

ARAHAN PERUBATAN AWAL DI MALAYSIA: ISU DAN CABARAN

(Advance Medical Directives in Malaysia: Issues and Challenges)

Mohd Zamre Mohd Zahir

zamre@ukm.edu.my

Fakulti Undang-undang, Universiti Kebangsaan Malaysia, 43600 Bangi, Selangor, Malaysia.

Rujukan makalah ini (To cite this article): Mohd Zamre Mohd Zahir. (2026). Arahan Perubatan Awal di Malaysia: Isu dan cabaran. *Kanun: Jurnal Undang-undang Malaysia*, 38(1), 59–82. [https://doi.org/10.37052/kanun.38\(1\)no3](https://doi.org/10.37052/kanun.38(1)no3)

Makalah ini telah melalui proses penilaian sulit berganda
(This article has undergone a double-blind peer review process)

Peroleh: <i>Received:</i>	5/7/2025	Semakan: <i>Revised</i>	19/12/2025	Terima: <i>Accepted:</i>	7/1/2026	Terbit dalam talian: <i>Published online</i>	30/1/2026
------------------------------	----------	----------------------------	------------	-----------------------------	----------	---	-----------

Abstrak

Arahan Perubatan Awal merupakan instrumen penting bagi memastikan hasrat pesakit terhadap rawatan perubatannya dihormati ketika pesakit tidak lagi berupaya untuk menetapkan keputusan. Di Malaysia, walaupun wacana yang berkaitan dengan autonomi pesakit makin mendapat perhatian, pelaksanaan Arahan Perubatan Awal masih terhad disebabkan oleh ketiadaan peruntukan undang-undang yang khusus dan kefahaman awam yang rendah. Penulisan ini membincangkan isu amalan Arahan Perubatan Awal dan cabaran dalam pelaksanaannya di Malaysia dengan lebih mendalam. Melalui pendekatan kualitatif yang berasaskan analisis kandungan, perbincangan ini menekankan keperluan bimbingan profesional dalam penyediaan dokumen tersebut dan merujuk bidang kuasa perundangan di negara luar sebagai perbandingan. Data diperolehi daripada sumber primer dan sumber sekunder bagi menyokong tujuan dan maksud penulisan ini. Kupasan utama penulisan ini adalah untuk merungkai isu yang berasaskan kekangan dan ketiadaan undang-undang khusus yang menerangkan amalan Arahan Perubatan Awal. Penulis mendapati bahawa sehingga masa ini, tiada undang-undang khusus yang berkaitan dengan Arahan Perubatan Awal di Malaysia. Oleh hal yang demikian, penambahbaikan dari sudut perundangan adalah amat signifikan dalam konteks ini.

Kata kunci: Arahan Perubatan Awal, autonomi pesakit, perundingan perubatan, etika perubatan, akhir hayat, prinsip autonomi

Abstract

Advance Medical Directives serve as an important instrument to ensure that patients' wishes regarding medical treatment are respected when they are no longer capable of making decisions autonomously. In Malaysia, although discourse surrounding patient autonomy has gained increasing attention, the implementation of Advance Medical Directives remains limited due to the absence of specific legal provisions and a low level of public awareness. This paper discusses the issues surrounding the practice of Advance Medical Directives and the challenges in their implementation in Malaysia in greater depth. Adopting a qualitative approach based on content analysis, the discussion highlights the need for professional guidance in the preparation of such directives and refers to legal practices in foreign jurisdictions for comparative purposes. Data were gathered from both primary and secondary sources to support the analysis. The core focus of this paper is to unravel the constraints arising from the lack of a specific legal framework governing the practice of Advance Medical Directives in Malaysia. Findings indicate that, to date, there is no dedicated legislation related to Advance Medical Directive in Malaysia. Therefore, legal reform is important in this context.

Keywords: Advance Medical Directives, patient autonomy, medical consultation, medical ethics, end of life, principle of autonomy

PENDAHULUAN

Dalam landskap penjagaan kesihatan moden, persoalan tentang autonomi pesakit dan penentuan sendiri makin penting, khususnya dalam konteks penjagaan pada akhir hayat seseorang individu. Pada tahap inilah, konsep Arahan Perubatan Awal penting sebagai suatu mekanisme yang membolehkan seseorang itu menzahirkan kehendak terhadap bentuk rawatan yang ingin atau tidak ingin dilaksanakan apabila tidak lagi berupaya untuk menetapkan keputusan sendiri. Dalam perbincangan yang berkaitan dengan Arahan Perubatan Awal ini, prinsip autonomi amat penting untuk difahami.

Prinsip autonomi merupakan prinsip etika perubatan yang dikemukakan oleh Beauchamp dan Childress. Kata autonomi berasal daripada bahasa Greek daripada dua kata dasar, iaitu *auto* dan *nomos*. *Auto* bermaksud “sendiri” dan *nomos* pula bermaksud “peraturan dan undang-undang”. Oleh itu, autonomi bermaksud seseorang yang menuruti naluri sendiri untuk

menetapkan peraturan dan undang-undang, bebas untuk membuat pilihan, mempunyai hak kebebasan dan privasi (Beauchamp & Childress, 1994).

Secara umum, Arahan Perubatan Awal merujuk kenyataan bertulis oleh seseorang pesakit yang menjelaskan pilihan rawatannya sekiranya dirinya hilang upaya untuk membuat keputusan perubatan pada masa hadapan. Hal ini termasuklah penolakan terhadap rawatan memanjangkan hayat, seperti penggunaan mesin ventilasi mekanikal, dialisis, pemakanan dan hidrasi secara buatan, serta tindakan bantuan resusitasi. Terdapat juga bentuk arahan yang memberikan kuasa kepada wakil untuk membuat keputusan bagi pihak pesakit sekiranya pesakit tersebut hilang upaya untuk membuat keputusan perubatan pada masa hadapan.

Namun begitu, pelaksanaan instrumen ini di Malaysia masih berada pada tahap awal. Sehingga kini, tiada peruntukan undang-undang khusus yang memperuntukkan atau mengawal selia pelaksanaan arahan ini. Garis panduan umum yang dikeluarkan oleh Majlis Perubatan Malaysia dilihat bersifat umum dan tidak menjelaskan aspek tatacara atau keperluan undang-undang secara rinci dalam penyediaan arahan tersebut. Hal ini mewujudkan kekaburan dari segi amalan dan pelaksanaan, serta dan menimbulkan dilema dalam kalangan penyedia perkhidmatan kesihatan apabila berhadapan dengan isu arahan pesakit yang tidak disokong oleh struktur undang-undang yang jelas.

KAJIAN LEPAS

Apabila seseorang itu menetapkan keputusan secara berautonomi, keputusannya itu wajar dihormati. Hal ini dikatakan demikian kerana individu yang melaksanakan autonominya berhak untuk didengari dan dihormati (Ronald Munson, 2000). Menurut Ronald Munson, menghormati autonomi individu adalah penting kerana perkara ini suatu pengiktirafan hak individu untuk meneruskan kehidupan mengikut pilihannya sendiri (Ronald Munson, 2000). Prinsip autonomi ini juga sekali gus mengiktiraf hak individu, termasuklah pesakit, serta menghormati kuasa memilih dan berbuat sesuatu berdasarkan kepercayaan dan nilai yang dipegang oleh individu atau pesakit itu sendiri (Beauchamp & Childress, 2001).

Selain Beauchamp dan Childress, terdapat pengkaji lain yang menyatakan kewujudan hubung kait antara prinsip autonomi dengan Arahan Perubatan Awal. Menurut Varkey (2020), autonomi wujud dalam Arahan Perubatan Awal apabila terdapat unsur kawalan pada masa hadapan. Hal ini dikatakan demikian kerana pesakit melaksanakan Arahan Perubatan Awal dengan menggunakan hak dan kebebasan yang ada pada dirinya apabila menetapkan keputusan. Autonomi merupakan sifat manusia yang ingin mengawal sesuatu, terutamanya perkara yang

melibatkan dirinya sendiri. Hal ini bermakna bahawa pesakit mengawal keputusannya pada masa ini dan masa hadapan, serta keputusannya itu ditetapkan dalam bentuk arahan awalan (Varkey, 2020).

Menurut Zaki Morad Mohammad Zaher (2015), Arahan Perubatan Awal dapat dikaitkan dengan prinsip autonomi yang dapat dilihat dalam aspek pesakit apabila menetapkan keputusan berhubung dengan rawatan perubatan pada masa hadapan berdasarkan kehendaknya. Menurutnya lagi, dalam konteks Arahan Perubatan Awal, apabila pesakit memilih untuk tidak meneruskan rawatan perubatan, doktor merujuk arahan pesakit tersebut. Bagi pesakit yang berupaya untuk menetapkan keputusan untuk dirinya berdasarkan prinsip autonomi, doktor tidak akan menetapkan keputusan bagi pihak pesakit tersebut. Dalam situasi lain, doktor boleh menetapkan keputusan bagi pihak pesakit sekiranya pesakit tersebut hilang upaya sebelum pesakit sempat menetapkan keputusan untuk dirinya (Zaki Morad Mohammad Zaher, 2015). Hal ini dikatakan demikian kerana arahan yang ditetapkan oleh pesakit melalui Arahan Perubatan Awal merupakan autonomi pesakit selagi keputusan yang ditetapkan itu dilakukan ketika pesakit masih berupaya untuk menetapkan keputusan. Tuntasnya, Arahan Perubatan Awal yang dirujuk itu menjadi sumber berautoriti agar doktor dilindungi dari sudut undang-undang daripada sebarang liabiliti apabila memberikan perkhidmatan rawatan perubatan terhadap pesakit yang tidak berupaya (Puteri Nemie & Fadlina Alias, 2015).

Menurut Kaplan (2015) dalam kes *re Quinlan* (70 N.J. 10, 355 A.2d 647) (NJ 1976), jawatankuasa etika di hospital dan undang-undang negeri memberikan kuasa kepada wasiat perubatan ketika hidup (living will) sebagai satu dokumen unik dan berfungsi bagi pesakit untuk menetapkan keputusan tentang rawatan pada peringkat akhir hayatnya dan ditetapkan sebelum pesakit hilang upaya untuk menetapkan keputusan tentang rawatan perubatannya. Mahkamah Agung Amerika Syarikat dalam kes *Cruzan* lwn. *Director, Missouri Department of Health* (1990) 497 U.S. 261 juga menunjukkan pelibatan proksi bagi mewakili pesakit dalam penetapan keputusan berhubung dengan rawatan pesakit. Hal ini diputuskan bahawa terdapat bukti yang jelas dan meyakinkan bahawa keinginan pesakit untuk mati dalam keadaan sebagaimana yang dimahukan itu. Proksi dilantik oleh pesakit sebagai wakil pesakit untuk menetapkan sesuatu keputusan. Ekoran penghakiman mahkamah tersebut, kerajaan persekutuan Amerika Syarikat menyahut tindakan undang-undang dengan menggubal Patient Self Determination Act (PSDA). Pesakit yang dimasukkan ke hospital atau rumah jagaan diberi peluang untuk melaksanakan Arahan Perubatan Awal. Perubahan sistem perundangan di Amerika Syarikat yang mempromosikan

arahan pesakit dikawal oleh tindakan undang-undang berhubung dengan isu rawatan dan isu sensitif pesakit, seperti sesuatu keputusan pada akhir hayatnya.

Sebenarnya, sebarang pelaksanaan yang ingin dilaksanakan di dalam negara perlu mengambil kira faktor perbezaan agama, bangsa dan budaya. Faktor budaya dalam masyarakat perlu diambil kira dalam konteks pengaplikasian Arahan Perubatan Awal (Gordy & Klein 2011). Oleh itu, pengaplikasian Arahan Perubatan Awal itu sendiri mestilah bersesuaian dan memberikan manfaat terhadap budaya dalam masyarakat, terutamanya masyarakat yang mempunyai kepelbagaian budaya. Oleh itu, Arahan Perubatan Awal dilihat tidak membahayakan masyarakat, tetapi undang-undang yang ingin digubal mestilah praktikal dan sesuai dengan keadaan masyarakat, termasuklah bersesuaian dengan konteks agama yang diamalkan oleh masyarakat (Shaikh Mohd Saiffuddeen, 2015). Sesuatu tindakan, sama ada baik atau buruk, perlu bersesuaian dengan agama sesuatu masyarakat (Farhat Moazam, 2006). Hal ini dikatakan demikian kerana peranan agama dan budaya dalam masyarakat dapat mempengaruhi pesakit apabila menetapkan keputusan pada akhir hayatnya (Searight & Gafford, 2005). Oleh itu, setiap perkara perlu diambil kira sebelum sesuatu keputusan dilaksanakan.

METODOLOGI

Penyelidikan ini menggunakan metodologi kualitatif dengan mengambil pendekatan doktrinal untuk mengenal pasti undang-undang dan prinsip etika yang berkaitan dengan Arahan Perubatan Awal. Penyelidikan secara doktrinal yang menggunakan metodologi kualitatif merupakan suatu pendekatan yang digunakan oleh penyelidik daripada aliran akademik dan undang-undang (Ishwara Bhat, 2020). Penyelidikan doktrinal melibatkan pemeriksaan sistematik teks undang-undang yang memberikan tumpuan terhadap pengenalanpastian, tafsiran dan sintesis norma undang-undang sedia ada. Hal ini bergantung pada analisis terperinci sumber undang-undang utama, seperti statut, kes mahkamah, peraturan dan garis panduan, serta disokong oleh sumber sekunder, seperti artikel jurnal akademik, komen undang-undang dan buku teks, serta sumber tertier, seperti kamus undang-undang dan laporan yang berkaitan dengan undang-undang (Nasir Majeed et al., 2023).

Selaras dengan analisis doktrinal, kajian ini turut menggunakan pendekatan analitik untuk mentafsir teks undang-undang dalam konteks sosial dan kerangka kawal selia semasa. Dari perspektif tafsiran, sumber sekunder,

seperti artikel jurnal undang-undang, penerbitan akademik dan komen pakar turut dikaji dan dirujuk oleh penyelidik (Soren, 2021). Data penulisan ini dianalisis menggunakan analisis kandungan dan pendekatan analisis kritikal (Ramalinggam Rajamanickam et al., 2019). Data dikumpulkan daripada sumber asal, seperti dokumen di Malaysia dan negara luar. Pengumpulan data adalah penting (Ramalinggam Rajamanickam et al., 2019) untuk sesuatu kajian dan fasa semakan (Nurul Hidayat Ab Rahman et al., 2023, 2022). Metodologi yang menggabungkan pendekatan doktrinal dan analisis ini memberikan asas kukuh untuk meneliti isu, sama ada perundingan dengan doktor wajar dijadikan sebahagian daripada proses penyediaan Arahan Perubatan Awal atau tidak. Penulisan ini mengetengahkan keperluan bimbingan profesional dalam penyediaan Arahan Perubatan Awal tersebut, serta cabaran etika dan praktikal yang timbul daripada pelaksanaannya.

ANALISIS DAN PERBINCANGAN

Arahan Perubatan Awal merujuk suatu dokumen bertulis yang secara jelas menyatakan hasrat seseorang tentang bentuk rawatan perubatan yang ingin diterima atau ditolak sekiranya orang tersebut tidak lagi berupaya untuk menetapkan keputusan. Secara umumnya, dokumen ini berperanan penting dalam perancangan penjagaan kesihatan pada masa hadapan, khususnya dalam situasi apabila pesakit mengalami keadaan terminal, koma berpanjangan atau hilang upaya kognitif. Arahan Perubatan Awal bertujuan untuk memelihara autonomi pesakit dengan membolehkannya terus mengawal keputusan rawatan perubatan walaupun setelah kehilangan keupayaan untuk menetapkan keputusan.

Secara praktikal, dokumen ini lazimnya mengandungi dua komponen utama. Pertama, kenyataan bertulis yang dikenali sebagai wasiat perubatan ketika hidup yang memperincikan bentuk rawatan tertentu yang ingin dielakkan, seperti bantuan pernafasan buatan, pemakanan melalui tiub atau resusitasi kardiopulmonari, dan rawatan yang tetap diinginkan walaupun dalam keadaan kritikal. Kedua, pelantikan wakil penjagaan kesihatan, iaitu individu yang diberi kuasa undang-undang untuk menetapkan keputusan bagi pihak pesakit sekiranya pesakit berada dalam keadaan tidak sedarkan diri atau tidak mampu untuk membuat keputusan secara waras. Hal ini selari dengan pandangan yang dikemukakan oleh Cantor (2005) yang menegaskan bahawa pelantikan wakil kesihatan ialah komponen penting bagi memastikan kehendak pesakit terus dihormati, terutamanya dalam situasi yang tidak dijangka dalam konteks yang berhubung dengan wasiat perubatan ketika hidup.

Takrifan Konsep dan Tinjauan Etika

Bagi memahami konsep Arahan Perubatan Awal, perbezaan antara penolakan rawatan dengan perbuatan eutanasia perlu diketahui. Arahan Perubatan Awal memberikan penekanan terhadap hak pesakit untuk menolak rawatan yang tidak diingini apabila berada dalam keadaan terminal atau tidak sedarkan diri yang tertakluk pada syarat tertentu. Hal ini tidak bermaksud bahawa pesakit memohon untuk hayatnya ditamatkan secara aktif. Sebaliknya, eutanasia aktif melibatkan tindakan langsung oleh seseorang, lazimnya profesional perubatan untuk menamatkan hayat pesakit melalui suntikan bahan pemati atau kaedah lain untuk mematikan.

Perbezaan ini ialah asas keabsahan moral dan undang-undang Arahan Perubatan Awal, khususnya bagi bidang kuasa yang masih belum menerima eutanasia sebagai amalan yang sah. Dalam konteks Malaysia, penolakan rawatan yang tidak wajar melalui Arahan Perubatan Awal dapat dikatakan berasaskan prinsip hak individu dan tidak bercanggah dengan kerangka undang-undang sedia ada, selagi tindakan tersebut tidak bersifat aktif untuk menamatkan hayat seseorang.

Dalam wacana etika perubatan, Arahan Perubatan Awal berpaksikan prinsip asas bioetika, iaitu prinsip autonomi, bermanfaat, tidak memudaratkan dan keadilan. Prinsip autonomi menuntut agar pesakit diberi hak untuk menetapkan keputusan berasaskan kefahaman yang mencukupi terhadap kesan, risiko dan hasil rawatan. Oleh itu, Arahan Perubatan Awal merupakan manifestasi prinsip autonomi yang dibawa ke hadapan, iaitu keputusan yang ditetapkan sebelum seseorang itu hilang upaya kognitif atau fizikal.

Dalam prinsip tidak memudaratkan pula, dinyatakan bahawa penyedia penjagaan kesihatan tidak boleh menyebabkan kemudaratkan terhadap pesakit. Jika pesakit secara jelas menyatakan hasrat untuk tidak menerima intervensi yang akan memanjangkan penderitaan atau menjejaskan maruah dirinya, pelaksanaan Arahan Perubatan Awal dilihat selari dengan prinsip ini. Perkara ini juga dapat mengelakkan konflik antara keluarga, doktor dan pesakit yang sering berlaku apabila keputusan rawatan perlu ditetapkan dalam keadaan terdesak.

Menurut Varkey (2021), prinsip keadilan dalam etika perubatan dapat ditafsirkan sebagai layanan yang baik, saksama dan sesuai mengikut setiap keperluan individu. Dalam konteks Arahan Perubatan Awal, prinsip keadilan menuntut agar semua keputusan awal pesakit dihormati tanpa diskriminasi. Penghormatan terhadap Arahan Perubatan Awal juga menyokong keadilan distributif kerana dapat mengelakkan penggunaan sumber perubatan secara berlebihan terhadap rawatan yang ditolak oleh pesakit.

Namun demikian, realiti pelaksanaan Arahan Perubatan Awal tidak selalunya selari dengan kerangka ideal ini. Cabaran utamanya termasuklah kemampuan pesakit untuk memahami sepenuhnya implikasi terhadap sesuatu keputusan perubatan, ketidakpastian tentang tafsiran arahan yang kabur dan konflik nilai antara pesakit, doktor dan keluarga. Oleh itu, peranan perunding profesional, khususnya doktor, penting bagi memastikan Arahan Perubatan Awal dihasilkan dengan maklumat yang mencukupi dan bahasa yang jelas.

Perbandingan Ringkas dengan Bidang Kuasa Lain

Penggubalan dan pelaksanaan Arahan Perubatan Awal di pelbagai negara mencerminkan pendekatan berbeza terhadap isu autonomi pesakit, hak menentukan rawatan perubatan dan cabaran etika, serta undang-undang yang wujud apabila pesakit hilang upaya untuk menetapkan keputusannya. Perbandingan rentas bidang kuasa penting untuk memahami model perundangan yang berbeza-beza, serta cara struktur dan kesan sistem penjagaan kesihatan terhadap pelaksanaan Arahan Perubatan Awal.

Singapura: Akta Arahan Perubatan Awal

Di Singapura, pelaksanaan Arahan Perubatan Awal dikawal secara jelas melalui Advance Medical Directive Act 1996. Undang-undang ini membenarkan seseorang itu menolak rawatan yang memanjangkan hayat, seperti bantuan pernafasan buatan, sekiranya berada dalam keadaan terminal peringkat akhir penyakit yang tidak lagi mempunyai harapan untuk sembuh dan rawatan perubatan tidak lagi mampu memulihkan pesakit, serta tidak sedarkan diri. Arahan Perubatan Awal di Singapura bertujuan untuk mengelakkan penderitaan yang tidak perlu dan memberikan ruang kepada pesakit untuk mengekalkan maruah diri dan autonomi pada penghujung hayatnya (Ministry of Health Singapore, 2021). Di Singapura, Arahan Perubatan Awal merupakan dokumen undang-undang yang ditandatangani pada peringkat awal untuk memaklumi doktor yang merawat pesakit (sekiranya pesakit tersebut menghidap penyakit yang menyebabkan kematian dan berada dalam keadaan tidak sedarkan diri) bahawa pesakit tidak mahu diberi sebarang rawatan luar biasa bagi tujuan untuk memanjangkan tempoh hayat pesakit tersebut (Ministry of Health, 2008). Arahan Perubatan Awal di Singapura ialah pilihan berbentuk penolakan rawatan, seperti menolak penggunaan mesin ventilator, oleh pesakit terminal yang tiada harapan untuk hidup.

Pelaksanaan Arahan Perubatan Awal di Singapura bersifat sukarela. Seseorang yang ingin menyediakan Arahan Perubatan Awal perlu melengkapkan

borang rasmi yang disediakan oleh Kementerian Kesihatan dan dihantar kepada Pendaftar Arahan Perubatan Awal. Walaupun undang-undang tidak mewajibkan rundingan dengan doktor ketika mengisi borang, satu seksyen khusus disediakan bagi pengesahan doktor yang menerangkan secara terperinci keadaan perubatan pesakit dan pemahaman pesakit terhadap keputusan tersebut. Di Singapura, Arahan Perubatan Awal ialah dokumen undang-undang bagi individu yang berumur 21 tahun ke atas untuk menolak rawatan luar biasa yang mengekalkan nyawanya jika berada dalam keadaan sakit terminal dan tidak sedarkan diri bagi memastikan keinginan tersebut dipenuhi (Ministry of Health Singapore, 2024). Hal ini ialah langkah penting bagi mengelakkan kekeliruan atau penyalahgunaan, khususnya dalam kes apabila keputusan perlu diaktifkan dalam situasi kecemasan.

Sistem Arahan Perubatan Awal di Singapura juga menekankan aspek kerahsiaan, iaitu hanya doktor yang merawat pesakit dan Jabatan Kesihatan mempunyai capaian terhadap rekod Arahan Perubatan Awal tersebut, melainkan pesakit sendiri memilih untuk memberitahu ahli keluarganya. Walaupun menghormati hak privasi individu, terdapat kritikan bahawa pendekatan ini mungkin menyukarkan pelaksanaan arahan dalam situasi kecemasan apabila doktor yang merawat orang tersebut tidak dimaklumi tentang kewujudan Arahan Perubatan Awal tersebut. Namun begitu, Singapura tetap dilihat sebagai model perundangan yang konsisten dan stabil, dengan mekanisme pemantauan yang jelas dan garis panduan operasi yang dikemas kini secara berkala.

United Kingdom: Advance Decision to Refuse Treatment (ADRT) dalam Mental Capacity Act 2005

Di United Kingdom, konsep Arahan Perubatan Awal dikenali sebagai Advance Decision to Refuse Treatment (ADRT) dan mempunyai asas kukuh dalam undang-undang melalui Mental Capacity Act 2005. Seksyen 24 hingga Seksyen 26 akta ini memperuntukkan bahawa mana-mana individu dewasa yang kompeten dari segi mental boleh merangka keputusan awal secara bertulis untuk menolak rawatan tertentu sekiranya hilang kapasiti dirinya dari segi mental pada masa hadapan.

Pelaksanaan ADRT yang sah secara undang-undang dapat mengikat pihak hospital, pegawai perubatan dan penjaga kesihatan profesional. Namun begitu, bagi memastikan kesahihannya, ADRT perlu memenuhi beberapa kriteria, termasuklah perlu dilakukan secara sukarela, tanpa paksaan, ditandatangani oleh pesakit dan disaksikan, serta menunjukkan bahawa pesakit memahami sepenuhnya kesan dan akibat bagi keputusan

yang dipilih. Tambahan pula, jika arahan tersebut melibatkan penolakan terhadap rawatan yang boleh menyelamatkan nyawa, pernyataan itu mestilah dinyatakan dengan jelasnya bahawa keputusan tetap berlaku walaupun mengakibatkan kematian (British Medical Association, 2020).

Berbeza daripada Singapura, sistem di United Kingdom memberikan perhatian serius terhadap konteks ketika pelaksanaan ADRT. Jika terdapat sebarang perubahan signifikan dalam keadaan perubatan atau teknologi rawatan sejak arahan dibuat, doktor berhak untuk mempertimbangkan semula kesesuaian pelaksanaan arahan tersebut, terutamanya jika dianggap tidak lagi relevan atau tidak mencerminkan kehendak pesakit pada masa ini. Walau bagaimanapun, mahkamah masih boleh dirujuk untuk membuat keputusan muktamad sekiranya berlaku pertikaian. Tambahan pula, sistem penjagaan kesihatan di United Kingdom menyokong pendekatan perancangan penjagaan awal, termasuklah pelantikan wakil yang diberi kuasa untuk membuat keputusan perubatan bagi pihak pesakit melalui surat kuasa berkekalan (LPA). Hal ini memberikan dimensi tambahan terhadap perlindungan hak pesakit dan membantu penjaga kesihatan memahami nilai dan keutamaan pesakit.

Amerika Syarikat: Patient Self-Determination Act (PSDA) 1990

Amerika Syarikat pula mempunyai pendekatan yang lebih menyeluruh melalui penggubalan Patient Self-Determination Act (PSDA) 1990 yang mewajibkan semua institusi kesihatan yang menerima pembiayaan Medicare dan Medicaid untuk memaklumi pesakit tentang haknya bagi membuat keputusan perubatan, termasuklah penyediaan Arahan Perubatan Awal. Hal ini termasuklah pilihan untuk menyediakan wasiat perubatan ketika hidup dan membuat lantikan menerusi Surat Kuasa Wakil Berterusan untuk Keputusan Penjagaan Kesihatan (Kohn, 2008).

Arahan Perubatan Awal di Amerika Syarikat tidak digubal sebagai undang-undang persekutuan secara substantif, tetapi tertakluk pada perundangan negeri masing-masing. Oleh itu, terdapat pelbagai variasi dari segi keperluan rasmi, kandungan borang dan keberkesanan pelaksanaan antara negeri. Sebagai contoh, California mempunyai Advance Health Care Directive yang membenarkan seseorang itu menyatakan dengan jelasnya pilihan rawatannya dan menamakan wakil penjagaan kesihatan (California Probate Code § 4700 et seq.). Advance Health Care Directive (AHCD) di California dikawal selia di bawah Probate Code Sections 4700–4701. Dokumen ini membolehkan seseorang itu (prinsipal) melantik ejen penjagaan kesihatan untuk membuat keputusan jika dirinya hilang keupayaan, serta

menyatakan arahan khusus mengenai rawatan akhir hayat, seperti bantuan pernafasan atau pendermaan organ. Bagi memastikan kesahan, dokumen ini mesti ditandatangani di hadapan dua saksi atau disahkan oleh notari awam. Selain itu, di Texas, Health and Safety Code melalui Chapter 166 secara spesifik membincangkan perihal yang berkaitan dengan Arahan Perubatan Awal.

Keunikan pendekatan yang digunakan oleh Amerika Syarikat terletak pada pendekatan berorientasikan hak asasi individu yang selaras dengan prinsip autonomi pesakit yang tinggi dalam budaya perubatan Amerika. Namun begitu, sistem ini turut berhadapan dengan beberapa cabaran. Antaranya termasuklah kekurangan kefahaman awam tentang Arahan Perubatan Awal, kekeliruan dalam pelaksanaannya oleh pihak hospital, serta kebimbangan yang berkaitan dengan tanggungjawab undang-undang jika berlaku pertikaian (Teno et al., 2007). Walaupun begitu, beberapa kajian menunjukkan bahawa apabila Arahan Perubatan Awal dilaksanakan dengan betul, kualiti penjagaan akhir hayat dapat ditingkatkan dan tekanan terhadap keluarga, terutamanya dalam penetapan keputusan pada waktu yang genting dapat dikurangkan (Mohd Zamre Mohd Zahir et al., 2019).

Perbandingan pelaksanaan Arahan Perubatan Awal di Singapura, United Kingdom dan Amerika Syarikat memperlihatkan bahawa tiada satu model yang sempurna, tetapi setiap negara membangunkan pendekatan undang-undang dan etika yang mencerminkan keutamaan masyarakat, serta sistem kesihatan masing-masing. Singapura menekankan kerangka kawal selia yang terpusat dan perlindungan privasi pesakit. United Kingdom pula memberikan penekanan terhadap kejelasan dokumen dan kerelevanan semasa, manakala Amerika Syarikat menekankan hak autonomi individu, tetapi menghadapi cabaran pelaksanaan daripada sistem perundangan yang berpecah. Di Amerika Syarikat, pelaksanaan Arahan Perubatan Awal berteraskan prinsip autonomi individu yang sangat kuat, selaras dengan tradisi liberal dan penekanan terhadap hak perlembagaan. Pesakit mempunyai kebebasan yang luas untuk menentukan bentuk arahan, melantik wakil penjagaan kesihatan dan menyatakan keutamaan rawatan. Namun begitu, sistem perundangan yang berpecah antara peringkat persekutuan dengan peringkat negeri menimbulkan cabaran besar dari segi keseragaman, penguatkuasaan dan kefahaman dalam kalangan penyedia perkhidmatan kesihatan. Akibatnya, walaupun autonomi pesakit dilindungi secara prinsip, pelaksanaan praktikal Arahan Perubatan Awal sering berhadapan dengan ketidaktentuan dan variasi yang ketara.

Bagi negara yang sedang merangka atau menilai semula dasar Arahan Perubatan Awal, ketiga-tiga model ini menyediakan panduan yang berguna. Pelibatan doktor, kefahaman awam, sokongan undang-undang dan integrasi dengan sistem penjagaan kesihatan adalah antara faktor utama yang menentukan kejayaan pelaksanaan Arahan Perubatan Awal. Seiring dengan perkembangan teknologi dan perubahan dalam nilai masyarakat terhadap kematian dan penghujung hayat, dasar dan undang-undang Arahan Perubatan Awal perlu sentiasa dikaji dan disesuaikan agar terus relevan dan berkesan.

Kedudukan Kerangka Undang-undang Arahan Perubatan Awal di Malaysia

Di Malaysia, tiada undang-undang khusus yang secara langsung mengawal selia Arahan Perubatan Awal (Shaikh Mohd Saiffuddeen Shaikh Mohd Salleh, 2015). Walau bagaimanapun, terdapat garis panduan umum yang dikeluarkan oleh Majlis Perubatan Malaysia (MPM) pada tahun 2013 melalui Artikel 17 dan Artikel 18 dalam dokumen Garis Panduan Keizinan Rawatan Pesakit oleh Pengamal Perubatan Berdaftar, Majlis Perubatan Malaysia (MMC) dikenali sebagai Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners, Malaysian Medical Council (MMC) Guideline, tahun 2013. Dalam Artikel 18, garis panduan tersebut menyatakan bahawa pengamal perubatan harus menahan diri daripada memberikan rawatan sekiranya terdapat arahan bertulis yang jelas oleh pesakit yang menolak rawatan tersebut dalam keadaan yang dinyatakan. Walaupun garis panduan ini wujud, garis panduan ini tidak mempunyai kekuatan undang-undang yang bersifat mengikat dan tidak menjelaskan proses atau keperluan sah dalam penyediaan Arahan Perubatan Awal secara terperinci. Walaupun terdapat beberapa hospital swasta yang menyediakan garis panduan umum tentang Arahan Perubatan Awal di laman sesawangnya (Berliner, 2012), tiada garis panduan atau standard khusus yang terperinci tentang Arahan Perubatan Awal di hospital kerajaan tempatan.

Pada tahun 2025, garis panduan MPM tersebut dipinda dan dikemas kini. Dengan berdasarkan Peruntukan 3.10, Garis Panduan Majlis Perubatan Malaysia mengenai Keizinan Rawatan Pesakit oleh Pengamal Perubatan Berdaftar turut dikenali sebagai Malaysian Medical Council Guideline, Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners, dalam Versi 3/2025, Pengamal Perubatan Berdaftar harus mengelakkan pemberian rawatan apabila terdapat arahan bertulis yang tidak berbelah bahagi daripada pesakit, iaitu rawatan sedemikian tidak akan diberikan dalam keadaan yang kini terpakai pada pesakit.

Menerusi peruntukan 3.11 Garis Panduan Majlis Perubatan Malaysia mengenai Keizinan Rawatan Pesakit oleh Pengamal Perubatan Berdaftar dalam Versi 3/2025, dinyatakan bahawa jika pesakit telah menetapkan keputusan awal, atau menyatakan hasratnya apabila dia mempunyai keupayaan mental, Pengamal Perubatan Berdaftar harus mempertimbangkan:

- (a) sama ada hal yang berkaitan dengan keputusan pesakit ini cukup jelas dan khusus untuk digunakan dalam keadaan klinikal yang kini berlaku;
- (b) sama ada keputusan itu kekal terkini;
- (c) sama ada terdapat sebarang sebab untuk meragui keupayaan pesakit pada masa keputusan itu ditetapkan; dan
- (d) sama ada terdapat tekanan yang tidak wajar terhadap pesakit untuk menetapkan keputusan.

Dalam peruntukan 3.12 Garis Panduan Majlis Perubatan Malaysia mengenai Keizinan Rawatan Pesakit oleh Pengamal Perubatan Berdaftar Versi 3/2025 pula, dinyatakan bahawa jika terdapat keraguan tentang kesahihan keputusan awal, terutamanya dalam kecemasan perubatan, Pengamal Perubatan Berdaftar harus meneruskan rawatan perubatan demi kepentingan terbaik pesakit sambil cuba menentukan kesahihan keputusan awal. Keputusan sedemikian hendaklah didokumenkan dengan jelasnya dalam rekod perubatan pesakit.

Selain itu, Bahagian II Klausula 1.14 dalam Kod Tatakelakuan Profesional yang dikenali sebagai Code of Professional Conduct yang dikeluarkan oleh Persatuan Perubatan Malaysia menjelaskan bahawa tugas utama doktor adalah untuk bertindak demi kepentingan terbaik pesakit. Oleh itu, sebarang keputusan untuk meneruskan atau menghentikan rawatan sokongan hayat hendaklah dilakukan dengan pertimbangan profesional yang teliti. Sekiranya terdapat Arahan Perubatan Awal daripada pesakit yang menyatakan kehendak pesakit mengenai rawatan perubatan pada masa hadapan apabila pesakit tidak lagi berupaya untuk menetapkan keputusan sendiri, doktor hendaklah menetapkan keputusan, sama ada untuk mematuhi atau tidak mematuhi arahan tersebut setelah berunding dengan ahli keluarga atau waris terdekat pesakit.

Isu yang berkaitan dengan keupayaan pesakit dalam penetapan keputusan, keperluan pengesahan profesional dan bidang kuasa wakil kesihatan tidak diuraikan secara menyeluruh dalam mana-mana undang-undang sedia ada. Hal ini berbeza daripada pendekatan yang diambil oleh United Kingdom melalui Mental Capacity Act 2005 atau di Singapura melalui Akta Arahan Perubatan Awal 1996 yang memberikan kerangka yang jelas tentang kesahan

dan pelaksanaan Arahan Perubatan Awal. Kekosongan ini menyebabkan pengamal perubatan menghadapi dilema untuk mengimbangi antara kehendak pesakit dengan tanggungjawab profesional apabila tiada asas undang-undang yang kukuh untuk menyokong pelaksanaan Arahan Perubatan Awal.

Hak ini berpunca daripada doktrin etika autonomi yang menegaskan bahawa individu yang rasional dan kompeten mempunyai kuasa untuk menentukan hala tuju penjagaan kesihatannya. Jika seseorang pesakit mempunyai kematangan dan kapasiti kognitif untuk memahami implikasi untuk menerima atau menolak rawatan perubatan, keputusannya harus dihormati walaupun boleh menyebabkan kematian (Brazier et al., 2023). Arahan Perubatan Awal mengukuhkan prinsip ini dengan membolehkan seseorang itu menyatakan keutamaan rawatan dengan lebih awal, memastikan pilihannya dihormati walaupun tidak lagi dapat berkomunikasi akibat penyakit, kecederaan atau kemerosotan kognitif.

Asas etika Arahan Perubatan Awal berpaksikan penghormatan terhadap autonomi, penentuan sendiri dan maruah. Arahan Perubatan Awal bukan sahaja berfungsi sebagai dokumen undang-undang, tetapi juga sebagai ekspresi nilai dan kepercayaan mendalam seseorang terhadap kehidupan dan penjagaan perubatan. Apabila dilaksanakan dengan betul, Arahan Perubatan Awal dapat membantu untuk mengelakkan penderitaan yang tidak perlu, mengurangkan kekeliruan dalam kalangan keluarga dan memberikan panduan yang jelas kepada penyedia penjagaan kesihatan. Arahan Perubatan Awal amat berguna dalam kes penyakit terminal, penyakit neurodegeneratif, seperti Alzheimer atau kecederaan teruk yang menyebabkan koma atau keadaan vegetatif kekal.

Seperti yang dijelaskan dalam perbincangan sebelum ini, tiada undang-undang khusus atau garis panduan terperinci tentang Arahan Perubatan Awal di Malaysia pada masa ini. Walaupun Arahan Perubatan Awal masih merupakan konsep baharu di Malaysia, terdapat seruan daripada beberapa pihak untuk meningkatkan kesedaran awam dan pelaksanaan pendekatan ini dalam sistem penjagaan kesihatan (Fadhlin Alias et al., 2020). Tambahan pula, kerajaan Malaysia sedang berada dalam perancangan awal untuk menggubal Akta Keupayaan Mental yang bertujuan untuk melindungi individu yang mungkin hilang keupayaan mental pada masa hadapan. Melalui akta ini, seseorang boleh melantik individu atau organisasi untuk mengurus hal peribadi dan keputusan pentingnya sekiranya hilang keupayaan mental, termasuklah keputusan berkenaan kesihatan.

Fungsi Arahan Perubatan Awal dalam Penjagaan Akhir Hayat

Penjagaan akhir hayat merupakan suatu fasa penting dalam sistem kesihatan moden yang mencerminkan keprihatinan terhadap maruah, keutamaan dan kesejahteraan pesakit yang berada dalam keadaan kritikal atau hampir mati. Dalam konteks ini, Arahan Perubatan Awal memainkan peranan signifikan sebagai alat yang membolehkan seseorang itu menentukan jenis rawatan perubatan yang diinginkan atau ditolak apabila kehilangan keupayaan untuk berkomunikasi atau menetapkan keputusan secara sadar. Arahan Perubatan Awal bertindak sebagai suatu bentuk pelan penjagaan masa hadapan yang menjunjung prinsip autonomi pesakit apabila seseorang itu berhak untuk membuat keputusan terhadap tubuh dan rawatannya walaupun dalam keadaan tidak sedarkan diri atau tidak kompeten secara mental.

Dalam kebanyakan keadaan, penjagaan akhir hayat melibatkan keputusan sukar, seperti keperluan bantuan pernafasan buatan, resusitasi kardiopulmonari (CPR) atau pemakanan melalui tiub. Tanpa panduan yang jelas daripada pesakit, keputusan ini sering dibebankan kepada keluarga atau doktor yang kadangkala berada dalam dilema dari segi etika dan emosi. Oleh itu, kewujudan Arahan Perubatan Awal dapat mengelakkan rawatan yang tidak diperlukan yang tidak selari dengan nilai pesakit atau hanya menambah penderitaan pada penghujung hayatnya. Dengan penyediaan arahan yang jelas, Arahan Perubatan Awal dapat membantu untuk memastikan bahawa penjagaan yang diterima sejajar dengan kepercayaan, harapan dan nilai pesakit, sekali gus mengurangkan konflik antara keluarga dengan penyedia perkhidmatan kesihatan.

Walau bagaimanapun, Arahan Perubatan Awal bukanlah suatu penyelesaian mutlak. Penyelidikan menunjukkan bahawa terdapat had tertentu yang wujud dalam keberkesanan dan pelaksanaannya (Cogo et al., 2016). Banyak orang menghadapi kesukaran untuk meramalkan senario perubatan kompleks yang mungkin berlaku pada masa hadapan secara sepenuhnya. Individu ini juga mungkin gagal memahami sepenuhnya implikasi klinikal dan etika sesuatu rawatan yang dipilih untuk diterima atau ditolak. Kekeliruan istilah perubatan, keseimbangan terhadap kemungkinan perubahan keputusan dan kesukaran untuk meramalkan pilihan terbaik dalam situasi yang belum dihadapi adalah antara faktor yang mengurangkan keberkesanan Arahan Perubatan Awal.

Tambahan pula, pihak profesional kesihatan kadangkala mengalami kesukaran untuk mentafsirkan atau melaksanakan kandungan Arahan Perubatan Awal, terutamanya apabila arahan tidak jelas dan bercanggah antara satu dengan lain atau bertentangan dengan amalan klinikal semasa. Dalam kes

ini, timbul persoalan tentang had penangguhan pelaksanaan Arahan Perubatan Awal oleh doktor demi prinsip manfaat atau standard penjagaan terbaik. Hal ini menunjukkan keperluan untuk pengukuhan proses penyediaan Arahan Perubatan Awal agar dokumen tersebut benar-benar mencerminkan kehendak pesakit secara tepat dan dapat dilaksanakan secara praktikal.

Langkah Penyediaan Arahan Perubatan Awal

Fasa mewujudkan Arahan Perubatan Awal merupakan suatu proses yang memerlukan kesedaran, perancangan rapi dan komunikasi terbuka antara pesakit, doktor, ahli keluarga dan pihak berkepentingan lain. Proses ini terdiri daripada lima peringkat utama, iaitu (1) membuat keputusan, (2) berunding dengan doktor, (3) merangka dokumen, (4) menyemak dan memuktamadkan kandungan, dan (5) memastikan keberkesahan pelaksanaannya.

1. Keputusan Pesakit untuk Menyediakan Arahan Perubatan Awal

Langkah pertama dalam proses penyediaan Arahan Perubatan Awal ialah kesedaran pesakit terhadap kepentingan untuk merancang penjagaan masa hadapan dan menetapkan keputusan untuk menyediakan dokumen tersebut. Pesakit lazimnya terdorong untuk menyediakan Arahan Perubatan Awal setelah melalui pengalaman penjagaan akhir hayat bagi ahli keluarga, mendengar nasihat perubatan atau terdedah pada maklumat yang berkaitan dengan hak pesakit. Keputusan ini sering dipengaruhi oleh faktor tertentu, seperti kepercayaan agama, nilai budaya, pengalaman peribadi dan keinginan untuk mengurangkan bebanan ahli keluarga ketika krisis perubatan (Fagerlin & Schneider, 2014). Sebagai contoh, Malaysia merupakan negara yang rencam dari aspek budaya dan agama. Oleh itu, setiap agama dan budaya mungkin mempunyai kepercayaan yang berbeza-beza dalam penerimaan amalan Arahan Perubatan Awal ini. Bagi penganut agama Islam, Arahan Perubatan Awal ini dibenarkan oleh syarak. Al-Izz ibn Abd. al-Salam (1980) menerangkan bahawa kedudukan rawatan perubatan dan berubat sama seperti kedudukan dalam hukum syarak yang berfungsi bagi tujuan kebaikan dan kemaslahatan hidup manusia dan menolak kemudaratan. Oleh hal yang demikian, hukum berubat dan rawatan perubatan, termasuklah Arahan Perubatan Awal, diharuskan demi menjaga satu daripada cabang maqasid syariah, iaitu menjaga nyawa. Bagi penganut agama Kristian pula, fahaman Jehovah's Witnesses melarang pemindahan darah daripada penderma darah walaupun bagi tujuan menyelamatkan nyawa (Watch Tower

Society, 2004). Oleh itu, Arahan Perubatan Awal ini boleh diamalkan selagi tidak bercanggah dengan arahan agamanya. Bagi penganut agama Hindu dan Buddha, kedua-dua agama ini mempunyai kepercayaan yang sama kerana berasaskan kebebasan penganutnya sendiri. Bagi penganut Hindu, keputusan, sama ada ingin meneruskan rawatan perubatan atau tidak, bergantung pada individu itu sendiri (Komunikasi peribadi, 8 Ogos 2019). Penganut Buddha pula mempercayai bahawa setiap detik kehidupan manusia ini memberikan manusia kebebasan untuk memilih (Lama Zopa Rinpoche, 2018). Kebebasan ini memberikan ruang kepada pesakit untuk membuat keputusan dalam kehidupannya (McCormick, 2013). Oleh itu, semua pesakit yang ingin mengekalkan kawalan terhadap keputusan perubatan memilih untuk menyatakan pilihan dengan lebih awal agar tidak ditentukan oleh pihak ketiga yang mungkin tidak memahami kehendak dan kepercayaan agama, serta budaya pesakit.

2. Perundingan dengan Doktor

Selepas menetapkan keputusan, pesakit wajar mendapatkan konsultasi perubatan bagi memahami pelbagai pilihan rawatan, serta kesan dan akibat yang mungkin berlaku secara mendalam. Doktor berperanan penting untuk menerangkan istilah perubatan, senario klinikal dan batasan rawatan. Melalui proses ini, pesakit bukan sahaja mendapat maklumat teknikal yang diperlukan, tetapi juga dibimbing bagi memahami implikasi moral dan etika sesuatu pilihan. Hal ini termasuklah penilaian keseimbangan antara autonomi pesakit dengan prinsip tidak memudaratkan, iaitu tanggungjawab doktor untuk mengelakkan sebarang kemudaratan terhadap pesakit. Rundingan ini membantu mengelakkan penetapan keputusan berdasarkan maklumat yang tidak lengkap atau salah faham, sekali gus meningkatkan kesahan dan kebolehppercayaan dokumen Arahan Perubatan Awal.

3. Perangkaan Arahan Perubatan Awal

Setelah memahami pilihan rawatan dan menetapkan keputusan yang termaklum, pesakit yang berupaya tersebut memasuki peringkat perangkaan dokumen Arahan Perubatan Awal. Dokumen ini merangkumi pelbagai komponen. Antaranya termasuklah kenyataan bertulis tentang keutamaan rawatan, penolakan terhadap rawatan tertentu, seperti intubasi atau dialisis, dan pelantikan wakil penjagaan kesihatan (healthcare proxy atau durable power of attorney). Wakil

ini diberi kuasa untuk menetapkan keputusan perubatan bagi pihak pesakit sekiranya pesakit tidak lagi kompeten secara mental. Pemilihan wakil mestilah dilakukan dengan berhati-hati kerana individu tersebut berperanan penting dalam pentafsiran dan pelaksanaan kehendak pesakit apabila Arahan Perubatan Awal diaktifkan (Bomba & Sabatino, 2009).

4. Semakan dan Pemuktamadan

Peringkat keempat melibatkan semakan dan pemuktamadan dokumen Arahan Perubatan Awal yang dirangka. Proses ini dapat dilakukan bersama-sama doktor, peguam atau pihak profesional lain bagi memastikan bahawa semua kandungan dokumen jelas, konsisten, sah dan tidak bercanggah. Penyemakan juga penting untuk menyesuaikan kandungan dengan perubahan keadaan kesihatan pesakit, kemajuan teknologi perubatan atau perubahan dalam nilai dan kepercayaan peribadi. Menurut Sabatino (2010), Arahan Perubatan Awal yang tidak dikemas kini selepas dirangka menyebabkan kesukaran dalam pelaksanaannya kerana arahan tersebut tidak sesuai dengan realiti perubatan semasa. Oleh itu, Arahan Perubatan Awal wajar disemak dan dikaji semula secara berkala, misalnya pada setiap tahun atau apabila berlaku perubahan ketara terhadap status kesihatan individu.

5. Pelaksanaan yang Berkesan

Langkah terakhir dalam proses ini ialah pelaksanaan Arahan Perubatan Awal secara berkesan apabila keadaan memerlukan. Hal ini memerlukan dokumen tersebut mudah dicapai dan diketahui oleh semua pihak yang berkaitan, seperti ahli keluarga, doktor, hospital dan wakil kesihatan. Dalam kebanyakan kes, pelaksanaannya gagal bukan disebabkan oleh isi kandungan Arahan Perubatan Awal yang tidak sah, tetapi dokumen tersebut tidak ditemukan atau tidak dimaklumkan kepada doktor yang merawat pesakit. Oleh itu, penyimpanan salinan Arahan Perubatan Awal di tempat strategik, pendaftaran dokumen di institusi kesihatan tertentu (jika ada sistem pendaftaran), serta pemastian komunikasi yang jelas antara pesakit dengan semua pihak yang berkaitan adalah penting (Kass-Bartelmes & Hughes, 2003). Komunikasi ini penting bukan sahaja untuk pelaksanaan teknikal dokumen, tetapi juga untuk mengurangkan konflik emosi dalam kalangan ahli keluarga yang mungkin berbeza pandangan terhadap rawatan yang sesuai.

Walaupun Arahan Perubatan Awal menawarkan potensi besar dalam pengukuhan penjagaan akhir hayat yang menghormati autonomi

pesakit, masih banyak cabaran praktikal dan undang-undang yang perlu ditangani. Antaranya termasuklah kadar kesedaran awam yang rendah, kekeliruan terhadap istilah dan konsep Arahan Perubatan Awal, serta ketidakconsistenan pelaksanaan antara hospital. Terdapat keperluan mendesak untuk meningkatkan pendidikan kesihatan awam, menyediakan bahan panduan yang mudah difahami dan petugas kesihatan dalam pengendalian perbincangan tentang penjagaan akhir hayat secara berempati dan profesional.

Dari sudut dasar dan undang-undang, penyediaan garis panduan nasional, sistem khas dan pewujudan pangkalan data Arahan Perubatan Awal secara berpusat dapat membantu untuk memastikan dokumen mudah dicapai ketika kecemasan. Selain itu, insentif doktor untuk memulakan perbincangan Arahan Perubatan Awal ketika rawatan pesakit kronik juga wajar dipertimbangkan agar pelan penjagaan ini dapat disepadukan dengan rawatan jangka panjang.

Cabaran Pelaksanaan

Isu etika yang berkaitan dengan Arahan Perubatan Awal adalah kompleks dan sering berpusat pada ketegangan antara menghormati hak pesakit untuk membuat keputusan dengan kewajipan profesional penjagaan kesihatan untuk mengelakkan kemudaratan. Arahan Perubatan Awal direka bagi memberikan peluang kepada pesakit untuk menentukan rawatan yang dikehendaki ketika berada dalam keadaan ketidakupayaan. Walaupun perkara ini selaras dengan prinsip autonomi dan martabat manusia, penerapannya dalam sistem penjagaan kesihatan sebenar dapat menimbulkan konflik.

Dalam amalan klinikal, konflik boleh berlaku apabila kandungan Arahan Perubatan Awal bertentangan dengan pertimbangan klinikal atau nilai peribadi pengamal perubatan. Tambahan pula, tekanan emosi keluarga yang mempunyai harapan tertentu terhadap rawatan juga menyukarkan pelaksanaan arahan tersebut. Misalnya, permintaan pesakit untuk menolak ventilasi mungkin dibantah oleh ahli keluarga yang masih mengharapkan pemulihan pesakit. Dalam situasi ini, pertimbangan keseimbangan antara hasrat pesakit dengan penilaian klinikal semasa adalah penting.

Kebimbangan juga wujud apabila Arahan Perubatan Awal tidak menyatakan arahan secara jelas atau apabila berlaku perubahan terhadap keadaan kesihatan dan teknologi rawatan semasa. Arahan yang dahulunya sesuai mungkin tidak lagi relevan atau selamat untuk dipatuhi jika wujud alternatif rawatan baharu yang lebih baik. Oleh itu, dokumen ini perlu

disemak secara berkala agar kekal selaras dengan kehendak semasa pesakit dan perkembangan perubatan. Masalah lain ialah kekurangan pengesanan kecekapan mental pesakit ketika penyediaan Arahan Perubatan Awal. Dalam kes pesakit yang menghidap gangguan kognitif awal, ketepatan dan keabsahan arahan yang ditetapkan boleh dipertikaikan. Bagi mengelakkan keraguan ini, rekod dokumentasi yang tepat dan telus adalah penting.

Doktor berperanan utama bagi memastikan Arahan Perubatan Awal dilaksanakan secara beretika dan berkesan. Hal ini termasuklah mendidik pesakit tentang pilihan yang ada, menjelaskan risiko dan manfaat, dan memupuk dialog terbuka antara semua pihak yang terlibat. Pendekatan ini bukan sahaja memperkukuh kepercayaan antara pesakit dengan penyedia penjagaan kesihatan, tetapi juga memastikan keputusan ditetapkan berdasarkan pengetahuan yang mencukupi.

Selain itu, pengkritik juga berpendapat bahawa pernyataan dalam sesetengah Arahan Perubatan Awal dapat ditafsir secara salah seolah-olah menyerupai eutanasia. Sebagai contoh, arahan yang menyatakan keutamaan untuk “tiada langkah luar biasa” dapat disalah tafsir, terutamanya dalam bidang kuasa yang tidak mempunyai garis pemisah yang jelas antara penjagaan paliatif, penghentian rawatan dan eutanasia (Jackson & Keown, 2019). Brazier (2020) memberikan amaran bahawa bahasa yang kabur dalam Arahan Perubatan Awal dapat menyebabkan salah guna, seterusnya menjejaskan tujuan etika dokumen tersebut. Bukan itu sahaja, persepsi bahawa Arahan Perubatan Awal mendorong eutanasia aktif tidak berasas dan perlu dibetulkan. Eutanasia aktif melibatkan tindakan aktif untuk menamatkan hayat, manakala Arahan Perubatan Awal merujuk penolakan rawatan yang tidak dikehendaki oleh pesakit. Kajian menunjukkan bahawa Arahan Perubatan Awal digunakan bagi memastikan rawatan mematuhi nilai individu pesakit, khususnya dalam keadaan terminal atau apabila pesakit tidak mampu untuk membuat keputusan.

Sekiranya berlaku salah tafsir atau pelaksanaan yang salah, puncanya sering berkait rapat dengan ketiadaan latihan yang mencukupi bagi petugas kesihatan dan kelemahan dasar institusi. Oleh itu, pembaharuan dasar perlu dilaksanakan yang merangkumi latihan profesional, penambahbaikan protokol dan pencerahan undang-undang yang berkaitan. Oleh itu, pelaksanaan Arahan Perubatan Awal menuntut pendekatan pelbagai disiplin yang menekankan kepentingan komunikasi, kesedaran etika, penilaian klinikal dan pematuhan perundangan. Menerusi strategi ini, Arahan Perubatan Awal terus menjadi instrumen yang sah dan beretika bagi menegakkan hak dan martabat pesakit pada penghujung hayatnya.

KESIMPULAN

Penyediaan Arahan Perubatan Awal merupakan langkah proaktif yang penting bagi menjamin hak pesakit untuk menentukan arah rawatan perubatan apabila kehilangan keupayaan untuk menetapkan keputusan. Arahan Perubatan Awal menyokong prinsip autonomi pesakit dan berperanan sebagai panduan dalam penjagaan akhir hayat. Namun begitu, keberkesannya bergantung pada rundingan bersama doktor bagi memastikan arahan yang didokumentasikan jelas, sah dan praktikal, serta bersesuaian dengan keadaan klinikal. Tanpa bimbingan profesional, Arahan Perubatan Awal berisiko untuk mengandungi kekaburan dan sukar untuk dilaksanakan. Oleh itu, kerjasama antara pesakit dengan penyedia kesihatan sangat penting. Dengan dasar yang mantap, garis panduan yang konsisten dan pendidikan awam yang menyeluruh, Arahan Perubatan Awal dapat menjadi instrumen utama dalam sistem kesihatan yang menghormati maruah dan pilihan individu apabila menghadapi fasa akhir kehidupan. Selain itu, keberkesanan pelaksanaan Arahan Perubatan Awal turut bergantung pada tahap literasi kesihatan awam. Banyak individu yang masih kurang memahami konsep Arahan Perubatan Awal dan fungsi sebenarnya, serta implikasi undang-undang yang berkaitan. Oleh itu, pendidikan awam perlu diperkasakan melalui kempen kesedaran, bengkel komuniti, klinik literasi dan integrasi topik ini dalam program penjagaan kesihatan primer. Pengetahuan yang mencukupi membolehkan seseorang itu menetapkan keputusan secara bermaklumat, seterusnya menggalakkan budaya merancang penjagaan masa hadapan yang lebih menyeluruh dan berasaskan nilai peribadi dan budaya setempat.

PENGHARGAAN

Pengarang merakamkan penghargaan kepada pengurusan Fakulti Undang-undang, Universiti Kebangsaan Malaysia kerana memberikan sokongan yang sewajarnya dalam penghasilan makalah ini.

PENDANAAN

Penerbitan makalah ini dibiayai oleh Dewan Bahasa dan Pustaka.

SUMBANGAN PENULIS

Selaku penulis tunggal, pengarang bertanggungjawab terhadap keseluruhan penulisan makalah ini.

PERISYTIHARAN

Konflik kepentingan: Pengarang tidak mempunyai sebarang konflik kepentingan dari segi kewangan dan bukan kewangan untuk diisytiharkan.

RUJUKAN

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (ed. ke-4). Oxford University Press.
- Berliner, H., M., & Swagerty, D. L. (2012). Advance Directive. <http://www.kpjdammansara.com/Advance-Directives-article-843.html>. Dicapai pada 4 November 2016.
- Bomba, P. A., & Sabatino, C. P. (2009). POLST: An improvement over traditional advance directives. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(4), 219–226. <https://doi.org/10.3949/ccjm.76a.08098>
- Brazier, M. (2020). *Medicine, patients, and the law* (ed. ke-6). Manchester University Press.
- Brazier, M., Cave, E., & Heywood, R. (2023). Agreeing to treatment. Dlm. E. Cave, M. Brazier & R. Heywood (Pnyt.), *Medicine, patients and the law* (ed. ke-7, hlm. 139–170). Manchester University Press. <https://doi.org/10.7765/9781526157188.00016>
- British Medical Association. (2020). *Advance decisions and advance statements*. <https://www.bma.org.uk>
- California Probate Code § 4700 et seq. (t.t.). California Advance Health Care Directive.
- Cantor, M. D. (2005). Advance directives and the pursuit of death with dignity. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 33(1), 52–65. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2005.tb00207.x>
- Cogo, S. B., Lunardi, V. L., Quintana, A. M., Girardon-Perlini, N. M. O., & Silveira, R. S. (2016). Challenges to implementation of advance directives of will in hospital practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 969–976.
- Cruzan lwn. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990).
- Department of Health & Social Care UK. (2018). *Mental Capacity Act Code of Practice*. <https://www.gov.uk>
- Fadhlin Alias, Puteri Nemie Jahn Kassim, & Muhammad Najib Abdullah. (2020). Dying wishes: Understanding advance medical directives from the Malaysian and Islamic law perspectives. *Ulum Islamiyyah*, 32, 18–39. <https://doi.org/10.33102/uij.vol32no.174>
- Fagerlin, A., & Schneider, C. E. (2004). Enough: The failure of the living will. *The Hastings Center Report*, 34(2), 30–42.
- Farhat Moazam. (2006). *Bioethics and organ transplantation in a Muslim society: A study in culture, ethnography and religion*. Indiana University Press.
- Gordy, S., & Klein, E. (2011). Advance directives in the trauma intensive care unit: Do they really matter? *International Journal of Critical Illness & Injury Science*, 1(2), 132–137.

- Ibn ‘Abd al-Salam. (t.t.). *Qawa‘id al-ahkam fi masalih al-anam* (Jld. 1, hlm. 4).
- Ishwara Bhat, P. (2020). *Idea and methods of legal research*. Oxford University Press.
- Jackson, E., & Keown, J. (2019). *Debating euthanasia*. Hart Publishing.
- Jackson, M., & Keown, J. (2019). The legal and ethical boundaries of advance directives. *Medical Law Review*, 27(3), 312–328. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwz017>
- Kass-Bartelmes, B. L., & Hughes, R. (2003). *Advance care planning: Preferences for care at the end of life*. Agency for Healthcare Research and Quality Issue Brief No. 8.
- Kohn, N. A. (2008). Outliving advance directives: The unpredictability problem. *Georgia Law Review*, 46(3), 593–667.
- Krippendorff, K. (2004). Content analysis: An introduction to its methodology (ed. ke-2). SAGE.
- Lama Zopa Rinpoche. (2018). *The four noble truths: A guide to everyday life*. Wisdom Publications.
- Malaysian Medical Council. (2013). <https://hq.moh.gov.my/medicalprac/wp-content/uploads/2022/01/Consent-Guidelines-Adopted-20131126-2-A.pdf> (23 November 2024).
- Malaysian Medical Council. (2019). *Code of Professional Conduct 2019*. <https://mmc.gov.my/wp-content/uploads/2022/04/Code-of-Professional-Conduct-2019.pdf>
- Malaysian Medical Council. (2025). Consent for treatment of patients by registered medical practitioners, Versi 3/2025.
- McCormick, A. J. (2013). Buddhist ethics and end-of-life care decisions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 9(2–3), 209–225. <https://doi.org/10.1080/15524256.2013.794060>
- Ministry of Health Singapore. (2021). *Advance medical directive*. Ministry of Health Singapore. <https://www.moh.gov.sg/seeking-healthcare/advance-medical-directive>
- Ministry of Health Singapore. (2024). *Advance medical directive*. Ministry of Health Singapore. <https://www.moh.gov.sg/seeking-healthcare/advance-medical-directive>
- Ministry of Health Singapore. (2008). *Advance medical directive*. Ministry of Health Singapore. https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Publications/Educational%20Resources/2008/AMD%20Booklet-final.pdf
- Mohd Zamre Mohd Zahir, Tengku Noor Azira Tengku Zainudin, Haniwarda Yaakob, Ramalingam 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, 353–359.
- Mohd Zamre Mohd Zahir, Tengku Noor Azira Tengku Zainudin, Ramalingam Rajamanickam, & Zainunnisaa Abd. Rahman. (2019). Arahan Do Not Resuscitate (DNR) dalam sektor kesihatan dari perspektif undang-undang. *Akademika*. 89, 143–154.

- Nasir Majeed, N., Amjad Hilal, & Arshad Nawaz Khan. (2023). Doctrinal research in law: Meaning, scope and methodology. *Bulletin of Business and Economics (BBE)*, 12(4), 559–563. <https://doi.org/10.61506/01.00167>
- National Institute on Aging. (2023). *Advance care planning: Health care directives*. National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov>
- National Institute on Aging. (2023). *Advance care planning: Healthcare directives*. <https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning>
- Nurul Hidayat Ab Rahman, Mohd Zamre Mohd Zahir, & Nabeel Mahdi Althabhwai. (2023). Repercussions of COVID'19 lockdown on implementation of children's rights to education. *Children*, 10, 474. <https://doi.org/10.3390/children10030474>
- Nurul Hidayat Ab Rahman, Salawati Mat Basir, & Mohd Zamre Mohd Zahir. (2022). Discrimination of street children's rights to development and sustainable development goals 2030 (SDG 2030). *Res Militaris*, 12(2) 7041– 7056.
- Puteri Nemie Jahn Kassim, & Fadhline Alias. (2015). Religious, ethical and legal considerations in end-of-life issues: Fundamental requisites for medical decision making. *Journal of Religion and Health*, 55(1), 119–134. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-014-9995-z>
- Ramalingam Rajamanickam, Mohd Safri Mohammed Naa'im, Tengku Noor Azira Tengku Zainudin, Zainunnisaa Abd. Rahman, Mohd zamre mohd zahir, & Muhammad Hatta. (2019). The assessment of expert evidence on DNA in Malaysia. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies (SCIENDO)* 8(2), 51–57. <https://doi.org/10.2478/ajis-2019-0016>
- re Quinlan in 70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (NJ 1976)*
- Searight, H. R., & Gafford, J. (2005). It's like playing with your destiny: Bosnian immigrants views of advance directives and end-of-life decision-making. *Journal of Immigrant Health*, 7(3), 195–203.
- Shaikh Mohd Saiffuddeen Shaikh Mohd Salleh. (2015). *Persoalan berkaitan Advance Medical Directive (AMD) dalam Kerangka Bioetika Islami [Pembentangan Kertas]*. Muzakarah Pakar Bioetika Islami mengenai Isu Advance Medical Directive (AMD), Kuala Lumpur.
- Soren, C. (2021). Legal research methodology: An overview. *Journal of Emerging Technologies and Innovative Research*, 8(10). <https://www.jetir.org/papers/JETIR2110354.pdf>
- Teno, J. M., Gruneir, A., Schwartz, Z., Nanda, A., & Wetle, T. (2007). Association between advance directives and quality of end-of-life care: A national study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 189–194. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01045.x>
- The Death of Nancy Cruzan, *Frontline*. (1992, 24 Mac). PBS.
- Varkey, B. (2021). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical principles and practice*, 30, 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- Watch Tower Bible and Tract Society. (2008). *Keep Yourself in God's Love*.
- Zaki Morad Mohammad Zaher. (2015). *Ethical considerations in the preparation of advanced medical directives [Pembentangan Kertas]*. Muzakarah Pakar: Bioetika Islami mengenai Isu Advance Medical Directive (AMD). Institut Kefahaman Islam Malaysia (IKIM).