JIHHP: Jurnal Ilmu Hukum, Humaniora dan Politik
E-ISSN: 2747-1993
P-ISSN: 2747-2000
https://dinastirev.org/JIHHP dinasti.info@gmail.com +62 811 7404 455
DOI: https://doi.org/10.38035/jihhp.v7i1.10102
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Received: 11 Oktober 2026 | **Revised:** 16 November 2026 | **Accepted:** 24 November 2026

Analisis Yuridis Pengaturan *Do Not Resuscicate* (DNR) dalam Sistem Hukum Kesehatan Indonesia: Problem Norma, Implikasi Hukum, dan Formulasi Pengaturan Ideal

Munandar Marsuki[1], Sirajuddin[2], Hargianti Dini Iswandari[3]
[1]Universitas Widya Gama Malang, Jawa Timur, Indonesia, nandarbeehoos@gmail.com
[2]Universitas Widya Gama Malang, Jawa Timur, Indonesia, sirajuddin@widyagama.ac.id
[3]Universitas Ngudi Waluyo, Jawa Tengah, Indonesia, hargianti.dini@gmail.com

Corresponding Author: nandarbeehoos@gmail.com

Abstract: *Do Not Resuscitate (DNR) is a medical decision not to perform cardiopulmonary resuscitation when a patient experiences cardiac or respiratory arrest, particularly in terminally ill patients or when resuscitation is considered futile. In Indonesia, DNR is not yet explicitly regulated in statutory law, while hospital practices vary, creating legal uncertainty for patients, families, and medical personnel. This study aims to analyze the normative problems in DNR regulation and their legal implications within the Indonesian health law system, and to formulate an ideal regulatory framework for the future. It is a normative juridical study employing statutory, conceptual, and comparative approaches (the United States and the United Kingdom). Legal materials were collected through library research and analyzed qualitatively using positive law theory, legal certainty theory, and Satjipto Rahardjo's theory of law formation and legal politics. The findings show that the normative problem in DNR regulation is a legal vacuum at the level of implementing norms, covering definition and clinical criteria, authority and consent, documentation and revocation, and legal liability. This vacuum exposes medical personnel to legal claims, leaves the rights of patients and families without certain guarantees, and results in non-uniform accountability standards among hospitals. The ideal DNR regulation should be established in a tiered manner through a government regulation implementing Law Number 17 of 2023 on Health, elaborated in a ministerial regulation, professional guidelines, and hospital standard operating procedures, with substantive provisions that protect patient dignity, provide legal certainty for medical personnel, and clearly distinguish DNR from euthanasia, and it should be developed participatively.*

Keyword: *Do Not Resuscitate (DNR), norm problem, health law.*

Abstrak: *Do Not Resuscitate* (DNR) merupakan keputusan medis untuk tidak melakukan resusitasi jantung paru apabila pasien mengalami henti jantung atau henti napas, terutama pada pasien dalam keadaan terminal atau ketika resusitasi dinilai sia-sia. Di Indonesia, DNR belum diatur secara eksplisit dalam peraturan perundang-undangan, sementara praktiknya di rumah sakit beragam sehingga menimbulkan ketidakpastian hukum bagi pasien, keluarga, dan tenaga

medis. Penelitian ini bertujuan menganalisis problem norma pengaturan DNR beserta implikasi hukumnya dalam sistem hukum kesehatan Indonesia, serta merumuskan pengaturan idealnya ke depan. Penelitian ini merupakan penelitian yuridis normatif dengan pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan perbandingan (Amerika Serikat dan Inggris). Bahan hukum dikumpulkan melalui studi kepustakaan dan dianalisis secara kualitatif menggunakan teori hukum positif, teori kepastian hukum, serta teori pembentukan hukum dan politik hukum Satjipto Rahardjo. Hasil penelitian menunjukkan bahwa problem norma pengaturan DNR berupa kekosongan norma pada lapisan norma pelaksana, yang meliputi definisi dan kriteria klinis, kewenangan dan persetujuan, dokumentasi dan pencabutan, serta pertanggungjawaban hukum. Kekosongan tersebut berimplikasi pada kerentanan tenaga medis terhadap tuntutan hukum, tidak terjaminnya hak pasien dan keluarga, serta tidak seragamnya standar akuntabilitas rumah sakit. Pengaturan ideal DNR perlu disusun secara berjenjang melalui peraturan pemerintah pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang dijabarkan dalam peraturan menteri kesehatan, pedoman organisasi profesi, dan standar prosedur operasional rumah sakit, dengan materi muatan yang melindungi martabat pasien, memberikan kepastian hukum bagi tenaga medis, serta membedakan secara tegas DNR dari euthanasia, dan disusun secara partisipatif.

Kata Kunci: Do Not Resuscitate (DNR), problem norma, hukum kesehatan

PENDAHULUAN

Perkembangan dunia medis dalam beberapa dekade terakhir telah menunjukkan kemajuan yang sangat pesat. Berbagai alat medis seperti ventilator, defibrilator, dan perangkat penunjang kehidupan lainnya memungkinkan pasien tetap bertahan hidup meskipun kondisi klinisnya sudah sangat kritis. Pada banyak kasus, pasien kritis yang bergantung pada alat penunjang kehidupan memerlukan keputusan klinis yang sulit, terutama ketika tindakan medis tidak lagi memberikan manfaat yang sebanding dengan penderitaan yang harus ditanggung pasien. Situasi tersebut menempatkan dokter pada posisi yang kompleks antara mempertahankan hidup dengan segala kemungkinan intervensi atau menghentikan tindakan yang dinilai tidak lagi bermanfaat (Lo & Jonsen, 1980)

Dilema etis dalam dunia medis saat ini menjadi semakin nyata, terutama dalam situasi di mana dokter dihadapkan pada pilihan sulit antara menyelamatkan nyawa dan menjaga martabat pasien di hari-hari terakhir kehidupannya (Ruark & Raffin, 1988). Terkadang, tindakan medis yang intensif (seperti resusitasi) justru memperpanjang proses menjelang ajal, padahal tidak ada lagi kemungkinan untuk pulih. Kondisi ini memunculkan pertimbangan mendasar mengenai seberapa jauh bantuan medis harus diberikan dan kapan bantuan tersebut sebaiknya dihentikan. Dalam konteks inilah konsep DNR (*Do Not Resuscitate*) menjadi relevan sebuah keputusan medis yang mempertimbangkan aspek etis dan klinis, serta keinginan pasien beserta keluarganya (Wijilestari et al., 2022).

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Peraturan tersebut telah dicabut dan disatukan ke dalam satu instrumen hukum. Undang-undang ini mengatur hak dan kewajiban pasien, kewenangan dan kewajiban tenaga medis termasuk persetujuan tindakan, penyelenggaraan rumah sakit beserta tanggung jawab hukumnya, perlindungan hukum bagi tenaga medis, serta mekanisme penegakan disiplin profesi (Republik Indonesia, 2023b).

Dalam kondisi gawat darurat henti jantung, menahan tindakan RJP tanpa landasan hukum dan dokumentasi persetujuan yang solid sangat mudah dituduh sebagai pelanggaran standar profesi. Situasi pelik ini menempatkan dokter pada dilema moral antara mempertahankan nalar klinis yang etis atau tetap melakukan resusitasi meski kondisi pasien secara medis sudah tidak memungkinkan untuk pulih. Dorongan untuk menghindari risiko gugatan hukum sering kali memaksa dokter mengambil opsi defensif dengan tetap melakukan tindakan agresif, walaupun

tindakan tersebut berpotensi memperpanjang penderitaan pasien dan mencederai kode etik kedokteran (Wijilestari et al., 2022).

Dalam ranah pidana, dokter dapat didakwa melakukan kelalaian yang mengakibatkan kematian pasien. Dari perspektif etika dan disiplin profesi, jika keputusan DNR tidak didukung oleh prosedur yang tepat, tindakan tersebut dapat dianggap sebagai pelanggaran terhadap standar profesi atau etika medis. Oleh karena itu, penguatan kerangka hukum terkait DNR merupakan langkah penting untuk melindungi tenaga kesehatan sekaligus menjaga kualitas layanan medis, dengan tetap memprioritaskan keselamatan dan martabat pasien (Fadillah & Ukas, 2025).

Urgensi pengaturan yang jelas mengenai kebijakan *Do Not Resuscitate* (DNR) menjadi semakin mendesak seiring dengan kompleksitas pelayanan kesehatan dan meningkatnya kasus-kasus yang melibatkan keputusan akhir hayat di rumah sakit. Tanpa adanya peraturan perundang-undangan yang jelas mengenai perintah DNR, para dokter sering kali dihadapkan pada persoalan sulit saat harus mengambil keputusan klinis yang mungkin memiliki konsekuensi hukum. Oleh karena itu, diperlukan kejelasan hukum agar dokter dapat menjalankan tugas profesionalnya tanpa terus-menerus merasa khawatir akan dituduh melakukan kelalaian atau dikriminalisasi.

Adanya kriteria yang jelas membantu menjadikan proses penentuan status DNR lebih transparan. Hal ini dapat memberikan informasi yang memadai bagi pasien dan keluarganya untuk memahami kondisi medis secara objektif. Hal ini mencegah salah persepsi bahwa dokter "membiarkan" pasien ketika keputusan DNR dibuat. Sebaliknya, DNR dipahami sebagai bentuk penghormatan terhadap martabat dan kualitas hidup pasien. Ketika pasien dan keluarga memiliki pemahaman yang baik terhadap keputusan medis ini, hubungan kepercayaan dengan dokter dapat tumbuh lebih kuat. Selain itu, mutu pelayanan juga meningkat karena keputusan medis tidak lagi diambil berdasarkan tekanan eksternal, melainkan berdasarkan pertimbangan klinis dan etis yang tepat (Hanafiah & Amir, 2016). Pengakuan normatif atas penerapan DNR tersebut tertuang dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor, serta Kode Etik Kedokteran Indonesia (Sihombing, 2026).

Studi-studi sebelumnya yang secara khusus membahas implikasi penerapan perintah DNR terhadap perlindungan hukum bagi dokter menunjukkan bahwa kerangka kerja paling ideal untuk perlindungan hukum di bidang ini memerlukan norma-norma yang jelas dan berlaku secara nasional, serta prosedur standar guna menjamin kepastian hukum. Perlindungan hukum bagi dokter dinilai dapat dicapai apabila secara normatif dituangkan definisi operasional dan kriteria terminal illness maupun *medical futility*, mekanisme persetujuan keluarga, penguatan dokumentasi medis, penguatan peran komite etik rumah sakit, serta standar pedoman penerapan DNR yang komprehensif dan berlaku secara nasional (Sihombing, 2026). Rekomendasi tersebut memperkuat urgensi penelitian ini untuk menelaah lebih lanjut problem norma pengaturan DNR dan implikasi hukumnya, serta merumuskan pengaturan idealnya ke depan, yang belum banyak disoroti secara spesifik dalam kajian-kajian terdahulu.

Ruang lingkup penelitian dibatasi pada tindakan penetapan dan pelaksanaan DNR dalam konteks rumah sakit di Indonesia. Penelitian tidak membahas seluruh aspek perawatan akhir hayat secara luas, melainkan berfokus pada mekanisme penetapan instruksi untuk tidak melakukan resusitasi, problem norma pengaturan DNR, proses komunikasi antara dokter, pasien, dan keluarga, implikasi hukum dari keputusan tersebut, serta formulasi pengaturan idealnya. Penetapan ruang lingkup ini penting agar pembahasan tetap terarah dan mendalam, sehingga dapat menghasilkan temuan yang relevan bagi penguatan regulasi nasional. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu hukum kesehatan, tetapi juga menjadi dasar bagi perumusan kebijakan pengaturan DNR yang

memberikan kepastian hukum bagi pasien, keluarga, dan tenaga medis dalam pelayanan kesehatan di Indonesia (Adriana, 2021).

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam tesis ini adalah penelitian hukum normatif atau penelitian yuridis normatif. Objek kajian penelitian ini adalah norma-norma hukum yang berkaitan dengan pengaturan *Do Not Resuscitate* (DNR) di Indonesia, antara lain Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan beserta peraturan pelaksanaannya, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor, serta Kode Etik Kedokteran Indonesia. Melalui kajian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi problem norma dalam pengaturan DNR, menganalisis implikasi hukumnya dalam sistem hukum kesehatan Indonesia, dan merumuskan pengaturan DNR yang ideal ke depan (Soekanto, 2018)

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), pendekatan konseptual (*conceptual approach*), dan pendekatan perbandingan (*comparative approach*) (Marzuki, 2017). Jenis bahan hukum yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier. Ketiga jenis bahan hukum tersebut saling melengkapi dan mendukung satu sama lain, sehingga hasil penelitian diharapkan dapat memberikan pemahaman yang mendalam serta argumentasi yang kuat mengenai problem norma pengaturan *Do Not Resuscitate* (DNR), implikasi hukumnya, serta pengaturan idealnya ke depan (Marzuki, 2017).

Metode pengumpulan bahan hukum dalam penelitian ini dilakukan melalui studi kepustakaan, karena penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif yang berfokus pada pengkajian norma-norma hukum tertulis. Studi kepustakaan dilakukan dengan menelusuri, mengidentifikasi, dan mengumpulkan bahan hukum primer, sekunder, dan tersier yang relevan dengan permasalahan penelitian, yaitu problem norma pengaturan Do Not Resuscitate (DNR), implikasi hukumnya, serta pengaturan idealnya ke depan (Soekanto, 2018)

Bahan hukum primer yang ditelusuri meliputi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, serta Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023) dan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Untuk keperluan perbandingan, ditelusuri pula Mental *Capacity Act* 2005 di Inggris dan *Patient Self-Determination Act* 1990 di Amerika Serikat beserta putusan pengadilan yang relevan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 secara khusus ditelaah karena Pasal 14-nya mengatur syarat, prosedur, dan pihak yang berwenang dalam penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup pada pasien terminal, yang menjadi rujukan utama bagi kajian kedudukan hukum dan pengaturan ideal DNR dalam penelitian ini (Kemenkes, 2014).

Bahan hukum sekunder yang dikumpulkan meliputi buku-buku ilmiah, jurnal hukum, dan artikel yang memberikan penjelasan dan elaborasi terhadap bahan hukum primer, di antaranya kajian mengenai etika kedokteran dan hukum kesehatan (Hanafiah & Amir, 2016). kajian mengenai *informed consent* sebagai instrumen yang menegaskan batas kewenangan para pihak dalam tindakan medis (Fitriana & Dewi, 2025). Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) sebagai pedoman etik profesi (Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia, 2025) serta literatur internasional mengenai dasar hukum penetapan DNR dalam situasi klinis kritis (Parent et al., 2021).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Problem Norma Pengaturan Do Not Resuscitate (DNR) dan Implikasi Hukumnya dalam Sistem Hukum Kesehatan Indonesia

Negara Indonesia secara konstitusional telah mengakui bahwa kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara. Hal ini tercermin dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang menegaskan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Ketentuan konstitusional ini menjadi titik pijak tertinggi dalam memahami kerangka hukum tindakan medis di Indonesia, sekaligus menegaskan bahwa negara menjamin kewajiban terpenuhinya hak tersebut melalui regulasi yang terstruktur dan hierarkis (Republik Indonesia, 2002).

Dalam sistem hukum Indonesia, tindakan medis diatur oleh berbagai peraturan yang memiliki tujuan utama untuk melindungi keselamatan pasien, sekaligus memberikan kepastian hukum bagi tenaga medis dalam melaksanakan praktik kedokteran. Dokter sebagai tenaga profesional memiliki kewenangan dan tanggung jawab yang besar karena setiap tindakan yang dilakukan dapat berdampak langsung pada keselamatan dan kehidupan pasien. Oleh karena itu, landasan hukum tindakan medis menjadi sangat penting sebagai pedoman formal bagi praktik kedokteran, memastikan bahwa setiap tindakan yang diambil sejalan dengan ketentuan hukum yang berlaku serta standar profesi yang diakui secara nasional (Afandi & Pratimaratri, 2023).

Landasan hukum tindakan medis di Indonesia mencakup sejumlah undang-undang yang secara eksplisit maupun implisit mengatur kewajiban, hak, dan batasan dokter dalam melakukan tindakan medis. Undang-undang kesehatan mengatur hak pasien, kewajiban tenaga medis, standar pelayanan, dan keselamatan pasien. Dokter wajib bertindak sesuai dengan kompetensi, prosedur yang berlaku, serta prinsip kehati-hatian, sehingga setiap tindakan dapat dipertanggungjawabkan secara profesional. Selain itu, undang-undang ini juga menekankan pentingnya *informed consent*, di mana pasien berhak mengetahui secara jelas segala tindakan medis yang akan dilakukan, termasuk risiko, manfaat, dan alternatif pengobatan yang tersedia. Dengan adanya persetujuan yang sah dari pasien, tindakan medis menjadi sah secara hukum dan memberikan perlindungan terhadap kemungkinan tuntutan di kemudian hari (Republik Indonesia, 2023b).

Salah satu tonggak pembaruan dalam kerangka hukum kesehatan Indonesia adalah lahirnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menggantikan sejumlah undang-undang kesehatan sebelumnya dalam satu payung regulasi yang lebih komprehensif. Undang-undang ini secara tegas mengatur hak dan kewajiban pasien, kewenangan tenaga medis, serta standar pelayanan kesehatan yang harus dipenuhi oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Dalam konteks tindakan medis, UU Nomor 17 Tahun 2023 memperkuat kedudukan *informed consent* sebagai syarat sahnya setiap tindakan medis, sekaligus menegaskan hak pasien untuk menolak tindakan medis tertentu setelah mendapatkan penjelasan yang memadai dari dokter. Ketentuan ini secara langsung relevan dengan keputusan DNR, karena memberikan landasan normatif bagi hak pasien atau keluarganya untuk terlibat dalam pengambilan keputusan mengenai tindakan resusitasi. Lebih jauh lagi, undang-undang ini juga mempertegas tanggung jawab profesional tenaga medis dan memperkuat mekanisme perlindungan hukum bagi dokter yang bertindak sesuai standar kompetensi dan prosedur yang berlaku. Dalam hierarki norma Hans Kelsen, UU 17 Tahun 2023 berkedudukan sebagai norma organik yang menjabarkan amanat konstitusional Pasal 28H UUD 1945, sehingga seluruh peraturan pelaksana di bawahnya termasuk peraturan menteri dan kebijakan internal rumah sakit harus selaras dan tidak boleh bertentangan dengan ketentuan yang diatur di dalamnya (Republik Indonesia, 2023b).

Pembahasan problem norma pengaturan *Do Not Resuscitate* (DNR) dalam subbab ini difokuskan pada kekosongan norma sebagaimana diuraikan pada tinjauan pustaka, yaitu tidak

adanya aturan yang mengatur suatu persoalan secara eksplisit dan komprehensif. Kekosongan tersebut diuji terhadap norma-norma yang telah diuraikan pada subbab sebelumnya, yaitu Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan beserta Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, serta Kode Etik Kedokteran Indonesia.

Pertama, kekosongan norma pada aspek definisi dan kriteria klinis. Tidak ada ketentuan yang mendefinisikan DNR, membedakannya dari penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup (*withdrawing* dan *withholding*), serta menegaskan bahwa status DNR tidak berarti penghentian seluruh perawatan. Pasal 14 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 hanya mengatur penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup pada pasien dalam keadaan terminal dan tindakan kedokteran yang sudah sia-sia, sedangkan penetapan kriteria kedua keadaan tersebut diserahkan kepada direktur atau kepala rumah sakit (Kemenkes, 2014).

Kedua, kekosongan norma pada aspek kewenangan dan persetujuan. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 mengatur hak pasien untuk menerima atau menolak tindakan setelah memperoleh informasi yang memadai serta kewajiban persetujuan tindakan, termasuk persetujuan oleh pihak yang mewakili apabila pasien tidak cakap (Republik Indonesia, 2023b). Namun, ketentuan tersebut dirumuskan untuk tindakan yang akan dilakukan, bukan untuk instruksi agar suatu tindakan tidak dilakukan pada kondisi tertentu di masa depan. Tidak ada norma yang menentukan siapa yang berwenang menetapkan DNR, apakah dokter penanggung jawab pelayanan secara sendiri atau tim, bagaimana urutan pihak yang mewakili pasien yang tidak cakap, bagaimana menyelesaikan perbedaan pendapat di antara anggota keluarga, serta bagaimana kedudukan pernyataan kehendak pasien yang dibuat sebelumnya (*advance directive*) (Republik Indonesia, 2023b).

Ketiga, kekosongan norma pada aspek dokumentasi, pencabutan, dan peninjauan ulang. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 mewajibkan pencatatan pelayanan dalam rekam medis, tetapi tidak menentukan bentuk baku instruksi DNR, isi minimal yang harus dicatat, cara penandaan status DNR agar dikenali seluruh tim, masa berlaku, maupun tata cara pencabutan dan peninjauan ulang ketika kondisi atau kehendak pasien berubah (Kemenkes, 2022) Akibatnya, keabsahan dokumen DNR sepenuhnya bergantung pada formulir yang dibuat masing-masing rumah sakit dan belum tentu diakui ketika pasien dirujuk ke fasilitas lain.

Keempat, kekosongan norma pada aspek pertanggungjawaban hukum. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana yang baru tetap mengancam pidana perbuatan merampas nyawa orang lain atas permintaan orang itu sendiri serta kealpaan yang mengakibatkan matinya orang, tetapi tidak ada norma yang menegaskan bahwa keputusan DNR yang ditetapkan sesuai indikasi medis dan prosedur yang sah bukan merupakan perbuatan tersebut (Republik Indonesia, 2023b). Demikian pula, perlindungan hukum bagi tenaga medis dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 digantungkan pada kepatuhan terhadap standar profesi dan standar prosedur operasional, sementara standar yang khusus untuk DNR belum pernah ditetapkan (Republik Indonesia, 2023b). Dengan demikian, ukuran untuk menentukan kapan keputusan DNR dilindungi hukum dan kapan dapat dipersalahkan juga mengalami kekosongan.

Bagi tenaga medis, implikasi utamanya adalah ketidakpastian ukuran pertanggungjawaban. Perlindungan hukum yang dijamin Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 diberikan sepanjang tenaga medis bertindak sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional (Republik Indonesia, 2023b). Karena standar yang khusus untuk DNR belum dirumuskan, perlindungan tersebut sulit diterapkan secara pasti. Apabila pasien meninggal dunia setelah keputusan DNR diambil, keputusan yang didasarkan pada pertimbangan klinis dan etis yang matang tetap berpotensi dipersoalkan sebagai kealpaan

dalam ranah pidana, sebagai perbuatan melawan hukum dalam ranah perdata, maupun sebagai pelanggaran disiplin dan etik profesi (Wijilestari et al., 2022).

Bagi pasien dan keluarga, problem norma berimplikasi pada ketidakpastian hak. Pasien tidak memiliki jaminan normatif bahwa kehendaknya untuk tidak diresusitasi, termasuk yang dinyatakan sebelumnya melalui *advance directive*, akan dihormati ketika ia kehilangan kapasitas. Keluarga juga tidak memperoleh kejelasan mengenai siapa yang berwenang memutuskan, bagaimana keputusan dapat dicabut, dan bagaimana menyelesaikan perbedaan pendapat di antara anggota keluarga (Amani, 2024). Pada pasien anak yang kritis, persoalan ini bahkan menyentuh perlindungan hukum bagi pihak yang paling rentan, karena keputusan DNR bergantung pada kesepakatan orang tua tanpa standar kepentingan terbaik anak yang tegas (Hung et al., 2022).

Bagi rumah sakit, implikasinya berupa tanggung jawab institusional tanpa ukuran yang seragam. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menegaskan tanggung jawab hukum rumah sakit atas kerugian yang ditimbulkan oleh kelalaian sumber daya manusia kesehatannya sehingga kebijakan internal tentang DNR yang dinilai tidak memadai dapat menjadi dasar gugatan terhadap rumah sakit (Republik Indonesia, 2023b). Karena tidak ada standar nasional, setiap rumah sakit menanggung sendiri risiko atas kebijakan yang disusunnya dan sulit melindungi dokter secara konsisten (Afandi & Pratimaratri, 2023).

Kasus yang melibatkan seorang pasien laki-laki berusia 41 tahun dengan fraktur servikal akibat jatuh dari atap rumah, yang mengalami syok neurogenik. Keputusan DNR pada kasus ini diambil atas pertimbangan klinis Tim PPA bahwa tindakan resusitasi jantung paru justru akan memperparah fraktur servikal yang dideritanya, sementara pihak keluarga menolak rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap karena keterbatasan biaya. Kedua kasus tersebut menunjukkan bahwa dasar penetapan DNR di rumah sakit nasional sangat beragam, mulai dari pertimbangan kesia-siaan tindakan secara klinis murni, keterbatasan sumber daya pada situasi bencana kesehatan, hingga faktor sosial-ekonomi keluarga, yang kesemuanya memerlukan kerangka hukum yang jelas agar setiap keputusan dapat dipertanggungjawabkan secara konsisten (Wijilestari et al., 2022).

Contoh konkret lain mengenai variasi praktik DNR di tingkat institusi dapat dilihat pada RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Penelitian fenomenologi terhadap pengalaman perawat dalam merawat pasien dengan DNR di ruang ICU rumah sakit tersebut menemukan bahwa meskipun kebijakan DNR telah diterapkan, pelaksanaannya di lapangan masih menghadapi persoalan komunikasi antara tenaga medis dan keluarga pasien, termasuk pengalaman perawat yang pernah menerima penolakan dari pihak keluarga terkait status DNR pasien. Temuan ini menegaskan bahwa persoalan DNR di rumah sakit nasional bukan semata-mata persoalan klinis, melainkan juga menyangkut relasi komunikasi antara dokter, pasien, keluarga, perawat, dan institusi rumah sakit, khususnya ketika terjadi perbedaan kehendak antara pasien atau keluarga dan tenaga medis dalam menetapkan maupun melaksanakan keputusan DNR (Asmetiasih et al., 2015).

Perbandingan praktik DNR di rumah sakit nasional juga menunjukkan perbedaan dalam proses komunikasi dengan pasien dan keluarga. Beberapa rumah sakit menerapkan prosedur konsultasi yang melibatkan dokter, perawat, dan pihak keluarga secara formal. Dokter menjelaskan kondisi pasien, kemungkinan keberhasilan resusitasi, risiko tindakan, dan alternatif yang tersedia. Setelah penjelasan, pasien atau keluarga memberikan persetujuan tertulis untuk keputusan DNR. Proses ini menciptakan kepastian dan transparansi, sehingga semua pihak memahami konsekuensi dari keputusan yang diambil.

Sebaliknya, rumah sakit lain lebih mengandalkan komunikasi informal atau verbal. Dokter mungkin menyampaikan keputusan secara lisan kepada keluarga tanpa dokumentasi resmi atau prosedur tertulis yang baku. Praktik ini meningkatkan risiko salah paham dan sengketa hukum, karena bukti tertulis yang menjadi dasar pertanggungjawaban dokter tidak

lengkap. Ketidaksesuaian dalam praktik komunikasi ini menimbulkan variasi dalam kualitas pelayanan, perlindungan hukum, dan kepuasan keluarga pasien (Asmetiasih et al., 2015).

Prinsip beneficence mengharuskan dokter untuk selalu bertindak demi kepentingan. Perbedaan paling mendasar antara sistem DNR di Amerika Serikat dan Indonesia terletak pada fondasi hukum dan kekuatan perlindungan yang diberikan kepada dokter. Di Amerika Serikat, keputusan DNR dituangkan dalam instrumen hukum portabel yang dikenal sebagai POLST (*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*), yang diakui secara hukum di seluruh fasilitas kesehatan mulai dari rumah sakit, panti jompo, hingga lingkungan pra-rumah sakit dan diperkuat oleh undang-undang masing-masing negara bagian serta pedoman nasional dari National *POLST Collaborative*. Di banyak negara bagian, undang-undang memberikan perlindungan hukum kepada tenaga kesehatan yang melaksanakan formulir POLST yang sah dengan iktikad baik, meskipun cakupan perlindungan tersebut berbeda antara satu negara bagian dan negara bagian lainnya. Selain itu, sistem Amerika Serikat secara tegas menempatkan pasien sebagai pengambil keputusan utama selama memiliki kapasitas, dan keluarga tidak dapat membatalkan DNR yang telah sah ditandatangani oleh pasien. Landasan hak pasien untuk menolak tindakan penunjang hidup di Amerika Serikat pada prinsipnya diakui dalam putusan Mahkamah Agung pada perkara *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health* (1990) dan diperkuat oleh *Patient Self-Determination Act* 1990 yang mewajibkan fasilitas kesehatan menginformasikan hak pasien untuk membuat *advance directive* (U.S. Supreme Court, 1990).

Inggris menerapkan sistem persetujuan yang fleksibel namun tetap berbasis hukum. Pengaturan DNR berada dalam kerangka *National Health Service* (NHS) melalui pedoman *Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation* (DNACPR). Pasien dewasa yang berkapasitas dapat menolak resusitasi di masa depan melalui keputusan penolakan tindakan di muka (advance decision to refuse treatment) yang, untuk tindakan penunjang hidup, harus dibuat secara tertulis, ditandatangani, dan disaksikan sebagaimana diatur dalam Mental Capacity Act 2005. Permintaan ini dicatat dalam rekam medis dan menjadi pedoman bagi dokter ketika menghadapi kondisi kritis. Dalam hal pasien tidak mampu membuat keputusan, perwakilan hukum atau keluarga dapat memberikan persetujuan. Regulasi yang mengatur hal ini menetapkan batasan jelas mengenai siapa yang berwenang membuat keputusan, kapan keputusan dapat diterapkan, dan bagaimana dokumentasi dilakukan. Dengan cara ini, dokter memiliki kepastian hukum dan perlindungan terhadap potensi tuntutan. Pengadilan banding Inggris dalam perkara *R (Tracey) v Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust* juga menegaskan bahwa dokter pada prinsipnya wajib melibatkan pasien dalam pembahasan sebelum menetapkan DNACPR, kecuali pembahasan tersebut diperkirakan akan menimbulkan bahaya fisik atau psikologis bagi pasien (United Kingdom, 2005).

Pembahasan mengenai problem norma dan perbandingan regulasi DNR belum lengkap tanpa memperhatikan nilai-nilai agama yang hidup dalam masyarakat Indonesia. Pertimbangan ini memiliki dasar normatif yang jelas. Pasal 29 ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menegaskan bahwa negara berdasar atas Ketuhanan Yang Maha Esa, dan Pasal 28J ayat (2) menempatkan nilai-nilai agama sebagai salah satu pertimbangan yang sah dalam pembatasan pelaksanaan hak dan kebebasan melalui undang-undang (Republik Indonesia, 2002). Pada tingkat undang-undang, Pasal 2 huruf k Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menjadikan pertimbangan moral dan nilai-nilai agama sebagai salah satu asas penyelenggaraan kesehatan (Republik Indonesia, 2023b) Dalam praktik, keputusan DNR juga kerap dipersepsikan oleh pasien dan keluarga sebagai persoalan keagamaan, misalnya apakah menolak resusitasi sama dengan berputus asa atau mempercepat kematian.

Nilai pertama adalah kewajiban menjaga kehidupan. Dalam ajaran Islam, pemeliharaan jiwa (*hifz al-nafs*) merupakan salah satu tujuan pokok syariat (*maqashid al-syari'ah*) (Asy-

Syatibi, 1997). Al-Qur'an menyatakan bahwa siapa yang memelihara kehidupan seorang manusia seolah-olah ia memelihara kehidupan seluruh manusia (QS. Al-Ma'idah [5]: 32), serta melarang manusia membunuh dirinya sendiri (QS. An-Nisa' [4]: 29) (Kementerian Agama Republik Indonesia, 2019). Rasulullah SAW juga memerintahkan umatnya untuk berobat karena Allah tidak menurunkan penyakit kecuali menurunkan pula obatnya (Abu Dawud, n.d.) Ajaran Katolik memandang hidup manusia sebagai sesuatu yang kudus dan menolak setiap tindakan yang dengan sengaja menyebabkan kematian, sedangkan ajaran Buddha melalui sila pertama melarang perbuatan menghilangkan nyawa makhluk hidup (Church, 1997; Keown, 2013).

Nilai kedua adalah larangan berputus asa. Al-Qur'an melarang manusia berputus asa dari rahmat Allah (QS. Yusuf [12]: 87 dan QS. Az-Zumar [39]: 53), dan Rasulullah SAW melarang seseorang mengharapkan kematian karena musibah yang menimpanya (Al-Bukhari, n.d.; Kementerian Agama Republik Indonesia, 2019). Dalam praktik, ajaran ini kerap dipahami oleh keluarga pasien sebagai kewajiban untuk menempuh semua tindakan medis hingga saat terakhir, sehingga persetujuan DNR dirasakan sebagai bentuk menyerah atau tidak berikhtiar. Pemahaman tersebut perlu ditempatkan secara proporsional. Larangan berputus asa pada dasarnya berkaitan dengan sikap batin seorang hamba terhadap rahmat Allah, bukan perintah untuk menggunakan setiap teknologi medis tanpa memperhitungkan manfaatnya.

Nilai ketiga adalah penghormatan terhadap martabat manusia. Al-Qur'an menegaskan bahwa Allah telah memuliakan anak cucu Adam (QS. Al-Isra' [17]: 70) (Kementerian Agama Republik Indonesia, 2019). Kemuliaan tersebut melekat pada manusia sepanjang hidupnya, termasuk pada saat menghadapi kematian. Ajaran Katolik secara eksplisit mengakui hak setiap orang untuk meninggal dengan tenang dalam martabat manusiawi dan kristiani, sehingga ketika kematian sudah tidak terhindarkan, seseorang boleh menolak bentuk pengobatan yang hanya memperpanjang hidup secara rapuh dan membebani, sepanjang perawatan normal bagi orang sakit tidak dihentikan (Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith, 1980). Dari sudut pandang ini, resusitasi pada pasien terminal yang tidak mungkin pulih, yang melibatkan kompresi dada, intubasi, dan kejut listrik, dapat menjadi tindakan yang membebani dan memperpanjang proses kematian tanpa memberikan manfaat bagi pasien.

Nilai keempat, yang paling menentukan bagi DNR, adalah batas kewajiban menjalankan tindakan medis yang tidak lagi bermanfaat. Dalam fikih Islam, berobat tidak dipandang sebagai kewajiban yang mutlak. Hukumnya dapat berbeda sesuai keadaan, yaitu wajib dalam situasi tertentu ketika pengobatan dapat menyelamatkan nyawa, tetapi dapat menjadi tidak wajib ketika pengobatan tidak lagi memberikan harapan pemulihan (Pasha & Albar, 2017).

Pengaturan Ideal DNR ke Depan dalam Konteks Penguatan Hukum Kesehatan Nasional

Empat tujuan pengaturan DNR, yaitu menjamin martabat dan hak pasien pada fase akhir kehidupan. Hak atas pelayanan kesehatan yang dijamin konstitusi (Republik Indonesia, 2002). tidak hanya berarti hak memperoleh tindakan medis, tetapi juga hak untuk tidak dikenai tindakan yang tidak lagi bermanfaat dan hanya memperpanjang penderitaan. Pandangan ini sejalan dengan gagasan hukum progresif bahwa hukum ada untuk manusia, sehingga keberhasilan pengaturan DNR diukur dari sejauh mana pengaturan tersebut melindungi pasien yang berada pada kondisi paling rentan, bukan dari banyaknya formulir dan prosedur yang dibuat (Rahardjo, 2009). Kedua, memberikan kepastian dan perlindungan hukum bagi tenaga medis. Tujuan ini sah, tetapi baru bermakna apabila berjalan bersama tujuan pertama, sehingga perlindungan dokter dari risiko hukum tidak dipahami sebagai satu-satunya tujuan pengaturan. Ketiga, menjamin keseragaman dan keadilan dalam sistem pelayanan kesehatan nasional. Pembahasan sebelumnya menunjukkan bahwa perlindungan prosedural yang diterima pasien sangat ditentukan oleh rumah sakit tempat pasien dirawat, bukan oleh kondisi medisnya. Disparitas tersebut bertentangan dengan prinsip keadilan dalam pelayanan kesehatan dan tidak dapat diatasi melalui kebijakan internal masing-masing rumah sakit, sehingga diperlukan

standar yang berlaku secara nasional. Keempat, memperjelas batas antara DNR dan tindakan yang dilarang. Sejak berlakunya Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana pada tanggal 2 Januari 2026, yang antara lain mengatur perbuatan merampas nyawa orang lain atas permintaan orang itu sendiri (Republik Indonesia, 2023a) pembedaan yang tegas antara DNR dan euthanasia aktif menjadi kebutuhan normatif yang semakin mendesak. DNR adalah keputusan untuk tidak memulai resusitasi pada pasien terminal ketika tindakan tersebut sia-sia, sehingga tidak boleh dipahami sebagai pengakhiran hidup.

Pertanyaan kedua politik hukum menyangkut cara yang paling tepat untuk mencapai tujuan tersebut. Secara teoretis terdapat tiga pilihan, yaitu mempertahankan keadaan saat ini, yaitu DNR tetap ditafsirkan secara sistemik dari ketentuan umum dan diatur melalui kebijakan masing-masing rumah sakit. Pilihan ini terbukti menyisakan defisit kepastian hukum pada prinsip keumuman dan keterbukaan norma menurut Fuller (1969) serta tidak mampu mengatasi disparitas praktik. Kedua, mengandalkan pedoman etik dan profesi semata. Pilihan ini juga belum memadai karena norma etik memperoleh daya ikat hukum secara tidak langsung melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan tidak dirancang untuk mengatur prosedur, dokumentasi, serta konsekuensi hukum keputusan DNR secara rinci (Kelsen, 1967). Ketiga, membentuk pengaturan hukum tersendiri yang berjenjang dan saling berkaitan. Pilihan ini dinilai paling sesuai dengan tujuan yang telah dirumuskan.

Pemilihan jenjang instrumen harus memperhatikan hierarki peraturan perundang-undangan. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 menempatkan undang-undang dan peraturan pemerintah di atas peraturan menteri, serta mengakui peraturan menteri sebagai norma yang mengikat sepanjang diperintahkan oleh peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi atau dibentuk berdasarkan kewenangan (Republik Indonesia, 2011). Implikasinya, materi yang menyangkut hak dasar pasien untuk menolak tindakan, batas pertanggungjawaban hukum tenaga medis, dan kewajiban rumah sakit tidak semestinya hanya bertumpu pada pedoman atau peraturan menteri yang berdiri sendiri, tetapi harus memiliki pijakan pada norma di tingkat undang-undang atau peraturan pemerintah. Selain itu, ketentuan pidana hanya dapat dimuat dalam undang-undang atau peraturan daerah sehingga pengaturan DNR tidak perlu menciptakan ancaman pidana baru dan cukup merujuk pada rezim pertanggungjawaban yang telah ada (Republik Indonesia, 2011).

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan telah menyediakan pijakan yang relevan melalui ketentuan mengenai hak pasien, perlindungan hukum tenaga medis, dan persetujuan tindakan (Republik Indonesia, 2023b). Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana undang-undang tersebut merupakan wadah yang paling dekat untuk memuat norma pokok DNR, sedangkan pengaturan teknisnya dapat dituangkan dalam peraturan menteri kesehatan (Kemenkes, 2022). Norma yang telah ada, yaitu Pasal 14 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup pada pasien terminal dan tindakan kedokteran yang sia-sia dapat menjadi titik tolak (Kemenkes, 2014), tetapi perlu diselaraskan dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 karena dibentuk pada masa berlakunya undang-undang kesehatan sebelumnya. Apabila pembentuk undang-undang menilai perlu memberikan landasan yang lebih kuat, misalnya untuk menegaskan perlindungan hukum bagi tenaga medis yang menjalankan DNR sesuai prosedur, perubahan undang-undang melalui program legislasi nasional tetap terbuka sebagai pilihan lanjutan, tetapi tidak menjadi prasyarat untuk memulai penataan.

Formulasi pengaturan yang ideal tidak berhenti pada pemilihan instrumen, tetapi harus menjawab materi yang perlu diatur. Berdasarkan kekosongan norma dan variasi praktik yang telah diuraikan, terdapat empat materi muatan pokok pada tahap penetapan DNR, yaitu definisi dan ruang lingkup, kriteria klinis, persetujuan beserta pihak yang berwenang menyatakannya, dan dokumentasi.

Kerancuan antara DNR, *withholding treatment*, *withdrawing treatment*, dan euthanasia telah diidentifikasi sebagai salah satu sumber sengketa antara keluarga dan tenaga kesehatan. Pengaturan perlu menegaskan bahwa DNR adalah instruksi medis untuk tidak melakukan resusitasi jantung paru apabila terjadi henti jantung atau henti napas, tidak otomatis berarti penghentian seluruh terapi penunjang lainnya, dan bukan tindakan yang bertujuan mengakhiri hidup pasien. Pembedaan berdasarkan niat (*intention*), tindakan (*action*), dan mekanisme kematian (*mechanism*) sebagaimana telah diuraikan pada latar belakang penelitian ini dapat dijadikan dasar perumusan pembeda tersebut dalam norma.

Kriteria klinis. Pasal 14 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 menyerahkan penetapan kriteria keadaan terminal dan tindakan yang sia-sia kepada direktur atau kepala rumah sakit (Kemenkes, 2014). Pendelegasian ke tingkat rumah sakit tersebut menjelaskan mengapa kriteria dapat berbeda antarrumah sakit dan tidak menjamin keseragaman. Pengaturan ideal perlu menetapkan definisi operasional dan kriteria minimum *terminal illness* dan *medical futility* pada tingkat nasional, sebagaimana juga direkomendasikan oleh penelitian terdahulu (Sihombing, 2026), sedangkan rumah sakit hanya melengkapinya sesuai kapasitas dan kondisi layanan masing-masing. Norma juga perlu menegaskan bahwa penilaian kesia-siaan tindakan dilakukan secara kolektif oleh tim dokter yang menangani pasien setelah berkonsultasi dengan Komite Medik atau Komite Etik.

Persetujuan dan pihak yang berwenang menyatakannya. Persetujuan tindakan medis pada dasarnya berfungsi sebagai sarana perlindungan hukum bagi pasien maupun tenaga kesehatan (Agita & Yustanti, 2025). Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menentukan bahwa persetujuan tindakan diberikan oleh pasien yang bersangkutan dan, apabila pasien tidak cakap, dapat diberikan oleh pihak yang mewakili, serta menyediakan pengecualian untuk keadaan gawat darurat ketika pasien tidak cakap dan tidak ada pihak yang dapat dimintai persetujuan (Republik Indonesia, 2023b). Ketentuan umum tersebut belum menjawab kekhususan DNR karena objek persetujuannya bukan tindakan yang akan dilakukan, melainkan tindakan yang tidak akan dilakukan pada kondisi tertentu di masa depan. Persyaratan bentuk tertulis dalam undang-undang tersebut pun dikaitkan dengan tindakan yang invasif atau berisiko tinggi, sehingga belum jelas apakah berlaku bagi DNR.

Pengaturan yang ideal tidak hanya mengatur penetapan DNR, tetapi juga pelaksanaannya, karena instruksi DNR baru benar-benar diuji ketika pasien mengalami henti jantung atau henti napas. Pada tahap ini norma perlu memuat tiga hal. Pertama, kewajiban tenaga medis dan tim yang pertama kali merespons kegawatan, termasuk perawat dan tim *code blue*, untuk mematuhi instruksi DNR yang sah, terdokumentasi, dan masih berlaku, sehingga tidak ada resusitasi yang dilakukan atas dasar keraguan pribadi. Kedua, hak pasien atau pihak yang mewakilinya untuk mencabut instruksi DNR sewaktu-waktu sebelum henti jantung terjadi, disertai kewajiban memperbarui status dalam rekam medis dan menginformasikannya kepada seluruh tim. Ketiga, kewajiban peninjauan ulang secara berkala, terutama apabila kondisi klinis pasien berubah secara signifikan, karena penilaian kesia-siaan tindakan bersifat dinamis.

Selanjutnya, pengaturan perlu menyediakan jalur penyelesaian konflik yang bertahap. Konflik dapat muncul ketika keluarga menolak keputusan DNR yang didasarkan pada penilaian klinis, atau sebaliknya menuntut DNR yang belum didukung dasar klinis. Norma yang ideal mengatur tahapan berupa komunikasi terstruktur antara dokter, pasien apabila masih memungkinkan, dan keluarga, peninjauan ulang dasar medis, pelibatan Komite Etik rumah sakit sebagai forum penilaian, dan baru setelah itu jalur penyelesaian sengketa lainnya. Pasal 14 ayat (3) dan ayat (4) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 telah mensyaratkan konsultasi dengan tim yang ditunjuk Komite Medik atau Komite Etik serta persetujuan keluarga atau pihak yang mewakili pasien sehingga pengaturan baru cukup mengembangkan ketentuan tersebut menjadi prosedur yang lengkap (Kemenkes, 2014).

Pengalaman perawat yang menghadapi penolakan keluarga terhadap status DNR pasien juga menunjukkan bahwa komunikasi merupakan titik rawan yang perlu dijawab melalui kewajiban pelatihan komunikasi klinis bagi tenaga medis (Asmetiasih et al., 2015).

Materi muatan yang paling menentukan bagi kepastian hukum tenaga medis adalah pengaitan antara prosedur DNR dengan perlindungan hukum. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 telah memberikan hak perlindungan hukum kepada tenaga medis sepanjang tugas dijalankan sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan pasien (Republik Indonesia, 2023b). Persoalannya, untuk DNR belum terdapat standar prosedur yang dapat dijadikan ukuran. Pengaturan DNR yang ideal berfungsi mengisi ukuran tersebut. Tenaga medis yang menetapkan dan melaksanakan DNR sesuai kriteria, persetujuan, konsultasi kolektif, dan dokumentasi yang ditentukan berada dalam koridor perlindungan hukum yang telah dijamin undang-undang, sejalan dengan pandangan bahwa profesionalitas dokter merupakan dasar bagi pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Irianto, 2016).

Pertanyaan ketiga politik hukum menyangkut waktu dan cara perubahan hukum. Terdapat sedikitnya tiga alasan bahwa penataan pengaturan DNR perlu dilakukan sekarang. Pertama, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 relatif baru sehingga peraturan pelaksana dan peraturan turunannya masih terus disusun dan diselaraskan, dan momentum ini dapat dimanfaatkan untuk memasukkan norma DNR bersamaan dengan harmonisasi tersebut. Kedua, mulai berlakunya Kitab Undang-Undang Hukum Pidana yang baru pada tahun 2026 menuntut pembeda yang tegas antara DNR dan tindakan yang dilarang. Ketiga, praktik di rumah sakit yang beragam dan risiko sengketa yang melekat menunjukkan bahwa setiap penundaan memperpanjang ketidakpastian yang ditanggung pasien, keluarga, dan tenaga medis.

Mengenai cara perubahannya, penataan sebaiknya dilakukan secara bertahap agar perlindungan bagi pihak yang terlibat tidak tertunda sambil menunggu instrumen yang lebih tinggi. Tahap pertama adalah penyusunan pedoman nasional oleh Kementerian Kesehatan bersama organisasi profesi sebagai peraturan kebijakan yang menyeragamkan definisi, kriteria, dan formulir, sehingga rumah sakit dapat segera menyusun atau menyesuaikan standar prosedur operasional. Tahap kedua adalah penuangan norma pokok DNR pada peraturan pemerintah pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 yang sekaligus memuat pendelegasian kepada peraturan menteri. Tahap ketiga adalah penerbitan peraturan menteri kesehatan sebagai norma teknis berdasarkan pendelegasian tersebut, disertai evaluasi untuk menilai perlu tidaknya penguatan pada tingkat undang-undang. Urutan ini menjaga agar peraturan menteri yang dibentuk tetap memiliki dasar perintah dari peraturan yang lebih tinggi.

Pertanyaan keempat politik hukum menyangkut pola baku yang dapat membantu memutuskan proses pemilihan tujuan dan cara. Dalam konteks pembentukan peraturan perundang-undangan di Indonesia, pola baku tersebut telah tersedia dalam bentuk tahapan perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan sebagaimana diatur dalam undang-undang tentang pembentukan peraturan perundang-undangan, yang mengharuskan adanya naskah akademik pada rancangan undang-undang dan menjamin hak masyarakat memberikan masukan pada setiap tahapan pembentukan (Republik Indonesia, 2011). Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 91/PUU-XVIII/2020 menegaskan bahwa partisipasi harus bermakna, yaitu mencakup hak untuk didengarkan pendapatnya, hak untuk dipertimbangkan pendapatnya, dan hak untuk mendapat penjelasan atas pendapat yang diberikan (Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia, 2021).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Problem norma pengaturan *Do Not Resuscitate* (DNR) dalam sistem hukum kesehatan Indonesia adalah kekosongan norma. DNR memang memiliki Landasan dalam hukum positif,

yaitu jaminan hak atas pelayanan kesehatan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, hak pasien untuk menyetujui atau menolak tindakan medis dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta ketentuan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup dalam Pasal 14 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014. Namun, tidak satu pun dari ketentuan tersebut mengatur DNR secara eksplisit sebagai keputusan medis yang berdiri sendiri. Kekosongan tersebut terdapat pada empat aspek, yaitu definisi dan kriteria klinis, kewenangan dan persetujuan, dokumentasi dan pencabutan, serta pertanggungjawaban hukum, dan terletak pada lapisan norma pelaksana. Akibatnya, penentuan kriteria keadaan terminal dan tindakan yang sia-sia diserahkan kepada masing-masing rumah sakit, sehingga pasien dengan kondisi serupa dapat diperlakukan berbeda dan norma yang berlaku tidak bersifat umum, terbuka, dan jelas. Kekosongan norma ini menimbulkan tiga implikasi hukum, yaitu tenaga medis rentan terhadap tuntutan administratif, perdata, maupun pidana meskipun telah bertindak sesuai standar profesi; hak pasien dan keluarga dalam persetujuan dan pencabutan DNR tidak terjamin secara pasti; dan rumah sakit tidak memiliki standar akuntabilitas yang seragam.

Pengaturan ideal DNR ke depan dalam konteks penguatan hukum kesehatan nasional adalah pengaturan yang mengisi kekosongan norma tersebut secara berjenjang, berorientasi pada martabat pasien, dan disusun secara partisipatif. Dari segi tujuan, pengaturan diarahkan untuk melindungi martabat dan hak pasien pada akhir kehidupannya, memberikan kepastian dan perlindungan hukum bagi tenaga medis yang bertindak sesuai prosedur, menjamin keseragaman pelayanan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, serta menegaskan batas antara DNR dan euthanasia. Dari segi bentuk, norma pokok DNR dimuat dalam peraturan pemerintah pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, yang dijabarkan lebih lanjut dalam peraturan menteri kesehatan, pedoman organisasi profesi, dan standar prosedur operasional rumah sakit, dengan kemungkinan penguatan pada tingkat undang-undang. Dari segi materi muatan, pengaturan perlu mencakup definisi dan ruang lingkup DNR yang membatasinya hanya pada resusitasi; kriteria klinis minimum keadaan terminal dan tindakan yang sia-sia; persetujuan pasien, pernyataan keinginan sebelumnya (*advance directive*), dan standar kepentingan terbaik pasien bagi pihak yang mewakili; dokumentasi yang baku; kewajiban mematuhi instruksi DNR yang sah; pencabutan dan peninjauan ulang secara berkala; penyelesaian konflik melalui komite etik; jaminan bahwa perawatan dasar, perawatan paliatif, dan pendampingan rohani tetap diberikan; serta perlindungan hukum bagi tenaga medis yang mematuhi prosedur. Dari segi waktu dan proses, penataan perlu dimulai sekarang secara bertahap, dari pedoman nasional hingga peraturan yang lebih tinggi, melalui kajian akademik, harmonisasi, partisipasi bermakna yang melibatkan tenaga medis, rumah sakit, pasien dan keluarga, tokoh agama, serta akademisi, dan disertai evaluasi berkala berdasarkan data pelaksanaannya.

Saran

Pemerintah perlu memuat norma pokok DNR dalam peraturan pemerintah pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 melalui perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, dan Kementerian Kesehatan perlu menindaklanjutinya dengan peraturan menteri kesehatan tentang DNR yang secara eksplisit menegaskan kedudukan hukumnya serta mengatur secara rinci definisi dan ruang lingkup, kriteria klinis, persetujuan beserta pihak yang mewakili pasien, dokumentasi, pelaksanaan, pencabutan, dan penyelesaian konflik, sehingga penafsiran sistemik yang selama ini diperlukan dapat digantikan dengan norma yang jelas dan berlaku seragam secara nasional. Rumah sakit perlu menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) DNR yang mengatur mekanisme persetujuan oleh pihak yang mewakili pasien, kriteria operasional standar kepentingan terbaik pasien, kewajiban konsultasi kolektif dengan Komite Medik atau Komite Etik sebelum keputusan DNR ditetapkan, mekanisme kepatuhan dan peninjauan ulang berkala pada tahap pelaksanaan, serta penguatan dokumentasi rekam medis

yang mencatat dasar klinis, pihak yang memberikan persetujuan, dan proses konsultasi yang telah ditempuh.

Tenaga medis perlu memperoleh pelatihan komunikasi klinis yang berorientasi pada penghormatan otonomi pasien dan penjelasan kepentingan terbaik pasien kepada keluarga, agar proses *informed consent* untuk DNR dilakukan secara jelas, empatik, dan sesuai dengan syarat kecakapan, kesukarelaan, serta pemahaman yang memadai. Keluarga atau pihak yang mewakili pasien perlu memahami bahwa persetujuan bagi pasien yang tidak cakap harus bertumpu pada standar kepentingan terbaik pasien, bukan pada preferensi atau kepentingan pribadi keluarga, sehingga persetujuan yang diberikan benar-benar mencerminkan kehendak dan kepentingan terbaik pasien. Penelitian ini masih terbatas pada kajian yuridis normatif dan studi perbandingan hokum. Penelitian selanjutnya disarankan melakukan penelitian lapangan (yuridis empiris) untuk mengidentifikasi kesenjangan antara ketentuan normatif dan pelaksanaannya, memperdalam kajian perbandingan dengan negara lain selain Amerika Serikat dan Inggris, serta mengakomodasi perspektif pasien dan keluarga secara lebih mendalam mengenai pemahaman mereka atas standar kepentingan terbaik pasien dalam penetapan dan pelaksanaan DNR.

REFERENSI

Abu Dawud, S. bin al-A. (n.d.). *Sunan Abi Dawud (Hadis No. 3855, Kitab at-Tibb)*. Retrieved Sunnah.com

Adriana, G. (2021). Do Not Resucitate (DNR) dalam Sistem Hukum Indonesia. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, *1*(5), 515–523.

Afandi, D., & Pratimaratri, U. (2023). Perlindungan hukum bagi dokter oleh rumah sakit dalam menjalankan praktik kedokteran. *Jurnal Ilmu Kedokteran (Journal of Medical Science)*, *17*(1), 1–10.

Agita, P., & Yustanti, D. E. (2025). Efektivitas Penerapan Persetujuan Tindakan Media (Informed Consent) sebagai Perlindungan Hukum bagi Pasien dan Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Medis di Rumah Sakit. *JIMU: Jurnal Ilmiah Multidisipliner*, *4*(01).

Al-Bukhari, M. bin I. (n.d.). *Sahih al-Bukhari (Hadis No. 5671, Kitab al-Marda)*. Retrieved https://sunnah.com/bukhari:5671

Amani, S. B. (2024). *Kedudukan Informed Consent Dalam Pelaksanaan Advanced Directives Pada Kasus Pasien Henti Jantung Bagi Tenaga Medis Yang Melakukan Tindakan Do Not Resuscitate*. Universitas Gadjah Mada.

Asmetiasih, T., Ratnawati, R., & Rini, I. S. (2015). Studi Fenomenologi: Pengalaman Perawat Dalam Merawat Pasien Dengan Do Not Resuscicate (DNR) Di Ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Medika Respati: Jurnal Ilmiah Kesehatan*, *10*(4).

Asy-Syatibi, A. I. (1997). Al-Muwafaqat fi ushul al-Syari'ah. *Beirut: Dar Al-Kutub Al-'Ilmiyyah*.

Church, C. (1997). *Catechism of the Catholic Church (2nd ed.)*. Libreria Editrice Vaticana.

Fadillah, N., & Ukas, U. (2025). Tindakan Do Not Resuscicate Pasien Terminal Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dalam Perspektif Hukum Pidana. *Jurnal Rectum*, *4*(2).

Fitriana, D., & Dewi, A. S. (2025). Informed Consent Sebagai Upaya Perlindungan Hukum Terhadap Dokter Dalam Melakukan Tindakan Medis. *JUSTITIA Jurnal Ilmu Hukum Dan Humaniora*, *8*(1), 249–261.

Fuller, L. L. (1969). Human interaction and the law. *Am. J. Juris.*, *14*, 1.

Hanafiah, M. J., & Amir, A. (2016). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan, Edisi Ke-5*. EGC.

Hung, M. S., Ardiansah, A., & Triana, Y. (2022). Perlindungan Hukum Bagi Pasien Anak Kritis Dari Kesepakatan Do Not Resuscitate (DNR)(Legal Protection of Critical Children Patients from Do Not Resuscitate (DNR). *Jurnal Ilmiah Indonesia*, *7*, 2.

Irianto, B. (2016). Profesionalitas â€ œProviderâ€(Dokter), Mutlak Adanya Sebagai Dasar Pemberi Pelayanan Kesehatan Di Masyarakat: Suatu Telaah Hukum Kesehatan. *JATISWARA*, *31*(2), 207–218.

Kelsen, H. (1967). *Pure theory of law*. Univ of California Press.

Kemenkes. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor*. Republik Indonesia.

Kemenkes. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Republik Indonesia.

Kementerian Agama Republik Indonesia. (2019). *Al-Qur'an dan terjemahannya: Edisi penyempurnaan 2019. Lajnah Pentashihan Mushaf Al-Qur'an.*

Keown, D. (2013). Buddhism and bioethics. *Religious Perspectives in Bioethics*, 173–188.

Lo, B., & Jonsen, A. R. (1980). *Clinical decisions to limit treatment*. American College of Physicians.

Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. (2021). *Putusan Nomor 91/PUU-XVIII/2020 tentang Pengujian Formil Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, diucapkan pada 25 November 2021*.

Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. (2025). *Kode etik kedokteran Indonesia dan sumpah dokter*. Ikatan Dokter Indonesia.

Marzuki, M. (2017). *Penelitian hukum: Edisi revisi*. Prenada Media.

Parent, B., Rivera-Agosto, J. L., & Walsh, B. C. (2021). Legal Foundation for Crisis Clinical DNR Orders: Legal Foundation for Crisis Clinical DNR Orders. *Journal of General Internal Medicine*, *36*(10), 3210–3211.

Pasha, H. C., & Albar, M. A. (2017). Do not resuscitate, brain death, and organ transplantation: Islamic perspective. *Avicenna Journal of Medicine*, *7*(02), 35–45.

Rahardjo, S. (2009). *Hukum progresif: Sebuah sintesa hukum Indonesia*. Genta Pub.

Republik Indonesia. (2002). *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3)*. Sekretariat Negara Republik Indonesia.

Republik Indonesia. (2011). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan*.

Republik Indonesia. (2023a). *Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana*. Sekretariat Negara Republik Indonesia.

Republik Indonesia. (2023b). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Republik Indonesia.

Ruark, J., & Raffin, T. A. (1988). *Initiating and withdrawing life support.*

Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. (1980). *Declaration on euthanasia (Iura et bona)*. Libreria Editrice Vaticana.

Sihombing, C. Y. (2026). *Penerapan Do Not Resuscitate (DNR) pada Pasien Terminal Illness: Analisis Bioetika dan Implikasinya terhadap Perlindungan Hukum Dokter*. Universitas Widya Gama Malang.

Soekanto, S. (2018). *Pengantar Penelitian Hukum*. UI-Press.

U.S. Supreme Court. (1990). *Cruzan v. Director, Missouri Dep't of Health, 497 U.S. 261*. Missouri Department of Health.

United Kingdom. (2005). *Mental Capacity Act 2005, c. 9, §§ 24–26. The National Archives*.

Wijilestari, M. I., Suharso, Y. L., & Nugroho, H. P. (2022). Description of Factors Influencing Do Not Resuscitate (DNR) Decisions and Their Legal Consequences. *Soepra Jurnal Hukum Kesehatan*, *8*(2), 164–176.