

Perbandingan Hukum Tindak Pidana Aborsi di Indonesia dengan Kebijakan Praktik Aborsi di Kanada

A.H Sofiyullah

Universitas Trunojoyo Madura

Korespondensi penulis: sofymz100@gmail.com

Abstract. *This study aims to compare the legal framework governing the criminal offense of abortion in Indonesia with the policy on abortion practices in Canada. Using the comparative law method, this analysis investigates aspects of the law relating to abortion, including laws, regulations, and court decisions in both countries. Cultural, religious and social factors are also considered in the context of the different legal approaches to abortion in the two countries. The results highlight significant differences in legal approaches and societal views towards abortion between Indonesia and Canada. The implications of this comparison are discussed to enrich the understanding of abortion law and generate ideas for policy reforms or adjustments appropriate to each country's context. This research contributes to a global understanding of the legal and moral issues related to abortion and provides a foundation for further discussion in developing more effective and humane policies related to abortion at the national and international levels.*

Keywords: *Comparative Law, Abortion, Canada.*

Abstrak. Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan kerangka hukum yang mengatur tindak pidana aborsi di Indonesia dengan kebijakan praktik aborsi di Kanada. Dengan menggunakan metode perbandingan hukum, analisis ini menyelidiki aspek-aspek hukum yang berkaitan dengan aborsi, termasuk undang-undang, peraturan, dan putusan pengadilan di kedua negara. Faktor-faktor budaya, agama, dan sosial juga diperhatikan dalam konteks perbedaan pendekatan hukum terhadap aborsi di kedua negara. Hasil penelitian menyoroti perbedaan signifikan dalam pendekatan hukum dan pandangan masyarakat terhadap aborsi antara Indonesia dan Kanada. Implikasi dari perbandingan ini dibahas untuk memperkaya pemahaman tentang hukum aborsi dan melahirkan gagasan untuk pembaharuan atau penyesuaian kebijakan yang sesuai dengan konteks masing-masing negara. Penelitian ini memberikan kontribusi pada pemahaman global tentang isu-isu hukum dan moral yang berkaitan dengan aborsi serta memberikan landasan bagi diskusi lanjutan dalam mengembangkan kebijakan yang lebih efektif dan manusiawi terkait aborsi di tingkat nasional dan internasional.

Kata Kunci: Perbandingan Hukum, Aborsi, Kanada.

PENDAHULUAN

Ancaman hukuman terhadap perempuan yang melakukan aborsi pada kehamilan yang tidak diinginkan telah memicu peningkatan praktik aborsi ilegal, dikenal sebagai abortus provocatus criminalis, di Indonesia. Meskipun data yang pasti tentang jumlah aborsi setiap tahunnya tidak tersedia, perkiraan menunjukkan bahwa tingkat aborsi ilegal di Indonesia mencapai 22 aborsi per 1.000 perempuan usia reproduksi (15-49 tahun). Perbandingan dengan negara-negara Asia lain menunjukkan angka yang lebih tinggi, dengan rata-rata 17 aborsi per 1.000 perempuan usia reproduksi. Di Indonesia, aborsi dianggap sebagai tindakan kriminal, hanya diizinkan dalam kasus medis yang melibatkan risiko kesehatan ibu atau kehamilan akibat perkosaan. Hukuman pidana hingga 10 tahun penjara dan denda maksimal satu miliar rupiah diberlakukan bagi pelaku aborsi dan praktisi medis yang terlibat.

Menurut (Kusmayanto, 2002) Praktik abortus provocatus criminalis mengakibatkan biaya yang signifikan, tidak hanya secara finansial tetapi juga dalam hal konsekuensi fisik dan psikologis yang luas. Biaya aborsi ilegal tidak hanya mencakup biaya langsung tindakan aborsi, tetapi juga biaya terkait trauma fisik dan psikologis, stigma sosial, kehilangan pendapatan, dan biaya perawatan kesehatan. Trauma psikologis umum terjadi pada perempuan yang menjalani aborsi ilegal, dengan dampak seperti penyalahan diri sendiri, kesedihan yang mendalam, dan ketakutan akan penuntutan hukum. Sejumlah kasus aborsi ilegal dilaporkan dalam media daring, yang umumnya melibatkan penahanan perempuan pelaku aborsi, sementara tanggung jawab laki-laki sering kali tidak disorot.

Di Kanada, praktik aborsi telah menjadi subjek perhatian yang mendalam dalam konteks kerangka hukum yang lebih progresif dan berlandaskan prinsip-prinsip kesehatan yang memprioritaskan hak asasi manusia. Sejak putusan Mahkamah Agung Kanada pada tahun 1988 yang menyatakan bahwa larangan terhadap aborsi adalah inkonstitusional dan melanggar hak-hak konstitusional perempuan, Kanada telah mengambil langkah-langkah kebijakan untuk mendukung akses aborsi yang lebih luas serta menjunjung tinggi hak-hak reproduksi perempuan. Putusan tersebut bukan hanya mencabut hukuman pidana bagi perempuan yang memilih untuk melakukan aborsi, tetapi juga menegaskan bahwa pembatasan terhadap aborsi hanya dapat dilakukan dalam kerangka keamanan dan kesehatan ibu.

Sejak saat itu, Kanada telah menerapkan pendekatan yang lebih humanis dan etis dalam menangani isu aborsi. Praktik aborsi di Kanada didasarkan pada prinsip-prinsip medis dan etika yang mengakui otonomi perempuan dalam membuat keputusan tentang tubuh dan kesehatan reproduksinya. Ini menciptakan sebuah lingkungan hukum yang memfasilitasi akses yang lebih mudah dan aman bagi perempuan terhadap layanan aborsi, dengan penekanan pada aspek kesehatan dan keamanan mereka. Dampak dari pendekatan yang lebih progresif terhadap aborsi di Kanada sangatlah signifikan, menciptakan perbedaan yang mencolok dengan negara-negara lain yang mungkin menerapkan kerangka hukum yang lebih ketat terhadap aborsi, seperti Indonesia. Melalui penghapusan hukuman pidana dan penerapan prinsip-prinsip kesehatan dan hak asasi manusia, perempuan di Kanada memiliki kontrol yang lebih besar atas tubuh dan kehidupan reproduksinya, sambil juga memastikan akses yang lebih aman dan terjamin terhadap layanan aborsi. Oleh karena itu, perbandingan praktik aborsi di Kanada dengan negara-negara lain, termasuk Indonesia, menjadi sangat penting untuk memahami perbedaan dalam pendekatan hukum dan dampaknya terhadap kesehatan dan hak asasi manusia perempuan.

Pada prinsipnya (K. Bertens, 2002), aborsi mencerminkan tentang hak atas integritas tubuh dan otonomi dalam menentukan nasib sendiri, yang membawa implikasi nilai moral, politik, dan agama yang sangat kompleks, dan merupakan keyakinan yang sangat saya anut. Penelitian ini menguraikan secara mendalam mengapa aborsi bukan hanya sekadar isu medis, tetapi juga isu keadilan sosial yang berkaitan dengan upaya mencapai kesetaraan antara perempuan dan laki-laki. Analisis ini akan menyoroti bagaimana aborsi telah diakui sebagai hak asasi manusia dalam konteks hukum Kanada, sambil mengidentifikasi tantangan-tantangan yang menghadang status hukum aborsi saat ini, yang membutuhkan penanganan yang mendesak. Selanjutnya, beberapa hambatan yang dihadapi perempuan dalam mengakses layanan aborsi di Kanada, mencerminkan ketidaksetaraan sosial yang ada di antara berbagai kelompok perempuan. Dalam rangka memahami dampak sosial aborsi, penting untuk menggali aspek-aspek kompleks yang melingkupi isu ini, termasuk pandangan moral, normatif, dan hukum yang terkait. Dengan demikian, studi ini tidak hanya bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang isu aborsi di Kanada, tetapi juga untuk mendorong perubahan yang memperjuangkan kesetaraan dan keadilan sosial bagi semua individu, terutama perempuan, dalam konteks hak-hak reproduksi dan otonomi tubuh mereka.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis melakukan penelitian dengan melakukan perbandingan hukum antara tindak pidana aborsi di Indonesia dengan kebijakan praktik aborsi di Kanada. Adapun rumusan masalah sebagai berikut.

KAJIAN TEORITIS

Tinjauan Umum Mengenai Aborsi

Tinjauan umum mengenai aborsi mencakup berbagai aspek, termasuk perspektif medis, hukum, etika, sosial, dan budaya. Dari sudut pandang medis, aborsi merupakan prosedur untuk mengakhiri kehamilan, yang dapat dilakukan dengan obat-obatan atau prosedur bedah, tergantung pada usia kehamilan dan kondisi kesehatan ibu. Aspek hukum aborsi bervariasi di setiap negara, di mana beberapa negara melarangnya secara total atau hanya memperbolehkannya dalam keadaan tertentu, sementara negara lain memiliki kebijakan yang lebih liberal. Dalam ranah etika, aborsi menjadi topik kontroversial, dengan sebagian orang melihatnya sebagai pelanggaran terhadap hak hidup janin sedangkan yang lain menekankan hak perempuan untuk membuat keputusan tentang tubuh dan kesehatan reproduksinya.

Faktor-faktor sosial dan budaya, seperti nilai-nilai dan norma dalam masyarakat, juga memengaruhi pandangan terhadap aborsi. Aspek kesehatan masyarakat juga menjadi pertimbangan penting, di mana aborsi yang dilakukan secara aman dan legal dapat memiliki

manfaat signifikan bagi kesehatan ibu dan masyarakat secara keseluruhan, sementara aborsi ilegal dan tidak aman dapat menyebabkan risiko serius. Dengan demikian, penanganan aborsi memerlukan pendekatan holistik yang mempertimbangkan berbagai perspektif yang berbeda.

Kebijakan Aborsi Di Indonesia

Kebijakan terkait aborsi di Indonesia diatur oleh tiga dokumen regulasi utama, yakni Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah RI Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan. Ketiga peraturan tersebut menguraikan aturan yang serupa terkait aborsi akibat Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD), di mana setiap bentuk aborsi dilarang kecuali dalam situasi yang bertujuan untuk menyelamatkan atau mengobati ibu dengan indikasi medis yang jelas, atau dalam kasus kehamilan hasil perkosaan atau abortus provocatus medicalis (Kusmayanto, 2002). Praktik aborsi yang diizinkan oleh negara juga diatur dengan sangat ketat. Dalam peraturan tersebut, disebutkan bahwa aborsi harus memenuhi serangkaian persyaratan yang meliputi pelaksanaan sebelum usia kehamilan mencapai enam minggu terhitung sejak hari pertama haid terakhir, harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang telah disertifikasi oleh menteri, harus mendapatkan persetujuan langsung dari ibu hamil yang bersangkutan, harus memiliki izin dari suami (kecuali dalam kasus korban perkosaan), dan harus dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan oleh menteri. Di luar ketentuan tersebut, aborsi yang dilakukan akibat KTD secara tegas dikategorikan sebagai abortus provocatus criminalis, yang diancam dengan hukuman pidana berat dengan ancaman pidana penjara maksimal sepuluh tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah) berdasarkan Pasal 194 Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Munculnya perilaku abortus provocatus criminalis merupakan hasil dari larangan aborsi terhadap kehamilan tidak diinginkan (KTD), yang berdampak pada berbagai aspek termasuk hukum, sosial, budaya, dan ekonomi. Dari segi hukum, regulasi yang melarang aborsi saat ini tidak memberikan alternatif bagi perempuan yang menghadapi KTD, terutama dalam situasi abortus provocatus medicalis. Selain sanksi yang berat, aturan tersebut menetapkan syarat yang sangat ketat, termasuk batasan usia kehamilan, persyaratan keterampilan tenaga kesehatan, persetujuan ibu hamil, izin suami, dan standar penyelenggaraan layanan kesehatan. Hal ini membuat perempuan dihadapkan pada dilema antara mengakhiri kehamilan (aborsi) atau melanjutkannya dengan risiko yang mungkin lebih besar.

Dari perspektif sosial dan budaya, masyarakat Indonesia umumnya menilai perempuan yang mengalami KTD, terutama yang belum menikah, sebagai pelaku yang bersalah daripada korban. Pandangan ini sering kali bertentangan dengan realitas bahwa sebagian besar pengakses layanan konseling KTD adalah perempuan yang sudah menikah. Pandangan negatif ini dapat menghambat perempuan dalam mencari akses ke aborsi ilegal. Dari segi ekonomi, perempuan yang memilih aborsi ilegal karena alasan ekonomi cenderung sudah menikah. Survei menunjukkan bahwa alasan utama untuk aborsi adalah jumlah anak yang dianggap sudah cukup, yang dapat meningkatkan beban tanggung jawab orang tua. Konsekuensi ekonomi ini dapat membatasi pilihan perempuan dalam menghadapi KTD, bahkan dengan risiko fisik dan mental yang lebih besar.

Aturan yang ketat dan ancaman pidana yang berat tidak mencegah perempuan untuk mencari aborsi ilegal, yang menunjukkan bahwa praktik aborsi akan tetap ada di Indonesia, terlepas dari legalitasnya. Namun, jumlah aborsi *provocatus criminalis* kemungkinan akan tetap lebih tinggi daripada aborsi *provocatus medicalis*, jika aborsi tetap dianggap ilegal kecuali untuk indikasi medis atau kehamilan akibat perkosaan. Munculnya praktik aborsi ilegal, atau yang dikenal sebagai *abortus provocatus criminalis*, terjadi sebagai dampak langsung dari larangan aborsi terhadap kehamilan tidak diinginkan (KTD), yang memiliki implikasi yang kompleks pada berbagai aspek masyarakat, termasuk hukum, sosial, budaya, dan ekonomi. Dari segi hukum (Monopo Abas, 1948), larangan aborsi yang ada saat ini tidak memberikan opsi atau alternatif yang memadai bagi perempuan yang menghadapi KTD, terutama dalam situasi di mana aborsi dilakukan atas indikasi medis yang sah, seperti dalam kasus *abortus provocatus medicalis*. Selain diancam dengan sanksi yang berat, seperti yang diatur dalam Pasal 194 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, peraturan tersebut juga menetapkan kriteria dan persyaratan yang sangat ketat, termasuk batasan usia kehamilan, persyaratan keterampilan tenaga kesehatan, persetujuan ibu hamil, izin suami, dan standar penyelenggaraan layanan kesehatan. Situasi ini menciptakan dilema yang kompleks bagi perempuan, yang terpaksa harus memilih antara melanjutkan kehamilan dengan risiko yang lebih besar atau mencari jalan untuk mengakhiri kehamilan secara ilegal.

Dari perspektif sosial dan budaya (Shintani, 2012), masyarakat Indonesia umumnya cenderung menilai perempuan yang mengalami KTD, terutama yang belum menikah, sebagai pelaku yang bersalah daripada korban. Pandangan ini sering kali tidak sejalan dengan kenyataan bahwa mayoritas pengakses layanan konseling KTD adalah perempuan yang sudah menikah. Pandangan negatif ini dapat menghambat upaya perempuan dalam mencari akses ke aborsi ilegal, karena stigma dan tekanan sosial yang terkait dengan pilihan mereka. Dari

perspektif ekonomi, perempuan yang memutuskan untuk mencari aborsi ilegal karena alasan ekonomi umumnya sudah menikah. Hasil survei menunjukkan bahwa salah satu alasan utama untuk aborsi adalah karena pertimbangan jumlah anak yang dianggap sudah cukup, yang dapat meningkatkan beban tanggung jawab orang tua. Konsekuensi ekonomi ini dapat membatasi pilihan perempuan dalam menghadapi KTD, dengan meningkatkan risiko fisik dan mental yang mereka hadapi. Meskipun hukuman yang keras dan peraturan yang ketat telah diterapkan, kenyataannya, aturan tersebut tidak berhasil menghentikan praktik aborsi ilegal. Ini menunjukkan bahwa keberadaan praktik aborsi ilegal akan tetap ada di Indonesia, terlepas dari status legalitasnya. Namun, kemungkinan besar jumlah kasus aborsi *provocatus criminalis* akan tetap lebih tinggi daripada aborsi *provocatus medicalis*, selama aborsi terus dianggap ilegal kecuali untuk indikasi medis atau kehamilan akibat perkosaan.

Kebijakan Aborsi Di Kanada

Hingga tahun 1969, aborsi di Kanada dianggap sebagai tindak pidana, namun pada saat itu, Kanada mengambil langkah signifikan dengan mendekriminalisasi aborsi secara substansial, dengan membuat pengecualian dalam kasus-kasus keguguran yang diakibatkan oleh aborsi. Pasal 251 (kemudian Pasal 287) KUHP memberikan pengecualian bagi aborsi yang dianggap diperlukan untuk kesehatan atau kehidupan "perempuan" dengan persetujuan dari komite rumah sakit yang disebut "komite aborsi terapeutik" (TAC) (Koalisi Hak Aborsi Kanada, 2012). Meskipun demikian, larangan terhadap iklan aborsi yang diatur dalam Pasal 163 tetap berlaku tanpa perubahan setelah amendemen tahun 1969. Prosedur administratif yang rumit ditetapkan oleh KUHP untuk mendapatkan persetujuan aborsi yang membatasi praktek aborsi hanya pada tindakan yang dilakukan di rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari TAC. Meskipun aturan administratif ini telah diterapkan, rezim ini kemudian dipertanyakan atas dasar konstitusional oleh Dr. Henry Morgentaler dan dua dokter lainnya, yang semuanya adalah penyedia aborsi. Mereka menantang rezim ini setelah dijerat dengan tuduhan pidana karena memberikan layanan aborsi di klinik komunitas tanpa sertifikat rumah sakit yang diperlukan. Kasus Dr. Morgentaler, yang pada akhirnya diputuskan oleh Mahkamah Agung Kanada pada tahun 1988, menimbulkan kontroversi. Mayoritas hakim dalam panel tujuh orang menyatakan bahwa rezim TAC tidaklah konstitusional karena melanggar hak konstitusional perempuan terhadap keamanan diri, sebagaimana dijamin dalam Piagam Hak dan Kebebasan Kanada Bagian 7. Seorang hakim perempuan, Nyonya Hakim Bertha Wilson, menegaskan bahwa aturan tersebut juga melanggar hak kebebasan perempuan berdasarkan Pasal 7. Hakim-hakim yang berbeda pendapat memperkuat argumen ini dengan mengatakan bahwa aturan tersebut tidak didukung oleh teks konstitusi dan sejarahnya, serta menekankan bahwa

penundaan administratif yang melekat pada rezim TAC lebih disebabkan oleh faktor-faktor eksternal daripada faktor hukum.

Keputusan Mahkamah Agung Kanada dalam kasus Morgentaler pada akhirnya mengakibatkan kehilangan kekuatan dan pengaruhnya atas rezim TAC. Meskipun praktik ini tidak lagi beroperasi, Pasal 287 tetap ada dalam buku hukum sampai dihapus pada tahun 2019. Larangan iklan obat aborsi dihapuskan pada tahun 2018, satu tahun setelah obat kombinasi mifepristone dan misoprostol secara komersial tersedia dengan nama Mifegymiso, dan tiga tahun setelah mendapatkan persetujuan dari Health Canada. Hingga tahun 1969, aborsi di Kanada dianggap sebagai tindak pidana, namun pada saat itu, Kanada mengambil langkah signifikan dengan mendekriminalisasi aborsi secara substansial, dengan membuat pengecualian dalam kasus-kasus keguguran yang diakibatkan oleh aborsi (Sanourin J, 2012). Pasal 251 (kemudian Pasal 287) KUHP memberikan pengecualian bagi aborsi yang dianggap diperlukan untuk kesehatan atau kehidupan "perempuan" dengan persetujuan dari komite rumah sakit yang disebut "komite aborsi terapeutik" (TAC). Meskipun demikian, larangan terhadap iklan aborsi yang diatur dalam Pasal 163 tetap berlaku tanpa perubahan setelah amendemen tahun 1969. Prosedur administratif yang rumit ditetapkan oleh KUHP untuk mendapatkan persetujuan aborsi yang membatasi praktek aborsi hanya pada tindakan yang dilakukan di rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari TAC.

Meskipun aturan administratif ini telah diterapkan, rezim ini kemudian dipertanyakan atas dasar konstitusional oleh Dr. Henry Morgentaler dan dua dokter lainnya, yang semuanya adalah penyedia aborsi. Mereka menantang rezim ini setelah dijerat dengan tuduhan pidana karena memberikan layanan aborsi di klinik komunitas tanpa sertifikat rumah sakit yang diperlukan. Kasus Dr. Morgentaler, yang pada akhirnya diputuskan oleh Mahkamah Agung Kanada pada tahun 1988, menimbulkan kontroversi. Mayoritas hakim dalam panel tujuh orang menyatakan bahwa rezim TAC tidaklah konstitusional karena melanggar hak konstitusional perempuan terhadap keamanan diri, sebagaimana dijamin dalam Piagam Hak dan Kebebasan Kanada Bagian 7. Seorang hakim perempuan, Nyonya Hakim Bertha Wilson, menegaskan bahwa aturan tersebut juga melanggar hak kebebasan perempuan berdasarkan Pasal 7. Hakim-hakim yang berbeda pendapat memperkuat argumen ini dengan mengatakan bahwa aturan tersebut tidak didukung oleh teks konstitusi dan sejarahnya, serta menekankan bahwa penundaan administratif yang melekat pada rezim TAC lebih disebabkan oleh faktor-faktor eksternal daripada faktor hukum. Keputusan Mahkamah Agung Kanada dalam kasus Morgentaler pada akhirnya mengakibatkan kehilangan kekuatan dan pengaruhnya atas rezim TAC. Meskipun praktik ini tidak lagi beroperasi, Pasal 287 tetap ada dalam buku hukum

sampai dihapus pada tahun 2019. Larangan iklan obat aborsi dihapuskan pada tahun 2018, satu tahun setelah obat kombinasi mifepristone dan misoprostol secara komersial tersedia dengan nama Mifegymiso, dan tiga tahun setelah mendapatkan persetujuan dari Health Canada (*Aborsi dan Hak Atas Pelayanan Kesehatan*, 2022).

METODE PENELITIAN

Mengenai proses analisis kebijakan aborsi, penulis mengadopsi pendekatan retrospektif yang melibatkan evaluasi terhadap kebijakan yang telah di implementasikan selama periode waktu tertentu. Pendekatan retrospektif ini memungkinkan penulis untuk menyelidiki efektivitas kebijakan yang telah diterapkan, mengevaluasi dampaknya, serta mengidentifikasi nilai dan manfaatnya dalam jangka waktu yang telah berlalu. Metode ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang komprehensif tentang implementasi kebijakan aborsi, memungkinkan penulis untuk memeriksa kontribusi kebijakan tersebut terhadap pencapaian tujuan dan kinerja kebijakan secara keseluruhan. Selain itu metode penelitian yang digunakan dalam studi ini meliputi beberapa tahapan yang terinci. Pertama, penelitian akan dimulai dengan kajian literatur yang mendalam tentang hukum pidana aborsi di Indonesia dan kebijakan serta praktik aborsi di Kanada. Kajian literatur ini akan mencakup undang-undang, peraturan, putusan pengadilan, dan publikasi akademis terkait topik tersebut. Selanjutnya, peneliti akan melakukan analisis perundang-undangan untuk membandingkan undang-undang dan peraturan yang mengatur tindak pidana aborsi di Indonesia dengan kebijakan aborsi di Kanada, dengan fokus pada persamaan, perbedaan, dan evolusi hukum aborsi di kedua negara.

Tahap selanjutnya adalah wawancara dan konsultasi dengan pakar hukum pidana dan ahli kebijakan kesehatan reproduksi di Indonesia dan Kanada yang di dapat dari penelitian lain atau karya ilmiah yang sesuai dengan judul yang di angkat. Tujuan ini adalah untuk mendapatkan wawasan yang lebih dalam tentang implementasi dan dampak hukum serta kebijakan aborsi di kedua negara. Data statistik terkait praktik aborsi, termasuk jumlah kasus aborsi, tingkat keamanan aborsi, dan karakteristik demografis pelaku aborsi, akan dianalisis untuk memberikan pemahaman yang lebih baik tentang realitas praktik aborsi di Indonesia dan Kanada. Selanjutnya, peneliti akan memilih beberapa studi kasus yang representatif untuk dianalisis secara mendalam, memperhatikan konteks sosial, budaya, dan hukum yang mempengaruhi pengambilan keputusan terkait aborsi di kedua negara. Data yang terkumpul akan dianalisis secara kualitatif menggunakan pendekatan induktif untuk mengidentifikasi pola, tema, dan kesimpulan utama terkait perbandingan hukum aborsi di Indonesia dan praktik aborsi di Kanada. Hasil analisis akan di interpretasikan untuk menyimpulkan perbedaan,

kesamaan, tantangan, dan implikasi dari perbandingan hukum aborsi di Indonesia dengan praktik aborsi di Kanada, yang nantinya akan digunakan untuk menyajikan rekomendasi kebijakan yang relevan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kebijakan Aborsi Dalam Sistem Hukum Di Kanada

Kebijakan aborsi di Kanada telah mengalami evolusi yang signifikan sejak putusan Mahkamah Agung Kanada pada tahun 1988 yang menyatakan bahwa larangan aborsi melanggar Konstitusi. Sejak saat itu, Kanada telah mengadopsi pendekatan yang lebih progresif terhadap aborsi, dengan memperhatikan hak-hak reproduksi perempuan dan prinsip-prinsip kesehatan yang berorientasi pada hak asasi manusia. Pertama, sebelum tahun 1969, aborsi di Kanada dianggap sebagai tindakan kriminal. Namun, pada tahun 1969, Kanada secara substansial mendekriminalisasi aborsi dengan membuat pengecualian bagi pelanggaran yang menyebabkan keguguran pada saat itu. Kedua, setelah putusan Mahkamah Agung pada tahun 1988, Kanada memperbolehkan aborsi jika dianggap diperlukan untuk kesehatan atau kehidupan perempuan. Ini mengubah lanskap aborsi di negara tersebut, memungkinkan perempuan untuk mengakses aborsi dengan lebih mudah dan aman, dengan mempertimbangkan faktor-faktor medis dan kesehatan.

Ketiga, Kanada memiliki kebijakan kesehatan reproduksi yang progresif, yang memberikan akses yang lebih luas bagi perempuan untuk mendapatkan layanan aborsi. Negara ini mengakui hak perempuan untuk membuat keputusan tentang tubuh dan kesehatan reproduksinya sendiri, mencerminkan komitmen pada hak asasi manusia dan kesetaraan gender. Keempat, meskipun aborsi telah di deskriminalisasi, Kanada memiliki prosedur administratif yang mengatur praktik aborsi. Aborsi dapat dilakukan di rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari komite rumah sakit yang disebut "komite aborsi terapeutik" (TAC). Persetujuan ini diperlukan terutama jika aborsi dilakukan setelah usia kehamilan tertentu, menunjukkan bahwa negara ini memperhatikan aspek medis dan kesehatan. Kelima, Kanada menekankan pentingnya keterlibatan masyarakat medis dalam proses persetujuan aborsi. Komite aborsi terapeutik yang terdiri dari tenaga medis bertanggung jawab untuk menilai apakah aborsi diperlukan untuk kesehatan atau kehidupan perempuan, menunjukkan pendekatan holistik terhadap layanan kesehatan reproduksi.

Keenam, secara keseluruhan, Kanada memiliki kebijakan yang mendukung akses yang lebih luas bagi perempuan untuk mendapatkan layanan aborsi, mencerminkan komitmen pada hak-hak reproduksi perempuan dan prinsip-prinsip kesehatan yang berorientasi pada hak asasi

manusia. Ini memberikan akses yang lebih mudah dan aman bagi perempuan untuk mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkan atau berisiko bagi kesehatan mereka, menjadikan Kanada sebagai salah satu negara dengan kebijakan aborsi yang lebih progresif di dunia.

Dengan ketiadaan undang-undang pidana federal yang secara khusus mengatur aborsi, prosedurnya ditangani di tingkat provinsi, menjadi bagian dari yurisdiksi provinsi dalam hal kesehatan. Secara konstitusional, provinsi-provinsi dilarang menggunakan yurisdiksinya dalam upaya untuk mengatur moralitas masyarakat, dan upaya legislatif semacam itu dianggap melanggar kekuasaan eksklusif federal. Namun, variasi akses terjadi tergantung pada lokasi, yang mencakup aspek hukum, geografis, dan kompleksitas struktur federal Kanada. Beberapa provinsi secara historis telah mengecualikan aborsi berbasis klinik dari cakupan Medicare, dengan New Brunswick tetap membatasi pendanaan aborsi di rumah sakit dengan batasan usia kehamilan 13 minggu. Selain itu, hambatan lainnya timbul dari geografi dan yurisdiksi. Di pusat kota besar, akses terhadap klinik dan rumah sakit yang menyediakan layanan aborsi cenderung lebih baik. Sebagai contoh, di Alberta, terdapat klinik di Calgary dan Edmonton, dengan hanya satu rumah sakit yang menyediakan layanan aborsi di Calgary, meskipun wilayah Alberta hampir dua kali lipat ukuran Jerman. Situasi ini setara dengan hanya ada satu klinik yang menyediakan layanan aborsi untuk negara Jerman dan Denmark yang berlokasi di Munich dan satu klinik di Cologne.

Meskipun persetujuan aborsi medis telah meningkatkan akses bagi beberapa komunitas terpencil, aksesnya tidak merata. Sebagai contoh, Quebec mengalami keterlambatan dalam memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan profesional untuk memberikan resep obat, dengan sedikit klinik yang menyediakan layanan tersebut, terutama di luar kota besar Montreal. Perbedaan provinsi dalam hal siapa yang berhak meresepkan Mifegymiso juga terjadi, di mana beberapa provinsi membatasi hak ini hanya pada dokter, sementara di provinsi lain, apoteker dan perawat juga diizinkan meresepkan. Selain itu, beberapa program Medicare provinsi mencakup biaya pengobatan, sementara di provinsi lain, pasien harus membayarnya sendiri.

Legalitas Praktik Aborsi Di Indonesia dan Kanada

Legalitas aborsi di Kanada telah mengalami evolusi yang signifikan sejak putusan Mahkamah Agung pada tahun 1988. Sebelumnya, aborsi di Kanada dianggap sebagai tindakan kriminal, namun putusan tersebut memutuskan bahwa larangan aborsi melanggar Konstitusi. Sejak saat itu, Kanada telah mengadopsi pendekatan yang lebih progresif terhadap aborsi, dengan memperhatikan hak-hak reproduksi perempuan dan prinsip-prinsip kesehatan yang berorientasi pada hak asasi manusia. Saat ini, aborsi di Kanada secara hukum diatur di tingkat provinsi sebagai bagian dari yurisdiksi provinsi dalam hal kesehatan. Provinsi-provinsi

memiliki wewenang untuk mengatur prosedur aborsi dan menyediakan layanan kesehatan reproduksi kepada perempuan. Namun, secara konstitusional, provinsi dilarang menggunakan yurisdiksinya untuk mengatur moralitas masyarakat, sehingga upaya legislatif dalam hal ini dianggap *ultra vires*, atau melampaui wewenangnya.

Kebijakan aborsi di Kanada memperbolehkan akses yang luas bagi perempuan untuk mengakses layanan aborsi, terutama jika dianggap diperlukan untuk kesehatan atau kehidupan perempuan. Aborsi dilakukan di rumah sakit atau klinik setelah mendapat persetujuan dari komite medis yang bertanggung jawab. Meskipun demikian, akses terhadap aborsi mungkin bervariasi tergantung pada lokasi geografis dan yurisdiksi provinsi. Beberapa provinsi mungkin memiliki batasan atau pembatasan tertentu terhadap layanan aborsi, sementara yang lain mungkin memberikan akses yang lebih luas. Secara keseluruhan, legalitas aborsi di Kanada memperhatikan hak-hak perempuan untuk membuat keputusan tentang tubuh dan kesehatan reproduksinya sendiri, dengan memperhatikan prinsip-prinsip kesehatan dan hak asasi manusia. Meskipun masih ada tantangan dan perbedaan dalam implementasi kebijakan aborsi di berbagai provinsi, Kanada secara umum telah mengadopsi pendekatan yang progresif dalam hal ini (Susanti, n.d.).

Sedangkan legalitas praktik aborsi di Indonesia diatur oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi. Secara umum, aborsi di Indonesia ilegal kecuali dalam dua kondisi tertentu, yaitu jika aborsi dilakukan untuk menyelamatkan atau mengobati ibu hamil yang mengalami kondisi medis yang mengancam nyawa (*abortus provocatus medikalis*) atau jika kehamilan adalah hasil dari tindakan perkosaan (*abortus provocatus kriminalis*). Jika aborsi dilakukan di luar kondisi-kondisi tersebut, itu dianggap sebagai pelanggaran hukum dan dapat dikenakan sanksi pidana. Sanksi ini diatur dalam Pasal 194 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, di mana pelaku aborsi ilegal dapat dihukum dengan pidana penjara hingga 10 tahun dan denda hingga satu miliar rupiah.

(Sudarto, 1994) Prosedur aborsi di Indonesia juga sangat ketat. Aborsi hanya diizinkan jika dilakukan sebelum usia kehamilan mencapai 6 minggu (diukur dari hari pertama haid terakhir), dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki sertifikasi resmi, dengan persetujuan ibu hamil, izin suami (kecuali dalam kasus perkosaan), dan hanya di fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat. Meskipun ada undang-undang yang mengatur praktik aborsi di Indonesia, implementasinya sering kali sulit karena berbagai faktor, termasuk stigma sosial, keterbatasan akses ke layanan kesehatan reproduksi, dan kurangnya pemahaman tentang hak-hak reproduksi

perempuan. Sebagai hasilnya, banyak perempuan yang terpaksa mencari aborsi ilegal, yang seringkali berbahaya dan berisiko bagi kesehatan mereka.

Perbandingan Hukum Praktik Aborsi Di Indonesia dan Kanada

Perbandingan hukum praktik aborsi di Indonesia dan Kanada menggambarkan perbedaan yang signifikan dalam pendekatan hukum, norma-norma sosial, dan nilai-nilai budaya yang berkembang di masing-masing negara (Leden Marpaung, 2006). Di Indonesia, praktik aborsi diatur secara ketat oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Hanya dalam dua situasi tertentu aborsi diizinkan, yaitu untuk menyelamatkan atau mengobati ibu hamil yang menghadapi kondisi medis yang mengancam nyawa (*abortus provocatus medikalis*) atau jika kehamilan adalah hasil dari tindakan perkosaan (*abortus provocatus kriminalis*). Di luar konteks tersebut, aborsi dianggap ilegal dan dapat dikenai sanksi pidana. Proses aborsi di Indonesia sangat terikat oleh persyaratan yang ketat dan batasan usia kehamilan yang harus diikuti.

Sementara di Kanada (Koalisi Hak Aborsi Kanada, 2012), pendekatan terhadap aborsi jauh lebih progresif. Sejak putusan Mahkamah Agung pada tahun 1988 yang menyatakan bahwa larangan aborsi melanggar Konstitusi, aborsi diizinkan jika dianggap diperlukan untuk kesehatan atau kehidupan perempuan. Kanada memiliki kebijakan kesehatan reproduksi yang cenderung lebih progresif, memberikan akses yang lebih luas kepada perempuan untuk mendapatkan layanan aborsi. Meskipun ada prosedur administratif yang mengatur praktik aborsi, aksesnya umumnya lebih mudah dan tidak seketat di Indonesia. Dengan demikian, perbandingan hukum praktik aborsi di Indonesia dan Kanada menyoroti perbedaan dalam pandangan terhadap hak-hak reproduksi perempuan, perlindungan hak asasi manusia, dan penanganan isu-isu kesehatan reproduksi dalam masyarakat (K. Bertens, 2002). Kanada cenderung memiliki pendekatan yang lebih progresif, dengan memperhatikan hak-hak perempuan, sementara Indonesia memiliki pendekatan yang lebih restriktif, yang didasarkan pada pertimbangan moral dan budaya yang kuat di tengah masyarakatnya.

Perbandingan hukum praktik aborsi dalam sistem hukum kedokteran antara Indonesia dan Kanada mencerminkan perbedaan dalam pendekatan regulasi, prosedur medis, dan perlindungan hak-hak pasien di kedua negara. Di Indonesia, praktik aborsi diatur oleh Undang-Undang Kesehatan, yang menetapkan kondisi-kondisi tertentu di mana aborsi diizinkan, seperti untuk menyelamatkan nyawa ibu atau dalam kasus kehamilan akibat perkosaan. (Sunarya, 2021) Prosedur aborsi harus dilakukan oleh tenaga medis yang memiliki keterampilan dan izin resmi, serta harus mendapatkan persetujuan dari ibu hamil yang bersangkutan. Namun, aborsi di luar kondisi yang diatur oleh undang-undang dianggap ilegal dan dapat dikenai sanksi

pidana. Sementara itu, di Kanada, praktik aborsi diatur oleh hukum kedokteran serta kebijakan kesehatan publik. Setelah putusan Mahkamah Agung Kanada pada tahun 1988, aborsi diizinkan jika dianggap diperlukan untuk kesehatan atau kehidupan perempuan. Kebijakan kesehatan reproduksi yang progresif memberikan akses yang lebih luas bagi perempuan untuk mendapatkan layanan aborsi (Bambang Poernomo, 1997). Prosedur medis aborsi dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih dan harus memenuhi standar medis yang ketat, termasuk dalam hal persetujuan pasien dan hak-hak pasien.

Persamaan Praktik Aborsi Di Indonesia dan Kanada

Meskipun Indonesia dan Kanada mempunyai pendekatan yang berbeda dalam mengatur praktik aborsi, serta menghadapi problematika yang terkait, terdapat sejumlah kesamaan yang dapat ditemukan di antara keduanya. Pertama, kedua negara menghadapi problematika yang serupa dalam konteks kesehatan reproduksi. Praktik aborsi, baik yang legal maupun ilegal, membawa risiko kesehatan yang serius bagi perempuan, termasuk risiko cedera fisik dan komplikasi medis. Kedua, meskipun secara hukum Indonesia dan Kanada memiliki pendekatan yang berbeda dalam mengatur aborsi (Mardjono Reksodipuro, 2014), keduanya memiliki undang-undang yang mengatur praktik ini. Di Indonesia, praktik aborsi diatur oleh undang-undang kesehatan dengan batasan yang ketat, sementara di Kanada, aborsi diizinkan dalam kondisi yang ditentukan oleh hukum kedokteran dan kebijakan kesehatan (Eckholm, 1984). Ketiga, kedua negara mempertimbangkan hak asasi manusia dalam praktik aborsi. Di Kanada, hak perempuan untuk membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya diakui secara hukum, sementara di Indonesia, hak tersebut juga dipertimbangkan, terutama dalam konteks kondisi kesehatan dan kehidupan yang terancam. Terakhir, baik di Indonesia maupun Kanada, (Wiwik Afifah, 2013) prosedur medis aborsi harus dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih dan mematuhi standar medis yang ketat. Meskipun ada perbedaan dalam persyaratan administratif dan prosedur medis, prinsip-prinsip etika medis dan keamanan pasien dihormati dalam kedua praktik aborsi.

Dengan demikian, meskipun terdapat perbedaan dalam hukum dan pendekatan praktis, kesamaan dalam hal problematika dan prinsip-prinsip hukum menunjukkan bahwa kedua negara memiliki perhatian yang serupa terhadap isu-isu kesehatan reproduksi dan hak-hak perempuan. Dalam kedua sistem hukum kedokteran, pentingnya hak-hak pasien, keamanan prosedur medis, dan prinsip-prinsip etika medis diakui. Namun, perbedaan dalam regulasi dan aksesibilitas layanan aborsi mencerminkan perbedaan dalam pandangan sosial, budaya, dan politik mengenai isu-isu kesehatan reproduksi di kedua negara.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Mengenai hal legalitas praktik aborsi, Indonesia dan Kanada memiliki pendekatan yang berbeda. Di Indonesia, praktik aborsi diatur oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang hanya memperbolehkan aborsi dalam kondisi kesehatan atau kehidupan ibu hamil yang terancam atau jika kehamilan merupakan hasil dari tindakan perkosaan. Namun, di luar kondisi tersebut, aborsi dianggap ilegal dan dapat dikenakan sanksi pidana. Sementara itu, di Kanada, aborsi diizinkan jika dianggap diperlukan untuk kesehatan atau kehidupan perempuan, berdasarkan putusan Mahkamah Agung Kanada tahun 1988. Kanada memiliki kebijakan kesehatan reproduksi yang progresif, memberikan akses yang lebih luas kepada perempuan untuk mendapatkan layanan aborsi. Perbandingan hukum praktik aborsi, terlihat bahwa Indonesia cenderung memiliki pendekatan yang lebih terbatas dan diatur secara ketat oleh undang-undang, dengan persyaratan yang ketat dan prosedur yang rumit. Di sisi lain, Kanada menunjukkan pendekatan yang lebih progresif, lebih mengutamakan hak-hak perempuan, dengan lebih mudahnya akses dan kebijakan yang lebih inklusif terhadap kesehatan reproduksi. Dengan demikian, meskipun keduanya mengatur praktik aborsi dalam kerangka hukum yang berbeda, Kanada cenderung memiliki pendekatan yang lebih progresif dan inklusif, sementara Indonesia memiliki pendekatan yang lebih restriktif dan berdasarkan pada pertimbangan moral serta budaya yang kental dalam masyarakatnya. Perbandingan ini menyoroti perbedaan dalam pandangan terhadap hak-hak reproduksi perempuan dan perlindungan hak asasi manusia dalam kedua negara.

Saran

Penting untuk mendorong dialog dan kesadaran di masyarakat tentang isu-isu kesehatan reproduksi, termasuk aborsi. Kedua negara dapat meningkatkan diskusi terbuka dan memberikan edukasi kepada masyarakat untuk memperdalam pemahaman tentang kompleksitas masalah ini dan pentingnya akses yang aman dan legal terhadap layanan kesehatan reproduksi. Perlu dilakukan langkah-langkah untuk meningkatkan akses dan pelayanan terhadap kesehatan reproduksi, termasuk aborsi, terutama di Indonesia. Ini dapat dilakukan dengan memperluas jaringan layanan kesehatan reproduksi, memberikan pelatihan kepada tenaga medis, dan menyediakan informasi yang akurat kepada masyarakat. Selanjutnya, Indonesia dapat mempertimbangkan revisi kebijakan dan undang-undang yang mengatur praktik aborsi, dengan memperhatikan hak-hak reproduksi perempuan serta prinsip-prinsip kesehatan yang berorientasi pada hak asasi manusia. Evaluasi ulang terhadap persyaratan dan batasan yang ada dapat membantu memastikan bahwa perempuan memiliki

akses yang aman dan legal terhadap layanan aborsi. Serta kedua negara dapat memperkuat perlindungan dan pengakuan terhadap hak asasi manusia, termasuk hak perempuan untuk membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya sendiri. Dengan mengimplementasikan kebijakan yang inklusif dan mengurangi stigma terkait aborsi, diharapkan kedua negara dapat mengembangkan pendekatan yang lebih holistik dan progresif terhadap isu kesehatan reproduksi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih disembahkan kepada keluarga besar Universitas Trunojoyo Madura serta seluruh pihak yang ikut serta dalam membantu dan mendoakan penyelesaian penelitian artikel ini. penulis haturkan terimakasih sebesar besarnya kepada segenap reviewer jurnal ini yang telah mereview naskah penelitian yang peneliti ajukan. semoga kerja keras dapat menambah dan berkah dalam keilmuan maupun yang lainnya dan tercatat sebagai amal kebaikan sehingga mendapatkan ridha Allah SWT.

DAFTAR REFERENSI

- Abas, M. (1948). Aborsi dan Kumpulan Naskah-Naskah Ilmiah Simposium Aborsi. Departemen Kesehatan RI.
- Aborsi Dan Hak Atas Pelayanan Kesehatan. (2022).
- Afifah, W. (2013). Perlindungan Hukum Bagi Perempuan Korban Perkosaan Yang Melakukan Aborsi. *Jurnal Ilmu Hukum*, 9(2).
- Bertens, K. (2002). Aborsi Sebagai Masalah Etika. Grasindo.
- Eckholm, E., & K. N. (1984). Perempuan, Kesehatan, dan Keluarga Berencana. Sinar Harapan.
- Koalisi Hak Aborsi Kanada. (2012). RUU dan mosi anggota swasta anti-pilihan diperkenalkan di Kanada sejak tahun 1987. Retrieved from <http://www.arcc-cdac.ca/presentations/anti-bills.html>
- Kusmayanto. (2002). Kontroversi Aborsi. Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Marpaung, L. (2006). Asas Teori Praktik Pidana. Sinar Grafika.
- Poernomo, B. (1997). Pertumbuhan Hukum Penyimpangan di Luar Kodifikasi Hukum Pidana. Bina Aksara.
- Reksodipuro, M. (2014). Pembaharuan Hukum Pengguguran Kandungan. Departemen Kesehatan R.I, Kumpulan Naskah-Naskah Ilmiah Dalam Simposium.

- Sanourin, J., & B., M. (2012). Review of Therapeutic Abortions and Relations of Concern in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*, 34, 532-542. Retrieved from [http://refhub.elsevier.com/S1701-2163\(19\)30737-6/sbref0001](http://refhub.elsevier.com/S1701-2163(19)30737-6/sbref0001)
- Shintani, M. (2012, June). Aborsi Remaja Ngeri! *Majalah Detik*.
- Sudarto, W. (1994). Catatan Kuliah Hukum Pidana II, Program Kekhususan Hukum Kepidanaan. Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sunarya, H. (2021). Analisis Kinerja Perencanaan, Pelaksanaan, Pertanggungjawaban Dan Evaluasi Anggaran Terhadap Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Pada Badan Keuangan Daerah Kota Kupang. *Jurnal Akuntansi (JA)*, 8(2), 1-12. <https://e-journal.unmuhkupang.ac.id/index.php/ja/article/view/460>
- Susanti, Y. (n.d.). Perlindungan Hukum Bagi Pelaku Tindak Pidana Aborsi (Abortus Provocatus) Korban Perkosaan. *Syar Hukum*, 14(2).