

Urgensi Pengaturan *Euthanasia* di Indonesia (Studi Komparasi dengan Belanda)

The Urgency of Regulating Euthanasia in Indonesia: A Comparative Study with the Netherlands

M. Rizky Alief Ramadhan Muis¹, Amiruddin Hanafi², Awaliah³

^{1,2,3}Universitas Tadulako

ARTICLE INFO

Article history:

Received 17 September 2026
Revised 25 September 2026
Accepted 28 September 2026
Available online 03 October 2026

Keywords

euthanasia, legal regulation, civil law, legal certainty, legal vacuum



This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.
Copyright © 2026 by Author. Published by Yayasan Daarul Huda

ABSTRACT

Euthanasia lies at the intersection of criminal law, health law, and the right to life, yet Indonesia has no rule that brings the three together, whereas the Netherlands has regulated it through a dedicated statute since 2001. This study examines how euthanasia is regulated in Indonesia and the Netherlands within the civil law framework and why regulation is urgent in Indonesia. The locus of the study is the legal systems of Indonesia and the Netherlands. It aims to analyze the differences between the two regimes and to identify the urgency of regulating euthanasia in Indonesia. The study is a comparative legal analysis that applies Radbruch's three basic values of law and the concept of legal vacuum to the legal materials. The materials examined include the National Criminal Code, the Health Law, Minister of Health Regulation Number 37 of 2014, the Dutch Criminal Code, and the Dutch euthanasia act, together with Dutch euthanasia notification data from 2022 to 2025. The findings show that both countries start from a criminal prohibition, but Indonesia has norms that are empty, vague, and potentially conflicting, with no recording or independent oversight, while the Netherlands binds prohibition, exception, conditions, review, and

reporting into a single design. Dutch notifications rose from 8,720 in 2022 to 10,341 in 2025, with breaches of the due care criteria at about 0.06 percent. The urgency in Indonesia lies in legal certainty, evaluability, and justice rather than legalization.

ABSTRAK

Euthanasia berada pada pertemuan hukum pidana, hukum kesehatan, dan hak atas hidup, tetapi Indonesia belum memiliki aturan yang menyatukan ketiganya, sementara Belanda telah mengaturnya lewat undang-undang khusus sejak 2001. Penelitian ini membahas pengaturan euthanasia di Indonesia dan Belanda dalam kerangka civil law serta urgensi pengaturannya di Indonesia. Locus kajian adalah sistem hukum Indonesia dan Belanda. Tujuannya adalah menganalisis perbedaan pengaturan kedua negara dan mengidentifikasi urgensi pengaturan euthanasia di Indonesia. Penelitian ini merupakan kajian hukum komparatif yang menganalisis bahan hukum dengan teori tiga nilai dasar hukum Radbruch dan konsep kekosongan norma. Bahan yang dikaji meliputi KUHP Nasional, Undang-Undang Kesehatan, Permenkes Nomor 37 Tahun 2014, Wetboek van Strafrecht, dan undang-undang euthanasia Belanda, serta data notifikasi euthanasia di Belanda tahun 2022 sampai 2025. Hasil menunjukkan bahwa kedua negara sama-sama berangkat dari larangan pidana, tetapi Indonesia memiliki norma yang kosong, kabur, dan berpotensi berbenturan, tanpa pencatatan maupun pengawasan independen, sedangkan Belanda mengikat larangan, pengecualian, syarat, penilaian, dan pelaporan dalam satu rancangan. Notifikasi di Belanda naik dari 8.720 pada 2022 menjadi 10.341 pada 2025, dengan pelanggaran kriteria sekitar 0,06 persen.

PENDAHULUAN

Euthanasia sering dipahami sebagai tindakan mengakhiri kehidupan seseorang dengan tujuan mengakhiri penderitaan akibat penyakit yang berat dan tidak dapat disembuhkan. Praktik ini menimbulkan kontroversi karena menyentuh nilai fundamental kehidupan manusia, hak asasi manusia, etika kedokteran, nilai moral, serta norma hukum yang berlaku dalam suatu negara (Darmawansyah & Mardin, 2026). Berbagai penyakit serius dapat menyebabkan pasien merasakan penderitaan yang luar biasa, sehingga tidak sedikit anggota keluarga yang merasa iba melihat kondisi pasien. Hal ini sering kali berujung pada permintaan dari pasien atau keluarganya

kepada dokter untuk melakukan *euthanasia* atau pemberian suntikan mematikan (Taufik Muhlisani Ihsan et al., 2024). Belanda dan Belgia masing-masing mengesahkan undang-undang khusus pada 2001 dan 2002, sehingga keduanya menjadi yurisdiksi pertama yang menormakan praktik ini secara terbuka (Marijnissen et al., 2022).

Pertanyaan yang jarang diajukan adalah apa yang sebenarnya rusak ketika sebuah negara tidak memiliki aturan yang rapi tentang akhir hidup. Penulis berpendapat jawabannya bukan sekadar soal boleh atau tidaknya tindakan itu dilakukan, melainkan kepastian hukum. Dokter, pasien, dan keluarga perlu tahu di sisi mana garis pidana berada sebelum mengambil keputusan, bukan sesudah jaksa membacakannya. Kerangka inilah yang dipakai Umaiyyah dan Ronaboyd (2026) serta Rahma dan Fitriyana (2026) ketika menilai bahwa kekosongan pengaturan membuat tenaga medis maupun pasien berada dalam ketidakpastian. Di balik kerangka itu ada pertentangan paradigma yang lebih dalam. Ramadani dan Fitri Z (2026) memetakannya sebagai kontras antara pendekatan kolektifis-religius di Indonesia dan individualis-sekuler di Belanda, sedangkan Pradyanto (2026) menampilkannya sebagai tarik-menarik antara prinsip kesucian hidup dan penghormatan atas penentuan nasib sendiri.

Di Indonesia, garis pidananya sebenarnya cukup terang. Pasal 344 KUHP lama menyatakan, "Barang siapa merampas nyawa orang lain atas permintaan orang itu sendiri yang jelas dinyatakan dengan kesungguhan hati, diancam dengan pidana penjara paling lama dua belas tahun." (Hukumonline, 2024). Rumusan itu dipertahankan dalam Pasal 461 Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (selanjutnya UU 1/2023) yang berbunyi, "Setiap Orang yang merampas nyawa orang lain atas permintaan orang itu sendiri yang jelas dinyatakan dengan kesungguhan hati, dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun." Ancamannya turun menjadi sembilan tahun (Aulia & Rosandi, 2025; Ramadani & Fitri Z, 2026; Republik Indonesia, 2023). Undang-undang tersebut telah berlaku efektif sejak 2 Januari 2026, sehingga Pasal 461 kini menjadi norma positif dan Pasal 344 KUHP lama tidak lagi menjadi rujukan (Republik Indonesia, 2023). Penurunan ancaman pidana itu mudah disalahbaca sebagai tanda melunaknya negara. Aulia dan Rosandi (2025) menegaskan sebaliknya: ia hanya mengakui adanya motif kemanusiaan, sementara status perbuatannya sebagai tindak pidana tidak berubah. Umaiyyah dan Ronaboyd (2026) menambahkan bahwa persetujuan pasien tetap tidak menghapus pertanggungjawaban pidana karena negara dipandang wajib melindungi nyawa berdasarkan Pasal 28A dan Pasal 28I ayat (1) UUD 1945. Pasal 28A berbunyi, "Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya." Pasal 28I ayat (1) berbunyi, "Hak untuk hidup, hak untuk tidak disiksa, hak kemerdekaan pikiran dan hati nurani, hak beragama, hak untuk tidak diperbudak, hak untuk diakui sebagai pribadi di hadapan hukum, dan hak untuk tidak dituntut atas dasar hukum yang berlaku surut adalah hak asasi manusia yang tidak dapat dikurangi dalam keadaan apa pun." (Hukumonline, 2023). Artinya, permintaan yang paling sungguh-sungguh sekalipun tidak mengubah apa pun di hadapan hukum pidana.

Selain itu, terdapat pula peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan praktik kedokteran yang menegaskan kewajiban tenaga medis untuk menghormati kehidupan manusia dan menjalankan praktik kedokteran sesuai dengan standar profesi dan etika. Hal ini semakin menegaskan bahwa *euthanasia* merupakan isu yang kompleks dan memerlukan kajian hukum yang komprehensif (Wahid et al., 2025). Di sisi kesehatan, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memberi pasien hak menolak atau menyetujui tindakan medis (Pasal 276 huruf d) dan membebaskan rumah sakit dari tanggung jawab hukum apabila pasien atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian setelah memperoleh penjelasan medis yang komprehensif (Pasal 192 ayat (1)) (Hukumonline, 2025;

Republik Indonesia, 2023). Pasal 276 huruf d berbunyi, "Pasien mempunyai hak: ... d. menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit menular dan penanggulangan KLB atau Wabah;" sedangkan Pasal 192 ayat (1) berbunyi, "Rumah Sakit tidak bertanggung jawab secara hukum apabila Pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian Pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif." Undang-undang ini tidak mengatur *euthanasia* secara tegas (Umayyah & Ronaboyd, 2026), dan ketentuan pelaksanaannya dijabarkan lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 (Republik Indonesia, 2024), yang definisi penyakit terminalnya termuat dalam penjelasan Pasal 69 (bunyiya dikutip pada bagian Hasil).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 membolehkan penghentian atau penundaan bantuan hidup pada pasien dalam keadaan terminal ketika tindakan medis sudah sia-sia. Pasal 14 ayat (1)-nya berbunyi, "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." (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2014; Umayyah & Ronaboyd, 2026). Peraturan menteri itu dibentuk untuk melaksanakan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang Pasal 123 ayat (3)-nya berbunyi, "Ketentuan lebih lanjut mengenai penentuan kematian dan pemanfaatan organ donor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri." Undang-undang lama itu kini telah digantikan oleh Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 (Kemenkes RI, 2014; Republik Indonesia, 2009, 2023), dan sejauh penulis telusuri belum ada pencabutan secara tegas atas peraturan menteri tersebut, sehingga kedudukannya di bawah rezim undang-undang yang baru masih menyisakan pertanyaan. Di satu ruang rawat, seorang dokter dapat menghentikan ventilator dengan berlindung pada ketentuan itu, sementara di ruang sidang jaksa dapat bertanya apakah tindakan yang sama sebenarnya bukan perampasan nyawa. KUHP Nasional memang memuat satu ketentuan umum yang menurut penulis secara teoretis dapat menjembatani keduanya, yaitu Pasal 31 UU 1/2023 yang berbunyi, "Setiap Orang yang melakukan perbuatan yang dilarang tidak dipidana, jika perbuatan tersebut dilakukan untuk melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan." (Republik Indonesia, 2023). Namun rumusan umum itu tidak menyebut *euthanasia*, penghentian terapi, maupun peraturan menteri, sehingga apakah penghentian ventilator berdasarkan Permenkes 37/2014 tercakup di dalamnya tetap terbuka. Inilah wujud kekosongan norma yang dibahas dalam artikel ini. Ramadani dan Fitri Z (2026) menandai potensi disharmoni antara larangan dalam KUHP dan izin dalam peraturan menteri tersebut, sedangkan Rahma dan Fitriyana (2026) menemukan bahwa hukum Indonesia tidak membedakan secara jelas *euthanasia* aktif, *euthanasia* pasif, dan penghentian perawatan. Pembeda yang ditawarkan Umayyah dan Ronaboyd (2026) adalah tujuan, prosedur, dan niat, padahal niat adalah unsur yang paling sulit dibuktikan dan paling mudah ditafsirkan ulang setelah pasien meninggal. Akibatnya, menurut Umayyah dan Ronaboyd (2026, hlm. 1), adalah "*norm disharmony and legal uncertainty*". Di titik itulah norma yang tidak selaras berubah menjadi risiko personal bagi dokter.

Jika pertanyaannya bergeser dari apa yang tertulis ke apa yang terjadi, jawabannya mengkhawatirkan karena tidak ada yang dicatat secara sistematis. Umayyah dan Ronaboyd (2026) menunjukkan bahwa pengawasan di Indonesia hanya bertumpu pada komite medik atau komite etik rumah sakit yang tidak independen, tanpa mekanisme pelaporan yang terbuka, sehingga tidak ada data untuk menilai apakah penghentian bantuan hidup dijalankan dengan benar. Keadaan itu diperparah oleh jarang wasiat medis dibuat. Pembicaraan tentang kematian dianggap tabu dan kematian diyakini sebagai rahasia ilahi, sehingga kehendak pasien pada akhir

hidup sering kali bergantung pada keputusan keluarga (Umayyah & Ronaboyd, 2026). Nur'aeni et al. (2024) sampai pada diagnosis yang senada dari jalur hukum pidana, yakni bahwa hukum positif belum mengatur *euthanasia* secara rinci sehingga perlu dirumuskan *ius constituendum*. Sebuah norma yang tidak menghasilkan data tidak bisa dievaluasi, apalagi diperbaiki. Indonesia mungkin bukan negara tanpa keputusan akhir hidup, tetapi ia jelas negara tanpa catatan tentang keputusan itu.

Kasus yang paling sering dirujuk untuk menunjukkan wajah persoalan ini justru memperlihatkan bahwa *euthanasia* tidak selalu soal medis. Pada 2017, Berlin Silalahi, penyintas tsunami Aceh yang lumpuh dan kehilangan tempat tinggal setelah hunian keluarganya dibongkar, meminta pengadilan mengizinkannya menjalani *euthanasia* (Simanjuntak, 2017). Pradyanto (2026) membaca permohonan itu sebagai dorongan faktor sosial, ekonomi, dan kesejahteraan, bukan semata pergulatan tentang sah atau tidaknya tindakan tersebut. Karena itu, ia menyimpulkan bahwa perlindungan hak hidup harus diwujudkan lewat layanan kesehatan, perawatan paliatif, dan jaminan sosial. Nur'aeni et al. (2024) merangkum temuan literatur yang searah, bahwa permintaan dari keluarga pasien lebih sering dilatari beban biaya perawatan. Aulia dan Rosandi (2025) mengambil sudut berlawanan dengan menyebut kriminalisasi sebagai penyangkalan hak seseorang atas pilihan hidupnya. Dua bacaan ini sulit dipertemukan, tetapi keduanya menunjukkan bahwa orang mengetuk pintu pengadilan karena hukum tidak menyediakan pintu lain.

Belanda memilih jalan yang berbeda, dan pilihan itu baru bisa dipahami kalau kita membaca arsitekturnya, bukan hanya statusnya yang "legal". Perbandingan ini relevan karena Indonesia dan Belanda sama-sama berada dalam tradisi *civil law*, yang menggantungkan kepastian hukum pada norma tertulis yang terkodifikasi. Dalam kerangka itu, Belanda tidak menghapus larangan pidana dalam *Wetboek van Strafrecht*. Pasal 293 dan Pasal 294 tetap mengancam pidana bagi pengakhiran hidup atas permintaan dan bantuan bunuh diri, lalu *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* yang disahkan pada 2001 menambahkan alasan penghapusan pidana bagi dokter yang memenuhi syarat kehati-hatian (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, 2001; *Wetboek van Strafrecht*, t.t.). Bunyi Pasal 293 dan Pasal 294 beserta terjemahannya disajikan pada bagian Hasil. Ramadani dan Fitri Z (2026) mencatat bahwa Belanda adalah negara pertama yang melegalkan *euthanasia* melalui *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, dengan izin yang dipagari pengawasan dokter dan kajian medis yang ketat. Tindakan hanya sah jika dokter yakin permintaan pasien sukarela dan dipertimbangkan matang, penderitaan tidak tertahankan dan tanpa harapan perbaikan, pasien telah diinformasikan, tidak ada alternatif yang masuk akal, dokter independen telah memeriksa pasien, dan prosedur dijalankan dengan kehati-hatian medis (Regional Euthanasia Review Committees [RTE], 2024). Untuk pasien demensia lanjut, wasiat tertulis dapat menggantikan permintaan lisan (Marijnissen et al., 2022). Setiap kasus lalu dilaporkan dan ditinjau setelah kejadian oleh lima komite regional yang dibentuk pada 1998, dengan tujuan tambahan menjaga jarak antara hukum pidana dan prosedur agar dokter bersedia melapor (RTE, 2024). Dengan kata lain, hukum Belanda tidak sekadar mengizinkan, tetapi memaksa setiap kasus menjadi terlihat.

Belanda bukan satu-satunya rujukan, dan kegagalan desain hukum sama pentingnya dengan keberhasilannya. Rahma dan Fitriyana (2026) mencatat bahwa Belanda, Belgia, dan Spanyol sama-sama memiliki undang-undang khusus yang memuat syarat ketat, mekanisme pengawasan, dan perlindungan hukum bagi tenaga medis. Belgia menunjukkan apa yang terjadi bila salah satu unsur itu timpang. Sebelum amendemen Maret 2024, undang-undang *euthanasia* Belgia tidak membedakan sanksi antara pelanggaran syarat substantif dan prosedural, sehingga

pelanggaran sekecil apa pun berpotensi menjadi dasar dakwaan pembunuhan, dan pengadilan terhadap tiga dokter dalam perkara Tine Nys pada 2020 menimbulkan ketakutan yang meluas di kalangan tenaga kesehatan (Umaiyyah & Ronaboyd, 2026). Sistem Belanda bekerja dengan logika yang berbeda: penilaian awal dipindahkan dari jaksa ke komite multidisiplin yang terdiri atas ahli hukum, dokter, dan ahli etika, dan hanya kasus yang melanggar kriteria yang diteruskan kepada penuntut umum dan inspektorat kesehatan (RTE, 2024). Dari sini terlihat bahwa kepastian hukum tidak lahir dari larangan maupun dari izin itu sendiri, melainkan dari kejelasan siapa yang menilai, dengan ukuran apa, dan dengan sanksi sebesar apa.

Literatur komparatif Indonesia sebenarnya sudah mulai menjawab sebagian dari semua ini. Ramadani dan Fitri Z (2026) membandingkan Indonesia dan Belanda secara langsung dan menyimpulkan bahwa perbedaannya bersumber dari landasan filosofis, sosiokultural, dan hukum, dengan catatan adanya potensi disharmoni antara KUHP dan peraturan menteri tentang penghentian terapi. Umaiyyah dan Ronaboyd (2026) membandingkan Indonesia dengan Belgia dan sampai pada kesimpulan yang lebih operasional: transformasi hukum hanya mungkin secara parsial, yaitu pada syarat materiil yang dibatasi pada penghentian terapi bantuan hidup, pengaturan wasiat medis, dan pengawasan independen, karena legalisasi *euthanasia* aktif bertabrakan dengan Pasal 28A dan 28I ayat (1) UUD 1945 serta nilai Pancasila. Rahma dan Fitriyana (2026) memperluas perbandingan ke Belanda, Belgia, dan Spanyol dan menemukan jurang yang sama, yakni ketiadaan undang-undang khusus dan pembedaan yang jelas antara *euthanasia* aktif, pasif, dan penghentian perawatan. Benang merah ketiganya adalah bahwa Indonesia tidak perlu mengimpor seluruh model Belanda atau Belgia, tetapi perlu mengimpor kejelasannya.

Meski begitu, kesimpulan normatif para peneliti itu tidak seragam, dan ketidakseragaman inilah yang membuat urgensinya perlu diuji. Pradyanto (2026), yang membandingkan Indonesia dengan Swiss, menilai Indonesia belum memiliki urgensi untuk melegalkan bantuan mengakhiri hidup, tetapi tetap perlu memperkuat pengaturan layanan kesehatan, perawatan paliatif, dan perlindungan hukum bagi tenaga medis. Aulia dan Rosandi (2025) mengambil sikap yang lebih berpihak pada otonomi pasien, dengan mendorong reorientasi pendekatan hukum yang lebih manusiawi dan berbasis bukti ilmiah. Nur'aeni et al. (2024) berdiri di antara keduanya: *euthanasia* tetap dilarang, tetapi pembentuk undang-undang perlu merumuskan *ius constituendum* karena dasar hukum yang ada belum rinci. Seluruh kajian tersebut menggunakan pendekatan normatif, sehingga, sejauh terbaca dari metode dan abstraknya, data praktik negara pembanding belum dijadikan alat uji. Belanda lebih sering diperlakukan sebagai teks undang-undang, bukan sebagai sistem yang sudah menghasilkan catatan bertahun-tahun. Celah inilah yang belum terisi, yaitu menimbang urgensi pengaturan di Indonesia dengan bukti tentang bagaimana pengaturan Belanda bekerja.

Berdasarkan uraian tersebut, posisi yang diajukan artikel ini sempit tetapi, menurut penulis, dapat dipertahankan: urgensi pengaturan *euthanasia* di Indonesia tidak sama dengan urgensi melegalkannya. Yang mendesak adalah menutup jurang antara larangan pidana dan izin penghentian terapi, menyediakan mekanisme pengawasan dan pencatatan yang independen, serta menilai dengan jernih komponen mana dari model Belanda yang dapat dipelajari tanpa melanggar konstitusi dan nilai yang dianut masyarakat. Posisi ini sengaja tidak memilih antara pelarangan mutlak dan legalisasi, karena kedua pilihan itu sama-sama menghindari pekerjaan yang lebih sulit, yakni menulis aturan yang bisa dijalankan dan diaudit. Karena belum ada kajian yang menimbang hal tersebut dengan memakai data pelaksanaan di Belanda sebagai pembanding, penelitian ini menempatkan pengalaman Belanda sebagai bahan uji atas urgensi pengaturan di Indonesia.

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam artikel ini adalah: (1) bagaimana pengaturan *euthanasia* di Indonesia dan Belanda dalam kerangka *civil law*? (2) apa urgensi pengaturan *euthanasia* di Indonesia? Artikel ini bertujuan untuk menganalisis pengaturan *euthanasia* di Indonesia dan Belanda serta mengidentifikasi urgensi pengaturan *euthanasia* di Indonesia.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian hukum normatif dengan pendekatan perbandingan hukum (*comparative approach*) dan pendekatan perundang-undangan (*statute approach*). Penelitian berfokus pada perbandingan pengaturan *euthanasia* dalam sistem hukum Indonesia dan Belanda serta urgensi pembentukan pengaturan *euthanasia* di Indonesia.

Bahan hukum yang digunakan terdiri atas bahan hukum primer dan sekunder. Bahan hukum primer meliputi Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014, serta peraturan hukum Belanda mengenai *euthanasia*, khususnya *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* dan ketentuan *Wetboek van Strafrecht*. Bahan hukum sekunder berupa buku, jurnal ilmiah, artikel hukum, dan hasil penelitian terdahulu yang relevan.

Pengumpulan bahan hukum dilakukan melalui studi kepustakaan, sedangkan analisis dilakukan secara kualitatif-deskriptif dengan menelaah, membandingkan, dan menginterpretasikan ketentuan hukum yang berlaku di Indonesia dan Belanda. Analisis menggunakan teori tiga nilai dasar hukum Gustav Radbruch, yaitu kepastian hukum, keadilan, dan kemanfaatan, serta konsep kekosongan norma untuk mengidentifikasi permasalahan dan urgensi pengaturan *euthanasia* di Indonesia. Data notifikasi *euthanasia* di Belanda digunakan sebagai data pendukung untuk melihat pelaksanaan dan mekanisme pengawasan dalam sistem hukum Belanda.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Di Indonesia, pengaturan tersebar pada tiga lapis. Pada lapis pidana, Pasal 461 UU 1/2023, yang berlaku efektif sejak 2 Januari 2026, mengancam dengan penjara paling lama sembilan tahun setiap orang yang merampas nyawa orang lain atas permintaan orang itu sendiri (Republik Indonesia, 2023; Umayyah & Ronaboyd, 2026). Kata *euthanasia* tidak muncul dalam pasal itu, dan persetujuan pasien tidak diperlakukan sebagai alasan penghapus pidana karena negara dipandang wajib melindungi nyawa menurut Pasal 28A dan Pasal 28I ayat (1) UUD 1945 (Umayyah & Ronaboyd, 2026). Selain itu, KUHP Nasional memuat alasan pembenar umum dalam Pasal 31 yang tidak menyebut *euthanasia*, penghentian terapi, maupun peraturan menteri (Hukumonline, 2026; Republik Indonesia, 2023).

Pada lapis kesehatan, UU 17/2023 mengakui hak menerima atau menolak tindakan (Pasal 4 ayat (1) huruf h dan Pasal 276 huruf d), membebaskan rumah sakit dari tanggung jawab hukum atas penolakan atau penghentian pengobatan (Pasal 192 ayat (1)), serta mewajibkan tenaga medis melayani sesuai standar dan memberinya hak menolak permintaan yang bertentangan dengan standar (Pasal 274 huruf a dan Pasal 273 ayat (1) huruf i) (Hukumonline, 2025; Republik Indonesia, 2023). Undang-undang ini tidak mengatur *euthanasia* secara eksplisit (Umayyah & Ronaboyd, 2026). Peraturan pelaksanaannya, PP 28/2024, memuat definisi penyakit terminal dalam penjelasan Pasal 69 (Republik Indonesia, 2024):

"Yang dimaksud dengan 'penyakit terminal' adalah penyakit yang tidak lagi respon terhadap terapi kuratif dengan harapan hidup terbatas dan perburukan yang tidak dapat

dikembalikan seperti adanya metastasis, penurunan fungsi organ, dan kualitas hidup." (Penjelasan Pasal 69)

Ketentuan paling rinci tentang penghentian terapi ada pada Permenkes 37/2014, yang dibentuk untuk melaksanakan Pasal 123 ayat (3) UU 36/2009 (Kemenkes RI, 2014; Republik Indonesia, 2009). Menurut Pasal 14, kriteria keadaan terminal dan kesia-siaan ditetapkan direktur rumah sakit, keputusan diambil tim dokter setelah berkonsultasi dengan komite medik atau komite etik serta dengan persetujuan keluarga, dan hanya terapi yang bersifat luar biasa, seperti ventilasi mekanis, yang dapat dihentikan, sedangkan oksigen, nutrisi enteral, dan cairan kristaloid tidak. Pasal 15 mengizinkan keluarga meminta penghentian hanya bila pasien tidak kompeten, baik dengan wasiat (*advanced directive*) maupun tanpa wasiat dengan keyakinan keluarga atas kehendak pasien, dan bila keluarga tetap meminta meski komite tidak sependapat, tanggung jawab hukum ada pada keluarga (Kemenkes RI, 2014). Peraturan ini tidak mengatur lembaga pengawas di luar rumah sakit (Umaiyyah & Ronaboyd, 2026).

Di Belanda, larangan pidana tidak dihapus dari *Wetboek van Strafrecht*. Dalam terjemahan penulis, Pasal 293 ayat (1) mengancam pengakhiran hidup atas permintaan yang tegas dan sungguh-sungguh dengan penjara paling lama dua belas tahun atau denda kategori kelima, dan Pasal 294 mengancam penganiayaan maupun bantuan bunuh diri dengan penjara paling lama tiga tahun atau denda kategori keempat (*Wetboek van Strafrecht*, t.t.). Pengecualiannya diletakkan pada Pasal 293 ayat (2), yang berbunyi dalam terjemahan penulis:

"Perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak dapat dipidana apabila dilakukan oleh dokter yang memenuhi syarat kehati-hatian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* dan melaporkannya kepada pemeriksa jenazah kota sesuai Pasal 7 ayat (2) *Wet op de lijkbezorging*." (Pasal 293 ayat (2))

Pasal 294 ayat (2) memberlakukannya secara *mutatis mutandis* bagi bantuan bunuh diri (*Wetboek van Strafrecht*, t.t.). *Wet* yang disahkan pada 12 April 2001 itu menambahkan alasan penghapusan pidana (*strafuitsluitingsgrond*) tersebut. Pasal 2 ayat (1)-nya menetapkan enam syarat kumulatif, yaitu dokter yakin bahwa permintaan pasien sukarela dan dipertimbangkan matang, penderitaan pasien tanpa harapan dan tidak tertahankan, pasien telah diberi penjelasan tentang keadaan dan prospeknya, tidak ada solusi lain yang masuk akal, dokter independen telah melihat pasien dan memberi penilaian tertulis, serta pelaksanaan dilakukan dengan kehati-hatian medis. Pasal 2 ayat (2) sampai (4) juga memungkinkan permintaan tertulis bagi pasien berusia enam belas tahun atau lebih yang tidak lagi mampu menyatakan kehendak, dan pelibatan orang tua atau wali bagi pasien di bawah umur. Pengawasan dijalankan komite regional yang terdiri atas ahli hukum sebagai ketua, dokter, dan ahli etika (Pasal 3 ayat (2)). Komite menyampaikan penilaian tertulis kepada dokter dalam enam minggu dan meneruskannya kepada penuntut umum dan inspektorat kesehatan bila syarat tidak dipenuhi (Pasal 9), menjamin pencatatan kasus (Pasal 11), dan membuat laporan tahunan yang kemudian dilaporkan para menteri kepada parlemen (Pasal 17 dan 18) (*Wet toetsing levensbeëindiging*, 2001).

Kedua negara sama-sama memulai dari larangan pidana tertulis, tetapi menyusun aturan di sekelilingnya dengan cara berbeda. Dalam tradisi *civil law*, kepastian hukum bergantung pada norma tertulis yang terkodifikasi (Umaiyyah & Ronaboyd, 2026), dan kepastian itu menuntut hukum memberi tahu setiap orang perbuatan apa yang dibolehkan dan dilarang (Adiansyah et al., 2026). Dengan ukuran itu, persoalan Indonesia bukan ketiadaan norma tertulis, melainkan norma yang tersebar di tiga lapis yang bekerja dengan logika berbeda dan tidak saling merujuk. Pasal 461 berorientasi pada perbuatan dan akibat serta tidak menghitung persetujuan pasien, sedangkan UU Kesehatan dan Permenkes 37/2014 berorientasi pada proses, yang oleh Umaiyyah dan Ronaboyd (2026) dibedakan lewat tujuan, prosedur, dan niat. Temuan ini mendukung

Ramadani dan Fitri Z (2026) tentang potensi disharmoni antara larangan KUHP dan izin peraturan menteri, serta Rahma dan Fitriyana (2026) tentang tidak adanya perbedaan yang jelas antara euthanasia aktif, pasif, dan penghentian perawatan.

Penelitian ini memperluas pembacaan tersebut pada tiga hal. Pertama, ukuran keadaan terminal dan kesia-siaan ditetapkan direktur rumah sakit (Pasal 14 ayat (2)), sehingga ditentukan di tingkat institusi, bukan di tingkat norma nasional (Kemenkes RI, 2014). Kedua, sejauh penelusuran penulis, definisi penyakit terminal baru muncul dalam penjelasan PP 28/2024, bukan dalam Permenkes itu sendiri (Kemenkes RI, 2014; Republik Indonesia, 2024). Ketiga, Permenkes dibentuk untuk melaksanakan undang-undang lama yang sudah digantikan (Kemenkes RI, 2014; Republik Indonesia, 2009, 2023), sementara Pasal 192 ayat (1) undang-undang baru hanya membebaskan rumah sakit dan tidak menyinggung kedudukan pidana dokter di bawah Pasal 461 (Hukumonline, 2025). Perlindungan bagi dokter akhirnya bersandar pada peraturan menteri, sedangkan larangan pidananya berada di tingkat undang-undang.

Pasal 31 UU 1/2023 menambahkan satu lapis yang belum dibaca dalam kajian terdahulu yang ditelaah. Secara teoretis, dokter yang menghentikan terapi menurut Pasal 14 Permenkes 37/2014 dapat berargumen bahwa perbuatannya dilakukan untuk melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan. Argumen itu menghadapi tiga pertanyaan yang tidak dijawab teks pasal. Pertama, apakah peraturan menteri termasuk "ketentuan peraturan perundang-undangan", terlebih bila dibentuk untuk undang-undang yang sudah dicabut. Kedua, apakah ketentuan yang hanya membolehkan ("dapat dilakukan") sama dengan perbuatan "untuk melaksanakan" ketentuan. Ketiga, apakah alasan pembenar yang bersumber dari peraturan setingkat menteri dapat menyingkirkan larangan pidana di tingkat undang-undang. Dalam bahan yang ditelaah, penulis tidak menemukan rujukan yang menjawab ketiganya untuk kasus penghentian terapi. Karena itu, Pasal 31 lebih tepat dibaca sebagai klausul umum yang baru diuji setelah perkara terjadi. Ia tidak menutup jurang antara Pasal 461 dan Permenkes 37/2014, melainkan memindahkan pertanyaannya ke ruang sidang.

Belanda memakai perangkat civil law yang sama dengan cara lain. Kitab pidananya tidak dilonggarkan, tetapi undang-undang khusus menambahkan alasan penghapusan pidana yang syaratnya kumulatif dan ditegakkan lewat prosedur (Wet toetsing levensbeëindiging, 2001). Berbeda dengan Pasal 31, alasan itu disebut tegas dalam Pasal 293 ayat (2), dirujuk ke enam syarat dalam Pasal 2, dan hanya berlaku bila dokter melapor. Pertanyaan bagi dokter pun bergeser dari "apakah perbuatan ini perampasan nyawa" menjadi "apakah enam syarat kehati-hatian terpenuhi", dan penilainya bergeser dari penuntut umum ke komite multidisiplin yang hanya meneruskan kasus bermasalah (RTE, 2024). Belgia menunjukkan bahwa undang-undang khusus tidak otomatis memberi kepastian. Sebelum 2024, sanksi yang tidak bertingkat membuat pelanggaran kecil berpotensi menjadi dakwaan pembunuhan (Umayyah & Ronaboyd, 2026), dan amendemen kemudian membedakan sanksi menurut jenis pelanggaran. Dengan kata lain, kerangka civil law tidak menentukan hasil. Yang menentukan adalah apakah norma pidana, norma kesehatan, syarat, dan pengawasan disusun sebagai satu rancangan.

Kekosongan Norma

Dengan memakai klasifikasi pada Kerangka Teori, kelemahan pengaturan Indonesia dapat dipilah menjadi tiga jenis. Kekosongan hukum muncul ketika hukum positif yang statis tidak mengikuti dinamika masyarakat (Indah & Triadi, 2025), dan di Indonesia dinamika itu tampak pada permohonan yang masuk ke pengadilan karena tidak ada jalur lain (Simanjuntak, 2017).

Pertama, norma yang kosong. Tidak ada ketentuan yang mendefinisikan *euthanasia* atau membedakan *euthanasia* aktif, pasif, dan penghentian perawatan, karena kata itu tidak muncul

dalam Pasal 461 maupun dalam Undang-Undang Kesehatan (Rahma & Fitriyana, 2026; Umaiya & Ronaboyd, 2026). Tidak ada pula ketentuan tentang lembaga pengawas di luar rumah sakit, pencatatan, dan pelaporan tahunan, padahal ketiganya menjadi inti sistem Belanda (*Wet toetsing levensbeëindiging*, 2001; Kemenkes RI, 2014; Umaiya & Ronaboyd, 2026). Pengaturan wasiat medis juga disebut Umaiya dan Ronaboyd (2026) sebagai salah satu komponen yang perlu dibangun.

Kedua, norma yang kabur (*vague normen*). Pasal 31 tidak menjelaskan apakah penghentian terapi berdasarkan peraturan menteri tercakup di dalamnya. Pasal 14 ayat (2) Permenkes 37/2014 menyerahkan kriteria terminal dan kesia-siaan kepada direktur rumah sakit, dan pembeda berupa niat sulit dibuktikan (Kemenkes RI, 2014; Umaiya & Ronaboyd, 2026).

Ketiga, norma yang berpotensi berbenturan (*antinomi*). Pasal 461 melarang perampasan nyawa atas permintaan korban, sedangkan Pasal 14 Permenkes 37/2014 membolehkan penghentian terapi bantuan hidup dengan persetujuan keluarga, dan Pasal 192 ayat (1) Undang-Undang Kesehatan hanya melindungi rumah sakit (Hukumonline, 2025; Kemenkes RI, 2014; Republik Indonesia, 2023). Ramadani dan Fitri Z (2026) menyebut keadaan ini sebagai potensi disharmoni.

Menurut Indah dan Triadi (2025), kekosongan semacam ini diisi melalui penemuan hukum oleh hakim, tetapi kewenangan itu dibatasi oleh asas legalitas. Asas itu dalam KUHP Nasional dirumuskan dalam Pasal 1 ayat (1), "Tidak ada satu perbuatan pun yang dapat dikenai sanksi pidana dan/atau tindakan, kecuali atas kekuatan peraturan pidana dalam peraturan perundang-undangan yang telah ada sebelum perbuatan dilakukan." (Republik Indonesia, 2023). Penemuan hukum bekerja setelah perkara masuk, sementara dokter dan keluarga memerlukan kejelasan sebelum mengambil keputusan. Dalam pengertian kepastian hukum Radbruch, kekosongan ini lebih tepat ditutup oleh pembentuk undang-undang daripada dibiarkan menunggu putusan.

Implikasi teoretisnya, perbandingan Indonesia dengan Belanda tidak cukup dibaca sebagai kontras antara negara yang melarang dan negara yang melegalkan, sebagaimana digambarkan sebagai kontras paradigma kolektivis-religius dan individualis-sekuler (Ramadani & Fitri Z, 2026). Kontras yang lebih menentukan bagi kepastian hukum adalah arsitektur aturannya: satu rancangan terpadu atau beberapa norma terpisah dengan klausul umum seperti Pasal 31 yang menunggu ditafsirkan. Implikasi praktisnya, pembentuk undang-undang dapat mempertimbangkan penyelarasan Pasal 461 dan Pasal 31 dengan Undang-Undang Kesehatan dan peraturan pelaksanaannya. Penyelarasan itu menuntut satu rujukan tentang siapa yang menetapkan kriteria keadaan terminal dan kesia-siaan, siapa yang menilai keputusan penghentian terapi, bagaimana keputusan itu tercatat, dan apakah penghentian terapi yang memenuhi kriteria tersebut secara tegas diakui sebagai perbuatan yang tidak dipidana.

Urgensi Pengaturan *Euthanasia* di Indonesia

Hasil memperlihatkan bahwa di Indonesia tidak ada data pelaksanaan dan pengawasan independen, sedangkan di Belanda setiap kasus tercatat dan dinilai. Urgensi pengaturan di Indonesia dapat dirumuskan dari perbedaan itu, dengan tiga nilai dasar hukum Radbruch sebagai alat baca: kepastian, keadilan, dan kemanfaatan (Adiansyah et al., 2026).

Urgensi pertama menyangkut kepastian hukum. Dokter, pasien, dan keluarga tidak memperoleh jawaban yang jelas tentang di mana garis pidana berada ketika suatu penghentian terapi dilakukan sesuai Permenkes 37/2014. Umaiya dan Ronaboyd (2026) menyebut keadaan ini sebagai disharmoni norma dan ketidakpastian hukum, dan Nur'aeni et al. (2024) menyimpulkan hal senada dari jalur hukum pidana, yaitu bahwa dasar hukum positif belum rinci sehingga perlu dirumuskan *ius constituendum*. Penelitian ini memperkuat kesimpulan itu dengan

tiga penambahan. Pertama, keadaannya lebih dari sekadar tumpang tindih. Kriteria kunci ditetapkan di tingkat rumah sakit, dan peraturan menteri yang menjadi sandaran perlindungan dokter bergantung pada undang-undang yang sudah digantikan. Kedua, Pasal 31 UU 1/2023, satu-satunya alasan pembenar umum yang dapat dirujuk dokter, tidak menjawab apakah penghentian terapi berdasarkan peraturan menteri tercakup di dalamnya, sehingga kepastiannya baru terjawab setelah perkara terjadi. Ketiga, ketidakpastian itu berlaku kepada pihak yang paling berisiko, yakni dokter yang mengambil keputusan di ruang rawat.

Urgensi kedua menyangkut kemampuan sistem untuk dievaluasi, yang merupakan sisi kemanfaatan hukum. Komite di Belanda menghasilkan deret data tahunan yang memungkinkan publik dan pembentuk undang-undang melihat perkembangan praktik. Jumlah notifikasi naik dari 8.720 menjadi 10.341 dalam empat tahun. Kasus demensia naik sekitar 73 persen, sedangkan kasus psikiatri mencapai puncak pada 2024 lalu turun pada 2025, dan pelanggaran kriteria tetap sekitar 0,06 persen. Komite sendiri menyatakan penyebab pasti kenaikan belum diketahui dan otonomi pasien tampaknya berperan (RTE, 2024). Marijnissen et al. (2022) mengaitkan kenaikan kasus demensia dengan meningkatnya kesadaran publik dan kesediaan dokter, sedangkan van Veen et al. (2022) menunjukkan bahwa pada pasien psikiatri, ketidakmungkinan pulih dan kapasitas pengambilan keputusan tetap diperdebatkan. Temuan Belanda ini menunjukkan dua sisi pengaturan yang ketat. Praktik menjadi bisa diaudit, sehingga penyimpangan terdeteksi dan norma diperbaiki dari dalam, misalnya lewat aturan 30 menit dan penegasan percakapan empat mata dengan dokter independen (RTE, 2026). Namun pengaturan tidak membekukan luas praktiknya. Bagi Indonesia, urgensinya bukan meniru angka Belanda, melainkan membangun kemampuan untuk mengetahui apa yang terjadi. Tanpa pencatatan, tidak ada yang dapat dievaluasi, apalagi dikoreksi.

Urgensi ketiga menyangkut keadilan, dan ia menjelaskan mengapa pengaturan tidak sama dengan legalisasi. Kasus Berlin Silalahi menunjukkan permohonan *euthanasia* yang diajukan di tengah kemiskinan dan kehilangan tempat tinggal (Simanjuntak, 2017). Pradyanto (2026) membacanya sebagai dorongan faktor sosial, ekonomi, dan kesejahteraan sehingga perlindungan hak hidup harus diwujudkan lewat layanan kesehatan, perawatan paliatif, dan jaminan sosial. Nur'aeni et al. (2024) merangkum temuan serupa bahwa permintaan keluarga lebih sering dilatari beban biaya. Di sisi lain, Aulia dan Rosandi (2025) memandang kriminalisasi sebagai penyangkalan hak atas pilihan hidup. Data Belanda dapat mempertemukan kedua bacaan itu secara parsial. Pengaturan yang terbuka memperlihatkan bahwa penderitaan yang dinilai bukan hanya soal medis, dan itu sebabnya komite menilai apakah ada alternatif yang masuk akal. Bagi Indonesia, kasus di Aceh menunjukkan bahwa ketika jalur administratif dan layanan tidak tersedia, pengadilan menjadi satu-satunya pintu. Batas konstitusionalnya tetap berlaku. Umayyah dan Ronaboyd (2026) menyimpulkan legalisasi *euthanasia* aktif bertabrakan dengan Pasal 28A dan 28I ayat (1) UUD 1945 serta nilai Pancasila, sehingga yang dapat diadaptasi hanya syarat materiil terbatas pada penghentian terapi bantuan hidup, pengaturan wasiat medis, dan pengawasan independen. Kesimpulan ini sejalan dengan Pradyanto (2026), yang menilai belum ada urgensi melegalkan bantuan mengakhiri hidup tetapi ada kebutuhan memperkuat layanan kesehatan, perawatan paliatif, dan perlindungan hukum bagi tenaga medis.

Implikasi teoretisnya, urgensi pengaturan di Indonesia lebih tepat dipahami sebagai urgensi kepastian dan kemampuan evaluasi, dengan keadilan sebagai batas dan penjaga arah, daripada sebagai urgensi legalisasi. Implikasi praktisnya, naskah akademik yang hendak menyelaraskan KUHP Nasional (termasuk Pasal 31 dan Pasal 461), Undang-Undang Kesehatan, dan Permenkes 37/2014 memerlukan tiga komponen: norma yang mengatur siapa, dengan syarat apa, dan dengan prosedur apa suatu penghentian terapi dinyatakan sah; pencatatan dan

pelaporan tahunan; dan pengawas di luar rumah sakit. Pengalaman Belanda dan Belgia menunjukkan bahwa ketiganya perlu dirancang bersama sanksi yang proporsional agar dokter bersedia melapor dan tidak takut melapor.

SIMPULAN

Kedua Pembahasan bertemu pada satu argumen. Jawaban atas rumusan masalah pertama menunjukkan bahwa dalam kerangka civil law yang sama, Indonesia dan Belanda berbeda pada arsitektur aturan: Indonesia memiliki larangan pidana yang terpisah dari izin penghentian terapi, dengan Pasal 31 UU 1/2023 sebagai klausul umum yang tidak menjawab hubungan keduanya dan tanpa pengawas independen, sedangkan Belanda mengikat larangan, pengecualian, syarat, penilaian, dan pelaporan dalam satu rancangan. Jawaban atas rumusan masalah kedua menunjukkan bahwa perbedaan arsitektur itulah yang melahirkan urgensi di Indonesia, yaitu kepastian hukum bagi dokter dan pasien, kemampuan sistem untuk menghasilkan data yang dapat dievaluasi, dan perlindungan atas keadilan bagi orang yang mengetuk pengadilan karena tidak ada jalur lain.

Dengan demikian, kontribusi penelitian ini adalah menunjukkan bahwa urgensi pengaturan euthanasia di Indonesia dapat dirumuskan tanpa memilih antara pelarangan mutlak dan legalisasi. Yang mendesak adalah menulis aturan yang dapat dijalankan dan diaudit dalam batas konstitusi, dengan data pelaksanaan Belanda sebagai bahan uji, baik untuk manfaatnya maupun untuk risiko perluasan praktiknya. Penelitian ini tidak menilai apakah praktik Belanda layak ditiru secara etis. Ruang itu terbuka bagi penelitian lanjutan yang mengumpulkan data primer di Indonesia, misalnya tentang praktik penghentian terapi di rumah sakit dan pandangan tenaga medis.

SARAN

Penelitian ini tidak menilai apakah praktik Belanda layak ditiru secara etis dan belum memakai data primer dari Indonesia, sementara data Belanda yang dipakai berupa notifikasi dengan penyebab kenaikan yang belum diketahui pasti. Karena itu, penelitian lanjutan perlu mengumpulkan data primer di Indonesia, misalnya tentang praktik penghentian terapi di rumah sakit dan pandangan tenaga medis, agar urgensi yang dirumuskan di sini dapat diuji pada praktik nyata. Selain itu, dua pertanyaan hukum masih terbuka, yakni apakah peraturan menteri termasuk ketentuan peraturan perundang-undangan dalam Pasal 31 dan bagaimana kedudukan Permenkes 37/2014 di bawah undang-undang kesehatan yang baru, sehingga keduanya perlu dijawab oleh pembentuk undang-undang dan kajian doktrinal berikutnya. Lebih jauh, naskah akademik yang menyelaraskan KUHP Nasional, Undang-Undang Kesehatan, dan Permenkes dapat memuat tiga komponen, yaitu norma tentang siapa, dengan syarat apa, dan dengan prosedur apa penghentian terapi dinyatakan sah, pencatatan dan pelaporan tahunan, serta pengawas di luar rumah sakit, yang dirancang bersama sanksi proporsional agar dokter bersedia melapor.

REFERENSI

- Adiansyah, A., Jailani, A. K., Darmawan, H., Nopriady, E., Santri, D., & Ritonga, A. J. (2026). Reaktualisasi konsep *recht idee* Gustav Radbruch sebagai fondasi hukum progresif Indonesia. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 5(1), 180–188.
- Aulia, N., & Rosandi, N. (2025). Tinjauan yuridis kriminalisasi euthanasia sebagai penyangkalan hak atas pilihan hidup seseorang dikaitkan dengan ilmu kedokteran kehakiman. *Jurnal Judiciary*, 14(2).

- Darmawansyah, M. A., Mardin, N., & Awaliah. (2026). Akibat hukum dari pelaksanaan euthanasia "suntik mati" menurut hukum positif Indonesia. *Al-Ihkam: Jurnal Hukum Keluarga*, 18(1), 245–260.
- Indah, R. M., & Triadi, I. (2025). Penemuan hukum sebagai implementasi teori hukum dalam menjawab kekosongan norma. *Media Hukum Indonesia (MHI)*, 3(4). <https://ojs.daarulhuda.or.id/index.php/MHI/article/view/2409>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang penentuan kematian dan pemanfaatan organ donor*. <https://regulasi.bkpk.kemkes.go.id/detail/d6ad748e-a3e7-4609-b809-79cb389f62af/unduh>
- Marijnissen, R. M., Chambaere, K., & Oude Voshaar, R. C. (2022). Euthanasia in dementia: A narrative review of legislation and practices in the Netherlands and Belgium. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 857131. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.857131>
- Nur'aeni, W., Jaelani, E., & Rosidin, U. (2024). Tinjauan hukum mengenai tindakan euthanasia (suntik mati) dalam perspektif hukum pidana. *Public Sphere: Jurnal Sosial Politik, Pemerintahan dan Hukum*, 3(1), 17–22. <https://jurnal.penerbitwidina.com/index.php/IPS/article/download/643/502>
- Pradyanto, T. D. (2026). Studi komparatif legalitas *assisted suicide* sebagai bagian dari euthanasia dalam hukum pidana Indonesia dan Swiss. *Dinamika*, 32(2), 1344–1362. <https://jim.unisma.ac.id/index.php/jdh/article/view/31633>
- Rahma, A. N., & Fitriyana, L. (2026). Pengaturan hukum eutanasia di Indonesia: Studi perbandingan dengan Belanda, Belgia dan Spanyol. *Unes Law Review*, 8(4). <https://doi.org/10.31933/nf39ad84>
- Ramadani, N., & Fitri Z, Y. (2026). Studi komparatif terhadap pengaturan eutanasia di Indonesia dan Belanda. *YUSTISI*, 13(2), 197–210. <https://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/YUSTISI/article/view/23956>
- Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. (2025, March 24). *Tien procent meer meldingen euthanasie in 2024* [Sepuluh persen lebih banyak notifikasi euthanasia pada 2024]. <https://www.euthanasiecommissie.nl/actueel/nieuws/2025/03/24/tien-procent-meer-meldingen-euthanasie-in-2024>
- Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. (2026, March 26). *Jaarcijfers RTE 2025: Bijna 4% meer meldingen van euthanasie* [Angka tahunan RTE 2025: Hampir 4% lebih banyak notifikasi euthanasia].
- Regional Euthanasia Review Committees. (2024). *Annual report 2023*. <https://euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie/documenten/jaarverslag-en/2023/april/4/jaarverslag-2023/Annual+report+2023.pdf>
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38778/uu-no-36-tahun-2009>
- Republik Indonesia. (2023a). *Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana*. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/234935/uu-no-1>
- Republik Indonesia. (2023b). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028>
- Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang peraturan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. <https://perpajakan.ddtc.co.id/id/sumber-hukum/peraturan-pusat/peraturan-pemerintah-28-tahun-2024>

- Simanjuntak, H. (2017, May 5). Aceh resident seeks euthanasia in court. *The Jakarta Post*. <https://www.thejakartapost.com/news/2017/05/05/aceh-resident-seeks-euthanasia-court>
- Taufik Muhlisani Ihsan, M. F., Kamal, M., & Aswari, A. (2024). A comparative legal study: Euthanasia for psychological reasons. *Golden Ratio of Law and Social Policy Review*, 3(2), 57–73. <https://doi.org/10.52970/grlspr.v3i2.341>
- Umaiya, R. D. M., & Ronaboyd, I. (2026). Euthanasia dalam perspektif hukum kesehatan: Studi komparatif di Indonesia dan Belgia. *Indonesian Journal of Contemporary Law*, 3(6), 1–26. <https://journal.unesa.ac.id/index.php/ijcl/article/view/56565>
- van Veen, S. M. P., Widdershoven, G. A. M., Beekman, A. T. F., & Evans, N. (2022). Physician assisted death for psychiatric suffering: Experiences in the Netherlands. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 895387. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.895387>
- Wahid, A., Hanafi, A., & Syachdin, S. (2025). Integration of local and universal values in Indonesian criminal law reform. *Academia Open*, 10(2). <https://doi.org/10.21070/acopen.10.2025.11335>
- Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* [Undang-Undang tentang peninjauan pengakhiran hidup atas permintaan dan bantuan bunuh diri]. (2001, April 12). <https://zl.pvda.nl/wp-content/uploads/sites/554/2021/04/Wet-toetsing-levensbeëindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding.pdf>
- Wetboek van Strafrecht* [Kitab Undang-Undang Hukum Pidana Belanda]. (n.d.). Pasal 293 dan 294. <https://www.uwwet.nl/wetten-en-regelingen/strafrecht/wetboek-van-strafrecht/31-doodslag-strafbaar-moord-kinderdoodslag-kindermoord-straf-verboden.htm>