

## URGENSI PENGATURAN *DO NOT RESUSCITATE* (DNR) DALAM SISTEM HUKUM KESEHATAN DI INDONESIA

Rizka<sup>a</sup>, Friska Azharun Tyas Ardellia<sup>b</sup>, Yusril Aulia Patra<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia, riz123@ums.ac.id

<sup>b</sup> Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia, friskatyas14@gmail.com

<sup>c</sup> Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia, yusrilapatra@gmail.com

| Article  | Abstract  |
|--|---|
| <p><b>Keywords:</b><br/><b>Do Not Resuscitate, Health Law, Patient Autonomy, Bioethics</b></p> <p><b>Riwayat Artikel</b><br/>Received: Juni 01, 2026;<br/>Reviewed: Juni 16, 2026;<br/>Accepted: Juni 16, 2026;<br/>Published: Juli 03, 2026</p> | <p><i>This study examines the Do Not Resuscitate (DNR) regulation in global health law and the urgency of its establishment in Indonesia. This study uses a normative approach with descriptive-analytical specifications through both statutory and conceptual approaches. The data sources used include primary legal materials, namely the 2023 Health Law, Minister of Health Regulation Number 37 of 2014, and the Indonesian Code of Medical Ethics (KODEKI), as well as secondary legal materials in the form of books, journals, and previous research. The results of the study indicate that: (1) DNR regulation at the global level has developed steadily, including through international instruments such as the Universal Declaration of Human Rights (1948) and the International Conference on Medical Ethics (2024), as well as regulations in various developed countries, such as the Uniform Health-Care Decisions Act in the United States (through the POLST scheme), the Mental Capacity Act in the United Kingdom (through DNACPR), and Advance Care Planning in Japan; (2) In Indonesia, DNR regulations are still implicit, reflected in the Health Law (Articles 276 and 293) and the Minister of Health Regulation (Article 14), thus giving rise to legal, potential criminal risks under the Criminal Code (Articles 458 and 474), and ethical conflicts in medical practice. The urgency of establishing DNR regulations in Indonesia is based on a human rights perspective, the Beauchamp-Childress bioethics principle, and the theory of legal positivism.</i></p> <p>Penelitian ini mengkaji pengaturan <i>Do Not Resuscitate</i> (DNR) dalam hukum kesehatan global serta urgensi pembentukannya di Indonesia. Penelitian ini menggunakan pendekatan normatif dengan spesifikasi deskriptif-analitis melalui <i>statute approach</i> dan <i>conceptual approach</i>. Sumber data yang digunakan meliputi bahan hukum primer, yaitu Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014, dan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), serta bahan hukum sekunder berupa buku, jurnal, dan penelitian terdahulu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa: (1) pengaturan DNR di tingkat global telah berkembang secara mapan, antara lain melalui instrumen internasional seperti <i>Universal Declaration of Human Rights</i> (1948) dan <i>International Conference on Medical Ethics</i> (2024), serta regulasi di berbagai negara maju, seperti <i>Uniform Health-Care Decisions Act</i> di Amerika Serikat (melalui skema POLST), <i>Mental Capacity Act</i> di Inggris (melalui DNACPR), dan <i>Advance Care Planning</i> di Jepang; (2) di</p> |

Indonesia, pengaturan DNR masih bersifat implisit, antara lain tercermin dalam Undang-Undang Kesehatan (Pasal 276 dan Pasal 293) serta Peraturan Menteri Kesehatan (Pasal 14), sehingga menimbulkan kekosongan hukum, potensi risiko pidana berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (Pasal 458 dan Pasal 474), serta konflik etis dalam praktik medis. Urgensi pembentukan pengaturan DNR di Indonesia didasarkan pada perspektif hak asasi manusia, prinsip bioetika Beauchamp-Childress, serta teori positivisme hukum.

©2023; This is an Open Access Research distributed under the term of the Creative Commons Attribution Licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original works is properly cited.

## PENDAHULUAN

Pada era kemajuan medis modern, teknologi dalam penanganan kesehatan semakin maju salah satunya teknologi resusitasi jantung paru (cardiopulmonary resuscitation), telah menyelamatkan nyawa banyak pasien dan meningkatkan angka peluang pasien untuk bertahan hidup. Pemberian resusitasi jantung paru (RJP) menjadi kunci cepat dan tepat dalam menangani pasien yang sedang dalam kondisi kritis, RJP sendiri merupakan upaya medis yang diambil untuk memulihkan fungsi pernafasan dan sirkulasi darah yang terhenti serta pencegahan kematian.<sup>1</sup> Namun dibalik hal tersebut terdapat pemikiran lain bahwa upaya penyelamatan justru menjadi hak Otonomi Pasien (*self-determination*), dan hak untuk mempertahankan martabat di akhir kehidupan (*dying with dignity*).bagi beberapa pasien. Konsep Do Not Resuscitate (DNR) menjadi pilihan bagi pasien dengan penyakit terminal atau kondisi medis stadium akhir untuk tidak melakukan upaya RJP.<sup>2</sup>

Bagi Sebagian pasien tindakan RJP dapat menyelamatkan nyawa mereka namun bagi pasien terminal atau kondisi medis stadium akhir peluang keberhasilan RPJ tidak mencapai 100% dan mungkin sangat rendah presentasinya. Belum lagi resiko cedera patah tulang rusuk dan patah tulang dada yang akan di alami pasca tindakan RJP, membuat mereka memerintahkan untuk mengambil keputusan DNR.<sup>3</sup> Keputusan tersebut merupakan Bentuk hak otonomi pasien dalam menentukan akhir hidupnya, pandangan etis tentang DNR telah sesuai dengan prinsip bioetika utama: hak otonomi (*autonomy*), asas manfaat (*beneficence*), prinsip tidak merugikan (*non-maleficence*), dan perlakuan yang adil (*justice*). Dalam pandangan agama DNR juga dibenarkan, terutama ketika upaya RPJ tidak dapat memberikan hasil yang baik dan membuat pasien dan keluarganya semakin terbebani.<sup>4</sup> Dampak lain yang tidak kalah penting adalah terhambatnya penghormatan terhadap hak otonomi pasien. Dalam kondisi ideal, pasien memiliki hak untuk menolak tindakan medis tertentu, termasuk resusitasi, sebagai bagian dari hak untuk

<sup>1</sup> Wilson Simangunsong and Tuti Herawati, "Efektifitas Aplikasi Smartphone Dalam Upaya Peningkatan Resusitasi Jantung Paru," *Jurnal Inovasi Penelitian* 2, no. 7 (2021): 2221–30.

<sup>2</sup> Anggara, P., & Lewiandy. (2024). The Urgency of Legal Regulation for Do Not Resuscitate Orders in the Indonesian Healthcare System: A Comparative Study with the United Kingdom. *JLPH: Journal of Law, Politic and Humanities*, vol.5, no.1, hal 592-600.

<sup>3</sup> Cleveland Clinic, "Do-Not-Resuscitate (DNR)," Cleveland Clinic Webpage, 2025, <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/8866-do-not-resuscitate-orders>.

<sup>4</sup> Immanuel Natanael Tarigan, "Kajian Etik Dan Medikolegal Dari Do Not Resuscitate," *Alo Medika*, accessed October 11, 2025, <https://www.alomedika.com/kajian-bioetik-dan-medikolegal-dari-do-not-resuscitate>.

menentukan nasibnya sendiri.<sup>5</sup>

Perkembangan konsep DNR di Tingkat global telah berkembang dan dipengaruhi oleh evolusi etika medis dan hak asasi manusia, dimana DNR tidak lagi dipandang sebagai penolakan dari perawatan medis secara keseluruhan, namun sebagai bagian dari perencanaan akhir hayat yang menghormati kehendak pasien. Di banyak negara lain, regulasi DNR telah terintegrasi dengan Undang-undang Kesehatan Nasional, yang memastikan bahwa Keputusan DNR didasarkan pada diskusi antara pasien, keluarga dan tenaga medis, serta didokumentasikan secara formal untuk menghindari malpraktik. Hal ini mencerminkan prinsip bioetika yang lebih luas, di mana DNR menjadi instrumen untuk mencegah penderitaan yang tidak perlu.<sup>6</sup> Dengan demikian, informed consent tidak hanya menjamin hak otonomi pasien dalam menentukan tindakan medis, tetapi juga berfungsi mencegah sengketa melalui komunikasi yang transparan antara dokter dan pasien.<sup>7</sup>

Namun di Indonesia, sistem hukum kesehatan masih tertinggal dalam penerapan konsep DNR. Pasal 4 ayat (1) huruf f dan pasal 4 ayat (1) huruf j Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang merupakan revisi dari UU No. 36 Tahun 2009. Telah menekankan tentang otonomi pasien dan *informed consent*, namun, di kedua pasal dalam UU Kesehatan tersebut tidak mengatur DNR secara eksplisit, sehingga menimbulkan kekosongan hukum yang menyebabkan ketidakpastian hukum dan berpotensi terjadi konflik. Kondisi tersebut semakin serius di Tengah tantangan sistem Kesehatan di Indonesia, data Kementrisn Kesehatan (Kemenkes) tahun 2025 menunjukkan terdapat 400.000 kasus baru setiap tahun dengan angka kematian mencapai 240.000 kasus pasien terminal (kanker), tanpa intervensi yang efektif, beban kanker akan semakin besar, baik dari segi kesehatan masyarakat maupun ekonomi. Pasien yang datang selalu datang dengan kondisi stadium Tingkat lanjut, sehingga mengakibatkan tingkap pengobatan menurun dan biaya perawatan meningkat. Berbagai macam budaya dan agama di Indonesia menambah kompleksitas pengaturan DNR, sebagai negara dengan mayoritas masyarakat beragama muslim, konsep DNR sering bertabrakan dengan nilai islam.<sup>8</sup> Meskipun para ulama sepakat<sup>9</sup> bahwa jika dalam perawatan medis tidak lagi dapat memberikan manfaat dan malah memberikan penderitaan maka penghentian intervensi medis invasif dapat dibenarkan. seorang dokter yang menangani tindakan DNR sesuai dengan permintaan pasien berpotensi dijatuhi sanksi pidana pasal 344 KUH Pidana Buku Kedua Bab XIX terkait Kejahatan terhadap nyawa, hal tersebut menerangkan bahwa dokter di Indonesia menghadapi dilemma etis dalam penanganan permintaan pasien untuk DNR.

Apabila melihat sistem pelaksanaan DNR di Indonesia belum di atur dalam perundang-

<sup>5</sup> Adi Herisasono; LilikHerawati, (2023), “Penolakan Keputusan Medis Pasien Dewasa Kompeten”, *Journal Evidence Of Law*, vol.2, no.1, hal 75-79

<sup>6</sup> Shang-Sin Shiu; et al., “The Impact of Signing Do-Not-Resuscitate Orders on the Use of Non-Beneficial Life-Sustaining Treatments for Intensive Care Unit Patients: A Retrospective Study,” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (2022): 1–11.

<sup>7</sup> Kasiman; Aidul Fitricia Azhari; Rizka, (2023), “The Role of Informed Consent Against Doctor's Legal Protection in Health Services”, *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan*, vol.9, no.1, hal 1-8

<sup>8</sup> Rizka; Arova Bakhtiar; Imron Rosyadi, (2021), “Sadd Adz-Dzari’ah dan Aplikasinya pada Fatwa Bidang Kesehatan Majelis Ulama Indonesia”, *Syntax Literate : Jurnal Ilmiah Indonesia*, vol.6, no.2, hal 935-947

<sup>9</sup> Risyana, N., & Widanta, T. (2024). Do Not Resuscitate (DNR) dalam Perspektif Islam dan Bioetika Modern. *Islamologi : Jurnal Islam Keagamaan*, vol.1, no.2.

undangan yang bersifat nasional, ketentuan yang ada hanya sebatas Undang-Undang yang tidak mengatur secara khusus, prinsip etik keedokteran dan kebijakan internal rumah sakit, yang sifatnya berbeda-beda antar fasilitas Kesehatan. Ketidakjelasan pengaturan DNR menciptakan ketidakpastian hukum yang berpotensi merugikan pasien, dokter, rumah sakit dan Masyarakat. Penelitian ini akan mengkaji bagaimana pengaturan yang ada terkait DNR dalam sistem hukum kesehatan, serta bagaimana urgensi pembentukan aturan khusus DNR dalam sistem hukum Kesehatan di Indonesia.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan penelitian hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), pendekatan konseptual (*conceptual approach*), dan pendekatan perbandingan (*comparative approach*). Pendekatan perundang-undangan digunakan untuk menelaah norma dalam UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, UU No. 1 Tahun 2023 tentang KUHP, PMK No. 37 Tahun 2014, serta KODEKI. Pendekatan konseptual digunakan untuk menganalisis konsep *Do Not Resuscitate* (DNR), otonomi pasien, *informed consent*, *medical futility*, dan perlindungan hukum tenaga medis. Adapun pendekatan perbandingan digunakan untuk membandingkan model pengaturan DNR di Amerika Serikat, Inggris, dan Jepang sebagai bahan formulasi pengaturan yang adaptif bagi Indonesia. Bahan hukum dianalisis secara kualitatif-normatif melalui beberapa tahapan operasional. Pertama, bahan hukum diinventarisasi dan diklasifikasikan berdasarkan isu hukum, yaitu hak pasien, kewenangan tenaga medis, penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup, serta risiko pidana kelalaian medis. Kedua, dilakukan interpretasi hukum secara gramatikal, sistematis, dan teleologis untuk menemukan hubungan antara norma umum dalam UU Kesehatan, KUHP Baru, dan PMK No. 37 Tahun 2014. Ketiga, dilakukan analisis konflik norma dan kekosongan hukum untuk menilai apakah DNR telah memperoleh legitimasi hukum yang memadai. Keempat, penarikan kesimpulan dilakukan dengan pola silogisme deduktif, yaitu menempatkan norma hukum positif sebagai premis mayor, fakta normatif mengenai belum adanya pengaturan eksplisit DNR sebagai premis minor, kemudian ditarik kesimpulan mengenai urgensi pembentukan regulasi khusus DNR di Indonesia.

## ANALISIS DAN PEMBAHASAN

### 1. Pengaturan *Do Not Resuscitate* (DNR) dalam Sistem Hukum Kesehatan Dunia

Pengaturan *Do Not Resuscitate* (DNR) dalam hukum kesehatan dunia bersifat universal sebagai hak fundamental otonomi pasien, martabat manusia, dan pencegahan penderitaan akhir hayat. Fondasinya terletak pada instrumen internasional seperti Pasal 3 “*setiap orang berhak atas kehidupan, kebebasan, dan keselamatan pribadinya,*”<sup>10</sup> dan 12 “*Tidak seorang pun boleh diganggu urusan pribadinya, keluarganya, rumah tangganya atau hubungan surat menyuratnya dengan sewenang-wenang*”<sup>11</sup> *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR) 1948, Pasal 27 “*The patient has the right to make decisions about medical care, including the right to refuse*

<sup>10</sup> United Nations, “Universal Declaration of Human Rights Tahun 1948, Pasal 3” (1948), [https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--\\$R48R63.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--$R48R63.pdf).

<sup>11</sup> United Nations, “UDHR Tahun 1948, Pasal 12” (1948), [https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--\\$R48R63.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--$R48R63.pdf).

*life-sustaining treatment*"<sup>12</sup> *International Code of Medical Ethics (ICME) World Medical Association* (revisi 2024), serta Pasal 9 *Declaration of Helsinki* (revisi 2024). DNR memungkinkan penolakan sah terhadap resusitasi jantung paru (CPR) pada kondisi terminal, dengan perlindungan hukum bagi tenaga medis selama bertindak atas dasar *good faith* atau *best interests*. Implementasinya bervariasi antar yurisdiksi, mencerminkan konteks budaya individualistik di Barat dan kolektif di Asia. Contohnya adalah Amerika Serikat (AS) dan Inggris Raya (UK) sebagai model Barat maju, serta Jepang sebagai negara Asia dengan regulasi paling progresif melalui *Advance Care Planning (ACP)* berdasarkan *Guidelines for Decision-Making on Life-Sustaining Treatment* (MHLW, 2018).

Di AS, pengaturan DNR terstruktur melalui *Uniform Health-Care Decisions Act (UHDA)* 1993, yang menstandarisasi *Advance Directives* dan *Living Will* menjadi instruksi operasional seperti *Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)* atau *Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST)*. Dokumen ini dibuat saat pasien kompeten, secara spesifik mengatur penolakan CPR, dan memberikan imunitas hukum bagi dokter jika mengikuti kehendak pasien/wali dengan *good faith*. Di UK, *Mental Capacity Act 2005 (MCA)* mengadopsi *Advance Decision to Refuse Treatment (ADRT)* dan *Lasting Power of Attorney (LPA)*, dioperasikan via *Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR)* oleh dokter senior berdasarkan prinsip *best interests*.<sup>13</sup> Sementara Jepang mengadaptasi konsep global ke nilai Konfusianisme melalui ACP, yang melibatkan diskusi berulang pasien-keluarga-dokter melalui *family conference*, tanpa form DNR tunggal, untuk menjaga harmoni kolektif meskipun berpotensi mengesampingkan otonomi individu.<sup>14</sup>

Persamaan ketiga negara terletak pada komitmen inti berupa pengakuan otonomi pasien sebagai hak HAM, penggunaan dokumen advance (living will/ADRT/ACP) untuk instruksi CPR, dan perlindungan hukum dokter terhadap tuntutan malpraktik selama prosedur sah dan didokumentasikan. Ketiganya menekankan martabat akhir hayat, selaras ICME dan Helsinki, serta mengintegrasikan informed consent untuk menghindari intervensi invasif sia-sia. Namun, perbedaan mendasar muncul dari paradigma budaya. AS dan UK bersifat individualistic, AS memprioritaskan otonomi wali/keluarga sebagai penentu akhir, sementara UK memberi peran dominan dokter dengan konsultasi opsional/wajib. Sebaliknya, Jepang kolektif, di mana family consent melalui conference mendominasi, mencerminkan filial piety Asia yang menempatkan harmoni keluarga di atas kehendak individu.

Mengenai kelayakan penerapan aturan Barat di Asia, tidak dapat dilakukan secara langsung karena disparitas budaya. Model AS/UK (individualistik) berbenturan dengan kolektivisme Asia, di mana keluarga berperan sentral (seperti Jepang atau norma Islam/familial di Indonesia), berpotensi menimbulkan konflik etis dan litigasi. Pengaturan DNR dunia merupakan manifestasi prinsip bioetika global yang menghormati otonomi pasien melalui dokumen advance dan instruksi medis, dengan variasi individualistik (AS/UK) dan kolektif

<sup>12</sup> World Medical Association, "International Code of Medical Ethics (Revisi 2024), Pasal 27" (2024), <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>.

<sup>13</sup> Sabine Michalowski and Wayne Martin, "DNACPR Decisions: Aligning Law, Guidance, and Practice," *Medical Law Review* 30, no. 3 (2022): 343–456.

<sup>14</sup> Kae Ito et al., "Advance Care Planning in Japan: Gaps between Policy, Ethical Understanding, and Its Translation into Clinical Practice," *Palliative Care and Social Practice* 20 (2026): 1–16.

(Jepang). Persamaan mendasar adalah perlindungan hak HAM dan martabat akhir hayat, sementara perbedaan budaya menuntut adaptasi hybrid untuk negara Asia. Model Barat tidak *langsung applicable*, tetapi dapat diintegrasikan via *shared decision-making* untuk kepastian hukum inklusif.

Tabel 1. Perbandingan Pengaturan *Do Not Resuscitate* (Dnr) Di Beberapa Negara Maju

| Aspek  | Amerika Serikat (AS)   | Inggris Raya (UK)   | Jepang   |
|--|--|---|--|
| <i>Aturan Hukum</i>                                      | Uniform Health-Care Decisions Act (UHCDA)                      | Mental Capacity Act 2005 (MCA)  | Guidelines for Decision-Making on Life-Sustaining Treatment (MHLW, 2018)             |
| <i>Dokumen Permintaan Pasien (Hukum)</i>                 | Advance Directives dan Living Will                             | Advance Decision to Refuse Treatment (ADRT) dan Lasting Power of Attorney (LPA) | Advance Care Planning (ACP) documents (proses diskusi berulang saat pasien kompeten) |
| <i>Dokumen Instruksi Medis (Operasional)</i>             | Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) / MOLST | Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR)                           | Tidak ada form tunggal; instruksi dari ACP melalui family conference                 |
| <i>Penentu Keputusan Akhir (Jika pasien tidak mampu)</i> | Wali/Keluarga memiliki keputusan akhir secara hukum            | Dokter/Tim Medis berdasarkan prinsip Best Interests setelah konsultasi keluarga | Konsensus keluarga melalui family conference (shared decision-making)                |
| <i>Perlindungan Hukum Dokter</i>                         | Imunitas 'Good Faith' jika mengikuti dokumen sah               | Imunitas 'Clinical Judgement' jika tindakan dianggap futile secara medis        | Dilindungi jika prosedur ACP/family conference sah dan didokumentasikan              |
| <i>Kewajiban Konsultasi</i>                              | Opsional/dianjurkan; otonomi pasien/wali utama                 | Wajib (kasus Tracey): dokter harus berdiskusi dengan pasien/keluarga            | Konsultasi berulang dan wajib melalui family conference                              |

## 2. Urgensi Pembentukan Aturan Khusus *Do Not Resuscitate* (DNR) Dalam Sistem Hukum Kesehatan di Indonesia

Pengaturan *Do Not Resuscitate* (DNR) di Indonesia bersifat implisit dan bergantung pada norma-norma umum dalam sistem hukum kesehatan. Undang- Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menjadi landasan utama melalui Pasal 276 “*menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit*”

*menular dan penanggulangan KLB atau Wabah*<sup>15</sup> yang memberikan hak pasien untuk menolak tindakan medis invasif, serta Pasal 293 ayat "(1) Setiap tindakan Pelayanan Kesehatan perseorangan yang dilakukan oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan harus mendapat persetujuan. (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah Pasien mendapat penjelasan yang memadai"<sup>16</sup> yang mewajibkan *informed consent* setelah penjelasan memadai mengenai risiko dan alternatif.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 melengkapi dengan Pasal 14 ayat (1) "*Pada pasien yang berada dalam keadaan yang tidak dapat disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya (terminal state) dan tindakan kedokteran sudah sia-sia (futile) dapat dilakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup*"<sup>17</sup>, yang secara eksplisit mengizinkan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup pada kondisi terminal di mana tindakan medis bersifat futile (sia-sia). Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Ikatan Dokter Indonesia tahun 2019 menambahkan dimensi moral melalui Pasal 8 "*Seorang dokter wajib, dalam setiap praktik medisnya, memberikan pelayanan secara kompeten dengan kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (compassion) dan penghormatan atas martabat manusia.*"<sup>18</sup> yang menekankan pelayanan dengan compassion dan penghormatan martabat manusia. Dalam praktik, DNR diterapkan melalui diskresi dokter di komite etik rumah sakit, dengan dokumentasi consent dari pasien atau keluarga, terutama di unit perawatan intensif (ICU) untuk kasus seperti kanker stadium akhir atau gagal multiorgan.<sup>19</sup> Permasalahan mendasar dalam pengaturan DNR di Indonesia terletak pada belum jelasnya apakah instruksi DNR yang ditandatangani sebelum terjadinya henti jantung otomatis memperoleh payung hukum yang sama dengan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup sebagaimana diatur dalam PMK No. 37 Tahun 2014. PMK tersebut memang mengakui kemungkinan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup pada pasien terminal ketika tindakan medis dinilai sia-sia (*futile*). Namun, norma tersebut belum secara eksplisit mengatur DNR sebagai instruksi prospektif yang dibuat sebelum kondisi henti jantung terjadi.

Di sinilah muncul kekosongan hukum. PMK No. 37 Tahun 2014 lebih berorientasi pada kondisi terminal dan penentuan kematian, sedangkan DNR berhubungan dengan keputusan sebelumnya untuk tidak melakukan resusitasi apabila suatu saat terjadi henti jantung atau henti napas. Perbedaan waktu, bentuk keputusan, dan konsekuensi medis ini menimbulkan ketidakpastian bagi tenaga medis. Dalam praktik, dokter dapat berada dalam posisi dilematis: apabila menjalankan DNR, ia berisiko dianggap membiarkan pasien meninggal; namun apabila mengabaikan DNR, ia berpotensi melanggar otonomi pasien dan prinsip *informed consent*. Oleh

<sup>15</sup> Pemerintah Republik Indonesia, "Undang-Undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023" (2023), <https://peraturan.bpk.go.id/details/258028/uu-no-17-tahun-2023>.

<sup>16</sup> Pemerintah Republik Indonesia.

<sup>17</sup> Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Minister of Health of the Republic of Indonesia), "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014" (2014), <https://peraturan.bpk.go.id/Details/117619/permenkes-no-37-tahun-2014>.

<sup>18</sup> Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, "Kode Etik Kedokteran Indonesia" (2012), <https://www.studocu.id/id/document/universitas-indonesia/medicine/kodeki-tahun-2012/49587763>.

<sup>19</sup> Margaretha Indah Wijilestari, Yohanes Leonard Soeharso, and Hari Pudjo Nugroho, "Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Do Not Resuscitate (DNR) Dan Konsekuensi Hukumnya," *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia* 2, no. 1 (2022): 67–81.

karena itu, konflik norma dan kekosongan hukum ini perlu ditegaskan sebagai alasan utama urgensi pembentukan regulasi DNR. Regulasi tersebut harus membedakan secara tegas antara euthanasia, penghentian terapi bantuan hidup, penolakan tindakan medis, dan instruksi DNR. DNR bukan tindakan aktif mengakhiri hidup pasien, melainkan keputusan untuk tidak melakukan tindakan resusitasi yang secara medis tidak lagi proporsional atau tidak memberikan manfaat bermakna bagi pasien terminal. Tanpa pengaturan khusus, perlindungan hukum bagi tenaga medis yang menjalankan DNR tetap lemah, terutama di bawah bayang-bayang Pasal 474 ayat (3) KUHP Baru dan Pasal 440 UU Kesehatan.

Kekosongan pengaturan khusus mengenai *Do Not Resuscitate* (DNR) menimbulkan implikasi yang kompleks, Secara hukum pidana, dokter berisiko dituntut berdasarkan Pasal 458 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) atas pembiaran menyebabkan kematian atau Pasal 474 terkait malpraktik Risiko pidana bagi tenaga medis dalam pelaksanaan DNR tidak lagi cukup dianalisis dengan merujuk KUHP lama. Setelah berlakunya UU No. 1 Tahun 2023 tentang KUHP, unsur kelalaian yang menyebabkan kematian perlu diarahkan pada Pasal 474 ayat (3) KUHP Baru, yaitu tindak pidana karena kealpaan yang mengakibatkan matinya orang lain. Dalam konteks DNR, risiko pidana muncul apabila tindakan tidak melakukan resusitasi dipahami secara sempit sebagai pembiaran medis yang mengakibatkan kematian, terutama ketika belum terdapat dasar hukum eksplisit, formulir baku, prosedur etik, dan dokumentasi persetujuan pasien atau keluarga. Namun, dalam perkara yang melibatkan tenaga medis, analisis tidak dapat berhenti pada KUHP sebagai hukum pidana umum.

UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan harus ditempatkan sebagai *lex specialis*, khususnya Pasal 440 yang mengatur pertanggungjawaban pidana tenaga medis atau tenaga kesehatan apabila karena kealpaannya mengakibatkan pasien luka berat atau meninggal dunia. Dengan demikian, risiko pidana pelaksanaan DNR harus dianalisis melalui hubungan antara Pasal 474 ayat (3) KUHP Baru sebagai norma umum dan Pasal 440 UU Kesehatan sebagai norma khusus. Prinsip *lex specialis derogat legi generali* menuntut agar penilaian terhadap kelalaian tenaga medis tidak dilepaskan dari standar profesi, standar prosedur operasional, indikasi medis, informed consent, dan kondisi *medical futility*. Dengan konstruksi tersebut, DNR yang dilakukan berdasarkan permintaan pasien yang kompeten, persetujuan keluarga yang sah, pertimbangan medis bahwa tindakan resusitasi bersifat sia-sia, serta dokumentasi etik dan administratif yang lengkap, tidak dapat serta-merta dipersamakan dengan kelalaian pidana. Sebaliknya, ketiadaan regulasi khusus DNR justru membuka ruang kriminalisasi karena batas antara penghormatan terhadap otonomi pasien dan dugaan pembiaran medis belum dirumuskan secara tegas dalam hukum positif Indonesia.

Perbandingan dengan praktik global mengungkap adanya kesenjangan signifikan dalam pengaturan *Do Not Resuscitate* (DNR) di Indonesia, yang hingga kini belum memiliki regulasi khusus, melainkan hanya bergantung pada ketentuan umum yang bersifat implisit dan belum efektif (Clinic, 2025) dalam implementasinya. Urgensi pengaturan *Do Not Resuscitate* (DNR) secara khusus di Indonesia menjadi penting untuk segera diwujudkan, mengingat pengaturannya yang masih bersifat umum dan belum mampu menjawab kompleksitas praktik medis pada fase

akhir kehidupan.<sup>20</sup> Ketiadaan regulasi yang jelas menimbulkan berbagai persoalan dalam aspek hukum, sosial, ekonomi, dan etika kedokteran, sehingga diperlukan pengaturan yang komprehensif guna memberikan kepastian dan perlindungan bagi semua pihak. Adapun urgensi sebagai berikut: (1) Menghindari Tindakan Sia-sia (Medical Futility), (2) Penghormatan Martabat Pasien. (3) Kepastian Hukum bagi Tenaga Medis. (4) Standarisasi Prosedur (SOP). (5) Mencegah Konflik dengan Keluarga. (6) Beban Ekonomi Kesehatan

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pembahasan, penelitian ini menyimpulkan bahwa pengaturan DNR di Amerika Serikat, Inggris, dan Jepang menunjukkan adanya kesamaan prinsip, yaitu penghormatan terhadap otonomi pasien, perlindungan martabat akhir hayat, kewajiban dokumentasi, dan perlindungan hukum bagi tenaga medis yang bertindak sesuai prosedur. Perbedaannya terletak pada model pengambilan keputusan: Amerika Serikat lebih menekankan *advance directives* dan otonomi individual, Inggris menempatkan pertimbangan klinis dan prinsip *best interests*, sedangkan Jepang mengembangkan *advance care planning* berbasis musyawarah keluarga. Perbandingan tersebut menunjukkan bahwa Indonesia tidak dapat mengadopsi model Barat secara langsung, melainkan perlu membentuk model hibrida yang menggabungkan otonomi pasien, peran keluarga, pertimbangan etik, dan standar medis. Dalam sistem hukum Indonesia, DNR belum diatur secara eksplisit. Ketentuan dalam UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, PMK No. 37 Tahun 2014, dan KODEKI baru memberikan dasar normatif umum mengenai hak pasien, informed consent, penghentian terapi yang sia-sia, dan penghormatan martabat manusia. Namun, ketentuan tersebut belum cukup memberikan kepastian hukum karena belum mengatur definisi DNR, syarat pasien, bentuk persetujuan, prosedur dokumentasi, mekanisme etik, serta perlindungan hukum bagi tenaga medis.

Risiko pidana yang membayangi tenaga medis bersumber dari berlakunya KUHP Baru, khususnya Pasal 474 ayat (3) tentang kealpaan yang mengakibatkan kematian, serta Pasal 440 UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan sebagai ketentuan khusus mengenai kelalaian tenaga medis. Kekosongan hukum DNR menyebabkan tindakan dokter yang menghormati kehendak pasien berpotensi ditafsirkan sebagai kelalaian pidana. Oleh karena itu, pembentukan regulasi khusus DNR menjadi mendesak untuk menjamin kepastian hukum, melindungi otonomi pasien, mencegah praktik defensive medicine, dan memberikan perlindungan hukum bagi tenaga medis yang bertindak berdasarkan standar profesi, etik, dan informed consent.

Adapun saran yang penulis berikan adalah:

- a. Saran untuk Pemerintah: Perlu segera dibentuk regulasi khusus mengenai Do Not Resuscitate (DNR) yang mengatur definisi, kriteria pasien terminal (futile care), formulir baku, prosedur informed consent bertahap, serta perlindungan hukum tenaga medis. Pengaturan ini perlu diintegrasikan dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan guna menjamin kepastian hukum.
- b. Saran untuk Ikatan Dokter Indonesia (IDI): Perlu dilakukan revisi Kode Etik Kedokteran Indonesia dengan memasukkan ketentuan DNR, disertai pelatihan komunikasi perawatan

---

<sup>20</sup> Lajar, J., Dewi, A., & Widyantara, M. (2020). Akibat Hukum Malpraktik yang Dilakukan oleh Tenaga Medis. *Jurnal Intrepetasi Hukum*, vol.1, No.1, hal 7-12.

- akhir hayat dan penyusunan pedoman nasional berbasis bukti medis.
- c. Saran untuk Rumah Sakit: Perlu menetapkan SOP internal DNR dengan dokumentasi yang jelas, melibatkan Komite Etik Medis, serta meningkatkan edukasi pasien terkait advance directive untuk meminimalkan konflik.
  - d. Saran untuk Majelis Ulama Indonesia: Perlu menetapkan fatwa yang memberikan legitimasi keagamaan terhadap DNR berdasarkan prinsip masalah dan lā ḍarar, dengan mempertimbangkan peran keluarga dalam pengambilan keputusan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggara, P., & Lewiandy. (2024). The Urgency of Legal Regulation for Do Not Resuscitate Orders in the Indonesian Healthcare System: A Comparative Study with the United Kingdom. *JLPH: Journal of Law, Politic and Humanities*, vol.5, no.1, hal 592-600.
- Adi Herisasono; Lilik Herawati, (2023), “Penolakan Keputusan Medis Pasien Dewasa Kompeten”, *Journal Evidence Of Law*, vol.2, no.1, hal 75-79
- Cleveland Clinic. “Do-Not-Resuscitate (DNR).” Cleveland Clinic Webpage, 2025. <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/8866-do-not-resuscitate-orders>.
- Herisasono, A., & Herawati, L. (2023). Penolakan Keputusan Medis Pasien Dewasa Kompeten. *Journal Evidence Of Law*, vol.2, no.1, hal 75-79.
- Ito, Kae, Shuji Tsuda, Keisuke Shimizu, Rika Iwakiri, Nakajima Go, Ko Furuta, and Ayumi Hida. “Advance Care Planning in Japan: Gaps between Policy, Ethical Understanding, and Its Translation into Clinical Practice.” *Palliative Care and Social Practice* 20 (2026): 1–16.
- Kasiman; Aidul Fitricia Azhari; Rizka, (2023), “The Role of Informed Consent Against Doctor's Legal Protection in Health Services”, *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan*, vol.9, no.1, hal 1-8
- Lajar, J., Dewi, A., & Widyantara, M. (2020). Akibat Hukum Malpraktik yang Dilakukan oleh Tenaga Medis. *Jurnal Intrepetasi Hukum*, vol.1, No.1, hal 7-12.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Minister of Health of the Republic of Indonesia). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 (2014). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/117619/permenkes-no-37-tahun-2014>.
- Michalowski, Sabine, and Wayne Martin. “DNACPR Decisions: Aligning Law, Guidance, and Practice.” *Medical Law Review* 30, no. 3 (2022): 343–456.
- Pemerintah Republik Indonesia. Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 (2023). <https://peraturan.bpk.go.id/details/258028/uu-no-17-tahun-2023>.
- Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Kode Etik Kedokteran Indonesia (2012). <https://www.studocu.id/id/document/universitas-indonesia/medicine/kodeki-tahun-2012/49587763>.

- Rizka; Arova Bakhtiar; Imron Rosyadi, (2021), “Sadd Adz-Dzari’ah dan Aplikasinya pada Fatwa Bidang Kesehatan Majelis Ulama Indonesia”, *Syntax Literate : Jurnal Ilmiah Indonesia*, vol.6, no.2, hal 935-947
- Risyana, N., & Widanta, T. (2024). Do Not Resuscitate (DNR) dalam Perspektif Islam dan Bioetika Modern. *Islamologi : Jurnal Islam Keagamaan*, , vol.1, no.2.
- Shiu,;, Shang-Sin, Ting-Ting Lee,;, Ming-Chen Yeh,;, Yu-Chi Chen,;, and Shu-He Huang. “The Impact of Signing Do-Not-Resuscitate Orders on the Use of Non-Beneficial Life-Sustaining Treatments for Intensive Care Unit Patients: A Retrospective Study.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (2022): 1–11.
- Simangunsong, Wilson, and Tuti Herawati. “Efektifitas Aplikasi Smartphone Dalam Upaya Peningkatan Resusitasi Jantung Paru.” *Jurnal Inovasi Penelitian* 2, no. 7 (2021): 2221–30.
- Tarigan, Immanuel Natanael. “Kajian Etik Dan Medikolegal Dari Do Not Resuscitate.” *Alo Medika*. Accessed October 11, 2025. <https://www.alomedika.com/kajian-bioetik-dan-medikolegal-dari-do-not-resuscitate>.
- United Nations. UDHR tahun 1948, pasal 12 (1948). [https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--\\$R48R63.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--$R48R63.pdf).
- . Universal Declaration of Human Rights Tahun 1948, pasal 3 (1948). [https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--\\$R48R63.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--$R48R63.pdf).
- Wiji lestari, Margaretha Indah, Yohanes Leonard Soeharso, and Hari Pudjo Nugroho. “Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Do Not Resuscitate (DNR) Dan Konsekuensi Hukumnya.” *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia* 2, no. 1 (2022): 67–81.
- World Medical Association. International Code of Medical Ethics (Revisi 2024), pasal 27 (2024). <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>.