dalam masyarakat di Malaysia juga memaparkan wujudnya hubungan erat antara pesakit dengan warisnya, termasuklah ahli keluarga dan pasangan pesakit. Dalam isusama ada meneruskan CPR atau tidak, dinasihatkan agar diadakan perbincangan antara doktor dengan pesakit dan wakil keluarga

pesakit. Cadangan ini juga baik demi kebaikan pesakit dan selari dengan Perkara 8 ECHR.

Kesimpulannya, hak dan autonomi pesakit berhubung dengan rawatan perubatan merupakan satu daripada prinsip-prinsip asas etika perubatan dan perlu dilindungi sewajarnya. Malah, DNR boleh dianggap sebagai alat yang penting dalam menggerakkan autonomi pesakit. Jika diteliti, di Malaysia, DNR masih agak belum diketahui umum dan ia masih ketinggalan berbanding dengan negara-negara maju seperti United Kingdom dan Amerika Syarikat. Memang tidak dapat dinafikan bahawa kini, terdapat pesakit yang mempunyai kesedaran tentang keperluan untuk mempunyai DNR. Pesakit mempunyai hak untuk membuat keputusan tentang CPR. Pesakit boleh memaklumkan kepada pihak hospital untuk tidak menyediakan bantuan pernafasan (CPR) melalui arahan DNR. Jika pesakit berhasrat untuk tidak diberikan CPR, perlu ada penjelasan mengenainya diberikan (The Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing 2014 dan 2017). Misalnya, pelaksanaan CPR ke atas pesakit merupakan tindakan sia-sia dan tidak dinilai sebagai tindakan yang baik dan wajar (Deborah 2004). Intihanya, dengan merujuk *Resuscitation Council (UK)* yang menerbitkan bentuk model dan garis panduan, Malaysia perlu mempunyai kerangka perundangan yang jelas bagi menjaga kepentingan sektor kesihatan di Malaysia. Sewajarnya, perundangan yang khusus sama ada dalam bentuk statut yang baharu atau peruntukan khusus dalam statut yang sedia ada berserta dengan garis panduan jelas perlu diwujudkan berhubung dengan isu DNR. Hal ini penting untuk memastikan bahawa perkhidmatan kesihatan dinikmati oleh masyarakat berdasarkan keputusannya dan pemberi perkhidmatan kesihatan dipertanggungjawabkan di sisi undang-undang untuk mengambil kira keputusan tersebut dalam penentuan rawatan terbaik.

NOTA

- 1 Hakim Benjamin Cardozo dalam kes *Schloendorff v. Society of New York Hospital* 211 NY 125 di 129 (1914); Hakim Benjamin Cardozo menyatakan seperti berikut: "... every human being of adult years of sound mind has the right to determine what shall be done with his own body...." (Cardozo, 1914).
- 2 Bagi tujuan penulisan artikel ini, istilah APA akan digunakan.
- 3 Bagi tujuan penulisan artikel ini, istilah DNR akan digunakan.

- 4 Eckberg, Evelyn. 1998. The Continuing Ethical Dilemma of The Do-Not-Resuscitate Order, *AORN Journal*. Beliau menyatakan seperti berikut: *the right to refuse or terminate medical treatment began evolving in 1976 with the case of Karen Ann Quinlan v New Jersey (70NJ10, 355 A2d, 647 [NJ 1976]). This spawned subsequent cases leading to the use of the DNR order. In 1991, the Patient Self-Determination Act mandated hospitals ensure that a patient's right to make personal health care decisions is upheld. According to the act, a patient has the right to refuse treatment, as well as the right to refuse resuscitative measures. This right usually is accomplished by the use of the DNR order.*
- 5 Bagi tujuan penulisan artikel ini, terma DNI akan digunakan.
- 6 Harbor Light Hospice, Do Not Intubate (DNI) Order. <https://www.harborlighthospice.com/resources/advance-care-planning/do-not-intubate-dni-order/>. Diakses pada: 16 April 2017. Ia diuraikan seperti yang berikut: *when you request a Do Not Resuscitate (DNR) order, your doctor may ask you whether or not you also want a Do Not Intubate (DNI) order. The two are separate because you can have trouble breathing before your heartbeat or breathing stops. If your breathing problems continue, your heart or lungs may go into full arrest. Intubation, however, may avert cardiac or respiratory arrest.*
- 7 *Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment)* (1992) 4 All ER 649, hlm 662. Dalam kes ini, elemen keizinan turut diterangkan. Keizinan yang diberikan oleh pesakit mestilah dilakukan secara sukarela, bebas tanpa paksaan dan pengaruh tidak wajar daripada orang lain.
- 8 Lindy Willmott. 2009. Advance Directives Refusing Treatment as an Expression of Autonomy: Do the Courts Practise What They Preach? *Common Law World Review*. CLWR 38 4 (295): 1-3. Walau bagaimanapun, hak untuk menentukan rawatan perubatan sendiri tidak mutlak. Sebagai contoh, individu boleh ditahan dan dirawat di hospital berdasarkan Akta Kesihatan Mental.
- 9 World Health Organization. Paranoid Schizophrenia. <http://www.schizophrenia.com/szparanoid.htm>. Diakses pada: 24 February 2017. Paranoid skizofrenia ialah jenis skizofrenia yang paling biasa di kebanyakan tempat di dunia. Gambaran klinikal bagi penyakit ini seperti fikiran dikuasai oleh khayalan yang agak stabil, sering paranoid, biasanya diiringi oleh halusinasi, dan gangguan persepsi.
- 10 Deborah L Kasman. 2004. When Is Medical Treatment Futile? A Guide for Students, Residents, and Physicians. *Journal Gen Intern Med*. US National Library of Medicine. 19 (10):1053-1056, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492577/>. Diakses pada: 17 April 2017. Beliau menyatakan seperti berikut: *Doctors are obligated by their fiduciary responsibilities to inform family members when CPR is considered futile, and hence, cannot be performed in good conscience. The patient or her surrogate (proxy) must grant permission to write orders for Do Not Resuscitate or cessation of aggressive treatments. When these orders are not written, the physician assumes moral complicity in continuing aggressive treatments. A common error today is for physicians to leave this difficult choice to patients alone, without ever succinctly expressing their professional opinion that further aggressive treatment is medically harmful and hence, not indicated.*

- ¹¹ Istilah DNACPR sama seperti DNR.
- ¹² Perkara 8 Konvensyen Eropah tentang Hak Asasi Manusia (ECHR)memperuntukkan hak untuk dihormati, iaitu hak untuk kehidupan peribadi dan keluarga, rumahnya dan surat-menyurat seseorang, tertaklupada sekatan-sekatan tertentu yang mengikut undang-undang dan ia perlu dalam masyarakat demokratik.
- ¹³ Dalam kes *Winspear (Personally and on behalf of the estate of Carl Winspear, Deceased) v. City Hospitals Sunderland NHS Foundation Trust* (2015) All ER (D) 134 (Nov); (2015) EWHC 3250 (QB), Hakim Blake mendapati bahawa pihak hospital telah melanggar Perkara 8 ECHR dan seksyen 4 (7) *Mental Capacity Act 2005* (UK) yang menyarankan agar pesakit mesti dirunding sebelum keputusan tentang DNACPR dilakukan.
- ¹⁴ Nizam Ishak. 2016. Ketua Penolong Pengarah, Cawangan Medico Legal, Bahagian Amalan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia, Temu bual dalam program Wacana Advance Directive and Good Samaritan Law in Clinical Practice, Bilik Pengajian, Jabatan Perubatan Kecemasan, Pusat Perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia (PPUKM). 23 Februari 2016.

RUJUKAN

- Ai Theng Cheong, Ping Yein Lee, Chirk Jenn Ng, Yew Kong Lee, Teng Aik Ong, Khatijah Lim Abdullah & Azad Hassan Abdul Razack. 2016. Doctors approaches to decision support in counseling patients with localized prostate cancer: An Asian perspective. *Sains Malaysiana* 45 (6): 941-947.
- Akta Kesihatan Mental 2001 (Akta 615) (Malaysia).
- Alexander Morgan Capron. 2009. *Advance Directives, in A Companion to Bioethics*, Helga Kuhse and Peter Singer, Edisi Kedua. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Anisah Che Ngah, Tengku Noor Azira Tengku Zainudin & Naziree Md. Yusof. 2010. *Teknik Bantuan Reproduksi: Satu Kajian dari Aspek Etika dan Undang-undang*. Bangi: UKM Press.
- Brown, B. A. 2003. The history of advance directives. A literature review. *Journal Gerontol Nurse* 29 (9): 4-14.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. 2009. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th edition. New York: Oxford University Press.
- Greene, B. 2005. *Understanding Medical Law*. London: Cavendish Publishing.
- British Medical Association. Autonomy or Self Determination, <https://www.bma.org.uk/advice/employment/ethics/medical-students-ethics-toolkit/2-autonomy-or-self-determination>. Diakses pada: 28 Februari 2017.
- Burns, J. P., Edwards, J., Johnson, J., Cassem, N. H. & Truog, R. D. 2003. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med*. 31: 1543-1550.
- Kasman, D. L. 2004. When Is Medical Treatment Futile? A Guide for Students, Residents and Physicians. *Journal Gen Intern Med, US National Library of Medicine* 19(10): 1053-1056.
- DNACPR- Resuscitation Council, www.resus.org.uk/dnacpr/. Diakses pada: 2 June 2017. The Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing, Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: A joint statement from the British Medical Association, <http://www.resus.org.uk>, Resuscitation Council (UK). Diakses pada: 17 Jun 2017. 2014]. <https://www.resus.org.uk/archive/archived-dnacpr-information/decisions-relating-to-cpr-2014/>. Diakses pada: 28 Februari 2017.
- Echeverria, C. B., Goic, A. G. & Rojas, A. O. 2007. Cardiopulmonary resuscitation and do not resuscitate orders. *Rev Med Chil*. 135: 669-679.
- Eckberg, Ev. 1998. The continuing ethical dilemma of the do-not-resuscitate order. *AORN Journal*.
- Elliott, J. A. & Olver, I. N. 2005. End-of-life decision making is more than rational. *Commun Med*. 2(1): 21-34.
- Haniwarda Yaakob. 2016. Preimplantation genetic diagnosis for social sex selection in Malaysia: Autonomy, harm and the role of law. *Current Law Journal*. 1 LNS (A) xx: 1-40.
- Harbor Light Hospice, Do Not Intubate (DNI) Order. <https://www.harborlighthospice.com/resources/advance-care-planning/do-not-intubate-dni-order/> Diakses pada: 16 April 2017.
- Hasani Mohd Ali. 2017. Liabiliti jenayah korporat di Malaysia mengikut perspektif tadbir urus korporat. *Jurnal Pengurusan* 51(2017): 225-234. <http://ejournals.ukm.my/pengurusan/article/view/22795>. Diakses pada: 18 Mei 2019.
- Herring, J. 2008. *Medical Law and Ethics*. Edisi kedua. New York: Oxford University Press.
- Willmott, L. 2009. Advance directives refusing treatment as an expression of autonomy: Do the courts practise what they preach? *Common Law World Review*. CLWR 38, 4 (295): 1-3.
- Lynch, H. F., Mathes, M., Sawicki & Nadia, N. 2008. *Compliance with Advance Directives: Wrongful Living and Tort Law Incentives*. University of Pennsylvania Law School, Penn Law: Legal Scholarship Repository. Faculty Scholarship. Paper 221: 140.
- Malaysian Medical Association. 2016. The Patient's Right. <http://www.mma.org.my/patient-s-right>. Diakses pada: 5 September 2016.
- Mohammad Mustaqim Malek. 2017. *Meletakkan Isu Arahan Perubatan Awal dalam Konteks Malaysia*, dalam buku Arahan Perubatan Awal: Perspektif Bioetika Islami, Institut Kefahaman Islam Malaysia (IKIM), Kuala Lumpur: 1-12.
- Mohd. Ismail Merican. 2009. President, Malaysian Medical Council & Director- General of Health, Malaysia, Rights and Responsibilities of Doctors: Future of Doctors in Malaysia, Speech at SCHOMOS

- Seminar "Rights and Responsibilities of Doctors," pada 5 Disember 2009, <http://www.mmc.gov.my/v1/images/contents/publications/2009/Future-of-doctors-in-Malaysia2009.pdf>. Diakses pada: 19 November 2015.
- Mohd Sabree Nasri. 2015. Jenayah sihir di Malaysia: Permasalahan dan cadangan pelaksanaan undang-undang. *Jurnal Undang-Undang dan Masyarakat* 19: 51-58.
- Mohd Zamre Mohd Zahir, Tengku Noor Azira Tengku Zainudin, Haniwarda Yaakob, Ramalinggam Rajamanickam, Husyairi Harunarashid, Ahmad Azam Mohd Shariff, Zainunnisaa Abd Rahman & Muhammad Hatta. 2019. Hak pesakit bagi melaksanakan arahan awal perubatan: Suatu gambaran umum. *Sains Malaysiana* 48(2): 353-359.
- Mohd Zamre Mohd Zahir, Tengku Noor Azira Tengku Zainudin, Haniwarda Yaakob, Ramalinggam Rajamanickam, Ahmad Azam Mohd Shariff, Zainunnisaa Abd Rahman, Husyairi Harunarashid & Muhammad Hatta. 2017. Perspektif syariah tentang hak pesakit berhubung arahan awal perubatan: Suatu tinjauan umum. *Current Law Journal*. CLJ Law. Legal Network Series. 1 LNS(A) lvii.
- Mohd Zamre Mohd Zahir, Tengku Noor Azira Tengku Zainudin, Ramalinggam Rajamanickam, Husyairi Harunarashid & Muhammad Hatta. 2017. Patients' Consent to Medical Treatment: An Overview of The Rights of Patients with regard to Advance Medical Directive (AMD) in Malaysia. *Medwell Journals: The Social Sciences* 12 (11): 1956-1962.
- Mohd Zamre Mohd Zahir. 2017. Dilema Eutanasia: Hak Menamatkan Tempoh Hayat Seseorang Pesakit. <https://asklegal.my/p/eutanasia-pesakit-larangan-resusitasi-hak-mati>. Diakses pada: 18 November 2017.
- Muhammad Hatta, Cut Khairunnisa, Tengku Noor Azira Tengku Zainudin, Ramalinggam Rajamanickam, Ahmad Azam Mohd Shariff & Mohd Zamre Mohd Zahir. 2017. 'Legal Position of Medical Malpractice in Indonesia'. *Medwell Journals: The Social Sciences* 12(8): 1473-1481.
- Myint Zan. 2010. Analysis on aspect of traditional (indigenous) and western-based thinking in the classical and modern burmese elites' discourse concerning madness. *Akademika* 78: 15-35.
- Nizam Ishak. 2016. Ketua Penolong Pengarah, Cawangan Medico Legal, Bahagian Amalan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia, Temu bual dalam program Wacana Advance Directive and Good Samaritan Law in Clinical Practice, Bilik Pengajian, Jabatan Perubatan Kecemasan, Pusat Perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia (PPUKM), 23 Februari 2016.
- Norchaya Talib. 2002. *Euthanasia- A Malaysian Perspective*. Kuala Lumpur: Sweet & Maxwell Asia.
- Norhayati Ibrahim, Norella Kong Chiew Thong, Asmawati Desa & Rozmi Ismail. 2015. Illness perception as a predictor of health-related quality of life in patients with end stage renal disease: Comparison between haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Sains Malaysiana* 44(4): 599-605.
- Nooranita Dain & Mohd Mohid Rahmat. 2017. Factors influencing public sector auditees on implementing audit recommendations. *Jurnal Pengurusan* 51: 195-207. <http://ejournal.ukm.my/pengurusan/article/view/17067>. Retrieved 18 Mei 2019.
- Nurul 'Izzati Mohamad. 2015. Khalwat: Keperluan kepada hukuman sebat dan alternatif. *Jurnal Undang-undang dan Masyarakat* 19: 1-8.
- Peatfield R.C., Sillett R.W., Taylor D. & McNicol, M.W. 1977. Survival after cardiac arrest in hospital. *Lancet* 1: 1223-1225.
- Perkara 17 dan 18, Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners, Malaysian Medical Council (MMC), Malaysia.
- Perkara 8, Konvensyen Eropah mengenai Hak Asasi Manusia (ECHR).
- Petasnick, W.D. 2011. End-of-life care: The time for a meaningful discussion is now. *J Health Manag.* 56: 361-372.
- Puteri Nemie Jahn Kassim. 2007. Abandoning the Bolam Principle in doctor's duty to disclose risks in Malaysia: Are we heading in the right direction? *Law Review* 1: 5-16.
- Puteri Nemie Jahn Kassim et al. 2014. The growth of patient autonomy in modern medical practice and the defined limitations under the Shari'ah. 22 *IIUM Law Journal*: 213-247.
- Puteri Nemie Jahn Kassim & Fadhlina Alias. 2015. Religious, ethical and legal considerations in end-of-life issues: Fundamental requisites for medical decision making. *J Relig Health*. <http://10.1007/s10943-014-9995-z/>. Diakses pada: 12 April 2017.
- R (on the application of David Tracey) v Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust and Secretary of State for Health* (17.06.14), Neutral Citation Number (2014) EWCA Civ 822.
- Re C (Adult: Refusal of Treatment)* (1994) 1 All ER 819.
- Re Quinlan* 355 (N.J. 1976).
- Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment)* (1992) 4 All ER 649.
- Rose Fazilah Ismail & Haris Abdul Wahab. 2015. Persepsi pesakit mental terhadap stigma masyarakat. *Akademika* 85(1): 13-24.
- Schloendorff v. Society of New York Hospital* 211 NY 125 di 129 (1914).
- Seksyen 3 dan 5 Akta Undang-undang Sivil 1956 (Akta 67).
- Seksyen 24, 25 dan 26 *Mental Capacity Act* 2005 (UK).

- Shaikh Mohd Saiffuddeen Shaikh Mohd Salleh. 2015. *Persoalan Berkaitan Advance Medical Directive (AMD) dalam Kerangka Bioetika Islami. Muazakarrah Pakar: Bioetika Islami mengenai Isu Advance Medical Directive (AMD): Advance Medical Directive (AMD)*. Institut Kefahaman Islam Malaysia (IKIM), Kuala Lumpur. 7 April 2015.
- St George's Health Care Trust v S* (1998) 3 All ER 673.
- Steven Pantilat. 2008. UCSF School of Medicine, University of California. http://missinglink.ucsf.edu/lm/ethics/Content%20Pages/fast_fact_bene_nonmal.htm. Diakses pada: 12 April 2016.
- Sulaigah Baputty, Sabtu Hitam & Sujata Sethi. 2008. *Mental Health Nursing*. Shah Alam: Oxford University Press.
- Susan J. Nanovic. 1990. Living will: Preservation of the right to die demands clarity and consistency. *Dick L. Rev.* 95: 209-234.
- The Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. (2014 dan 2017). Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: A joint statement from the British Medical Association. <http://www.resus.org.uk>; Resuscitation Council (UK). Diakses pada: 17 June 2014; <https://www.resus.org.uk/archive/archived-dnacpr-information/decisions-relating-to-cpr-2014/>. Diakses pada: 28 Februari 2017.
- Tengku Noor Azira Tengku Zainudin, Haniwarda Yaakob, Mohd Zamre Mohd Zahir, Ramalinggam Rajamanickam, Anita Abdul Rahim & Husyairi Harunarashid. 2016. The Rights of Patients in Malaysia with regard to Advance Medical Directive (AMD): An Overview. Proceedings of the Universal Academic Cluster International Spring Conferences. Osaka, Jepun: 98-109.
- Tengku Noor Azira Tengku Zainudin et al. 2015. Consent to medical treatment and the autonomous power of adult patients: The Malaysian legal position. *Mediterranean Journal of Social Sciences* 6(4) (S3): 418-423.
- Terry Hutchinson. 2015. The Doctrinal Method: Incorporating Interdisciplinary Methods in Reforming the Law. *Erasmus Law Review*. http://www.erasmuslawreview.nl/tijdschrift/ELR/2015/3/ELR-D-15-003_006 Diakses pada: 18 Mei 2019.
- Winspear (Personally and on behalf of the estate of Carl Winspear; Deceased) v. City Hospitals Sunderland NHS Foundation Trust* (2015) All ER (D) 134 (Nov); (2015) EWHC 3250 (QB).
- World Health Organization. Paranoid Schizophrenia. <http://www.schizophrenia.com/szparanoid.htm/>. Diakses pada: 24 April 2017.
- Mohd Zamre Mohd Zahir (corresponding author)
Fakulti Undang-Undang
Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM)
43600 Bangi, Selangor Darul Ehsan
Malaysia.
E-mel: zamrezahir7@gmail.com
- Tengku Noor Azira Tengku Zainudin
Fakulti Undang-Undang
Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM)
43600 Bangi, Selangor Darul Ehsan
Malaysia.
E-mel: tna@ukm.edu.my
- Ramalinggam Rajamanickam
Fakulti Undang-Undang
Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM)
43600 Bangi, Selangor Darul Ehsan
Malaysia.
E-mel: rama@ukm.edu.my
- Zainunnisaa Abd Rahman
Fakulti Undang-Undang
Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM)
43600 Bangi, Selangor Darul Ehsan
Malaysia.
E-mel: znar@ukm.edu.my

Received: 10 April 2018

Accepted: 10 June 2019