

Urgensi Perubahan Kebijakan Aborsi di Indonesia

Lilis Lisnawati, Mirra Noor Milla, Dicky C. Pelupessy
Psikologi Terapan-Intervensi Sosial Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia
lilis.lilislisnawati@gmail.com

Abstrak: Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan peraturan turunannya yang melarang dengan tegas praktik aborsi selain *abortus provocatus medicalis* berakibat pada menjamurnya praktik-praktik aborsi ilegal yang berbahaya bagi keselamatan jiwa perempuan Indonesia yang mengalami kehamilan tidak diinginkan (KTD). Selain itu, pelarangan aborsi juga ternyata mengakibatkan permasalahan psikologis yang berkepanjangan, serta dampak sosial dan ekonomi yang mengeskalasi pada tingkat yang lebih luas. Dampak pelarangan aborsi ini ditangkap sebagai isu krusial di berbagai negara di dunia. Beberapa negara akhirnya menjadikan aborsi sebagai praktik legal sepenuhnya, negara lainnya ada juga yang melegalkan namun harus diikuti dengan pemenuhan beberapa persyaratan tertentu sebagai kewajiban dalam pelaksanaannya. Perbedaan regulasi dan implementasi kebijakan aborsi di negara-negara tersebut memberikan pemahaman bahwa ada pilihan lain yang dapat dijadikan alternatif kebijakan yang dapat diimplementasikan disamping pelarangan aborsi sebagaimana yang diatur di Indonesia saat ini. Dengan berbasis studi literatur, tulisan ini berupaya memberikan gambaran mengenai urgensi perubahan kebijakan aborsi di Indonesia, serta alternatif kebijakan dan peluang implementasinya. Dengan demikian, pemerintah dapat merumuskan kebijakan aborsi yang melindungi semua perempuan, termasuk perempuan yang mengalami KTD yang berpotensi melakukan *abortus provocatus criminalis*.

Kata kunci: kebijakan aborsi, kehamilan tidak diinginkan, dampak psikologi, alternatif kebijakan, UU 36 Tahun 2009

Abstract: *Law No. 36 of 2009 concerning Health which strictly prohibits abortion in Indonesia (except abortion which aims to save/treat mothers based on medical indications and/or pregnancy caused by rape) results illegal abortion practices that are harmful to the lives of Indonesian women who experience an unwanted pregnancy. In addition, the prohibition of abortion has also resulted in prolonged psychological problems, as well as social and economic impacts that escalate at a broader level. The impact of abortion prohibition was captured as a crucial issue in various countries in the world. Some countries have finally placed abortion as a legal practice, other countries have also legalized but require some certain conditions in its implementation. Differences in regulation and implementation of abortion policies in those countries provide an understanding that there are other options of policy abortion that can be adapt as alternative in Indonesia today. By using literature study, this paper seeks to provide an overview of the urgency of changes in abortion policy, as well as alternatives and opportunities for abortion policy implementation in Indonesia. Thus, the government can formulate an abortion policy that protects all women, including women who experience unwanted pregnancy.*

Keyword: *abortion policy, unwanted pregnancy, psychological effect, alternative policies, Law No. 36 of 2009.*

Pendahuluan

Ancaman pidana terhadap perempuan yang melakukan aborsi atas kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) berhasil mendorong maraknya *abortus provocatus criminalis* atau praktik aborsi ilegal di Indonesia. Meskipun tidak ada data yang pasti mengenai angka perempuan yang melakukan aborsi setiap tahunnya, angka aborsi tidak aman/aborsi ilegal di Indonesia diestimasikan mencapai 22 aborsi untuk setiap 1.000 perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) (Department of Reproductive Health and Research, 2011; Sedgh, Henshaw, Singh, Åhman, & Shah, 2007). Jika merujuk pada data Badan Pusat Statistik tahun 2016 yang menunjukkan bahwa terdapat 69,4 juta perempuan usia 15-49 tahun, maka di tahun yang sama terdapat setidaknya 1.526.800 perempuan Indonesia yang diestimasikan melakukan aborsi tidak aman. Perkiraan ini cukup tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara lain di Asia yang dalam skala regional diestimasikan sebesar 17 aborsi terjadi untuk setiap 1,000 perempuan usia reproduksi (Department of Reproductive Health and Research, 2011).

Dalam aturan hukum Indonesia, aborsi dikategorikan sebagai tindakan kriminal. Kebijakan aborsi di Indonesia hanya melegalkan aborsi yang bertujuan untuk menyelamatkan/mengobati ibu dengan berdasarkan indikasi medis dan kehamilan akibat perkosaan atau *abortus provocatus medicalis*. Di luar alasan tersebut, maka pelaku maupun praktisi medis yang membantu jalannya proses aborsi diancam hukuman pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah) (Pasal 194 Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan).

Abortus provocatus criminalis menimbulkan berbagai konsekuensi yang mahal, tidak hanya pada biaya aborsi itu sendiri, melainkan juga “biaya” dalam pengertian yang lebih luas. Dalam artian yang lebih sempit, biaya ini merujuk pada besaran harga jasa tindakan aborsi. Sulitnya akses terhadap aborsi aman melahirkan bisnis gelap praktik aborsi yang dapat dengan bebas bermain tarif, sehingga menyebabkan biaya yang tinggi untuk melakukan tindakan aborsi ilegal. Di tahun 2004 saja, perempuan yang melakukan aborsi membutuhkan biaya setidaknya Rp 530.000-3.600.000, belum termasuk biaya yang digunakan untuk pelayanan setelah aborsi dilakukan (Sucahya, 2005 dikutip dalam Guttmacher Institute, 2008).

Dalam artian yang lebih luas, biaya yang harus dibayar perempuan yang melakukan aborsi tidak aman/ilegal didalamnya termasuk biaya-biaya yang sulit dihitung. Biaya-biaya tersebut antara lain: trauma fisik dan psikologis yang dialami perempuan tersebut; biaya sosial, termasuk stigma dan pengucilan; hilangnya pendapatan; dan biaya-biaya yang mungkin terkait dengan sistem perawatan kesehatan dan masyarakat (Guttmacher Institute, 2008).

Permasalahan trauma psikologis sangat umum terjadi pada perempuan yang melakukan aborsi tidak aman. Mereka cenderung menyalahkan dirinya sendiri, trauma dengan sesuatu yang mengingatkannya akan kehamilan tak diinginkan serta janinnya, sedih dan stres yang berlarut-larut, penyesalan dan kekecewaan yang mendalam, ketakutan kehilangan keluarga terutama orang tuanya, pikiran hanya terpusat pada perasaan orang lain dan cenderung melupakan kesehatan dirinya sendiri, merasa sangat berdosa dan tidak pantas di hadapan Tuhan, serta takut untuk berkomunikasi dengan laki-laki terkait dengan pengalaman-pengalamannya (Prameswari, 2014).

Mereka yang melakukan aborsi tidak aman juga sangat berisiko berhadapan dengan hukum. Dari hasil penelusuran penulis, setidaknya terdapat 8 (delapan) kasus aborsi tidak aman yang diberitakan di media pemberitaan daring sejak Januari-Desember tahun 2018. Dari keseluruhan pemberitaan tersebut, umumnya perempuan yang melakukan aborsilah yang mengalami penahanan, sedangkan beberapa kasus memberitakan bahwa pihak laki-laki menghilang dan tidak ikut bertanggung jawab (Ajiyanto, 2018; Gerak28september, 2018; Hardiyanto, 2018; Reni, 2018; Sutjipto, 2018; Yulianto, 2018).

Pada kasus-kasus yang lebih buruk, tidak sedikit juga perempuan yang melakukan aborsi tidak aman mengalami kematian. Menurut data WHO, terdapat 11% kematian maternal di dunia yang terjadi akibat aborsi yang tidak aman (*unsafe abortion*) sepanjang tahun 2004 (Utomo, Habsjah, & Hakim, 2001). Dirjen Binakesmas Departemen Kesehatan mengatakan bahwa 30% dari kematian ibu disebabkan oleh komplikasi aborsi yang tidak aman yang mengakibatkan perdarahan hebat maupun infeksi. Penyebab langsung kematian ibu menurut SKRT 2001 adalah perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium (11%), abortus (5%), trauma obstetrik (5%), emboli obstetrik (5%), partus lama/macet (5%) serta lainnya (11%) (Depkes RI, BKKBN, UNFPA, et al., 2005, dikutip dalam Sulistyarini, 2011).

Jika ditarik pada skala yang lebih besar, kematian, masalah sosial berupa stigma dan pengucilan dan hilangnya sumber pendapatan menjadi konsekuensi negatif yang harus dihadapi negara. Belum lagi masalah pemidanaan yang tidak hanya menimbulkan tanggung jawab negara untuk memberikan proses pembinaan yang tidak hanya membutuhkan dukungan fasilitas, namun juga biaya yang tidak sedikit untuk memenuhi kebutuhan hidup mereka selama menjalani pembinaan di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas). Jika pemidanaan dialami oleh 1.526.800 perempuan Indonesia yang melakukan aborsi ilegal setiap tahunnya, maka setidaknya dibutuhkan Rp 8.359.230.000.000 dengan asumsi biaya hidup Rp 15.000 per hari.

Kebijakan aborsi di Indonesia selain menempatkan perempuan yang mengalami KTD pada kondisi yang sangat rentan (Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan, 2016), juga menimbulkan permasalahan lainnya. Dalam tulisan ini, penulis berupaya menganalisis lebih lanjut mengenai kebijakan aborsi yang berlaku dan bagaimana kebijakan tersebut akhirnya membentuk perilaku aborsi tidak aman pada perempuan yang mengalami KTD sebagai bentuk evaluasi terhadap kebijakan itu sendiri. Selain itu, tulisan ini juga disusun untuk memberikan gambaran mengenai alternatif kebijakan aborsi dan implementasinya, khususnya kebijakan aborsi yang sudah diimplementasikan di negara lain, dan peluang implementasi kedepannya di Indonesia. Dengan begitu, penulis dapat memberikan gambaran mengenai urgensi perubahan kebijakan aborsi di Indonesia.

Metode Penelitian

Dalam menganalisis kebijakan aborsi yang berlaku, penulis menggunakan analisis retrospektif, yakni evaluasi dengan menganalisis kebijakan yang dilakukan setelah kebijakan diimplementasikan dalam kurun waktu tertentu. Metode ini digunakan untuk mencari informasi terkait implementasi kebijakan guna melihat nilai dan manfaat dari hasil yang sudah ada dan kontribusinya terhadap performa kebijakan (Dunn, 2014).

Data diperoleh melalui studi literatur, yakni melalui penelusuran tulisan-tulisan yang membahas masalah kebijakan aborsi di Indonesia. Sumber-sumber literatur tersebut antara lain: peraturan legal, hasil penelitian, artikel ilmiah, dan artikel berita. Dengan demikian, penulis dapat melihat bagaimana performa kebijakan aborsi yang diatur dalam 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.

Hasil dan Pembahasan

Kebijakan Aborsi di Indonesia

Kebijakan terkait aborsi diatur dalam tiga ketentuan. Ketentuan tersebut 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 kebijakan tersebut menjelaskan ketentuan yang sama terkait aborsi akibat KTD, yakni melarang setiap bentuk tindakan aborsi, kecuali aborsi yang bertujuan

untuk menyelamatkan/mengobati ibu dengan berdasarkan indikasi medis dan atau kehamilan akibat perkosaan atau *abortus provocatus medicalis*.

Praktik aborsi yang dilegalkan negara juga diatur sangat ketat. Dalam aturan diatas disebutkan bahwa aborsi harus memenuhi 4 (empat) syarat, yaitu:

- Dilakukan sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis,
- Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang memiliki sertifikat yang ditetapkan oleh menteri,
- Dilakukan dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan,
- Dilakukan dengan izin suami (kecuali korban perkosaan), dan
- Dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh menteri.

Diluar ketentuan tersebut, aborsi akibat KTD secara tegas dikategorikan sebagai *abortus provocatus criminalis* yang diancam tindak pidana berat dengan hukuman berupa pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah) (Pasal 194 Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan).

***Abortus Provocatus Criminalis* sebagai Konsekuensi atas Kebijakan Pembatasan Aborsi**

Munculnya perilaku *abortus provocatus criminalis* merupakan konsekuensi atas pelarangan aborsi untuk kehamilan tidak diinginkan (KTD). Munculnya konsekuensi tersebut dapat dilihat dari aspek hukum, aspek sosial dan budaya, dan aspek ekonomi.

Dari aspek hukum, regulasi pelarangan aborsi yang berlaku saat ini tidak memberikan pilihan bagi perempuan yang mengalami KTD bukan karena alasan *abortus provocatus medicalis* untuk melakukan aborsi secara aman dan legal. Fakta ini bukan hanya ditunjukkan dengan penerapan sanksi yang berat sebagaimana disebutkan dalam Pasal 194 Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, namun juga syarat yang sangat ketat meskipun subyek peraturan ini sudah masuk dalam kategori perempuan yang melakukan *abortus proocatus medicalis*. Dalam aturan tersebut disebutkan bahwa aborsi harus dilakukan sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis; dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang memiliki sertifikat yang ditetapkan oleh menteri; dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan; dengan izin suami, kecuali korban perkosaan; dan penyedia layanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh Menteri. Dengan situasi demikian, perempuan yang

mengalami KTD dihadapkan pada pertimbangan yang berat, yakni antara menghentikan kehamilan (aborsi) atau melanjutkan kehamilan dengan risiko yang menyertainya masing-masing.

Dari aspek sosial dan budaya, nilai dan norma sosial yang dianut oleh masyarakat Indonesia umumnya tidak melihat perempuan yang mengalami KTD, khususnya mereka yang belum menikah, sebagai korban, melainkan sebagai pelaku yang sepenuhnya bersalah. Penelitian yang dilakukan oleh Prameswari (2014) menunjukkan bahwa perempuan lajang yang melakukan aborsi dicap sebagai perempuan sundal dan tidak bermoral. Pandangan-pandangan demikian terus dinarasikan tanpa melihat fakta bahwa 76,1% pengakses layanan konseling KTD di PKBI justru adalah perempuan yang sudah terikat dengan status pernikahan, bukan mereka yang masih lajang (Putri, 2019). Pandangan normatif yang menyudutkan perempuan yang mengalami KTD ini menjadi pertimbangan lain pada perempuan dalam memutuskan untuk mengakses aborsi ilegal.

Kemudian, dari aspek ekonomi, perempuan yang memutuskan untuk mengakses layanan aborsi ilegal karena alasan ekonomi umumnya merupakan perempuan yang sudah berstatus menikah. Hasil survei tentang kejadian aborsi di 10 kota besar dan 6 kabupaten tahun 2000 menunjukkan hasil yang konsisten, yakni jumlah anak yang dianggap sudah cukup. Dalam kasus ini, anak dilihat memiliki konsekuensi terhadap pertanggung jawaban orang tua, sehingga memiliki akan menambah beban tanggung jawab orang tua (Depkes RI, BKKBN, UNFPA dkk., 2005, dikutip dalam Sulistyarini, 2011). Kemampuan ekonomi yang tidak mendukung mendorong perempuan untuk berada di situasi pilihan yang terbatas.

Perempuan yang mengalami KTD seperti demikian dihadapi konsekuensi-konsekuensi yang tidak memberikan keuntungan, sebaliknya meningkatkan risiko, baik fisik maupun mental sehingga menempatkan perempuan yang mengalami KTD pada keterbatasan pilihan. Aturan yang ketat dengan ancaman pidana yang berat akhirnya tidak menghalangi mereka untuk tetap mengakses layanan aborsi ilegal sebagaimana yang juga terjadi di Malta (Dimitrijevic, & Dibben, 2018).

Oleh karena itu, dilegalkan atau tidaknya praktik aborsi, praktik ini akan tetap hidup di Indonesia. Perbedaannya hanya ada pada jumlah praktik *abortus provocatus criminalis* yang akan tetap jauh lebih besar dibandingkan jumlah *abortus provocatus medicalis*, apabila aborsi tetap dianggap ilegal untuk perempuan yang mengalami KTD bukan karena aborsi yang bertujuan untuk menyelamatkan/mengobati ibu dengan berdasarkan indikasi medis atau kehamilan akibat perkosaan.

Kebijakan Aborsi di Negara Lain

Per 2014, setidaknya terdapat 61 negara atau 39,5% dari keseluruhan populasi di dunia yang menerapkan kebijakan demikian (Baglini, 2014). Negara-negara yang menerapkan kebijakan ini antara lain (Center for Reproductive Rights, 2011; Woman on Political, 2018):

Singapura

Singapura termasuk negara yang memberikan kebebasan bagi warganya untuk melakukan aborsi. Aborsi boleh dilakukan selama kandungan belum mencapai 24 minggu dan kebanyakan dokter memilih untuk tidak melakukan aborsi pada saat kandungan sudah mencapai usia 23 minggu, kecuali bila kehamilan membahayakan nyawa ibunya. Lebih lanjut, anak dengan usia di bawah 21 tahun tidak memerlukan izin dari orang tua untuk aborsi. Namun bagi anak-anak di bawah 16 tahun, mereka wajib mengikuti konseling sebelum melakukan aborsi.

Di Singapura, aborsi legal dan boleh dilakukan hingga usia kandungan 24 minggu. Untuk usia kandungan melebihi usia tersebut hanya boleh dilakukan aborsi dengan tujuan menyelamatkan nyawa atau demi kesehatan fisik dan mental sang ibu.

Vietnam

Vietnam juga termasuk negara yang melegalkan aborsi selama dilakukan oleh tenaga medis profesional. Hal ini juga berkaitan dengan kebijakan dari pemerintah yang membatasi agar setiap pasangan hanya memiliki dua anak. Berdasarkan National Standards and Guidelines (NSGs) for Reproductive Health Services, aborsi di Vietnam boleh dilakukan sampai usia kehamilan 22 minggu.

Perancis

Menurut laporan PBB, Prancis melegalkan aborsi jika dilakukan hingga minggu ke-10 kehamilan. Apabila kehamilan sudah lebih dari 10 minggu, maka aborsi hanya boleh dilakukan bila kehamilan mengancam nyawa ibunya atau bila bayi kemungkinan lahir dalam keadaan sakit.

Rusia

Peraturan mengenai aborsi di Rusia telah berubah beberapa kali, baik itu saat masih menjadi Uni Soviet maupun setelah Uni Soviet bubar. Peraturan yang diikuti oleh Rusia saat ini sama dengan peraturan dari Uni Soviet yang melegalkan aborsi pada tahun 1955. Peraturan tersebut mengatakan bahwa aborsi legal dilakukan sampai usia kehamilan 12 minggu dan harus dilakukan oleh dokter yang berlisensi.

Swedia

Swedia termasuk salah satu negara yang paling vokal mendukung hak untuk melakukan aborsi. Dilansir dari The Local, Swedia telah memberi kebebasan untuk

melakukan aborsi sejak 1975. Aborsi boleh dilakukan hingga minggu ke-18 kehamilan. Adapun bagi yang ingin melakukan aborsi hingga minggu ke-22 kehamilan, dokter harus terlebih dulu menyatakan bahwa kehamilannya berbahaya bila dilanjutkan sehingga perlu digugurkan.

Belanda

Situs Pemerintah Kerajaan Belanda mengatakan, aborsi boleh dilakukan hingga minggu ke-24 kehamilan. Setelah 24 minggu kehamilan, aborsi hanya boleh dilakukan bila membahayakan kesehatan. Apabila pelaku sudah berusia 18 tahun ke atas, maka aborsi tidak lagi membutuhkan izin orang tua. Selain itu, bagi warga Belanda, aborsi bisa dilakukan secara gratis.

Kanada

Tidak ada batasan federal mengenai usia kehamilan untuk menjalani aborsi, namun peraturan tersebut bervariasi di setiap provinsi dan wilayah. Beberapa diantaranya melegalkan aborsi hingga usia 12 minggu, sisanya aborsi tetap boleh dilakukan hingga usia kehamilan 24 minggu.

Menurut kelompok hak aborsi di Kanada, prosedur aborsi untuk kandungan lebih dari 20 minggu tidak selalu tersedia bagi warga Kanada, sehingga mereka sering melakukannya di klinik yang ada di Amerika Serikat. Prosedur ini juga dapat dibiayai sepenuhnya atau sebagian oleh pemerintah provinsi.

Amerika

Tidak ada larangan federal mengenai batas kehamilan yang dapat melakukan aborsi di Amerika Serikat, namun 43 negara bagian menetapkan larangan mengenai batasan-batasan kehamilan, mulai dari 20 – 24 minggu. Sebagaimana dilansir dari Guttmacher Institute, kelompok penelitian hak reproduksi. Ada beberapa pengecualian yang dilakukan, biasanya menyangkut kehidupan atau kesehatan sang ibu.

Norwegia

Situs pemerintahan Norwegia mengatakan bahwa perempuan diberikan hak penuh untuk memutuskan aborsi sejak 1978. Aborsi juga dapat dilakukan dengan gratis di rumah sakit. Sebelum aborsi dilakukan, dokter memiliki kewajiban untuk memberi tahu dampak yang akan terjadi setelah aborsi dan risikonya.

Alternatif Kebijakan Aborsi

Berdasarkan Terdapat 4 (empat) pola besar kebijakan aborsi yang diberlakukan di negara-negara di dunia. Masing-masing pola tersebut memiliki satu penekanan isu yang dikedepankan.

Pola pertama mengedepankan isu perlindungan terhadap kehidupan, khususnya kehidupan perempuan (*to save woman's life or prohibited altogether*). Pada pola ini, negara mengatur secara tegas dan pengecualian disebutkan secara eksplisit dan sejelas-jelasnya. Per 2014, setidaknya terdapat 66 negara atau 25,5% dari keseluruhan populasi di dunia yang menerapkan kebijakan demikian. Indonesia, Iran, Irak, Brunei Darrussalam, dan Myanmar merupakan contoh-contoh negara yang menerapkan kebijakan aborsi dengan pola ini (Baglini, 2014).

Pola kedua mengedepankan isu perlindungan terhadap kehidupan, namun juga menyadari bahwa perlu ada pengecualian larangan yang utamanya disebabkan alasan perlindungan terhadap kesehatan mental perempuan (*to preserve health*). Pada pola ini, negara mengatur dengan jelas pengecualian-pengecualian yang disebabkan alasan kesehatan mental perempuan. Per 2014, setidaknya terdapat 59 negara atau 13,8% dari keseluruhan populasi di dunia yang menerapkan kebijakan demikian. Israel, Argentina, Samoa, Jamaica, dan Pakistan merupakan contoh-contoh negara yang menerapkan kebijakan aborsi dengan pola ini (Baglini, 2014).

Pola ketiga mengedepankan isu perlindungan perempuan dengan memberikan kebebasan untuk melakukan aborsi, namun dengan memberlakukan syarat-syarat tertentu (*socio economic grounds*). Per 2014, setidaknya terdapat 13 negara atau 21,3% dari keseluruhan populasi di dunia yang menerapkan kebijakan demikian. Barbados, Fiji, Jepang, Taiwan, dan Finlandia merupakan contoh-contoh negara yang menerapkan kebijakan aborsi dengan pola ini (Baglini, 2014).

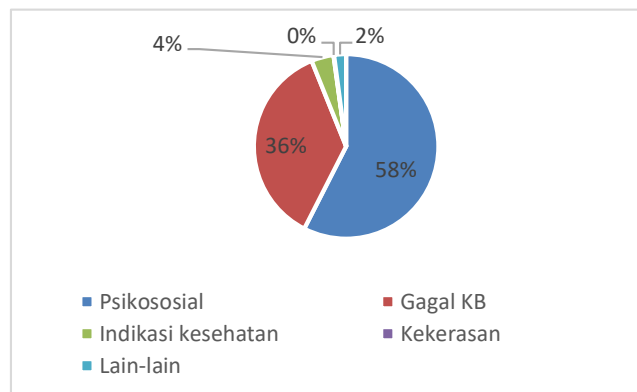
Terakhir, pola keempat mengedepankan pemberian kebebasan sepenuhnya pada perempuan (*without restriction as to reason*). Negara-negara yang telah memberlakukan kebijakan demikian antara lain: Singapura, Kroasia, Macedonia, Montenegro (Baglini, 2014).

Berdasarkan beberapa opsi kebijakan di atas, pengimplementasian kebijakan aborsi pada pola keempat merupakan pola kebijakan yang paling mengedepankan perlindungan perempuan dengan memberikan kebebasan sepenuhnya pada perempuan dalam menentukan keputusan untuk melanjutkan atau mengaborsi kandungannya (Baglini, 2014). Dalam laporan mengenai aborsi tidak aman yang dikeluarkan WHO, negara-negara yang menerapkan kebijakan aborsi dengan pola keempat terbukti menjadi negara-negara yang paling sukses dalam melindungi perempuan yang mengalami KTD. Terbukti, tidak ada satupun ditemukan insiden kasus aborsi tidak aman pada negara-negara tersebut (Department of Reproductive Health and Research, 2011).

Di sisi lain, negara-negara yang mengedepankan alasan medis sebagai pengecualian, seperti pada pola pertama dan kedua menempati negara-negara dengan insiden kasus aborsi tidak aman tertinggi, yakni dengan perbandingan 16-27 per 1.000 perempuan yang mengalami aborsi tidak aman (Department of Reproductive Health and Research, 2011; Guttmacher Institute, 2008). Sedangkan, untuk pola ketiga dimana negara-negaranya mengedepankan syarat-syarat tertentu berkaitan dengan *socio economic grounds*, laporan WHO menemukan bahwa 17 per 1.000 perempuan mengalami aborsi tidak aman (Department of Reproductive Health and Research, 2011).

Berkaitan dengan temuan pada pola ketiga ini, laporan penelitian Yayasan Kesehatan Perempuan tentang penghentian kehamilan yang aman berbasis konseling di 9 kota besar di Indonesia (Medan, Jakarta, Bandung, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, Mataram, dan Manado) juga menunjukkan alasan yang sama. Penelitian ini menemukan bahwa alasan medis bukanlah alasan utama perempuan melakukan penghentian kehamilan. Alasan paling tinggi yang diungkapkan perempuan yang pernah melakukan aborsi dalam penelitian tersebut justru adalah alasan psikososial dan gagal KB (Laporan Penelitian Penghentian Kehamilan Tak Diinginkan yang Aman Berbasis Konseling Penelitian di 9 Kota Besar Tahun 2004):

Gambar 1. Alasan Penghentian Kehamilan Tak Diinginkan



(Sumber: Yayasan Kesehatan Perempuan, dikutip dalam Prameswari, 2014)

Hasil survei tentang kejadian aborsi di 10 kota besar dan 6 kabupaten tahun 2000 juga menemukan alasan yang tidak jauh berbeda, yakni melakukan aborsi karena jumlah anak yang cukup (43,7%) disusul karena belum siap menikah (24,3%) untuk klien di kota. Sedangkan di kabupaten persentase tertinggi alasan aborsi adalah karena masih sekolah (46,5%), disusul dengan jumlah anak yang sudah cukup (Depkes RI, BKKBN, UNFPA et al., 2005, dikutip dalam Sulistyarni, 2011).

Temuan berbeda justru terjadi pada penelitian yang dilakukan oleh Sulistyarini (2011) mengenai gambaran epidemiologi dari 29 perempuan menikah yang mengalami KTD dan melakukan upaya aborsi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perempuan yang melakukan upaya aborsi lebih banyak berada pada usia di atas 30 tahun dengan tingkat pendidikan menengah, bekerja, memiliki lebih dari 2 anak, berada pada status ekonomi tertinggi, tinggal di daerah perkotaan, dan lebih dari setengah dari keseluruhan jumlah responden menggunakan metode kontrasepsi ketika berhubungan seksual dengan pasangannya. Upaya/cara aborsi yang mereka tempuh merupakan cara yang tidak aman dengan metode yang paling banyak digunakan adalah minum jamu dan melakukan upaya aborsi secara mandiri.

Meskipun memberikan kebebasan sepenuhnya pada perempuan dalam hal pengambilan keputusan, pembatasan mengenai usia kehamilan juga perlu diperhatikan sebagaimana yang juga diterapkan oleh negara-negara yang menerapkan kebijakan aborsi dengan pola keempat (Baglini, 2014). Pertimbangan ini juga sesuai dengan anjuran WHO yang menyebutkan bahwa usia kehamilan 24 minggu merupakan usia kehamilan maksimal yang aman untuk perempuan yang ingin melakukan aborsi kandungannya (Department of Reproductive Health and Research, 2011; World Health Organization, 2012). Dengan demikian, keputusan yang diambil tidak menimbulkan risiko buruk pada perempuan.

Penutup

Berdasarkan uraian permasalahan dan praktik implementasi alternatif kebijakan aborsi yang telah dibahas di atas, dapat disimpulkan bahwa kebijakan aborsi di Indonesia sebagaimana diatur dalam 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 telah menempatkan perempuan pada kondisi yang sangat rentan dan karenanya perlu dilakukan perubahan. Perubahan tersebut dapat dilakukan pada 3 (tiga) poin, yaitu:

1. Penghilangan pembatasan kriteria perempuan yang mengalami KTD, bukan hanya dibatasi untuk perempuan yang mengalami indikasi medis yang membahayakan keselamatan jiwa ibu/anak atau perempuan yang mengalami kehamilan akibat perkosaan, namun untuk semua perempuan yang mengalami KTD tanpa terkecuali.
2. Perpanjangan pembatasan syarat usia kehamilan maksimal dibolehkannya aborsi, dari maksimal usia kehamilan 6 minggu menjadi 24 minggu sebagaimana anjuran yang dikeluarkan oleh WHO.

3. Penegasan pengaturan mengenai posisi perempuan yang mengalami KTD sebagai pihak yang memegang otoritas penuh atas keputusannya untuk melakukan aborsi atau tidak. Dengan demikian, perubahan ini dapat memberikan perlindungan pada semua perempuan yang mengalami KTD, tanpa terkecuali.

Daftar Pustaka

- Ajiyanto, R. (2018, 5 Januari). Reni melakukan aborsi karena ditinggal pacar. *Detik.Com*. Diakses dari <https://news.detik.com/berita-jawa-tengah/d-3801092/reni-melakukan-aborsi-karena-ditinggal-pacar/komentar>.
- Badan Pusat Statistik. (2016). *Perempuan dan laki-laki di Indonesia*. Jakarta, Indonesia: Badan Pusat Statistik.
- Baglini, A. (2014). *Gestational limits on abortion in the United States compared to international norms*. Charlotte Lozier Institute American Reports Series. Washington, WA: Charlotte Lozier Institute. Diakses dari <https://lozierinstitute.org/wp-content/uploads/2014/02/American-Reports-Series-INTERNATIONAL-ABORTION-NORMS.pdf>.
- Center for Reproductive Rights. (2011). *Abortion worldwide: Seventeen years of reform*. Diakses dari https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bp_17_years.pdf.
- Department of Reproductive Health and Research. (2011). *Unsafe abortion incidence and mortality: Global and regional levels in 2008 and trends during 1990-2008*. Diakses dari https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_01/en/
- Dimitrijevic, L., & Dibben, A. (2018). *Women's sexual & reproductive health & rights: Position paper 2018*. Valletta, Malta: Women's Rights Foundation.
- Dunn. (2014). *Public policy analysis* (5th ed.). Essex, UK: Pearson Educational Limited. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004
- Gerak28september. (2018, 19 Desember). Data kriminalisasi aborsi dalam media di Indonesia. Diakses dari <https://www.instagram.com/p/Bn6Kp8IDL4D/>.
- Guttmacher Institute. (2008). Aborsi di Indonesia. *Dalam Kesimpulan*, 2008(2), 1-6. Diakses dari https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/aborsi_di_indonesia.pdf.
- Hardiyanto, S. (2018, 7 Maret). Sepasang muda mudi nekat aborsi janinnya yang berusia 6 bulan. *Jawa Pos*. Diakses dari <https://www.jawapos.com/nasional/hukum-kriminal/07/03/2018/sepasang-muda-mudi-nekat-aborsi-janinnya-yang-berusia-6-bulan/>
- Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan. (2016, 22 September). *Laporan independen Universal periodic review (UPR)*. Diakses dari https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/Laporan%20Kelembagaan/Laporan%20Ke%20Internasional/Laporan%20UPR%20Komnas%20Perempuan%20Tahun%202016.pdf

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan (2016, 9 Februari). Diakses dari http://kesmas.kemkes.go.id/portal/module/viewer?down=true&file=http%3A%2F%2Fkesmas.kemkes.go.id%2Fassets%2Fupload%2Fdir_519d41d8cd98f00%2Ffiles%2FPMK-Nomor-3-Tahun-2016-tentang-Aborsi_866.pdf
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi. (2014). Diakses dari <http://www.bpkp.go.id/uu/filedownload/4/114/2760.bpkp>
- Prameswari, A. D. (2014). *Kriminalisasi terhadap Maria (perempuan pelaku aborsi) sebagai kejahatan* (Skripsi). Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia.
- Putri, A. W. (2019, 2 Maret). Sangat penting mendapatkan layanan aborsi aman. *Tirto*. Diakses dari <https://tirto.id/sangat-penting-mendapatkan-layanan-aborsi-aman-dhMT>
- Reni. (2018, 25 Januari). Pegawai asal Soppeng diamankan polisi terkait aborsi. *Ini Pasti*. Diakses dari <https://inipasti.com/pegawai-asal-soppeng-diamankan-polisi-terkait-aborsi/>
- Sedgh, G., Henshaw, S., Singh, S., Åhman, E., & Shah, I. H. (2007). Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide. *Lancet*, 370(9595), 1338–1345. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61575-X
- Sulistyarini, P. (2011). *Gambaran epidemiologi wanita menikah yang mengalami kehamilan tidak diinginkan (KTD) dan melakukan upaya aborsi di Indonesia dalam kurun waktu 5 tahun (2005-2010): Analisis data sekunder Riskesdas 2010*. Universitas Indonesia.
- Sutjipto, R. (2018, 18 Desember). Polres OKI dalam dugaan aborsi dua sejoli OKI. *Metro Sumsel*. Diakses dari <https://www.metrosumsel.com/polres-oki-dalam-dugaan-aborsi-dua-sejoli-oki/>
- Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. (2009, 13 Oktober). Diakses dari <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38778/uu-no-36-tahun-2009>
- Utomo, B., Habsjah, A., & Hakim, V. (2001). *Incidence and social-psychological aspects of abortion in Indonesia: a community-based survey in 10 major cities and 6 districts, year 2000*. Jakarta, Indonesia: Center for Health Research University of Indonesia.
- Woman on Political. (2018). 7 negara di dunia yang melegalkan aborsi. Diakses dari <http://www.allianceforwomen.net/7-negara-di-dunia-yang-melegalkan-aborsi/>
- World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. World Health Organization (2nd ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23700650>.
- Yulianto, B. (2018, 22 Juni). Polisi segera periksa pasangan yang diduga melakukan aborsi. *Borneo News*. Diakses dari <https://www.borneonews.co.id/berita/96708-polisi-segera-periksa-pasangan-yang-diduga-melakukan-aborsi>