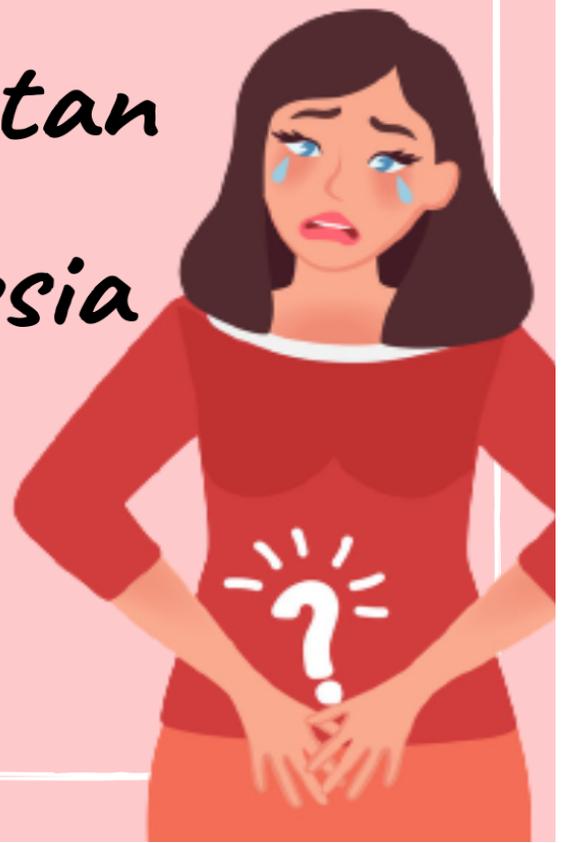


Maidina Rahmawati
Arinta Dea Dini Singgi
Erasmus A.T. Napitupulu

*Penyelenggaraan
Kebijakan Aborsi
Aman, Bermutu, dan
Bertanggung Jawab
sesuai dengan
UU Kesehatan
di Indonesia*



INSTITUTE FOR
CRIMINAL JUSTICE
REFORM

Penyelenggaraan Kebijakan Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab sesuai dengan UU Kesehatan di Indonesia

Penulis:

**Maidina Rahmawati
Arinta Dea Dini Singgi
Erasmus A.T. Napitupulu**

Peninjau Naskah:

Sri Wiyanti Widodo Eddyono, S.H., LL.M(HR), Ph.D

Penyunting:

Ajeng Gandini Kamilah

Desain Sampul:

Maidina Rahmawati

Lisensi Hak Cipta:



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Penerbit:

**Institute for Criminal Justice Reform (ICJR)
Jalan Kompleks Departemen Kesehatan Blok B4,
Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12520
Phone/Fax:021-7981190**

 <http://icjr.or.id>  infoicjr@icjr.or.id      ICJRID

Dipublikasikan pertama kali: **November 2021**

Kata Pengantar

Secara normatif, dapat dijelaskan bahwa telah cukup ada kebijakan yang menjamin dapat terselenggaranya aborsi aman, bermutu dan bertanggung jawab bagi kehamilan dengan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat korban perkosaan. Namun, hingga saat ini tidak terealisasi penunjukkan fasilitas kesehatan yang dapat melakukan aborsi aman.

Di satu sisi, juga terdapat perubahan pengaturan mengenai aborsi aman dalam RKUHP yang memperkenalkan kebolehan aborsi aman menjadi 16 minggu, dengan waktu yang cukup lama untuk membangun sistem koordinasi penyelenggaraan aborsi aman.

ICJR menyusun penelitian tentang Penyelenggaraan Kebijakan Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab sesuai dengan UU Kesehatan di Indonesia. Penelitian ini mengidentifikasi perkembangan kemajuan kebijakan aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab di tataran implementasi pada level pemerintah pusat yang menaungi pelaksanaan kebijakan tersebut, sebagai langkah untuk mengetahui sejauh mana negara memberikan komitmen untuk menjalankan kebijakannya sendiri.

Selamat membaca

Erasmus A.T. Napitupulu
Direktur Eksekutif ICJR

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Pertanyaan Penelitian	4
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.4. Metode Penelitian	4
1.5. Tinjauan Literatur	5
1.6. Kerangka Konseptual.....	7
1.6.1. Definisi Aborsi.....	7
1.6.2. Definisi Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab.....	8
1.6.3. Jenis-Jenis Aborsi	8
BAB II PEMBAHASAN.....	10
2.1. Ketentuan Normatif tentang Penyelenggaraan Pengecualian Larangan Aborsi di Indonesia	10
2.1.1. Analisis Kebijakan Aborsi dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan	10
2.1.2. Analisis Kebijakan Aborsi dalam Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi	16
2.1.3. Analisis Kebijakan Aborsi dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan	19
2.1.4. Analisis Kebijakan Aborsi dalam Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar	21
2.2. Analisis Keterlibatan Stakeholder dalam Pengaturan Kebijakan Aborsi di Indonesia ...	22
2.3. Identifikasi Hambatan Pelaksanaan Penyelenggaraan Kebijakan Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab di Indonesia.....	24
2.3.1. Perkembangan Implementasi Kebijakan Aborsi Aman	25
2.3.2. Analisis Hambatan Pelaksanaan Penyelenggaraan Kebijakan Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab di Indonesia.....	37
2.4. RKUHP dan Pentingnya Mempercepat Penyelenggaraan Aborsi Aman di Indonesia	44

BAB III PENUTUP	47
3.1. Kesimpulan.....	47
3.2. Rekomendasi.....	50

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tiga dari sepuluh kehamilan (29%) di dunia dan enam dari sepuluh kehamilan (61%) yang tidak diinginkan berakhir dengan induced abortion atau aborsi yang dilakukan dengan sengaja (World Health Organization, 2020). Aborsi yang dilakukan dengan sengaja juga terjadi di Indonesia, namun, tidak banyak data mengenai aborsi di Indonesia yang dapat memberikan gambaran utuh mengenai situasi nyata pelaksanaan aborsi. Terdapat hanya dua penelitian yang mencoba menunjukkan estimasi tingkat aborsi terhadap 1000 perempuan per tahunnya. Pada tahun 2000, berdasarkan penelitian yang dilakukan di enam wilayah di Indonesia, estimasi aborsi adalah 37 aborsi untuk setiap 1000 perempuan berusia 15-49 tahun (G & H, 2008).

Penelitian terbaru yang dilakukan tahun 2018 memperlihatkan bahwa tingkat aborsi di pulau Jawa adalah 42,5 aborsi per 1000 perempuan berusia 15-49 tahun, dengan jumlah total tahunan sebanyak 1.698.230 aborsi. Jumlah ini diperkirakan masih lebih kecil dari jumlah yang sebenarnya (Giorgio, et al., 2020). Data ini cukup tinggi jika dibandingkan dengan data global yaitu 39 aborsi per 1000 perempuan (Bearak, et al., 2020). Sedangkan survei rumah tangga yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2010 menunjukkan sebanyak 6,54% dari 60.757 perempuan menikah pernah menggugurkan kandungannya (Pranata & Sadewo, 2012).

Perempuan yang melakukan aborsi rata-rata berusia 15-49 tahun atau 39 dari 1000 kasus (World Health Organization, 2020). Di kalangan perempuan menikah, rata-rata perempuan berusia di atas 35 tahun (42,9%), tamat SD (30,5%), dan tidak bekerja (49,1%) (Pranata & Sadewo, 2012). Berbagai cara dilakukan untuk mengakhiri kehamilan, di antaranya adalah, dengan obat-obatan, tindakan bedah, pijat, hingga mengkonsumsi jamu (G & H, 2008). Layanan aborsi ini diberikan oleh dokter, bidan, perawat, dukun, konselor, atau bahkan oleh perempuan itu sendiri (G & H, 2008). Sebagian besar perempuan memilih melakukan aborsi sendiri dan dengan cara mengonsumsi obat (G & H, 2008) (Giorgio, et al., 2020) (Pranata & Sadewo, 2012) (Gerdt, Jayaweera, Baum, & Hudaya, 2018). Namun, tidak tertera informasi apakah aborsi dilakukan sesuai dengan prosedur hukum atau di luar prosedur hukum.

Secara global sebanyak satu dari tiga aborsi dilakukan secara tidak aman (World Health Organization, 2020). Angka kematian ibu karena aborsi tidak aman berkontribusi sebanyak 4,7% - 13,2% (World Health Organization, 2020). Selain itu, keterbatasan akses untuk melakukan aborsi akan mendorong aborsi dilakukan secara tidak aman. Menurut WHO, "aborsi menjadi tidak aman ketika dilakukan oleh seseorang yang tidak memiliki keterampilan atau dalam lingkungan yang tidak memenuhi standar minimal medis, atau keduanya." Menurut Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), 11-30 persen angka kematian ibu (AKI) di

Indonesia disebabkan oleh aborsi yang tidak aman.¹ Data Survei Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menunjukkan tingkat AKI di Indonesia adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan target Sustainable Development Goals (SDGs) tahun 2030 yaitu 70 per 100.000 kelahiran hidup.²

Kebijakan kesehatan terkait dengan aborsi telah diatur dalam kerangka hukum di Indonesia, khususnya dalam empat peraturan perundang-undangan. Pada dasarnya, tindakan aborsi dilarang dilakukan di Indonesia kecuali dilakukan dalam kondisi tertentu. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut UU Kesehatan) mengatur setiap orang dilarang melakukan aborsi, kecuali pada dua kondisi, yaitu:

1. berdasarkan indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan; atau
2. kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.³

Dalam merespon kebijakan tersebut, juga telah dibentuk beberapa aturan pelaksana untuk memperjelas mekanisme penyelenggaraan jaminan pengecualian larangan aborsi tersebut yaitu, pertama, Peraturan Pemerintah No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (PP 61/2014) yang menjelaskan lebih rinci tentang kondisi kehamilan yang dapat dilakukan aborsi. Dalam Peraturan Pemerintah ini juga diatur mengenai penyelenggaraan aborsi aman, bermutu dan bertanggung jawab, termasuk mengenai mekanisme izin yang diatur secara lebih fleksibel dengan mengedepankan perlindungan pada perempuan yang akan melakukan aborsi.

Peraturan berikutnya adalah Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi Atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan yang menjelaskan lebih rinci aturan tentang pelatihan sertifikasi untuk dokter agar dapat menyelenggarakan aborsi aman, mekanisme penetapan fasilitas layanan kesehatan yang menyediakan layanan aborsi aman, hingga mekanisme pelaporan diselenggarakannya aborsi aman. Jika aborsi dilakukan diluar kondisi yang dipersyaratkan oleh undang-undang, maka para pihak yang terlibat dapat dijatuhi dengan pidana penjara.⁴

Secara normatif, dapat dijelaskan bahwa telah cukup ada kebijakan yang menjamin dapat terselenggaranya aborsi aman, bermutu dan bertanggung jawab bagi kehamilan dengan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat korban perkosaan. Namun, kendati kebijakan tersedia,

¹ Rahma Lillahi Sativa, *PKBI: 11-30 persen Kematian Ibu Terjadi Akibat Aborsi Tidak Aman*, <https://health.detik.com/ibu-hamil/d-3088285/pkbi-11-30-persen-kematian-ibu-terjadi-akibat-aborsi-tidak-aman>, detikHealth, 2015, diakses pada 8 November 2020

² World Health Organization, *Sustainable Development Goals (SDGs)*, https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals#tab=tab_2, diakses pada 8 November 2020

³ Pasal 75 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

⁴ Pasal 76 dan 194; Pasal 299, 346, 348, dan 349 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

pelaksanaannya masih menjadi kendala. Layanan aborsi untuk korban perkosaan masih sulit diakses (Abdullah, 2019). Menurut Ketua Yayasan Kesehatan Perempuan, hingga 2019, negara belum mengimplementasikan layanan aborsi legal dan aman bagi kehamilan akibat perkosaan.⁵ Hingga tahun 2019, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) belum mempersiapkan persyaratan pelatihan terhadap tenaga medis, juga pelatihan konseling untuk aborsi bagi korban perkosaan yang mengalami KTD.⁶ Sedangkan dari pihak profesi dokter, Anggota Kelompok Kerja Kesehatan Reproduksi Pengurus Besar Perhimpunan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) menyatakan para praktisi kebidanan dan kandungan menunggu kepastian dari pemerintah untuk praktik aborsi aman. Pemerintah dinilai terkesan lambat, meskipun sudah ada peraturan yang mengatur.⁷ Data kasus penyelenggaraan aborsi aman bagi korban perkosaan dan pasien dengan indikasi kedaruratan medis juga tidak ditemukan dalam berbagai studi dan laporan.

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan pada 2019 memberikan argumentasi bahwa pemerintah dalam proses mempersiapkan layanan aborsi aman yang diperbolehkan oleh peraturan perundang-undangan.⁸ Dijelaskan bahwa pihak kementerian kesehatan sedang menyiapkan peraturan yang lebih operasional. Untuk beberapa rumah sakit, terutama rumah sakit-rumah sakit pendidikan, sudah ada tim yang akan melakukan aborsi aman yang terpadu, termasuk layanan konseling oleh psikolog dan psikiater.⁹

Di tengah proses penyiapan layanan yang terus dilakukan, korban perkosaan yang melakukan aborsi menghadapi ancaman pidana jika tidak memenuhi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Misalnya kasus WA pada 2018 lalu di Jambi, yang sempat harus dipenjara karena tuduhan melakukan aborsi ketika usia kandungan enam bulan padahal WA adalah korban perkosaan dari kakak kandungnya sendiri.¹⁰ Dalam hal ini WA tidak dapat mendapatkan layanan aborsi aman karena usia kandungan yang telah melewati 40 hari. Korban perkosaan juga seringkali tidak menyadari kehamilan pada dirinya (Abdullah, 2019).

Maka penting dilakukan penelitian untuk mengaktualisasi penyelenggaraan kebijakan aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab sesuai dengan UU kesehatan di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi perkembangan kemajuan di tataran implementasi pada level pemerintah pusat yang menaungi pelaksanaan kebijakan tersebut. Selain itu, penelitian ini

⁵ Ririn Indriani dan Dinda Rachmawati, *Layanan Aborsi Aman dan Legal untuk Korban Perkosaan Mengapa Sulit Diakses?*, <https://www.suara.com/health/2019/02/21/070000/layanan-aborsi-aman-dan-legal-untuk-korban-perkosaan-mengapa-sulit-diakses?page=all>, suara.com, 2019.

⁶ *Ibid.*

⁷ Reiny Dwinanda, *Dokter Tunggu Pemerintah Soal Praktik Aborsi Aman*, <https://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/pq1n1a414/dokter-tunggu-pemerintah-soal-praktik-aborsi-aman>, Republika, 2019.

⁸ Irwan Syambudi, *Kemenkes Siapkan Layanan Aborsi Aman Sesuai Aturan*, <https://tirto.id/kemenkes-siapkan-layanan-aborsi-aman-sesuai-aturan-dhIS>, Tirto.id, 2019.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Addi M Idhom, *Alasan Hakim Bebaskan Pelaku Aborsi Korban Perkosaan Dinilai Tepat*, <https://tirto.id/alasan-hakim-bebaskan-pelaku-aborsi-korban-perkosaan-dinilai-tepat-cVwv>, Tirto.id, 2018.

dilakukan untuk mengidentifikasi tantangan dalam menjamin ketersediaan layanan aborsi aman, bermutu dan bertanggung jawab. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi masukan yang mendukung upaya pemerintah yang tengah berproses mempersiapkan layanan aborsi aman yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

1.2. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pengaturan tentang penyelenggaraan kebijakan aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab di Indonesia?
2. Apa saja tantangan yang dihadapi oleh *stakeholder* di level nasional dalam menjamin penyelenggaraan kebijakan aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab di Indonesia?

1.3. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui rangkaian amanat kebijakan yang mengatur penyelenggaraan kebijakan aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab di Indonesia;
2. Mengetahui tantangan yang dihadapi oleh *stakeholder* di level nasional dalam menjamin penyelenggaraan kebijakan aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab di Indonesia;
3. Merekomendasikan langkah untuk mendukung upaya menjamin penyelenggaraan kebijakan aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab di Indonesia.

1.4. Metode Penelitian

Secara umum penelitian ini merupakan penelitian hukum yuridis-empiris, yang menggabungkan antara pendekatan legal dogmatis/konseptual dan legal empiris (*conceptual and empirical legal research*), dalam upaya untuk mendapatkan pemahaman tentang hukum ditataran normatif dan penerapannya ditataran praktis (Sonta, 2014). Berbagai pertanyaan dalam penelitian ini akan dianalisis dari perspektif hukum, utamanya dalam kerangka UU Kesehatan, yang menjamin penyelenggaraan aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab di Indonesia. Rumusan masalah mengenai analisis pengaturan kebijakan aborsi bukan lah kajian baru, namun krusial untuk tetap ditulis dan dianalisis untuk mengkontekstualisasikan hasil penelitian lalu yang membahas tentang peraturan perundang-undangan tentang aborsi, dengan menekankan pada aspek aborsi aman, bermutu dan bertanggung jawab.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang dilakukan dengan analisis normatif secara mendalam dan melakukan verifikasi atas data dan informasi tersebut. Pengumpulan data dan informasi dilakukan melalui metode penelusuran data kualitatif dengan menggabungkan antara sumber data kepustakaan dan sumber data lapangan melalui

wawancara mendalam (*in-depth interview*), serta melakukan diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion*) dengan ahli.

Wawancara dilakukan secara daring melalui Zoom Meeting, mengingat situasi pandemi di Indonesia yang belum membaik. Permohonan wawancara dikirimkan kepada:

1. Organisasi profesi yang dimohonkan kepada Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI);
2. Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;
3. Kabareskrim Mabes Polri;
4. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI);
5. Save All Women and Girls (SAWG) Indonesia;
6. Solidaritas Perempuan untuk Kemanusiaan dan Hak Asasi Manusia (SPEK-HAM);
7. PKBI Jawa Tengah.

Namun, Per 26 Desember 2020, yang berhasil kami wawancarai adalah perwakilan dari Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) yang diwakilkan oleh Ketua Himpunan Obstetri dan Ginekologi Sosial Indonesia (HOGSI) dan Perwakilan Kabareskrim Mabes Polri yang diwakilkan oleh Kepala Unit Perlindungan Perempuan dan Anak (PPA) Bareskrim Polri. *Stakeholders* kunci terkait dengan perumusan kebijakan aborsi aman, yaitu dari Kementerian Kesehatan belum menentukan waktu dapat dilakukannya wawancara.

Diskusi selanjutnya dilakukan dengan beberapa organisasi masyarakat sipil yang bergerak pada advokasi kebijakan aborsi aman di Indonesia, terdiri dari PKBI, SAWG dan Samsara. Serta dua wawancara lanjutan dengan perwakilan masyarakat sipil sebagai pendamping perempuan korban perkosaan yaitu SPEK-HAM Surakarta, Jawa Tengah dan lembaga layanan kesehatan reproduksi PKBI Jawa Tengah.

1.5. Tinjauan Literatur

Penelitian ini terdiri atas dua rumusan masalah. Rumusan masalah pertama membahas secara normatif pengaturan hukum di Indonesia mengenai aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab. Topik ini sudah cukup sering dibahas dalam berbagai studi namun tetap penting untuk menjadi bagian dari tulisan pada studi ini untuk memberikan konteks pada rumusan masalah kedua.

Pertanyaan penelitian kedua membahas lebih dalam implementasi dari pengaturan aborsi yang telah ada sejak tahun 2009 atau sejak munculnya UU Kesehatan terbaru. Topik ini dapat dianalisis lebih mendalam karena metode yang digunakan dalam studi ini adalah wawancara terhadap pihak-pihak yang secara langsung bersinggungan dengan implementasi kebijakan aborsi. Kedalaman informasi pada studi ini belum pernah ditemukan pada studi lainnya.

Berdasarkan penelusuran *peer-reviewed literatures*, berikut studi yang pernah dilakukan sebelumnya berkaitan dengan kebijakan aborsi:

1. Peningkatan Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan: Analisis Kriminalisasi Aborsi di bawah Hukum Indonesia (Putri, 2020)

Studi ini menganalisis kebijakan hukum di Indonesia berkaitan dengan tindak pidana aborsi serta menilik implementasi dari pengaturan aborsi legal. Metode penelitian ini adalah normatif-empiris, dengan melakukan studi literatur dan wawancara terhadap dua organisasi penyedia layanan aborsi.

Peneliti secara mendalam membahas peraturan pidana berkaitan dengan tindak pidana aborsi di dalam UU Kesehatan dan KUHP namun belum banyak membahas tentang RKUHP dan isu terkini perkembangan wacana kebijakan pidana dalam RKUHP. Informasi mengenai implementasi dari kebijakan aborsi yang dikecualikan diperoleh dari studi literatur dan hasil wawancara terhadap penyedia layanan. Wawancara pemangku kepentingan lain seperti kepolisian, pemerintah, atau organisasi profesi belum dilakukan.

2. Trauma Psikologis sebagai Alasan Dilakukan Aborsi terhadap Korban Perkosaan (Abdullah, 2019)

Penelitian ini menelisik lebih dalam pengaturan dan implementasi dari aturan aborsi bagi korban perkosaan. Peneliti juga menganalisis penanganan trauma psikologis pada korban. Data primer yang didapatkan dari wawancara dan data sekunder yang diperoleh dari bahan kepustakaan menjadi acuan dari analisis. Lokasi penelitian adalah Yogyakarta dengan mewawancarai dua organisasi pendamping korban, Fakultas Hukum Universitas Atma Jaya Yogyakarta dan hakim Pengadilan Negeri Yogyakarta.

Studi ini menjadi pelengkap atas penelitian yang kami lakukan karena kekhususan wilayah. Peneliti juga secara mendalam membahas hambatan yang dihadapi korban, khususnya mengenai batasan 40 hari bagi korban perkosaan dan pemberian layanan psikologis. Informasi ini menjadi tambahan data bagi penelitian yang kami lakukan.

3. Pengaturan Aborsi Akibat Perkosaan dalam PP No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi Ditinjau dari UUD 1945 Pasal 28A, 28B (2), 28H (1), dan 34 (3) (Rahma, 2015)

Studi ini secara terbatas menelaah pengaturan aborsi pada PP 61/2014 serta kaitannya dengan Undang-Undang Dasar 1945. Penelitian menggunakan metode yuridis normatif dengan menggunakan bahan hukum sekunder.

4. Pengaturan Aborsi dalam Perspektif Perundang-Undangan Indonesia (Afita, 2020)

Studi ini menganalisis pengaturan aborsi untuk korban perkosaan serta akibat hukum dari pengaturan tersebut. Peneliti melihat keterkaitan peraturan terkait aborsi yaitu UU Kesehatan, Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2003 tentang Perlindungan Anak, dan PP 61/2014 serta melakukan studi literatur. Penelitian ini menggunakan pisau analisis secara yuridis normative dan belum melihat implementasi lapangan dari aturan tersebut.

1.6. Kerangka Konseptual

1.6.1. Definisi Aborsi

Menurut kamus Merriam-Webster, aborsi adalah “penghentian kehamilan setelah, disertai dengan, sehingga menyebabkan atau diikuti dengan kematian embrio atau janin, seperti”: (Definition of abortion, n.d.)

- a. Pengeluaran spontan janin manusia pada 12 minggu pertama kehamilan;
- b. Pengeluaran dengan sengaja janin manusia.

Definisi pada huruf a membedakan antara pengeluaran spontan (*spontaneous expulsion*) dan keguguran (*miscarriage*). Menurut Merriam-Webster, keguguran adalah “pengeluaran spontan janin manusia sebelum janin tersebut dapat hidup di luar kandungan dan khususnya antara minggu ke-12 dan ke-28 kehamilan” (Merriam-Webster, n.d.).

Menurut situs *Harvard Health Publishing, Harvard Medical School*, aborsi adalah “pemindahan jaringan kehamilan, produk dari konsepsi atau janin dan plasenta (setelah kelahiran) dari rahim.” Frasa janin dan plasenta digunakan setelah delapan minggu kehamilan. Sedangkan jaringan kehamilan (*pregnancy tissue*) dan produk dari konsepsi mengacu pada penggabungan sel telur dan sperma sebelum delapan minggu. (Harvard Health Publishing, 2019).

WHO sendiri tidak memberikan definisi aborsi, mereka lebih menekankan pada definisi aborsi tidak aman yang terdapat dalam berbagai dokumen dan pedoman, salah satunya dalam publikasi “Aborsi aman: pedoman teknis dan kebijakan untuk sistem kesehatan” (World Health Organization, 2012).

Sedangkan menurut International Federation of Gynecology and Obstetrics, yang dikutip dari Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Dasar tahun 2015, keguguran atau aborsi adalah “tindakan mengakhiri kehamilan menggunakan obat atau tindakan bedah setelah implantasi dan sebelum janin dapat hidup di luar rahim (kurang dari 22 minggu).”¹¹ Definisi ini menyamakan istilah keguguran dan aborsi.

Sedangkan menurut peraturan perundang-undangan Indonesia, aborsi tidak didefinisikan dalam UU Kesehatan yaitu hierarki peraturan perundangan tertinggi. Pada Pasal 75 ayat (1) UU Kesehatan aborsi merupakan perbuatan yang dilarang. Ayat selanjutnya mengatur mengenai kondisi-kondisi aborsi dapat dikecualikan. Pengertian aborsi tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan

¹¹ Kementerian Kesehatan, *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Dasar*, Kementerian Kesehatan, Jakarta, 2015, hal. 21, diakses melalui: https://drive.google.com/file/d/1I538CUQhgXO-4RN5MslaKvzSCwM_bGhz/view

Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan yaitu “upaya mengeluarkan hasil konsepsi dalam rahim sebelum janin dapat hidup di luar kandungan.”¹²

1.6.2. Definisi Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab

Aborsi aman juga tidak didefinisikan secara eksplisit oleh WHO, lebih kepada elaborasi metode dan manajemen kesehatan, termasuk hukum dan kebijakan terkait proses aborsi. Namun WHO memberikan definisi untuk aborsi tidak aman yaitu “sebuah prosedur untuk menghentikan kehamilan yang tidak diinginkan, yang dilakukan oleh, baik seseorang yang tidak memiliki keterampilan yang diperlukan atau dalam lingkungan yang tidak sesuai dengan standar medis minimum, atau keduanya (World Health Organization, 2012). Ruang lingkup dari aborsi tidak aman dalam definisi ini adalah aborsi yang dilakukan dengan sengaja (induced abortion).

Pada penjelasan Pasal 77 UU Kesehatan, aborsi yang tidak aman, tidak bermutu, dan tidak bertanggung jawab adalah “aborsi yang dilakukan dengan paksaan dan tanpa persetujuan perempuan yang bersangkutan, yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang tidak profesional, tanpa mengikuti standar profesi dan pelayanan yang berlaku, diskriminatif, atau lebih mengutamakan imbalan materi dari pada indikasi medis.”

Karena definisi aborsi aman, bermutu, dan bertanggung jawab tidak tersedia secara definitif, dalam penelitian ini yang dimaksud dengan **aborsi aman, bermutu dan bertanggung jawab adalah aborsi yang dilakukan tanpa paksaan dan dengan persetujuan perempuan yang bersangkutan, yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional, mengikuti standar profesi pelayanan yang berlaku, tidak diskriminatif, atau tanpa mengutamakan imbalan materi dari pada indikasi medis.**

1.6.3. Jenis-Jenis Aborsi

Secara umum aborsi terbagi atas dua yaitu *induced abortion* atau aborsi yang dilakukan dengan sengaja atau di Indonesia sering disebut dengan aborsi saja, dan *spontaneous abortion* yaitu aborsi yang terjadi secara natural atau lebih sering disebut dengan keguguran (Putri, 2020). Aborsi yang dilakukan dengan sengaja dapat terbagi lagi menjadi dua jika didefinisikan berdasarkan metode yaitu: (World Health Organization, 2012)

- a. Medical abortion atau aborsi medis: penggunaan obat-obatan untuk menghentikan kehamilan.

¹² Pasal 1 angka 1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan

- b. Surgical abortion atau aborsi bedah: penggunaan prosedur transservikal untuk menghentikan kehamilan, termasuk *vacuum aspiration* dan *dilation dan evacuation* (D&E).¹³

Dalam peraturan perundang-undangan, keguguran tidak disebutkan secara spesifik dalam UU Kesehatan maupun peraturan turunannya. Pedoman layanan kesehatan reproduksi di layanan kesehatan tingkat pertama menyebutkan layanan yang diberikan adalah layanan pasca keguguran, namun menggunakan definisi yang sama antara keguguran dan aborsi. Pada pengaturan mengenai aborsi, UU Kesehatan membagi menjadi dua yaitu aborsi karena indikasi kedaruratan medis dan aborsi yang dilakukan karena kehamilan akibat perkosaan.¹⁴

¹³ Dilatasi dan evakuasi (D&E) adalah prosedur aborsi yang dilakukan pada trimester kedua, atau biasanya setelah usia kandungan melewati 14 minggu:

<https://helohehat.com/kehamilan/melahirkan/persalinan/aborsi/>

¹⁴ Pasal 75 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

BAB II

PEMBAHASAN

2.1. Ketentuan Normatif tentang Penyelenggaraan Pengecualian Larangan Aborsi di Indonesia

Seperti yang telah disinggung sebelumnya dan telah analisis oleh beberapa kajian sebelumnya ketentuan mengenai pelaksanaan aborsi di Indonesia diatur dalam beberapa peraturan perundang-undangan secara hierarkis. Kami membedah ketentuan pada empat peraturan untuk mendapatkan gambaran holistik mengenai aturan berkenaan dengan aborsi. Aturan-aturan tersebut adalah:

- a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- b. Kitab Undang Undang Hukum Pidana;
- c. Rancangan Undang-Undang Hukum Pidana;
- d. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi;
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan.
- f. Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Dasar yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2015.

2.1.1. Analisis Kebijakan Aborsi dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan), yang menggantikan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, merupakan acuan utama upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.¹⁵ Undang-undang ini menganut beberapa asas, di antaranya adalah, asas perlindungan, asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban, asas keadilan, dan asas gender dan nondiskriminatif. Asas-asas ini menjamin perlindungan dan kepastian hukum, penghormatan atas hak dan kewajiban, pelayanan yang adil dan serta tidak membedakan perlakuan antara laki-laki dan perempuan.¹⁶ Hak ini juga ditegaskan pada Pasal 3 yang menyatakan setiap orang berhak atas akses atau sumber daya di bidang kesehatan, pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau, dan secara mandiri menentukan pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.¹⁷

¹⁵ Pasal 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

¹⁶ Penjelasan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

¹⁷ Pasal 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Dalam Pasal 14 ayat (1) UU Kesehatan, dijelaskan bahwa pemerintah bertanggung jawab untuk **merencanakan, mengatur, dan menyelenggarakan** upaya kesehatan¹⁸ yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Tanggung jawab tersebut dilaksanakan untuk memenuhi beberapa aspek, yaitu ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas fisik maupun sosial,¹⁹ ketersediaan sumber daya yang adil dan merata,²⁰ ketersediaan akses informasi, edukasi dan fasilitas²¹ dan peran aktif masyarakat.²²

Upaya kesehatan tersebut di atas menggunakan beberapa pendekatan, yaitu pendekatan promotif,²³ preventif,²⁴ kuratif,²⁵ dan rehabilitatif²⁶ yang diselenggarakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.²⁷ Kegiatan yang berkaitan dengan upaya kesehatan tersebut, salah satunya adalah, kesehatan reproduksi.²⁸

Kesehatan reproduksi, berdasarkan UU Kesehatan, merupakan “keadaan sehat secara **fisik, mental, dan sosial** secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.”²⁹ Definisi ini serupa dengan definisi yang dijabarkan oleh UNFPA yang melihat kesehatan reproduksi tidak hanya dalam sudut pandang kesehatan saja,³⁰ tetapi juga merupakan hak hidup perempuan sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2005 Tentang

¹⁸ Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat, Pasal 1 angka 11 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

¹⁹ Pasal 15 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²⁰ Pasal 16 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²¹ Pasal 17 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²² Pasal 18 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²³ Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan, Pasal 1 angka 12 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²⁴ Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit, Pasal 1 angka 13 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²⁵ Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin, Pasal 1 angka 14 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²⁶ Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya, Pasal 1 angka 15 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²⁷ Pasal 47 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²⁸ Pasal 48 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

²⁹ Pasal 71 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

³⁰ United Nations Population Fund, *Sexual & reproductive health*, <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>, diakses pada 8 November 2020

Pengesahan *International Covenant On Civil And Political Rights* (ICCPR/Kovenan Internasional Tentang Hak-Hak Sipil Dan Politik) dan *General Comment* ICCPR No. 36 tahun 2018 pasal 6 para. 8 tentang hak untuk hidup (*the right to life*) yang menyatakan:

“Anggota negara pihak harus menyediakan akses yang aman, legal, dan efektif untuk aborsi aman dimana kehidupan dan kesehatan perempuan hamil berada dalam bahaya, dan di mana kehamilan tersebut akan menyebabkan perempuan hamil sakit atau menderita, terutama jika kehamilan tersebut hasil dari pemerkosaan atau *incest*”.

Dalam memenuhi hak atas kesehatan reproduksi, setiap orang berhak untuk:

- a. menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah;
- b. menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama;
- c. menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama;
- d. memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.³¹

Di negara yang masyarakatnya masih menempatkan agama sebagai faktor yang menentukan pemimpin politik, ketika praktik aborsi sangat dibatasi dan bicara kesehatan reproduksi masih dianggap tabu, perempuan mengakhiri kehamilannya yang tak diinginkan dengan cara sangat berisiko dan terkadang menyebabkan kematian.³²

Stigma negatif terhadap praktik aborsi di negara berpenduduk 88 persennya adalah muslim ini memang telah mendarah-daging. Begitu pula dalam ajaran Agama Hindu perspektif Kitab Suci Veda, aborsi tergolong pada perbuatan yang disebut Himsa Karma yakni salah satu perbuatan dosa yang disejajarkan dengan membunuh, menyakiti, dan menyiksa.³³ Pendapat populer masyarakat Indonesia yang kerap mengecap praktik aborsi sebagai kejahatan melawan kehendak Tuhan, perbuatan dosa, dan pelakunya adalah pembunuh.³⁴ Pendapat populer tersebut tak sepenuhnya tepat.³⁵ Mengacu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016, Aborsi adalah upaya mengeluarkan hasil konsepsi dari dalam rahim sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Artinya, tindakan aborsi tak bisa digolongkan sebagai pembunuhan.³⁶ Sayangnya, definisi aborsi ini keberadaannya hanya ada pada tingkat Peraturan Menteri, padahal seharusnya

³¹ *Ibid.*

³² Aditya Widya Putri, *Aborsi Aman itu Mungkin Asalkan Kita Menyudahi Alasan Moral*, <https://tirto.id/dhMJ>, Tirto.id, diakses pada 11 September 2021

³³ I Made Gami Sandi Untara, *Aborsi dalam Pandangan Norma Agama Hindu dalam Satya Dharma: Jurnal Ilmu Hukum* Vol. 3 No. 1, 2020, diakses melalui: <https://ejournal.iahntp.ac.id/index.php/satya-dharma/article/download/511/320>

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*

ada dalam tataran Undang-Undang Kesehatan, agar tidak hanya tenaga kesehatan yang harus mengerti definisi ini tetapi juga termasuk aparat penegak hukum, konselor, tokoh agama dan profesi lain yang dibutuhkan dalam menginformasikan aborsi aman.

Namun, perdebatannya akan kembali melebar tentang penetapan janin sebagai entitas hidup. Kelompok anti-aborsi berpandangan proses kehidupan dimulai saat sperma dan sel telur bertemu. Ada juga yang berpegang pada dalil agama bahwa ruh manusia ditiupkan saat janin berumur 120 hari.³⁷ Walau demikian, ada juga ulama yang menyepakati dibolehkannya aborsi jika dokter yang terpercaya menyatakan bahwa janin yang dikandung dapat membahayakan nyawa sang ibu. Beberapa ulama bahkan menilai kasus semacam ini wajib hukumnya.³⁸ Hal ini juga diperkuat oleh salahsatu hasil musyawarah Kongres Ulama Perempuan Indonesia (KUPI) yang juga Pimpinan Ponpes Al Ma'shummy Bondowoso, Siti Ruqoyyah mengatakan perempuan korban pemerkosaan diperbolehkan melakukan aborsi.

"Dari sisi fikih, (umur kehamilan) sebelum empat bulan boleh dilakukan aborsi karena (kehamilan akibat perkosaan) termasuk kehamilan yang tidak diinginkan. Itu hasil paksaan. Dari sisi medis, aborsi sebelum umur kehamilan empat bulan juga tidak membahayakan rahim perempuan. Namun, harus dicatat, aborsi tersebut harus dilakukan secara medis dan oleh ahli medis di bidang tersebut."³⁹

Masih sedikit sekali kelompok agama yang mulai membahas kaitannya aborsi dan kesehatan reproduksi perempuan sedangkan berdasarkan survei Pew Research Center pada 2013, sekitar 89 persen orang Indonesia masih meyakini bahwa aborsi sulit diterima secara moral.⁴⁰ Kebutuhan layanan aborsi aman bisa memunculkan kontroversi sangat tajam dari spektrum agama hingga politik.⁴¹

Jika dilihat secara seksama ketentuan dan fenomena tersebut di atas, nilai agama masih melekat erat dalam menentukan hak kesehatan seksual dan reproduksi seseorang. Beberapa penelitian menunjukkan relasi agama pada isu gender dan seksualitas tidak terlihat memberikan kontribusi efektif dalam meningkatkan kesehatan seksual dan reproduksi (Puzek, Stulhover, & Bozicevic, 2012);(Cense, Neef, & Visscher, 2018); (Carlbom & Arousell, 2016).

³⁷ *Ibid.*

³⁸ Dea Alvi Soraya, *Aborsi dalam Pandangan Islam*, <https://www.republika.co.id/berita/pcipbu313/aborsi-dalam-pandangan-islam>, Republika, 2018, diakses pada 11 September 2021

³⁹ Lilis Handayani, *Ini Hasil Musyawarah Keagamaan KUPI tentang Isu Kekerasan Seksual*, <https://www.republika.co.id/berita/nasional/hukum/14/08/09/dunia-islam/islam-nusantara/17/04/27/op2lzm354-ini-hasil-musyawah-keagamaan-kupi-tentang-isu-kekerasan-seksual>, Republika, 2017

⁴⁰ Aditya Widya Putri, *loc.cit.*

⁴¹ *Ibid.*

Dalam kerangka kesehatan reproduksi, aborsi merupakan tindakan yang dilarang.⁴² Tidak ada penjelasan pada undang-undang ini mengenai definisi aborsi yang dimaksud. Terdapat pengertian aborsi tidak bermutu, tidak aman dan tidak bertanggung jawab dalam Penjelasan Pasal 77 UU Kesehatan yaitu “aborsi yang dilakukan dengan **paksaan dan tanpa persetujuan perempuan** yang bersangkutan, yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang **tidak profesional, tanpa mengikuti standar profesi dan pelayanan** yang berlaku, **diskriminatif**, atau lebih mengutamakan **imbalan materi** dari pada indikasi medis.” Definisi ini patut diapresiasi dan harus menjadi acuan karena menjamin persetujuan perempuan sebagai salah satu indikator aborsi tidak aman.

Pasal 75 ayat (2) UU Kesehatan lebih lanjut mengatur bahwa aborsi dapat dikecualikan berdasarkan dua kondisi yaitu:

- a. indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan; atau
- b. kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.

Pengecualian pembolehan aborsi terhadap korban perkosaan merupakan ketentuan baru. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan hanya mengizinkan tindakan aborsi terhadap ibu hamil dan/atau janinnya yang terancam nyawanya.⁴³ UU Kesehatan juga menambahkan ketentuan pada indikasi kedaruratan medis yaitu janin yang memiliki penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan.

Syarat lainnya agar tindakan aborsi dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. mengikuti konseling dan/atau penasehatan sebelum tindakan dan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor⁴⁴ yang kompeten dan berwenang.⁴⁵
- b. sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis;
- c. oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang memiliki sertifikat yang ditetapkan oleh menteri;
- d. dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan;
- e. dengan izin suami, kecuali korban perkosaan; dan
- f. penyedia layanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh Menteri, dalam hal ini Menteri kesehatan.

⁴² Pasal 75 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

⁴³ Pasal 15 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

⁴⁴ Yang dimaksud dengan “konselor” dalam ketentuan ini adalah setiap orang yang telah memiliki sertifikat sebagai konselor melalui pendidikan dan pelatihan. Yang dapat menjadi konselor adalah dokter, psikolog, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan setiap orang yang mempunyai minat dan memiliki keterampilan untuk itu, Penjelasan Pasal 75 ayat (3) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

⁴⁵ Pasal 75 ayat (3) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Dari pengaturan di atas dapat diasumsikan, walaupun tidak dinyatakan dengan tegas, bahwa setiap syarat harus terpenuhi agar seseorang bisa mendapatkan layanan aborsi aman. Jika diperbandingkan dengan UU Kesehatan tahun 1992, syarat tambahannya adalah pada huruf a dan b, serta sedikit modifikasi pada syarat huruf d dan e. Tidak ada kajian atau pemberitaan atas dasar atau landasan dari syarat-syarat tersebut, khususnya mengenai penetapan enam minggu untuk perempuan korban perkosaan.

Sedangkan mengenai izin atau persetujuan, dalam UU Kesehatan tahun 1992, persetujuan ibu dapat digantikan oleh izin suami atau anggota keluarga yang lain. Pada ketentuan baru, persetujuan ibu hamil merupakan salah satu syarat mutlak dilakukannya aborsi. Izin suami, kecuali pada korban perkosaan, sayangnya masih menjadi salah satu persyaratan. Hal ini bertentangan dengan Pasal 72 UU Kesehatan yang menyatakan bahwa setiap orang berhak menentukan kehidupan reproduksinya bebas dari paksaan dan/atau kekerasan serta konsiderans UU Kesehatan huruf a yang menyatakan bahwa **kesehatan merupakan hak asasi manusia** dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Berdasarkan UU Hak Asasi Manusia, sifat hak asasi manusia adalah kodrati melekat pada dan tidak terpisahkan dari manusia, sehingga seharusnya pemenuhan/penghormatan hak asasi perempuan tidak dapat dibatasi oleh adanya ijin suami atau tidak. Karena hal ini juga bertentangan dengan Rekomendasi Umum ke 24 (1999) CEDAW: No 42.

*“the Committee calls on the State party to: Extend the time limit to undergo abortion and decriminalize abortion in cases of incest and where the health of the pregnant woman or girl is in danger, authorize women to undertake abortion **without the consent of their husband**, and provide safe abortion and post-abortion services;”*

Ketentuan lanjutan pelaksanaan aborsi adalah mengenai kewajiban pemerintah untuk melindungi dan mencegah perempuan dari aborsi yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab serta bertentangan dengan norma agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.⁴⁶

Jika aborsi dilaksanakan bertentangan dengan ketentuan pada Pasal 75 ayat (2) yaitu indikasi kedaruratan medis dan korban perkosaan, maka ia dapat dijatuhi dengan pidana maksimal sepuluh tahun dan denda paling banyak sebesar satu miliar rupiah.⁴⁷ Namun, hal itu berpotensi untuk mengkriminalisasi perempuan dan penyedia layanan aborsi aman. Hal ini pun bertentangan dengan Pasal 2 huruf (f) dan (g) UU No. 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan (CEDAW), yakni:

⁴⁶ Pasal 77 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

⁴⁷ Pasal 194 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

- “(f) Membuat peraturan-peraturan yang tepat, termasuk pembuatan undang-undang, untuk mengubah dan menghapuskan undang-undang, peraturan-peraturan, kebiasaan-kebiasaan dan praktek-praktek yang diskriminatif terhadap perempuan; dan
(g) Mencabut semua ketentuan pidana nasional yang diskriminatif terhadap perempuan.”

Sebab, tidak dijelaskan lebih detil dalam bentuk perbuatan apa saja seseorang dapat dipidana. Ketentuan pidana ini juga menghukum semua pihak yang terlibat dengan pidana yang sama, tanpa membedakan peran.

2.1.2. Analisis Kebijakan Aborsi dalam Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

Ketentuan mengenai penyelenggaraan aborsi yang diperbolehkan tersebut diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah Nomor 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (PP 61/2014) yang merupakan amanat dari Pasal 75 ayat (4) UU Kesehatan. Namun, dalam peraturan pemerintah ini pun belum dijelaskan pengertian tentang aborsi tersebut.

Peraturan ini bertujuan untuk menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi serta mengurangi angka kematian ibu (AKI). Seperti yang sudah disinggung sebelumnya, aborsi tidak aman berkontribusi 11-30 persen atas kematian ibu di Indonesia⁴⁸, atas hal ini pemerintah memiliki tanggung jawab untuk:

- a. **penyusunan kebijakan** upaya Kesehatan Reproduksi dalam lingkup nasional dan lintas provinsi;
- b. **penyediaan sarana pelayanan kesehatan** yang aman, bermutu, dan terjangkau serta **obat dan alat kesehatan** yang menunjang pelayanan kesehatan reproduksi;
- c. **pembinaan dan evaluasi** manajemen Kesehatan Reproduksi yang meliputi aspek perencanaan, implementasi, monitoring dan evaluasi dalam lingkup nasional dan lintas provinsi;
- d. pembinaan **sistem rujukan, sistem informasi, dan sistem surveilans** Kesehatan Reproduksi dalam lingkup nasional dan lintas provinsi; dan
- e. koordinasi dan advokasi dukungan **sumber daya** di bidang kesehatan, serta **pendanaan** penyelenggaraan upaya Kesehatan Reproduksi dalam lingkup nasional dan lintas provinsi.

Hal-hal tersebut di atas akan menjadi acuan utama evaluasi penyelenggaraan aborsi aman pada level pemerintah pusat.

Tindakan aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling. Konseling tersebut meliputi konseling pra tindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor. Konseling pra tindakan yang harus dilakukan sebelum aborsi bertujuan untuk mengidentifikasi kesiapan pasien,

⁴⁸ Rahma Lillahi Sativa, *PKBI: 11-30 persen Kematian Ibu Terjadi Akibat Aborsi Tidak Aman*, <https://health.detik.com/ibu-hamil/d-3088285/pkbi-11-30-persen-kematian-ibu-terjadi-akibat-aborsi-tidak-aman>, detikHealth, 2015, diakses pada 8 November 2020

menjelaskan proses yang harus dilalui untuk mendapatkan layanan aborsi, menjelaskan tahapan tindakan aborsi dan membantu perempuan untuk secara mandiri mengambil keputusan setelah mendapatkan informasi.⁴⁹ Sedangkan konseling pasca tindakan terdiri atas observasi dan evaluasi kondisi pasien, membantu pasien memahami kondisi fisik pasca aborsi, menjelaskan perlunya kunjungan ulang, konseling lanjutan atau tindakan rujukan bila diperlukan, dan menjelaskan penggunaan alat kontrasepsi.⁵⁰

Setelah melalui konseling, korban perkosaan dapat memutuskan untuk tidak melakukan aborsi.⁵¹ Hal ini tidak berlaku pada kasus aborsi karena indikasi kedaruratan medis.

Menurut PP 61/2014, aborsi yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab adalah jika:

- a. dilakukan oleh dokter sesuai dengan standar;
- b. dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh menteri;
- c. atas permintaan atau persetujuan perempuan hamil yang bersangkutan;⁵²
- d. dengan izin suami,⁵³ kecuali korban perkosaan;
- e. tidak diskriminatif; dan
- f. tidak mengutamakan imbalan materi.

Dokter yang melakukan aborsi, seperti yang disebutkan pada huruf a, harus mendapatkan pelatihan oleh penyelenggara pelatihan yang terakreditasi yang diatur lebih lanjut dalam peraturan menteri kesehatan.

Seperti yang telah disebutkan pada UU Kesehatan, aborsi hanya dapat dilakukan dalam dua kondisi. Dalam hal kedaruratan medis, selain “mengancam nyawa ibu”, ketentuan dalam peraturan ini menambahkan unsur lain yaitu “mengancam kesehatan ibu” yang didefinisikan sebagai “suatu keadaan fisik dan/atau mental yang apabila kehamilan dilanjutkan akan menurunkan kondisi kesehatan ibu, mengancam nyawa atau mengakibatkan gangguan mental berat”.⁵⁴ Sedangkan definisi dari “mengancam nyawa dan kesehatan janin” adalah “kehamilan dengan kondisi janin yang setelah dilahirkan tidak dapat hidup mandiri sesuai dengan usia, termasuk janin yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun janin yang tidak dapat diperbaiki kondisinya”.⁵⁵

⁴⁹ Pasal 37 ayat (3) Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

⁵⁰ Pasal 37 ayat (4) Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

⁵¹ Pasal 38 Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

⁵² Dalam hal perempuan hamil tidak dapat memberikan persetujuan, persetujuan aborsi dapat diberikan oleh keluarga yang bersangkutan

⁵³ Dalam hal suami tidak dapat dihubungi, izin diberikan oleh keluarga yang bersangkutan

⁵⁴ Pasal 32 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

⁵⁵ Penjelasan Pasal 32 ayat (1) huruf b Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

Untuk menentukan adanya indikasi kedaruratan medis, tim kelayakan aborsi akan melaksanakan pemeriksaan sesuai dengan standar. Tim tersebut terdiri dari dua orang tenaga kesehatan yang diketuai oleh seorang dokter yang berkompeten dan memiliki kewenangan. Hasil pemeriksaan kemudian akan dituangkan dalam surat keterangan kelayakan aborsi yang dikeluarkan oleh tim kelayakan aborsi.⁵⁶ Tim kelayakan aborsi tidak dapat berperan sebagai dokter yang memberikan layanan aborsi.⁵⁷ Pengaturan mengenai tim kelayakan aborsi dijelaskan lebih detil dalam peraturan menteri kesehatan.

Pada kasus kehamilan karena perkosaan, PP 61/2014 mengatur usia kehamilan paling lama secara lebih detil menggunakan ukuran hari yaitu 40 hari yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir.⁵⁸ Sedangkan untuk kedaruratan medis tidak dibatasi, sesuai dengan ketentuan UU Kesehatan.⁵⁹ Tidak terdapat keterangan mengenai landasan berpikir dari perbedaan ketentuan ini. Menurut Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) jangka waktu 40 hari sangat problematik karena rata-rata korban pemerkosaan mengetahui dirinya hamil di atas 40 hari.⁶⁰

Kehamilan akibat perkosaan didefinisikan sebagai “kehamilan hasil hubungan seksual tanpa adanya persetujuan dari pihak perempuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”.⁶¹ Ketentuan ini menarik karena persetujuan perempuan tidak termasuk salah satu unsur tindak pidana perkosaan. Persetujuan merupakan salah satu komponen utama dalam mengidentifikasi kekerasan seksual yang belum diakomodir oleh KUHP sehingga definisi ini patut diapresiasi. Kehamilan akibat perkosaan ini dibuktikan dengan:

- a. usia kehamilan sesuai dengan kejadian perkosaan, yang dinyatakan oleh surat keterangan dokter. Dokter yang memberikan surat keterangan tidak dapat berperan sebagai dokter yang memberikan layanan aborsi; dan
- b. keterangan penyidik, psikolog, dan/atau ahli lain mengenai adanya dugaan perkosaan.

⁵⁶ Pasal 33 Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

⁵⁷ Dalam hal di daerah tertentu jumlah dokter tidak mencukupi, dokter dapat berasal dari anggota tim kelayakan aborsi

⁵⁸ Usia kandungan yang dibatasi hanya sampai dengan 40 hari ini bertentangan dengan Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women Indonesia, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, United Nations CEDAW/C/IDN/CO/6-7, Fifty-second session 9-27 July 2012 (Halaman 12) yang menyatakan *The very limited period to undergo abortion (six weeks) and the absence of exception to the criminalization of abortion when pregnancy is harmful to the mother's health and in case of incest, which leads women to seek unsafe and illegal abortions; and the need for the consent of the husband to undergo a legal abortion*

⁵⁹ Pasal 31 ayat (1) dan (2) Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

⁶⁰ Danu Darmajati, *RUU KUHP Bolehkan Aborsi Korban Perkosaan, Limit 40 Hari jadi Sorotan*, <https://news.detik.com/berita/d-4692067/ruu-kuhp-bolehkan-aborsi-korban-perkosaan-limit-40-hari-jadi-sorotan>, detikNews, 2019, diakses pada 9 November 2020

⁶¹ Pasal 34 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

Dari ketentuan huruf b diatas, dapat diasumsikan bahwa tindak pidana tidak harus dibuktikan terlebih dahulu. Lebih lanjut, pemilihan diksi “dibuktikan” juga berpotensi merugikan korban, karena adanya nilai-nilai sosial budaya yang bersifat stigma terhadap korban perkosaan. Disamping itu masalah “pembuktian” kehamilan akibat perkosaan tersebut bertentangan dengan KUHP, karena proses pembuktian ada di sidang pengadilan pidana. Sayangnya, di tataran tingkat kepolisian sampai saat ini juga tidak ada peraturan lebih detil mengenai prosedur layanan terintegrasi dengan layanan aborsi.⁶²

Pasal 29 pada peraturan ini menyatakan bahwa penanganan korban kekerasan seksual harus dilakukan secara holistik dan multidisipliner dengan mempertimbangkan aspek hukum, keamanan dan keselamatan, serta kesehatan fisik, mental, dan seksual. Korban tidak hanya mendapatkan keadilan, mereka juga mendapatkan pemulihan, pengobatan serta rehabilitasi. Tidak diketahui apakah ada ketentuan turunan dari pengaturan ini. Tidak juga dapat diidentifikasi apakah pembuktian dugaan perkosaan merupakan bagian dari penanganan korban kekerasan seksual, seperti yang di atur dalam Pasal 29 PP 61/2014. Selain itu, korban perkosaan juga dapat mengakses kontrasepsi darurat untuk mencegah kehamilan.⁶³

Pelaksanaan aborsi wajib dilaporkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dengan tembusan kepala dinas kesehatan provinsi dan pelaporan tersebut wajib memperhatikan kerahasiaan korban. Tampaknya hanya pelaksanaan aborsi, dalam kerangka pelaksanaan kebijakan kesehatan reproduksi, yang harus dilaporkan langsung setiap pelaksanaannya kepada kepala dinas setempat.

Bagi tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan aborsi di luar ketentuan hukum, selain terancam dengan pidana penjara, pelaku juga dapat dikenakan tindakan administratif berupa:

- a. teguran tertulis;
- b. denda administratif;
- c. pencabutan izin sementara; dan/atau
- d. pencabutan izin tetap.

2.1.3. Analisis Kebijakan Aborsi dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) 3 tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan merupakan pedoman teknis pelaksanaan pelayanan aborsi. Baru pada Permenkes ini didefinisikan apa yang dimaksud dengan aborsi yaitu upaya mengeluarkan hasil konsepsi dalam rahim sebelum janin dapat hidup

⁶² Hal ini juga telah dikonfirmasi ketika dilakukan wawancara kepada Kepala Unit Perlindungan Perempuan dan Anak (PPA) Bareskrim Polri Kompol Ema Rahmawati, Senin, 14 Desember 2020

⁶³ Pasal 24 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

di luar kandungan.⁶⁴ Seharusnya penjelasan mengenai pengertian aborsi dicantumkan dalam hierarki peraturan yang lebih tinggi yaitu undang-undang sehingga dapat dijadikan rujukan.

Tenaga kesehatan yang dapat melakukan aborsi adalah dokter yang ditetapkan oleh kepala dinas kabupaten/kota setempat yang telah mengikuti pelatihan pemberian layanan aborsi. Penyelenggara pelatihan adalah pemerintah pusat atau pemerintah daerah bersama organisasi profesi. Materi yang akan diberikan ketika pelatihan yaitu mengenai klinik, konseling, dan manajemen.

Dokter yang telah mengikuti pelatihan secara lengkap berhak untuk mendapatkan sertifikat yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat. Sertifikat tersebut merupakan bentuk pengakuan atas kompetensi dokter untuk memberikan pelayanan aborsi yang aman, bermutu dan bertanggungjawab.

Dokter yang telah memiliki sertifikat dapat tergabung dalam tim kelayakan aborsi atau pemberi layanan aborsi, tapi tidak dapat tergabung di keduanya secara bersamaan. Tim kelayakan mempunyai tugas yang berbeda dengan pemberi layanan yaitu menentukan indikasi kedaruratan medis pada pasien sedangkan pemberi layanan aborsi adalah tenaga kesehatan yang dapat melakukan tindakan aborsi. Tanggung jawab tim kelayakan aborsi sedikit diperluas dalam peraturan ini yaitu memeriksa korban perkosaan jika mendapat rujukan. Jika tim menilai terdapat indikasi kedaruratan medis maka mereka akan mengeluarkan **surat kelayakan aborsi**.

Tim kelayakan aborsi dibentuk pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh menteri. Menteri, dalam hal ini, dapat mendelegasikan penetapan fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara pelayanan aborsi kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Untuk mendapatkan penetapan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan harus mengajukan permohonan penetapan setelah memenuhi persyaratan:

1. memiliki izin operasional fasilitas pelayanan kesehatan yang masih berlaku;
2. memiliki dokter yang memiliki sertifikat pelatihan.

Fasilitas layanan tersebut harus didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai. Fasilitas layanan aborsi terdiri atas:

- a. **puskesmas**: yang memiliki Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan dokter yang telah mengikuti pelatihan.
- b. **klinik pratama**: yang memiliki pelayanan medik dasar dan dokter yang telah mengikuti pelatihan.
- c. **klinik utama atau yang setara**: yang memiliki pelayanan medik spesialis obstetric dan ginekologi dan/atau pelayanan medik dasar dan dokter yang telah mengikuti pelatihan.
- d. **rumah sakit**: yang memiliki dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang telah mengikuti pelatihan.

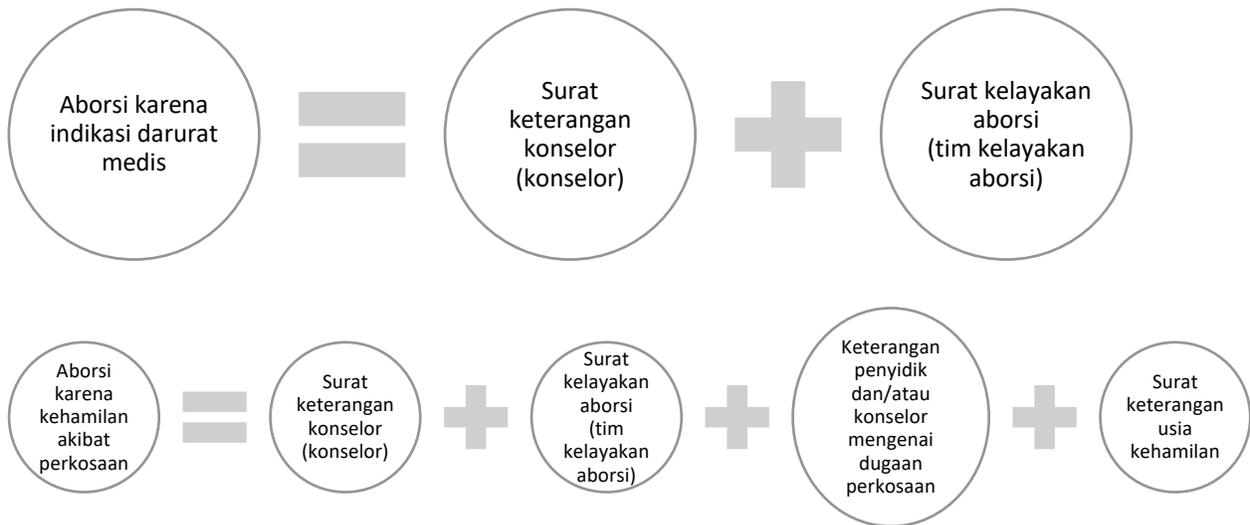
⁶⁴ Pasal 1 angka 1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan

Tim kelayakan aborsi terdiri atas dua orang yang diketuai oleh seorang dokter yang telah bersertifikat. Pembentukan tim dilakukan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan sebagai fasilitas yang dapat memberikan tindakan aborsi.

Aktor penting lain dalam pemberian pelayanan aborsi adalah konselor. Sebelum dokter memeriksa pasien, pasien harus terlebih dahulu berkonsultasi dengan konselor. Jika konselor menilai pasien siap maka konselor akan mengeluarkan **surat keterangan konseling**.

Berikut bagan persyaratan bagi pasien untuk mendapatkan tindakan aborsi.

Gambar 1. Persyaratan Mendapatkan Tindakan Aborsi



Hal yang harus sangat diperhatikan dalam proses ini adalah durasi proses, karena akan berpengaruh pada penambahan usia kandungan perempuan, hal ini sangat menentukan boleh tidaknya Tindakan aborsi dilakukan, sehingga dengan sendirinya mempengaruhi pemenuhan hak perempuan untuk mendapatkan layanan.

2.1.4. Analisis Kebijakan Aborsi dalam Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar

Pada tahun 2014, Kementerian Kesehatan mengeluarkan pedoman penyelenggaraan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu di tingkat pelayanan kesehatan dasar (Kementerian Kesehatan, 2015). Pedoman ini bertujuan untuk mencapai akses universal kesehatan reproduksi secara terpadu, termasuk layanan aborsi. Layanan yang disediakan di tingkat pelayanan kesehatan dasar adalah **penanganan pasca keguguran** yang dilaksanakan di puskesmas yang memiliki Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan rumah sakit yang memiliki Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Pelayanan ini bertujuan untuk mencegah komplikasi infeksi dan perdarahan yang mengancam nyawa ibu. Setelah itu, pasien akan diberikan layanan KB pasca keguguran untuk mencegah kehamilan.

Tidak disebutkan poli khusus untuk memberikan pelayanan pasca aborsi, termasuk dalam alur pelayanan, namun pelayanan tersebut saling terhubung dengan pelayanan lainnya bergantung kebutuhan pasien. Untuk menutupi kekurangan ini, sebaiknya dibuat panduan khusus untuk pelayanan aborsi agar tidak ada kebingungan di fasilitas layanan kesehatan. Pasien juga bisa mendapatkan informasi yang lengkap dan mengetahui layanan yang akan didapatkan.

2.2. Analisis Keterlibatan *Stakeholder* dalam Pengaturan Kebijakan Aborsi di Indonesia

Secara umum, pembagian tugas dan tanggung jawab di antara pemerintah dan pemerintah daerah tidak tertulis secara spesifik dalam peraturan perundang-undangan. Tanggung jawab pemerintah pusat yang berbeda adalah pembuatan kebijakan mengenai kesehatan reproduksi pada level nasional dan provinsi. Namun, isu kesehatan reproduksi masih cukup luas sehingga seharusnya terdapat satu kebijakan nasional yang berisi rencana tahunan atau lima tahunan pada isu aborsi.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan secara bersama-sama, termasuk juga:⁶⁵

- penyediaan sarana pelayanan kesehatan, obat dan alat kesehatan
- membina system rujukan, informasi dan surveilans
- penyediaan tenaga kesehatan
- stock obat dan alat kesehatan
- pendanaan
- audit maternal perinatal (penyebab kematian ibu dan bayi)

Pada isu penyelenggaraan pelatihan, stakeholder yang terlibat:⁶⁶

- pemerintah pusat atau kementerian kesehatan
- pemerintah daerah
- kepala dinas kab/kota
- organisasi profesi
- dokter

Pada isu fasilitas pelayanan kesehatan, stakeholder yang terlibat:⁶⁷

- Menteri kesehatan
- Kepala dinas provinsi
- Kepala dinas kab/kota

⁶⁵ Pasal 178-188 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; Pasal 48-50 Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

⁶⁶ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan

⁶⁷ Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan.

- Puskesmas
- Klinik pratama
- Klinik utama
- Rumah sakit
- Dokter

Syarat aborsi, stakeholder yang terlibat:

- Tim kelayakan aborsi
- Dokter
- Kepala dinas kab/kota
- Konselor
- Penyidik

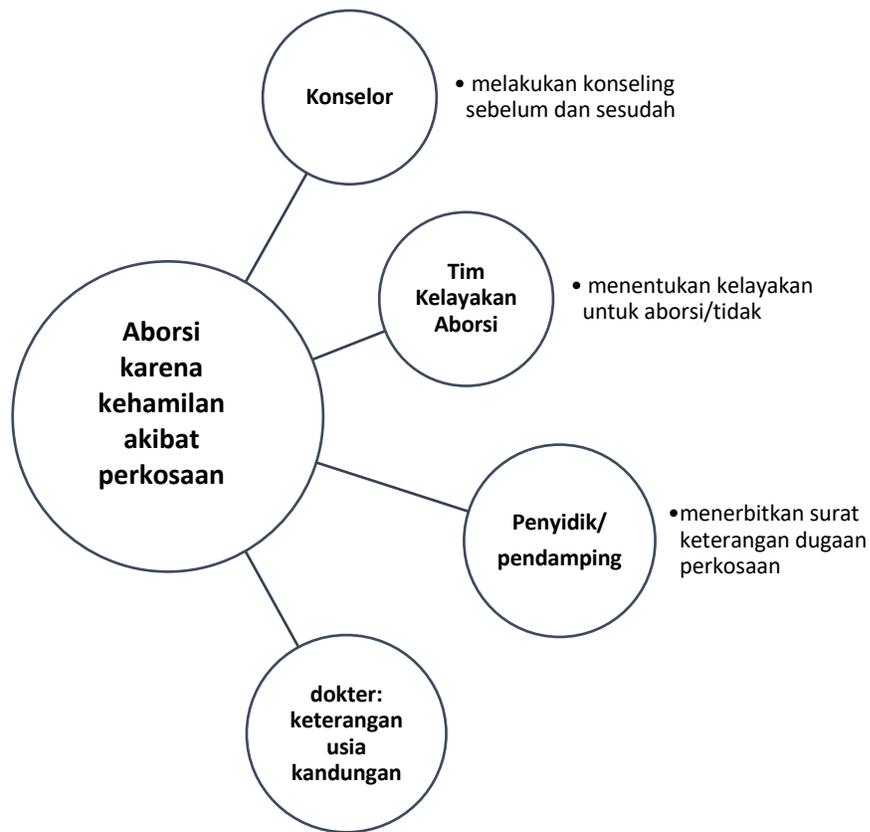
Berikut gambaran alur keterlibatan *stakeholders* dengan tanggung jawabnya masing-masing untuk penyelenggaraan aborsi aman di Indonesia:

Gambar 2. Alur Keterlibatan Pemangku Kepentingan serta Kewenangan



Sedangkan untuk *stakeholders* pada saat dilakukannya aborsi aman yang terlibat beserta tanggung jawabnya sebagai berikut:

Gambar 3. Keterlibatan Stakeholders dalam Manajemen Pemberian Aborsi Aman



2.3. Identifikasi Hambatan Pelaksanaan Penyelenggaraan Kebijakan Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab di Indonesia

Untuk mengetahui perkembangan implemementasi kebijakan aborsi aman dari para *stake holders* yang terlibat, kami melakukan wawancara mendalam pada masing-masing *stakeholders*.

Subbab ini akan membahas perkembangan penyelenggaraan kebijakan aborsi aman di Indonesia serta hambatan pelaksanaan aborsi berdasarkan wawancara tersebut serta dokumen-dokumen yang didapat dari wawancara.

2.3.1. Perkembangan Implementasi Kebijakan Aborsi Aman

Mengingat UU Kesehatan telah mengatur penyelenggaraan aborsi aman sejak tahun 2009, perkembangan pelaksanaan pengaturan mengenai aborsi aman berjalan lambat. Peraturan Pemerintah tentang Kesehatan Reproduksi dibuat tahun 2014, sedangkan peraturan mengenai pelatihan bagi tenaga kesehatan baru disahkan pada tahun 2016. Namun, berdasarkan informasi dari organisasi profesi, terdapat perkembangan yang cukup signifikan dalam waktu satu tahun terakhir.

Pada November 2020 lalu, berbagai organisasi profesi di bidang kesehatan, diketuai oleh POGI, telah menyerahkan naskah akademik (NA)⁶⁸ ke Kementerian Kesehatan untuk memperbaharui NA pelaksanaan aborsi tahun 2011. Berdasarkan keterangan dari Ketua HOGSI yang mewakili POGI, naskah ini dibuat karena adanya perkembangan teknologi pada metode aborsi. Namun, pada penelurusan rumusan naskah, belum ditemukan pembahasan tentang perkembangan metode yang dimaksud. Menurut HOGSI, organisasi profesi yang dilibatkan semakin banyak dalam penyusunan NA. Mereka juga berharap agar NA digunakan sebagai panduan bagi pemerintah dalam menyelenggarakan aborsi aman dan dimuat dalam peraturan turunan UU Kesehatan.⁶⁹

Terdapat catatan mendasar dari NA yang dijelaskan oleh informan. Penyelenggaraan aborsi aman direkomendasikan untuk dilakukan dengan mekanisme baru yang dapat dikatakan tidak sejalan dengan ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 3 tahun 2016, perbedaan tersebut antara lain:

1. Pengertian aborsi yang dirujuk bukan yang telah dirumuskan dalam Permenkes 3/2016, melainkan pengertian berdasarkan KBBI yaitu pengguguran kandungan. Namun, dalam NA tersebut juga dirujuk kutipan dari *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (FIGO, 2009), yang menyatakan pengguguran kandungan adalah *tindakan mengakhiri kehamilan menggunakan obat atau tindakan bedah setelah implantasi dan sebelum janin viable (kurang dari 22 minggu)*. **Terdapat batas usia mengenai viability kandungan yaitu dibawah 22 minggu.**⁷⁰
2. NA ini membedakan indikasi kedaruratan medis menjadi indikasi kedaruratan medis absolut dan indikasi kedaruratan medis lain, yang menyertakan syarat baru. Indikasi kedaruratan medis absolut hanya dapat didasarkan keputusan bersama dari himpunan ahli terkait yang dapat langsung dijadikan rujukan untuk pengambilan keputusan oleh seorang dokter yang berwenang. Sedangkan indikasi kedaruratan medis lain ditentukan tim yang diketuai oleh seorang dokter spesialis yang mempunyai keahlian terkait dengan

⁶⁸ Dokumen yang dimaksud adalah *Draft* Naskah Akademik Indikasi Kedaruratan Medis dan Perkosaan untuk Pengecualian Larangan Aborsi, November 2020, didapatkan peneliti secara terpisah dari wawancara

⁶⁹ Hasil wawancara dengan Ketua HOGSI tanggal 14 Desember 2020

⁷⁰ *Draft* Naskah Akademik Indikasi Kedaruratan Medis dan Perkosaan untuk Pengecualian Larangan Aborsi, November 2020, hal. iii, Resume

kondisi yang diderita ibu dan/atau janin.⁷¹ **Pengaturan ini bertentangan dengan PP 61/2014 dan Permenkes 3/2016** yang menyatakan keputusan aborsi dikeluarkan oleh tim kelayakan aborsi yaitu 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang diketuai oleh dokter yang memiliki kompetensi dan kewenangan dan tidak harus dokter spesialis

3. NA ini juga mengenal “indikasi lain (non medis)” yang tidak ditemukan dalam UU Kesehatan, dengan menyatakan *Indikasi lain (non medis) ini tampaknya harus merupakan kesepakatan bersama antara pakar-pakar dalam berbagai bidang seperti: bidang hukum, sosial, agama, psikologi dan pemerintahan*. Tidak terdapat penjelasan lebih lanjut mengenai ini, namun hal ini menunjukkan semakin banyak pihak terlibat dalam pengambilan keputusan atas tubuh perempuan. Terlebih lagi pertimbangan yang digunakan adalah pertimbangan non-medis. Dalam publikasinya, WHO menekankan pada panduan tindakan medis dan manajemen kesehatan penyelenggaraan aborsi (World Health Organization, 2012) (World Health Organization, 2018) (World Health Organization, 2014) (World Health Organization, 2015).
4. Dalam NA ini menyatakan tindakan aborsi **hanya dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi**, sedangkan dalam Permenkes 3/2016 dapat dilakukan oleh dokter.
5. Dalam NA ini dibatasi, fasilitas kesehatan yang dapat memberikan layanan aborsi aman hanya fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKTRL) atau rumah sakit ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan. **Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan puskesmas/klinik dilarang untuk melakukan tindakan aborsi, padahal dalam Permenkes 3/2016 menyatakan fasilitas pemberi layanan aborsi aman dapat berupa: puskesmas; klinik pratama; klinik utama atau yang setara; dan rumah sakit.**⁷²
6. NA menjelaskan tentang **perempuan yang berumur kurang dari 16 tahun memerlukan pendampingan saat konseling dan persetujuan untuk tindakan aborsi dari minimal salah satu orangtuanya atau wali yang sah secara hukum**, hal ini tidak dimuat dalam aturan UU Kesehatan, PP Kesehatan Reproduksi dan Permenkes 3/2016.
7. Catatan yang paling mendasar, NA menyatakan **kehamilan akibat perkosaan** tidak dapat diuraikan dalam bahasan NA karena istilah **perkosaan bukan merupakan istilah medis tetapi merupakan istilah hukum sehingga harus diuraikan dalam suatu naskah akademik tersendiri dari bidang hukum**. Yang akan diuraikan adalah batasan **kehamilan** dari sisi medis.
8. Terkait dengan korban perkosaan, NA ini menjelaskan yang dapat dilakukan pihak dokter hanya: membuktikan adanya tanda-tanda persetubuhan, membuktikan adanya tanda-tanda kekerasan, membuktikan adanya kehamilan dan menentukan usia kehamilan dan pembuatan visum et repertum. NA menjelaskan korban perkosaan yang ingin melakukan aborsi dibatasi hanya korban dengan trauma psikologis dengan/tanpa gangguan depresi derajat berat serta gangguan kejiwaan lain yang diagnosisnya dilakukan oleh dokter spesialis kesehatan jiwa atau psikiater. NA merekomendasikan pelaksanaan tindakan aborsi pada kasus perkosaan sebaiknya dilakukan di fasilitas pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum sebagaimana tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Pasal 13 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan

Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan karena dalam hal ini dibutuhkan seorang dokter spesialis forensik dan medikolegal khususnya dalam koordinasi dengan pihak penyidik yang akan menerbitkan surat keterangan.

Poin-poin pada NA tersebut di atas akan dianalisis lebih lanjut pada bagian selanjutnya.

Kebijakan aborsi aman merupakan bagian kebijakan Kesehatan reproduksi untuk mengurangi angka kematian ibu akibat praktek berbahaya yang menyebabkan kematian perempuan yang mengakses layanan aborsi tidak aman. WHO menyatakan setiap tahunnya, 4-13,2% angka kematian ibu dapat disebabkan oleh aborsi tidak aman. Pada negara berkembang, termasuk Indonesia, terestimasi bahwa 220 perempuan meninggal dunia setiap terjadinya 100.000 aborsi tidak aman.⁷³

Terkait dengan harmonisasi Hukum: seharusnya Perpres ini dijadikan acuan pemerintah untuk membuat kebijakan aborsi aman untuk mengurangi AKI sesuai dengan amanat Perpres tentang SDGs ini. Dan juga menghilangkan potensi kriminalisasi terhadap perempuan dan penyedia layanan sebagaimana ketentuan yang ada di RKUHP

Selain itu, Kebijakan aborsi aman merupakan bagian dari target SDGs 2030 yaitu “Target 3: Memastikan hidup sehat dan mempromosikan kesejahteraan untuk semua orang di segala usia” dan “Target 5: Mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan” dengan rincian sebagai berikut: (Ipas, 2015)

- Target 3.1: Tahun 2030, secara global mengurangi ratio kematian ibu menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.
- Target 3.7: Tahun 2030, memastikan akses universal ke layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk untuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, dan integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional.
- Target 5.6: Menjamin akses universal terhadap kesehatan seksual dan reproduksi dan hak-hak reproduksi sebagaimana disepakati sesuai dengan Program of Action of the International Conference on Population and Development dan the Beijing Platform for Action dan dokumen hasil review konferensi.
- Target 5.C: Mengadopsi dan memperkuat kebijakan legislasi untuk mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan semua perempuan dan anak perempuan di semua level.

Pada awal tahun 2021, pemerintah Indonesia melalui Kementerian PPN/Bappenas telah menandatangani Rencana Aksi Program Kerja Sama (CPAP) 2021-2025 bekerja sama dengan UNFPA. Tujuan utama program CPAP 2021-2025 adalah: 1) penurunan angka kematian ibu; 2) penyelenggaraan kesehatan ibu dan keluarga berencana yang terintegrasi; 3) peningkatan potensi anak muda dan kespro remaja; 4) penurunan kekerasan dan praktik-praktik berbahaya terhadap perempuan dan anak; serta 5) data kependudukan yang terintegrasi. Program ini

⁷³ WHO, *Facts Sheet Abortion*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

sejalan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024⁷⁴ dengan visi Three Zeroes yang merupakan bagian dari target SDGs tahun 2030 (Kementerian PPN/Bappenas, 2021).

Walaupun tidak secara eksplisit disebutkan, target-target tersebut merupakan bagian yang tidak terpisahkan dan turut berkontribusi dalam pemberian akses layanan kesehatan seksual dan reproduksi bagi perempuan, termasuk layanan aborsi aman. Misalnya, dengan pemberian informasi yang baik mengenai keluarga berencana, kehamilan yang tidak diinginkan dapat dihindari (Meuwissen, Gorter, & Knottnerus, 2006).

Kebijakan aborsi aman dapat dikawal dengan melihat peluang percepatan pemberian layanan aborsi aman bagi perempuan pada RPJMN. Saat ini salah satu program prioritas pemerintah pada RPJMN adalah percepatan penurunan kematian ibu, dengan target 183 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2024.⁷⁵ Data WHO menunjukkan sebanyak 4,7% - 13,2% kematian ibu dapat dikaitkan dengan praktik aborsi yang tidak aman (World Health Organization, 2020). Peluang ini dapat digunakan untuk mendorong pemerintah untuk berupaya menghentikan praktik aborsi tidak aman dan menyediakan layanan aborsi aman sesuai dengan UU Kesehatan.

2.3.1.1. Pelatihan untuk Sertifikasi Dokter Penyelenggara Aborsi Aman

Sesuai dengan amanat kebijakan aborsi aman dijelaskan bahwa langkah awal dokter dapat melakukan aborsi aman adalah dengan mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan. Berdasarkan keterangan informan, secara implisit, pelatihan aborsi atas indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan, seperti yang diatur pada Permenkes 3/2016 belum dilaksanakan. Tidak terdapat keterangan jelas apakah terdapat daftar dokter yang telah mendapatkan pelatihan, seperti yang diatur dalam permenkes tersebut. Pelatihan yang spesifik merujuk pada tindakan aborsi aman, sesuai dengan amanat UU, PP dan Permenkes, belum pernah dilakukan.⁷⁶

Pelatihan pelaksanaan aborsi aman untuk tenaga kesehatan pernah dilakukan oleh badan pelatihan dari POGI, namun terbatas pada pelatihan asuhan pasca keguguran untuk mencegah infeksi pada pasien. Ketika itu pelatihan ini mendapatkan protes dari masyarakat karena nama pelatihan adalah “pelatihan asuhan pasca aborsi”. Sekelompok orang berunjuk rasa di depan tempat pelatihan dan sempat menghalangi informan masuk untuk memberikan materi. Rencananya pelatihan ini akan diganti namanya menjadi menjadi “pelatihan asuhan pasca keguguran”.⁷⁷

⁷⁴ Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024

⁷⁵ Proyek Prioritas Strategis, Lampiran Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024

⁷⁶ Hasil wawancara dengan Ketua HOGSI tanggal 14 Desember 2020

⁷⁷ *ibid.*

Layanan asuhan pasca keguguran tersedia di fasilitas layanan kesehatan dasar dan lanjutan.⁷⁸ Menurut informan, dibutuhkan pelatihan lanjutan bagi tenaga kesehatan karena adanya perkembangan teknologi pada metode aborsi. Metode aborsi saat ini, salah satunya adalah, kuratase tajam yang memang merupakan kompetensi dari dokter spesialis obstetri dan ginekologi.⁷⁹ Metode aborsi yang direkomendasikan adalah manual atau electric vacuum aspirator, dilatasi dan evakuasi, atau manajemen medis, baik menggunakan kombinasi rejimen ataupun hanya misoprostol (World Health Organization, 2018).

Pelatihan mengenai aborsi aman pada tenaga kesehatan berdasarkan keterangan informan dari PKBI Jawa Tengah juga sudah diselenggarakan oleh PKBI, namun pelatihan ini bukan pelatihan resmi yang bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan. PKBI melakukan upaya pendekatan kepada Kementerian Kesehatan untuk menyelaraskan pelatihan PKBI dengan penyelenggaraan kebijakan dari pemerintah, namun tidak mendapatkan respon.⁸⁰

WHO belum secara spesifik mengeluarkan modul pelatihan pemberian aborsi aman oleh tenaga kesehatan meskipun telah mendefinisikan tenaga kesehatan (World Health Organization, 2015). Praktik pemberian layanan aborsi pada tiap tahapan juga sudah tersedia yang dapat dijadikan rujukan oleh tenaga kesehatan (World Health Organization, 2014).

2.3.1.2. Tenaga Kesehatan yang Dapat Menyelenggarakan Aborsi Aman

Dalam Permenkes 3/2016, aborsi aman dilakukan oleh dokter yang ditetapkan oleh kepala dinas setempat dan telah mengikuti pelatihan pelaksanaan aborsi aman. Dokter yang telah mengikuti pelatihan dapat juga menjadi anggota tim kelayakan aborsi.

Saat ini, tidak tersedia informasi daftar dokter yang sudah tersertifikasi tersebut, karena belum ada pelatihan yang komprehensif dan tim kelayakan aborsi. Namun pada praktiknya aborsi oleh tim kesehatan selama ini pernah dijalankan, dengan praktik keputusan untuk melakukan aborsi aman dilakukan oleh komite etik di rumah sakit. Data kasus aborsi yang diputuskan oleh komite etik merupakan data rahasia yang menjadi bagian dari tanggung jawab profesi kedokteran sehingga tidak bisa diakses. Meskipun tidak ada tenaga kesehatan resmi yang ditetapkan pemerintah, praktik aborsi aman telah dijalankan oleh beberapa lembaga dan individu yang memiliki latar belakang medis.⁸¹

Dalam naskah akademik yang dirancang oleh organisasi profesi pada November 2020, organisasi profesi merekomendasikan tindakan aborsi dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Sedangkan pada kasus korban perkosaan, dibutuhkan seorang dokter spesialis forensik dan medikolegal untuk berkoordinasi dengan penyidik dan menerbitkan surat keterangan.

⁷⁸ Kementerian Kesehatan, 2015, *op. cit.*

⁷⁹ Hasil wawancara dengan Ketua HOGSI tanggal 14 Desember 2020

⁸⁰ Hasil wawancara dengan perwakilan PKBI Jawa Tengah tanggal 24 Desember 2020

⁸¹ Hasil wawancara dengan Ketua HOGSI tanggal 14 Desember 2020

Pada panduan *Aborsi aman: pedoman teknis dan kebijakan untuk sistem kesehatan* yang dikeluarkan oleh WHO, perawatan aborsi dapat diberikan oleh tenaga medis terlatih, termasuk tenaga non-medis yang sudah mendapatkan pelatihan dasar terkait kesehatan reproduksi (World Health Organization, 2012). Panduan ini dilengkapi tahun 2015 dengan merincikan peran dari masing-masing tenaga kesehatan serta kondisi medis pasien (World Health Organization, 2015). Salah satu contohnya terlihat pada tabel di bawah ini untuk perawatan aborsi dan pasca aborsi pada trimester pertama:

Tabel 1. Tugas dan Tanggung Jawab Petugas Kesehatan dalam Tindakan Aborsi Aman di Trimester Pertama (World Health Organization, 2015)

	Lay health workers	Pharmacy workers	Pharmacists	Doctors of complementary systems of medicine	Auxiliary nurses/ ANMs	Nurses	Midwives	Associate/ advanced associate clinicians	Non-specialist doctors	Specialist doctors
Vacuum aspiration for induced abortion										
Vacuum aspiration for management of uncomplicated incomplete abortion/ miscarriage										
Medical abortion in the first trimester	Recommendation for subtasks (see below)		Recommendation for subtasks (see below)							
Management of uncomplicated incomplete abortion/ miscarriage with misoprostol										

* considered within typical scope of practice; evidence not assessed.
 ** considered outside of typical scope of practice; evidence not assessed.

Recommendation category	Symbol	Explanation
Recommended		The benefits of implementing this option outweigh the possible harms. This option can be implemented, including at scale.
Recommended in specific circumstances		The benefits of implementing this option outweigh the possible harms in specific circumstances. The specific circumstances are outlined for each recommendation. This option can be implemented under these specific circumstances.
Recommended in the context of rigorous research		There are important uncertainties about this option (related to benefits, harms, acceptability and feasibility) and appropriate, well designed and rigorous research is needed to address these uncertainties.
Recommended against		This option should not be implemented.

Pada tabel tersebut terlihat berbagai jenis petugas kesehatan yaitu, di antaranya, petugas farmasi, dokter umum, dokter spesialis, bidan, perawat, dan seterusnya. Sayangnya saat ini di Indonesia belum terdapat panduan seperti ini. Dalam NA bulan November 2020 pun untuk menunjukkan landasan sosiologis suatu NA, belum terdapat perincian pembagian tugas di antara petugas kesehatan.

2.3.1.3. Alat Kesehatan dan Obat untuk Penyelenggaraan Aborsi Aman

Menurut WHO, terdapat dua jenis metode aborsi yang aman yaitu metode medis, yang terkadang disebut dengan istilah aborsi non-bedah atau aborsi dengan obat-obatan, dan metode bedah yaitu penggunaan prosedur transservikal untuk mengakhiri kehamilan. Pada metode medis, pasien diberikan mifepristone dan/atau misoprostol yang dapat dikonsumsi secara oral, vaginal, sublingual dan buccal. Sedangkan pada metode bedah dapat menggunakan vacuum aspiration, baik manual ataupun elektrik, dilatation and evacuation (D&E) (World Health Organization, 2018).

Menurut keterangan informan dari HOGSI, manual vacuum aspirator (MVA) belum tersedia di Indonesia. Pengadaan alat tidak akan bermasalah jika mekanisme penganggaran jelas.⁸² Alat kesehatan tersebut juga harus tercantum di e-catalogue Kementerian Kesehatan agar dapat dibeli menggunakan tender dan dibagikan ke rumah sakit pemerintah.⁸³ Karena MVA belum tersedia, aborsi aman masih menggunakan metode kuretase tajam.⁸⁴ Menurut informan metode ini tidak direkomendasikan oleh WHO, namun berdasarkan penelusuran tidak ditemukan

⁸² *ibid.*

⁸³ Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah dan Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah Nomor 11 Tahun 2018 tentang Katalog Elektronik

⁸⁴ Hasil wawancara dengan Ketua HOGSI tanggal 14 Desember 2020

pernyataan mengenai hal ini. Metode D&E yang direkomendasikan oleh WHO mirip dengan kuretase atau dilation and curettage (D&C) (Yancey & Scioscia, Jr., 2021) (Stanford, 2017).

Obat yang digunakan untuk melakukan aborsi adalah misoprostol yang terdaftar di Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) sebagai obat maag atau gastritis.⁸⁵ Jika misoprostol ingin didaftarkan dengan indikasi berbeda yaitu sebagai obat penggugur kandungan maka, menurut informan, penelitian atas obat tersebut harus diulang dengan biaya yang tidak sedikit.⁸⁶ Menurut informan hingga saat ini proses penganggaran bermasalah sehingga belum dimungkinkan untuk mendaftarkan misoprostol dengan indikasi baru.⁸⁷

2.3.1.4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penyelenggara Layanan Aborsi Aman

Penyelenggaraan aborsi dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.⁸⁸ Berdasarkan penelusuran di situs Kementerian Kesehatan, hingga saat ini belum tersedia informasi mengenai daftar fasilitas kesehatan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dan menjadi rujukan pelaksanaan aborsi aman. Salah satu informan dari SPEK-HAM Surakarta, Jawa Tengah menyatakan pernah mendapat informasi bahwa RSUD Provinsi Jawa Tengah ditunjuk menjadi RS rujukan, namun informasi ini tidak terkonfirmasi, layanan aborsi aman tetap tidak tersedia.⁸⁹ Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) telah tiga kali bersurat kepada Kementerian Kesehatan agar ditetapkan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan layanan aborsi aman, namun, tidak ditanggapi oleh Kementerian Kesehatan.⁹⁰

Penetapan fasilitas pelayanan kesehatan diputuskan oleh Menteri Kesehatan dan dapat didelegasikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.⁹¹ Persyaratan umum agar fasilitas layanan kesehatan dapat ditetapkan juga sudah diatur dalam Permenkes 3/2016.⁹² Sayangnya kami tidak mendapatkan informasi yang utuh mengenai ini, terutama karena tidak berkesempatan mewawancarai Kementerian Kesehatan.

⁸⁵ *ibid.*

⁸⁶ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1010/MENKES/PER/XI/2008 tentang Registrasi Obat dan Peraturan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 24 Tahun 2017 tentang Kriteria dan Tata Laksana Registrasi Obat

⁸⁷ Hasil wawancara dengan Ketua HOGSI tanggal 14 Desember 2020

⁸⁸ Pasal 13 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan

⁸⁹ Hasil wawancara dengan Direktur SPEK-HAM Jawa Tengah tanggal 23 Desember 2020

⁹⁰ Hasil wawancara dengan perwakilan PKBI pada FGD tanggal 23 Desember 2020

⁹¹ Pasal 13-14 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan

⁹² Pasal 13 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan

Dalam naskah akademik tahun 2020, organisasi profesi tidak merekomendasikan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) untuk melakukan tindakan aborsi. FKTP berfungsi sebagai penapisan kasus aborsi dan merujuk pasien ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) agar dapat dilakukan terminasi.⁹³ Hal ini sejalan dengan Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar yang hanya dapat memberikan tindakan pasca keguguran.⁹⁴ Seharusnya dibuat pedoman lebih rinci, selain peran dan tanggung jawab tenaga kesehatan, mengenai alur rujukan dan layanan apa saja yang tersedia terutama di fasilitas penyedia layanan kesehatan milik pemerintah. Informasi ini akan memudahkan perempuan ketika ingin mengakses layanan.

2.3.1.5. Penentuan Indikasi Kedaruratan Medis dan Dugaan Perkosaan

Dalam NA tahun 2020, indikasi-indikasi medis pada ibu dan janin yang dapat dikategorikan sebagai kedaruratan medis juga telah diperbaharui berdasarkan masukan dari organisasi-organisasi profesi kesehatan lainnya. Naskah akademik membagi indikasi kedaruratan medis menjadi dua yaitu: 1) indikasi kedaruratan medis absolut;⁹⁵ dan 2) indikasi kedaruratan medis lain yaitu indikasi medis di luar dari indikasi medis absolut.⁹⁶

Sedangkan terhadap kasus kehamilan akibat perkosaan, NA yang disusun oleh organisasi profesi kesehatan menegaskan bahwa perkosaan bukan lah ranah medis, selain menyediakan hasil visum, namun merupakan ranah hukum. Dalam NA disebutkan “secara psikologis dari tinjauan psikiatri, tidak ada indikasi aborsi selain indikasi medis yang memang mengancam jiwa pasien.” Lebih lanjut dituliskan dalam naskah akademik, “tindakan aborsi dapat dipertimbangkan pada kasus perempuan yang hamil akibat perkosaan dengan trauma psikologis berupa gangguan depresi atau gangguan penyesuaian dengan efek depresi berat, apalagi dengan adanya ide bunuh diri yang persisten.”

Khususnya pada perkosaan yang terjadi pada anak, dalam NA disebutkan bahwa terdapat pertimbangan khusus sebelum memutuskan untuk melakukan terminasi. Anak perempuan juga dianggap tidak dapat memberikan persetujuan sehingga semua tindakan harus melibatkan orang tua atau wali dan mendapatkan persetujuan dari mereka. Perkembangan lainnya untuk dikaji dapat diperoleh dari keterangan Kepala Unit PPA Bareskrim Mabes Polri. Menurut keterangan informan, hingga Desember 2020, berdasarkan hasil koordinasi dengan unit PPA tingkat Polda/provinsi seluruh Indonesia, belum pernah ditemukan kasus korban perkosaan yang hamil

⁹³ Draf Naskah Akademik Indikasi Kedaruratan Medis dan Perkosaan untuk Pengecualian Larangan Aborsi, November 2020, hal. 14

⁹⁴ Kementerian Kesehatan, 2015, *op. cit.*, hal. 21-22

⁹⁵ Indikasi kedaruratan medis absolut yaitu bila terdapat kondisi medis yang mengancam nyawa ibu dan janin atau janin menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut untuk dapat hidup di luar kandungan

⁹⁶ Indikasi kedaruratan medis lain merupakan indikasi medis di luar dari indikasi medis absolut yang dicantumkan dalam naskah akademik. Penentuan indikasi ini harus diputuskan oleh tim yang diketuai oleh seorang dokter spesialis yang mempunyai keahlian terkait dengan kondisi yang diderita ibu dan/atau janin

dan membutuhkan layanan aborsi. Kasus-kasus yang ditangani dengan korban hamil biasanya baru dilaporkan ketika usia kehamilan sudah melewati 6 minggu/40 hari.⁹⁷

Saat ini belum ada standar khusus yang dimiliki oleh kepolisian menangani korban perkosaan, termasuk dengan resiko adanya kehamilan, yang tersedia hanya pengaturan tentang adanya ruang pelayanan khusus. Pelayanan kontrasepsi darurat yang diatur sesuai dengan Pasal 24 ayat (1) PP 61/2014 juga belum pernah dilaksanakan. Kewenangan penyidik untuk menerbitkan surat keterangan dugaan perkosaan juga belum tersedia aturan turunannya dan belum pernah dilakukan.⁹⁸

Tidak terdapat data dan riset mengenai pemberian keterangan oleh penyidik untuk korban perkosaan yang ingin melakukan aborsi, namun kasus-kasus yang muncul di media menunjukkan masih banyak korban perkosaan dipenjaran karena melakukan aborsi. WA, anak korban perkosaan oleh abang sendiri, sempat dijatuhi hukuman penjara selama enam bulan oleh Pengadilan Negeri Muara Bulian, Provinsi Jambi.⁹⁹ Korban lainnya adalah Venus, yang diperkosa oleh pacarnya sendiri dan tidak mengetahui bahwa pil yang diberikan pacarnya adalah pil penggugur kandungan. Venus dijatuhi dengan pidana dua tahun penjara.¹⁰⁰ Kasus-kasus tersebut hanya puncak gunung es dari kasus lainnya yang tidak dilaporkan atau tidak pernah mempertimbangkan tindak pidana perkosaan.

2.3.1.6. Data Kasus Kehamilan Dengan Kedaruratan Medis Dan Kehamilan Akibat Perkosaan

Menurut informan perwakilan HOGSI, aborsi karena kedaruratan medis pada ibu dan janin sudah dilakukan di rumah sakit. Namun, data kasus tidak tersedia karena, merupakan data rahasia yang tidak dapat disebar. ¹⁰¹ Sedangkan pada kasus korban perkosaan yang hamil, menurut Bareskrim Polri, belum ditemukan kasus perkosaan yang mengakibatkan kehamilan yang dirujuk oleh kepolisian untuk mendapatkan aborsi aman.¹⁰²

Informan mengatakan bahwa kepolisian pernah menangani kasus aborsi ilegal yang ternyata diketahui kemudian bahwa korban adalah korban perkosaan. Menurut informan, mereka mau tidak mau harus tetap menuntut pidana terhadap korban tersebut. Penanganan kasus aborsi ilegal, di beberapa polda di Indonesia, ditangani oleh unit khusus yaitu unit aborsi. Unit ini berbeda dengan unit perlindungan perempuan dan anak.¹⁰³

⁹⁷ Hasil wawancara dengan Kepala Unit PPA Bareskrim Mabes Polri tanggal 14 Desember 2020

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ Davies Surya, *Dibebaskan, anak 15 tahun di Jambi yang gugurkan bayi hasil perkosaan oleh abangnya*, <https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-45324342>, BBC, 2018, diakses pada 22 Juli 2021

¹⁰⁰ Aditya Widya Putri, *Aborsi Masih Tabu, Hukum Indonesia Membatasinya secara Ketat*, <https://tirto.id/aborsi-masih-tabu-hukum-indonesia-membatasinya-secara-ketat-dhMS>, Tirto.id, 2019, diakses pada 22 Juli 2021

¹⁰¹ Hasil wawancara dengan Ketua HOGSI tanggal 14 Desember 2020

¹⁰² Hasil wawancara dengan Ketua Unit PPA Bareskrim Polri tanggal 14 Desember 2020

¹⁰³ *Ibid.*

Sedangkan menurut Direktur SPEK-HAM, seringkali korban perkosaan baru melaporkan kasusnya ke lembaga pendamping setelah usia kandungan sudah lebih dari lima bulan. Beberapa korban telah mengupayakan melakukan tindakan aborsi tidak aman, namun, mayoritas tidak berhasil dan kehamilannya tetap lanjut.¹⁰⁴

Menurut PKBI, mayoritas perempuan yang ingin menghentikan kehamilan merupakan pasangan suami istri yang tidak menginginkan kehamilan karena faktor ekonomi atau jarak anak yang terlalu dekat. Kasus-kasus kehamilan dengan adanya faktor kekerasan terhadap perempuan juga umum terjadi dan dilaporkan ke PKBI.¹⁰⁵

Pada tahun 2018, PKBI bekerja sama dengan SPEK-HAM serta P2TP2A dan UPPA Kepolisian mendampingi kasus perempuan yang diperkosa oleh majikannya dan hamil. Korban ketika itu mengalami depresi berat dan ingin melakukan aborsi. Namun, kasus sudah diproses oleh kepolisian dan sedang ditangani di Kejaksaan. Jika korban mendapatkan layanan aborsi aman, pendamping memiliki kekhawatiran aparat penegak hukum akan bertanya-tanya, dan korban serta pendamping korban dapat terancam pidana. Atas situasi ini, tindakan aborsi akhirnya tidak diberikan kepada korban.¹⁰⁶

Kasus-kasus yang disampaikan oleh pendamping merupakan sebagian kecil dari kasus kehamilan akibat perkosaan yang tidak pernah dilaporkan. Survei tahun 2016 terhadap 25.213 responden yang dilakukan oleh Lentera Sintas Indonesia menunjukkan sebanyak 6,5% atau 1.636 orang mengatakan menjadi korban pemerkosaan. 93% di antaranya mengatakan tidak pernah melaporkan kasus perkosaan yang mereka terima dengan alasan utama takut disalahkan (Survei: 93 Persen Kasus Pemerkosaan di Indonesia Tidak Dilaporkan, 2016). Survei yang dilakukan oleh IJRS dan INFID juga tidak jauh berbeda. Korban kekerasan seksual tidak mau melapor karena takut (33,5%), malu (29,0%), tidak tahu harus melapor ke mana (23,5%), atau merasa bersalah (18,5%) (IJRS, 2021).

2.3.1.7. Mekanisme Rujukan Korban Perkosaan Untuk Mendapatkan Layanan Aborsi Aman

Berdasarkan hasil wawancara terlihat bahwa koordinasi antara pemerintah, kepolisian dan lembaga pendamping dalam menangani kasus perkosaan sudah terbangun. Di kepolisian, misalnya, menurut informan UPPA harus melakukan asesmen kasus dan merujuk korban kepada P2TP2A atau lembaga pendampingan korban sesuai dengan hasil asesmen. Namun di kepolisian sendiri belum memiliki SOP resmi terkait mekanisme rujukan untuk korban kekerasan, termasuk penerbitan surat keterangan adanya dugaan aborsi, penilaian adanya dugaan perkosaan, serta alur rujukan dan koordinasi agar korban dapat mendapatkan layanan aborsi aman.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Hasil wawancara dengan Direktur SPEK-HAM Surakarta, Jawa Tengah, tanggal 23 Desember 2020

¹⁰⁵ Hasil wawancara dengan perwakilan PKBI pada FGD tanggal 23 Desember 2020

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ Hasil wawancara dengan Ketua Unit PPA Bareskrim Polri tanggal 14 Desember 2020

Penanganan korban perkosaan, menurut Bareskrim, harus diberikan dalam satu layanan yang komprehensif yang terdiri atas layanan kesehatan, hukum, psikologis, rumah aman, dan layanan lainnya agar tidak terjadi reviktimisasi. Layanan ini sedang dikembangkan di DKI Jakarta dan telah diuji coba di rumah sakit di Tarakan. Informan menyarankan agar para pihak terkait penyelenggaraan aborsi aman membuat SOP bersama sehingga wewenang dan tanggung jawab setiap *stakeholders* jelas. Informan juga menekankan pentingnya memastikan ketersediaan sarana dan prasarana agar korban dapat dirujuk dan mendapatkan pelayanan yang komprehensif.¹⁰⁸

Pada tahun 2011, Komnas Perempuan menginisiasi pembuatan MoU atau kesepakatan bersama dengan beberapa lembaga negara, salah satunya Kepolisian RI, mengenai Akses Keadilan bagi Perempuan Korban Kekerasan.¹⁰⁹ Dalam MoU tersebut Kepolisian bertugas dan bertanggung jawab untuk, di antaranya:¹¹⁰

1. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan tentang penanganan perempuan korban kekerasan bagi personil PPA;
2. Menyusun panduan/pedoman SOP tentang penanganan perempuan dan anak korban tindak kekerasan sesuai dengan fungsi dan tugasnya;
3. Membangun jejaring dalam upaya penanganan perempuan dan anak korban tindak kekerasan.

Pembuatan MoU didasarkan pada konsep Sistem Peradilan Pidana Terpadu Penanganan Korban Kekerasan Terhadap Perempuan (SPPT PKKTP) yaitu “sistem terpadu yang menunjukkan proses keterkaitan antar instansi/pihak yang berwenang menangani kasus kekerasan terhadap perempuan dan akses pelayanan yang mudah dan terjangkau bagi perempuan dalam setiap proses peradilan kasus kekerasan terhadap perempuan”.¹¹¹ Konsep ini juga bertujuan untuk meningkatkan koordinasi dan mekanisme rujukan layanan untuk korban kekerasan (MAMPU, 2020). Tampaknya MoU tersebut belum terlaksana sepenuhnya, khususnya mengenai SOP, seperti yang disebutkan oleh informan. Tidak terdapat juga kajian dan evaluasi yang dapat ditemukan pasca berakhirnya MoU (empat tahun setelah ditandatangani).

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ Kesepakatan Bersama Antara Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan, Mahkamah Agung RI, Kejaksaan RI, Kepolisian RI, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, Perhimpunan Advokat Indonesia, No: 147/KNAKTP/MoU/XI/2011

¹¹⁰ Pasal 6 ayat (4) Kesepakatan Bersama Antara Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan, Mahkamah Agung RI, Kejaksaan RI, Kepolisian RI, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, Perhimpunan Advokat Indonesia, No: 147/KNAKTP/MoU/XI/2011

¹¹¹ Pasal 1 angka 6 Kesepakatan Bersama Antara Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan, Mahkamah Agung RI, Kejaksaan RI, Kepolisian RI, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, Perhimpunan Advokat Indonesia, No: 147/KNAKTP/MoU/XI/2011

2.3.2. Analisis Hambatan Pelaksanaan Penyelenggaraan Kebijakan Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab di Indonesia

Berdasarkan keterangan informan dan analisis peraturan perundang-undangan pada subbab sebelumnya, terlihat adanya perkembangan wacana penyediaan layanan aborsi aman dengan semakin meningkatnya koordinasi dan kerja sama antar pemangku kepentingan. Naskah akademik disusun oleh organisasi profesi diisu kesehatan, komunikasi antar lembaga layanan swasta dan pemerintah juga sudah dilakukan. Perkembangan ini tidak terlepas dari beberapa hambatan pelaksanaan penyelenggaraan aborsi. Hambatan tersebut di antaranya adalah:

2.3.2.1. Disharmoni Pengaturan: UU Kesehatan Vs. KUHP dan UU Perlindungan Anak

Paradigma pemberian layanan aborsi aman adalah pengecualian atas larangan. Aborsi pada dasarnya dilarang dilakukan di Indonesia dan memberikan ancaman kepada para pihak yang terlibat dalam pemberian tindakan aborsi, khususnya kepada perempuan dan tenaga kesehatan.

Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan di tengah bayang-bayang kriminalisasi dan kesulitan memperoleh akses layanan memilih cara-cara tidak aman untuk menghentikan kehamilan. Penelitian oleh Sopiatus yang melakukan wawancara kepada 7 perempuan yang pernah melakukan aborsi memaparkan bahwa beberapa ibu tersebut sebelum mengakses layanan berusaha mengakhiri sendiri kehamilannya dengan berbagai cara misalnya dengan mengkonsumsi makanan tertentu, obat tanpa resep dokter dan melakukan kegiatan fisik tertentu.¹¹² 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.¹¹³

Perempuan korban perkosaan juga harus memilih untuk menghentikan atau melanjutkan kehamilan, kedua pilihan tersebut sama sulitnya.¹¹⁴ Terdapat potensi adanya keterpaksaan ketika korban perkosaan melanjutkan kehamilannya, hal ini dapat menimbulkan trauma yang lebih besar dan mendalam terhadap korban.¹¹⁵ Tenaga kesehatan, dalam kerangka hukum saat ini masih dibayangi oleh ketakutan, sehingga, hal ini dapat menyebabkan penolakan dari petugas kesehatan atau petugas lainnya untuk memberikan informasi, rujukan, maupun layanan mengenai aborsi aman. Hal ini menimbulkan kerugian berat kepada ibu atau perempuan yang

¹¹² Rita Sopiatus, *Proses Pengambilan Keputusan Tentang Aborsi Di Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (Pkbi) Propinsi Nusa Tenggara Barat (Ntb)*, dalam *Jurnal Kesehatan Prima* Vol. 5 No. 2, 2011, hal. 786, diakses melalui: <http://poltekkes-mataram.ac.id/wp-content/uploads/2015/08/4-778-790-Rita-Sopiatus-PROSES-PENGAMBILAN-KEPUTUSAN-TENTANG-ABORSI.pdf>

¹¹³ Lilis Lisnawati, Mirra Noor Milla, Dicky C. Pelupessy, *Urgensi Perubahan Kebijakan Aborsi di Indonesia* dalam *Deviance: Jurnal Kriminologi* Vol 3 No 1, 2019, hal. 24-36

¹¹⁴ Yenny Fitri. Z, *Problematika Pelaksanaan Aborsi Bagi Korban Perkosaan Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*, dalam *Jurnal Cendikia Hukum* Vol. 5, No. 1, 2019, hal. 162

¹¹⁵ Ayu Srihartini, *Legalisasi tindakan Aborsi Dalam Hal pemerkosaan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan Dan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014*, dalam *Lex Et Societatis* 8, No. 1, 2020, hal. 1-15

mengalami komplikasi medis, sehingga mereka tidak dapat mengakses aborsi aman, yang dapat berujung pada komplikasi berat dan kematian.¹¹⁶

UU Kesehatan sudah mengatur bahwa terdapat pengecualian larangan aborsi dalam Pasal 75 untuk indikasi kedaruratan medis dan untuk korban perkosaan, dalam Pasal 194 UU Kesehatan pun sudah diatur sebagai tindak pidana setiap orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah). Adanya ketentuan pidana dalam UU Kesehatan ini tidak diselaraskan dengan ketentuan pengguguran kandungan yang dimuat dalam KUHP.

KUHP mengatur beberapa perbuatan yang terkait dengan aborsi yang masing-masing memberikan gradasi pembedaan yang berbeda

Pasal 283

(1) Diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau pidana denda paling banyak sembilan ribu rupiah, barang siapa menawarkan, memberikan untuk terus maupun untuk sementara waktu, menyerahkan atau memperlihatkan tulisan, gambaran atau benda yang melanggar kesusilaan, maupun **alat untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan kepada seorang yang belum dewasa**, dan yang diketahui atau sepatutnya harus diduga bahwa umumnya belum tujuh belas tahun, jika isi tulisan, gambaran, benda atau alat itu telah diketahuinya.

(3) Diancam dengan pidana penjara paling lama empat bulan atau pidana kurungan paling lama tiga bulan atau pidana denda paling banyak sembilan ribu rupiah, barang siapa menawarkan, memberikan untuk terus maupun untuk sementara waktu, menyerahkan atau memperlihatkan, tulisan, gambaran atau benda yang melanggar kesusilaan, maupun alat untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan kepada seorang yang belum dewasa sebagaimana dimaksud dalam ayat pertama, jika ada alasan kuat baginya untuk menduga, bahwa tulisan, gambaran atau benda yang melanggar kesusilaan atau alat itu adalah alat untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan.

Pasal 299

(1) Barang siapa dengan sengaja mengobati seorang wanita atau menyuruh supaya diobati, dengan diberitahukan atau ditimbulkan harapan bahwa karena pengobatan itu hamilnya dapat digugurkan, diancam dengan pidana penjara paling lama empat tahun atau pidana denda paling banyak empat puluh lima ribu rupiah.

(2) Jika yang bersalah berbuat demikian untuk mencari keuntungan, atau menjadikan

¹¹⁶ Frenia Nababan, et.al, *Problem Aturan Aborsi: Ancaman Kriminalisasi Tenaga Kesehatan, Korban Perkosaan, dan Ibu Hamil dalam RKUHP*, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), Jakarta, 2017, hal. 25-26, diakses melalui: <http://icjr.or.id/wp-content/uploads/2017/12/Problem-Aturan-Aborsi-dalam-R-KUHP.pdf>

<p>perbuatan tersebut sebagai pencarian atau kebiasaan, atau jika dia seorang tabib, bidan atau juruobat, pidananya dapat ditambah sepertiga</p> <p>(3) Jika yang bersalah melakukan kejahatan tersebut dalam menjalankan pencariannya, dapat dicabut haknya untuk menjalakan pencarian itu.</p>
<p>Pasal 346 Seorang wanita yang sengaja menggugurkan atau mematikan kandungannya atau menyuruh orang lain untuk itu, diancam dengan pidana penjara paling lama empat tahun.</p>
<p>Pasal 347 (1) Barang siapa dengan sengaja menggugurkan atau mematikan kandungan seorang wanita tanpa persetujuannya, diancam dengan pidana penjara paling lama dua belas tahun.</p> <p>(2) Jika perbuatan itu mengakibatkan matinya wanita tersebut diancam dengan pidana penjara paling lama lima belas tahun.</p>
<p>Pasal 348 (1) Barang siapa dengan sengaja menggugurkan atau mematikan kandungan seorang wanita dengan persetujuannya, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun enam bulan. (2) Jika perbuatan itu mengakibatkan matinya wanita tersebut, diancam dengan pidana penjara paling lama tujuh tahun.</p>
<p>Pasal 349 Jika seorang dokter, bidan atau juru obat membantu melakukan kejahatan berdasarkan pasal 346, ataupun melakukan atau membantu melakukan salah satu kejahatan yang diterangkan dalam pasal 347 dan 348, maka pidana yang ditentukan dalam pasal itu dapat ditambah dengan sepertiga dan dapat dicabut hak untuk menjalankan pencarian dalam mana kejahatan dilakukan</p>

Dengan adanya ketentuan baru dalam UU Kesehatan yang menyatakan bahwa aborsi diperbolehkan dalam kondisi-kondisi tertentu, maka sesuai dengan asas hukum hukum yang baru mengesampingkan hukum yang lama dan juga hukum yang lebih khusus mengesampingkan hukum yang lebih umum, seharusnya UU Kesehatan mencabut ketentuan pasal-pasal terkait dalam KUHP, karena dapat menjerat baik konselor, pendamping, tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam penyelenggaraan aborsi.

Namun, dalam ketentuan penutup UU Kesehatan, hanya memuat pencabutan UU Kesehatan sebelumnya, tidak ada pengaturan soal penyikapan pada ketentuan KUHP/

Sekalipun UU Kesehatan mau mengatur ketentuan pidana yang mengkriminalisasi tindakan aborsi di luar yang diatur dalam UU Kesehatan, maka gradasi perbuatannya harus disesuaikan, misalnya:

- Kriminalisasi bagi perbuatan mempertunjukkan alat penggugurkan kehamilan kepada seorang yang belum dewasa (Pasal 283 KUHP) dicabut oleh UU Kesehatan karena tidak lagi relevan karena alat aborsi aman spesifik kepada alat tertentu, dan merupakan alat medis, kemudian, pada perkembangannya pasal ini tidak dibutuhkan lagi¹¹⁷
- Kriminalisasi mengobati seorang perempuan atau menyuruh supaya diobati, dengan diberitahukan atau ditimbulkan harapan bahwa karena pengobatan itu hamilnya dapat digugurkan dalam Pasal 299 KUHP dicabut dalam UU Kesehatan dan dirumuskan dengan pengecualian bagi konselor dan tenaga kesehatan
- Kriminalisasi setiap perempuan yang sengaja menggugurkan atau mematikan kandungannya atau menyuruh orang lain dalam Pasal 346 KUHP harus dicabut oleh UU Kesehatan dan dikecualikan dalam UU Kesehatan terhadap perempuan yang melakukan aborsi karena indikasi kedaruratan medis dan korban perkosaan
- Pasal 347 KUHP tetap pada KUHP, karena itu bentuk pemaksaan aborsi yang bertentangan dengan hak kesehatan seseorang
- Pasal 348 KUHP tentang penguguran berdasarkan persetujuan harus dicabut oleh UU Kesehatan dan dikecualikan dalam UU Kesehatan terhadap dokter/tenaga kesehatan yang melakukan aborsi karena indikasi kedaruratan medis dan korban perkosaan
- Pasal 349 KUHP tentang dokter, bidan atau juru obat membantu melakukan penguguran kandungan harus dicabut oleh UU Kesehatan dan dikecualikan dalam UU Kesehatan terhadap dokter/tenaga kesehatan yang melakukan aborsi karena indikasi kedaruratan medis dan korban perkosaan

Tidak hanya dalam UU Kesehatan, harmonisasi juga harus melihat Pasal 45A jo. Pasal 77A ayat (1) UU No. 35 tahun 2014 tentang Perlindungan Anak, pasal ini memuat kriminalisasi aborsi terhadap Anak yang masih dalam kandungan. Ancaman pidana sama dengan apa yang

¹¹⁷ Rumusan tindak pidana ini sebetulnya berasal dari KUHP Belanda (Pasal 240 Bis ayat 2 SR), yakni larangan untuk memperlihatkan sarana pencegah atau menggugurkan kandungan kepada orang belum dewasa di bawah 16 tahun (KUHP 1911). Namun sejak tahun 1936, batas usia kemudian di ubah menjadi usia 18 tahun¹ termasuk juga Larangan untuk memperlihatkan sarana itu atau menawarkan di depan umum atau menyiarkan dengan tulisan di mana sarana itu dapat di beli (Pasal 451 ter SR), Mengapa muncul pasal tersebut? Menurut Bemmellen, seorang pakar hukum pidana Belanda, saat itu para pembuat Undang-Undang, menolak keras pengaruh ajaran Neo Malthusianisme yang mencuat pada saat itu. Para pengikut paham Neo Malthusianisme waktu itu sangat menganjurkan pembatasan kelahiran manusia. Jadi munculnya pasal tersebut adalah untuk menolak konsep keluarga berencana, Namun di Belanda sendiri akhirnya sejak tahun 1969, tujuh puluh tahun kemudian sejak pasal ini dilahirkan munculnya UU 28 Agustus 1969 s 350, yang menghapus ketentuan tersebut, Supriyadi Widodo Eddyono dan Ajeng Gandini Kamilah, *Anti Kontrasepsi? Problematikanya dalam Rancangan KUHP*, ICJR, Jakarta, 2017, hal. 5-6

dirumuskan oleh UU Kesehatan, maka sebenarnya ketentuan dalam UU Perlindungan Anak ini tidak diperlukan. Memang seharusnya terdapat keberlakuan asas hukum, bahwa hukum yang lebih spesialis/ khusus mengesampingkan hukum yang lebih umum, namun masalah muncul karena UU Perlindungan Anak pun juga dapat dikatakan sebagai UU Khusus. Asas hukum tersebut perlu juga dioperasionalisasi dalam perundang-undangan, karena pun asas hukum harusnya ditemukan dari putusan hakim ataupun hukum positif pada umumnya. Semestinya tiap hukum positif memuat asas hukum, baik secara tersurat (dalam bentuk pasal) ataupun tersirat.¹¹⁸ Hukum positif yang tidak sejalan dengan asas menjadi tidak atau kurang memenuhi dasar-dasar keberlakuan hukum yang baik. Dasar-dasar keberlakuan hukum yang dimaksud yaitu dasar filosofis, yuridis, maupun sosiologis.¹¹⁹

Selain itu, pertimbangan yuridis lainnya juga harus diperhatikan yang menambah deret disharmoni pengaturan aborsi di Indonesia. Terkait dengan penghormatan hak asasi perempuan, Indonesia telah meratifikasi Konvensi Mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan (CEDAW) melalui UU No. 7 tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan. Pasal 1 Cedaw mendefinisikan tentang diskriminasi terhadap perempuan, perbedaan, pengucilan atau pembatasan yang dibuat atas dasar jenis kelamin, yang berakibat atau bertujuan untuk mengurangi atau menghapuskan pengakuan, penikmatan atau penggunaan hak asasi manusia dan kebebasan-kebebasan pokok di bidang politik, ekonomi, sosial budaya, sipil atau apapun lainnya oleh kaum perempuan, terlepas dari status perkawinan mereka, atas dasar persamaan antara laki-laki dan perempuan.

Sesuai dengan Pasal 12 CEDAW, Negara-negara Pihak harus melakukan upaya-upaya yang tepat untuk menghapuskan diskriminasi terhadap perempuan dalam bidang kesehatan dalam rangka memberi kepastian, berdasarkan persamaan antara perempuan dan laki-laki, kesempatan atas pelayanan kesehatan, termasuk yang berhubungan dengan keluarga berencana. Negara-negara Pihak wajib memastikan bahwa perempuan mendapatkan pelayanan yang layak sehubungan dengan kehamilan, kelahiran dan masa setelah lahir, demikian juga dengan gizi selama hamil dan menyusui. Dalam hal ini UU Kesehatan telah berkomitmen untuk menyelenggarakan aborsi aman, sehingga pemenuhan layanan harus diusahakan, disharmoni UU yang membuat masalah penerapan pemberian layanan tersebut harus dihilangkan.

2.3.2.2. Batasan Usia Kandungan untuk Korban Perkosaan

Hampir seluruh informan yang terlibat dalam penelitian ini menyatakan bahwa batas usia kehamilan yang diperbolehkan diaborsi untuk korban perkosaan yaitu 6 minggu/40 hari tidak dapat diterapkan. Waktu tersebut terlalu singkat karena korban belum tentu mengetahui bahwa

¹¹⁸ Susi Dwi Harijanti, *Bila Hukum Positif Bertentangan dengan Asas Hukum*, <https://m.hukumonline.com/klinik/detail/ulasan/lt52d0d2e4afc2c/bila-hukum-positif-bertentangan-dengan-asas-hukum>, Hukum Online, 2014.

¹¹⁹ Bagir Manan: 1992 dalam *ibid*.

ia hamil (Abdullah, 2019). Dalam upaya mengatur penyelenggaraan layanan pun tidak dimungkinkan dengan waktu yang hanya 40 hari, mekanisme rujukan dan syarat-syarat yang harus dilalui jelas membutuhkan waktu lebih dari 40 hari.

Seperti yang telah diperlihatkan dalam bagan, korban perkosaan membutuhkan surat keterangan konselor, surat kelayakan aborsi, keterangan penyidik dan/atau konselor mengenai dugaan aborsi, dan surat keterangan usia kehamilan. Ketika ditanyakan kepada kepolisian apakah waktu 40 hari cukup untuk melakukan penyelidikan dan penyidikan atas tindak pidana aborsi, informan mengatakan hal tersebut sangat kasuistis.

“Itu jadinya sangat kasuistis ya. Kalau memang saksinya ada, tapi dalam kasus perkosaan tidak mungkin ada ya. Kalau ada saksi ya tidak mungkin terjadi perkosaan, cuma dari keterangan-keterangan saksi, atau dari keterangan dia sendiri. Dan dari visum pasti nanti terlihat apakah ada paksaan. Kalau untuk saksi-saksinya kasuistis juga, apakah dalam 40 hari polisi bisa mengumpulkan saksi-saksi tersebut. Misalnya kasus perkosaan di hotel, dibawa temennya ke kamar di hotel. Memang ada CCTV tapi kan di kamar tidak ada CCTV, tidak tahu terjadi perkosaan atau tidak. Bukti visum lah yang bisa menunjukkan perkosaan, misalnya robekan tidak beraturan atau seperti apa. Jadi kasuistis sekali ya, tergantung tingkat kesulitan kasusnya ... Visum satu minggu keluar.” (Wawancara dengan Ketua UPPA Bareskrim Polri, 14 Desember 2020)

Dalam NA yang dirumuskan oleh organisasi profesi, aborsi didefinisikan sebagai tindakan mengakhiri kehamilan menggunakan obat atau tindakan bedah setelah implantasi dan sebelum janin viable (kurang dari 22 minggu).¹²⁰ Tidak terdapat panduan khusus mengenai waktu penyelenggaraan aborsi aman berkaitan dengan kondisi kesehatan seperti yang dirumuskan oleh WHO. NA menyebutkan dua kondisi seorang pasien dapat melakukan aborsi di bawah 22 minggu yaitu untuk ibu hamil trimester pertama dengan keganasan yang memerlukan kemoterapi atau terapi hormon,¹²¹ dan bayi yang dapat hidup namun mengalami kelainan progresif dan ireversibel tanpa terapi definitive¹²².

WHO mengeluarkan panduan resmi waktu pelaksanaan aborsi aman dengan membagi dalam tiga kategori yaitu (World Health Organization, 2018):

Abortus inkomplit (<i>incomplete abortion</i>)	Ostium serviks yang terbuka dan perdarahan, di mana seluruh hasil konsepsi belum dikeluarkan dari uterus.	< 13 minggu, atau ≥ 13 minggu
Intrauterine fatal demise (IUFD)	Kematian janin mengacu pada situasi di mana janin tidak lagi hidup tetapi rahim belum mulai mengeluarkan isinya dan ostium serviks tetap tertutup	≥ 14-28 minggu

¹²⁰ Draf Naskah Akademik Indikasi Kedaruratan Medis dan Perkosaan untuk Pengecualian Larangan Aborsi, November 2020, hal. iii.

¹²¹ *Ibid.*, hal. 5.

¹²² *Ibid.*, hal. 12.

Aborsi disengaja (induced abortion)	Seseorang dengan kehamilan yang tidak direncanakan, salah waktu, atau tidak diinginkan bisa memilih untuk mendapatkan aborsi medis.	< 12 minggu, atau ≥ 12 minggu
-------------------------------------	---	----------------------------------

Dapat terlihat pada tabel tersebut, waktu pelaksanaan aborsi aman bergantung pada kondisi medis dari pasien. Berdasarkan hal ini, dibutuhkan panduan medis yang lebih lengkap dan komprehensif mengenai waktu pelaksanaan aborsi aman agar dapat diimplementasikan dan menjamin pemenuhan hak atas kesehatan dari perempuan.

2.3.2.3. Ketiadaan Peraturan Teknis

Hambatan lainnya adalah ketiadaan peraturan teknis, baik di internal lembaga maupun lintas organisasi/lembaga. Seperti yang disampaikan oleh Kepala Unit PPA Bareskrim Polri, dibutuhkan SOP atau aturan teknis pelaksana yang lebih spesifik agar jelas prosedur pemberian layanan, khususnya kepada korban perkosaan. Aturan ini penting dibuat karena jika tidak jelas pengaturannya, orang-orang yang terlibat dapat dipidana, dengan ketidakjelasan rangkaian perbuatan mana saja yang diperbolehkan dan siapa aktornya.

2.3.2.4. Sarana dan Prasarana yang Terbatas

Sejak UU Kesehatan disahkan, belum ada pergerakan berarti dalam menyiapkan layanan aborsi aman, termasuk menyiapkan sarana dan prasarana layanan. Dari hasil wawancara kami menemukan bahwa dari fasilitas layanan kesehatan, obat, tenaga kesehatan, alat kesehatan, hingga data kasus belum tersedia.

2.3.2.5. Keyakinan Individu

Pemahaman dan keyakinan individu mengenai aborsi sedikit banyak juga berpengaruh terhadap akses layanan. Seperti yang diutarakan PKBI ketika mereka melakukan FGD, walaupun pengecualian aborsi sudah cukup jelas, salah satu peserta FGD bersikeras bahwa aborsi seharusnya tidak dilakukan atas dasar pemahamannya. Hal ini juga menghambat pelaksanaan penyelenggaraan aborsi.¹²³

Ini salah satu permasalahan yang harus ditangani oleh pembuat kebijakan, dalam tataran kebijakan sudah jelas bahwa aborsi diperkenankan, maka seharusnya pemahaman yang tidak sejalan bahkan bertentangan dengan kebijakan tidak dapat serta merta mempengaruhi implementasi penyelenggaraan layanan.

¹²³ Hasil wawancara dengan perwakilan PKBI pada FGD tanggal 23 Desember 2020

2.4. RKUHP dan Pentingnya Mempercepat Penyelenggaraan Aborsi Aman di Indonesia

Dalam tataran pembaruan kebijakan, Pemerintah dan DPR pada 2019 lalu intensif melakukan pembahasan RKUHP. Seperti dalam KUHP, RKUHP juga kembali memuat beberapa pengaturan perbuatan berkaitan dengan pengguguran kandungan atau aborsi.

Dalam *draft* RKUHP Full per September 2019 yang siap disahkan dimuat ketentuan terkait dengan pengguguran kandungan, yang paling mendasar tentang perbuatan pengguguran kandungan¹²⁴

Pasal 469

- (1) Setiap perempuan yang menggugurkan atau mematikan kandungannya atau meminta orang lain menggugurkan atau mematikan kandungan tersebut dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun.
- (2) Setiap Orang yang menggugurkan atau mematikan kandungan seorang perempuan tanpa persetujuannya dipidana dengan pidana penjara paling lama 12 (dua belas) tahun.
- (3) Jika perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mengakibatkan matinya perempuan tersebut dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 (lima belas) tahun.

Pasal 470

- (4) Setiap Orang yang menggugurkan atau mematikan kandungan seorang perempuan dengan persetujuannya dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun.
- (4) Jika perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengakibatkan matinya perempuan tersebut dipidana dengan pidana penjara paling lama 8 (delapan) tahun.

Pasal 471

¹²⁴ Seperti yang dimuat dalam KUHP pengaturan terkait pengguguran kandungan dalam RKUHP juga terdiri dari Kriminalisasi bagi perbuatan mempertunjukkan alat menggugurkan kehamilan kepada seorang yang belum dewasa, Kriminalisasi mengobati seorang perempuan atau menyuruh supaya diobati, dengan diberitahukan atau ditimbulkan harapan bahwa karena pengobatan itu hamilnya dapat digugurkan, Kriminalisasi setiap perempuan yang sengaja menggugurkan atau mematikan kandungannya atau menyuruh orang lain, kriminalisasi pengguguran berdasarkan persetujuan harus dicabut oleh UU Kesehatan dan dikecualikan dalam UU Kesehatan terhadap dokter/tenaga kesehatan yang melakukan aborsi karena indikasi kedaruratan medis dan korban perkosaan, kriminalisasi dokter, bidan atau juru obat membantu melakukan pengguguran kandungan

- (1) Dokter, bidan, paramedis, atau apoteker yang membantu melakukan Tindak Pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 469 dan Pasal 470, pidana dapat ditambah 1/3 (satu per tiga).
- (1) Dokter, bidan, paramedis, atau apoteker yang melakukan Tindak Pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dijatuhi pidana tambahan berupa pencabutan hak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 huruf a dan huruf f.
- (2) Dokter yang melakukan pengguguran kandungan karena indikasi kedaruratan medis atau terhadap Korban perkosaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, tidak dipidana.

Sebelumnya hingga *draft* September 2019 tidak dimuat pengecualian, kecuali yang dimuat dalam Pasal 471 ayat (3) RKUHP. Namun kemudian dalam *draft* November 2019, terdapat tambahan rumusan, yaitu:

Usulan ayat baru, **10 Oktober 2019**:

Pasal 469

- (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku dalam hal perempuan yang menggugurkan kandungannya korban perkosaan yang **usia kehamilannya tidak melebihi 120 (seratus dua puluh) hari atau memiliki indikasi kedaruratan medis.**

Terdapat batasan usia kandungan yang diperpanjang dari 6 minggu/40 hari menjadi 120 hari atau 4 bulan setara dengan 16 minggu. Pasal 626 huruf o RKUHP November 2020 juga mencabut Pasal 192, 194, dan Pasal 195 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Salah satu pasal tersebut adalah Pasal 194 tentang kriminalisasi aborsi. Maka kedepannya ketentuan penyelenggaraan aborsi akan diarahkan pada ketentuan dalam RKUHP

Batas usia kehamilan yang diperbolehkan untuk diaborsi sesuai dengan RKUHP adalah 16 minggu, masih masuk dalam jangka waktu yang direkomendasikan oleh WHO. Gerakan masyarakat sipil juga menyambut baik rumusan ini. Kendala terbesar soal batasan usia kandungan yang hanya 40 hari dapat ditangani dengan peningkatan batasan ini.

Waktu 4 bulan bisa dikatakan cukup untuk terselenggaranya layanan aborsi aman mulai dari proses pelaporan oleh korban, konseling, rujukan, tindakan aborsi dan konseling pasca tindakan. Maka menjadi penting untuk melihat dengan tepat bagaimana perkembangan implementasi kebijakan aborsi aman di Indonesia untuk mendukung percepatan penyelenggaraannya.

Sebagai catatan, kasus WA di Jambi dapat menjadi potret perlunya segera membentuk layanan aborsi aman untuk korban perkosaan dan pasien yang membutuhkan, WA sempat dipidana pada putusan pengadilan tingkat pertama karena dituduh melakukan aborsi atas kehamilan yang ia derita akibat perkosaan yang dilakukan kakaknya sendiri, di tingkat banding, dalam Putusan 6/Pid.Sus-Anak/2018/PTJMB, majelis hakim menyatakan upaya aborsi yang dilakukan WA terjadi

karena pengaruh daya paksa sebagaimana diatur dalam pasal 48 KUHP, dan juga Pasal 75 ayat (2) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan jo. Pasal 31 PP No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, dimana aborsi diperbolehkan bagi mereka yang hamil karena diperkosa, apalagi kehamilannya mengakibatkan trauma, sehingga demi mewujudkan perlindungan khusus bagi seseorang anak pelaku tindak pidana dan khusus bagi anak korban kekerasan dari tindak pidana sebagaimana dimaksudkan oleh undang-undang nomor 35 tahun 2014 Perlindungan anak, maka karenanya anak harus dilepaskan dari semua tuntutan. Majelis Hakim menyatakan bahwa memang dalam kebijakan tersebut terdapat syarat, namun menurut majelis hakim syarat tersebut tidak diketahui oleh anak, atau meskipun diketahuinya tapi justru hal itulah yang dihindari oleh anak dan ibunya supaya kejadian tersebut tidak diketahui oleh siapapun juga. Berangkat dari pertimbangan ini, maka jelas menjadi penting memberikan layanan aborsi aman kepada korban perkosaan sehingga ia tidak perlu malu mengakses layanan.

BAB III

PENUTUP

3.1. Kesimpulan

- Menurut UU Kesehatan, pemerintah wajib melindungi dan mencegah perempuan dari praktik aborsi yang tidak aman, tidak bermutu dan tidak bertanggung jawab. Pada dasarnya, tindakan aborsi dilarang dilakukan di Indonesia kecuali dilakukan dalam kondisi tertentu. UU Kesehatan serta peraturan turunannya mengatur setiap orang dilarang melakukan aborsi, kecuali pada dua kondisi, yaitu berdasarkan indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan; atau kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.
- Belum ditemukan peraturan atau dokumen lainnya yang lebih rinci mengenai pelaksanaan aborsi aman di Indonesia yaitu:
 1. Penetapan fasilitas layanan kesehatan yang melakukan tindakan aborsi aman.
 2. Pedoman pelaksanaan aborsi aman yang berisikan metode pelaksanaan aborsi aman serta tanggung jawab dari masing-masing tenaga kesehatan.
 3. SOP di tingkat kepolisian untuk merujuk korban ke lembaga layanan pada kasus dugaan perkosaan.
- Berdasarkan ketentuan normatif, berikut gambaran alur keterlibatan *stakeholders* dengan tanggung jawabnya masing-masing untuk penyelenggaraan aborsi aman di Indonesia:
 1. Organisasi Profesi bersama dengan Kementerian Kesehatan menyiapkan modul, kurikulum, penyelenggaraan, fasilitator, peserta pelatihan, tempat pelatihan untuk proses sertifikasi dan pelatihan dokter yang dapat menyelenggarakan aborsi aman
 2. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menyelenggarakan pelatihan tersebut dengan bertanggung jawab pada penyelenggaraan pelatihan, sertifikasi dokter dan evaluasi sertifikasi dokter
 3. Kementerian Kesehatan bersama dengan Dinas Kesehatan tingkat pemerintah daerah kabupaten/kota dan provinsi menentukan daftar: dokter tersertifikasi sebagai penyelenggara, Daftar Fasilitasi Kesehatan: Puskesmas, Klinik Pratama, Klinik utama, RS, Pembentukan Tim Kelayakan Aborsi di tingkat dinas kesehatan, dinas kesehatan dan menghimpun data penyelenggaraan Aborsi Aman secara regular
- Sedangkan untuk *stakeholders* pada saat dilakukannya aborsi aman yang terlibat berserta tanggung jawabnya sebagai berikut:

1. Untuk aborsi karena indikasi darurat medis:
 - a. Konselor bertanggung jawab melakukan konseling sebelum dan sesudah penyelenggaraan aborsi, menerbitkan surat keterangan. Konselor adalah: setiap orang yang telah memiliki sertifikat sebagai konselor melalui pendidikan dan pelatihan. Yang dapat menjadi konselor adalah dokter, psikolog, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan setiap orang yang mempunyai minat dan memiliki keterampilan untuk itu.
 - b. Tim Kelayakan Aborsi terdiri dari dokter dan/atau tenaga kesehatan lainnya, bertanggung jawab menerbitkan Surat kelayakan aborsi, menilai aborsi dapat/tidak dilaksanakan

2. Untuk aborsi karena kehamilan akibat perkosaan:
 - a. Konselor bertanggung jawab melakukan konseling sebelum dan sesudah penyelenggaraan aborsi, menerbitkan surat keterangan
 - b. Tim Kelayakan Aborsi terdiri dari dokter dan/atau tenaga kesehatan lainnya, bertanggung jawab menerbitkan Surat kelayakan aborsi, menilai aborsi dapat/tidak dilaksanakan
 - c. Penyidik/pendamping menerbitkan surat keterangan dugaan perkosaan, berdasarkan ketentuan dugaan perkosaan tidak mesti dinyatakan oleh penyidik, bisa dari pendamping
 - d. Dokter: menerbitkan surat keterangan usia kandungan

- Dalam tataran implementasi, berikut perkembangan penyelenggaraan aborsi aman di Indonesia:
 1. Pelatihan aborsi atas indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan, seperti yang diatur pada Permenkes 3/2016 belum dilaksanakan.
 2. Pelatihan pelaksanaan aborsi aman untuk tenaga kesehatan yang pernah dilakukan oleh Organisasi Profesi terbatas pada pelatihan asuhan pasca keguguran untuk mencegah infeksi pada pasien
 3. Pelatihan sulit diselenggarakan karena sering diprotes oleh masyarakat, pelatihan yang sudah pernah diselenggarakan tidak resmi, bukan yang diselenggarakan - Kementerian Kesehatan (berdasarkan wawancara HOGSI)
 4. Tidak terdapat keterangan jelas dan resmi apakah terdapat daftar dokter yang telah mendapatkan pelatihan sertifikat untuk menyelenggarakan aborsi aman
 5. Pada praktiknya aborsi oleh tim kesehatan selama ini pernah dijalankan, dengan praktik keputusan untuk melakukan aborsi aman dilakukan oleh komite etik di rumah sakit. Data kasus aborsi yang diputuskan oleh komite etik merupakan data rahasia yang menjadi bagian dari tanggung jawab profesi kedokteran sehingga tidak bisa diakses.
 6. Perkembangan terbaru untuk penyelenggaraan aborsi aman, organisasi profesi yang diwadahi POGI telah menyusun *Draft* Naskah Akademik Indikasi Kedaruratan Medis dan Perkosaan untuk Pengecualian Larangan Aborsi pada November 2020

- Terdapat hambatan pelaksanaan penyelenggaraan aborsi di Indonesia, dikarenakan:
 1. Disharmoni Pengaturan: UU Kesehatan, UU HAM, UU Ratifikasi CEDAW, UU Ratifikasi ICCPR Vs. KUHP dan UU Perlindungan Anak: konselor, pendamping, dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam penyelenggaraan aborsi masih dibayang-bayangi kriminalisasi berdasarkan KUHP, UU Kesehatan dan UU Perlindungan Anak yang tidak harmonis satu sama lain
 2. Disharmoni hukum merupakan pelanggaran Hak masyarakat dalam Pasal 28 D Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menjelaskan bahwa setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan perlindungan, dan kepastian hukum yang adil.
 3. Batasan Usia Kandungan untuk Korban Perkosaan: tidak dimungkinkan memenuhi layanan sesuai dengan aturan yang hanya memberikan batasan 40 hari
 4. Ketiadaan Peraturan Teknis: dibutuhkan SOP atau aturan teknis pelaksana yang lebih spesifik agar jelas prosedur pemberian layanan, khususnya kepada korban perkosaan
 5. Sarana dan Prasarana yang Terbatas: fasilitas layanan kesehatan, obat, tenaga kesehatan, alat kesehatan, hingga data kasus belum tersedia
 6. Keyakinan Individu: Pemahaman dan keyakinan individu khususnya penyedia layanan mengenai aborsi sedikit banyak juga berpengaruh terhadap akses layanan.
 7. Berpotensi menimbulkan diskriminasi terhadap perempuan dan mengancam hak hidup perempuan sebagaimana dijamin dalam UUD 1945

- Terdapat kemajuan dalam *draft* RKUHP November 2020 yaitu:
 1. mengatur batasan usia kandungan yang dapat dilakukan aborsi untuk korban perkosaan diperpanjang dari 6 minggu/40 hari menjadi 120 hari atau 4 bulan setara dengan 16 minggu. Waktu 120 hari atau 4 bulan bisa dikatakan cukup untuk terselenggaranya layanan aborsi aman mulai dari proses pelaporan oleh korban, konseling, rujukan, tindakan aborsi dan konseling pasca tindakan. Maka menjadi penting mendukung percepatan penyelenggaraannya kebijakan aborsi aman di Indonesia
 2. mencabut Pasal 194, dan Pasal 195 UU Kesehatan tentang kriminalisasi aborsi, maka kedepannya ketentuan penyelenggaraan aborsi akan diarahkan pada ketentuan dalam RKUHP

3.2. Rekomendasi

Berdasarkan pemaparan di atas maka upaya mendukung percepatan penyelenggaraannya kebijakan aborsi aman di Indonesia dapat dilakukan dengan:

1. Pemerintah dan DPR perlu melakukan harmonisasi pengaturan kriminalisasi perbuatan berkaitan dengan penguguran kandungan, arah perubahan dapat merujuk pada pembaruan RKUHP, namun tetap dimungkinkan untuk melakukan upaya harmonisasi dengan perbaikan rumusan dalam UU Kesehatan
2. Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan perlu menyegerakan penyelenggaraan proses pelatihan untuk sertifikasi dokter yang dapat melakukan aborsi aman
3. Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan menentukan daftar fasilitas kesehatan yang dapat menyelenggarakan aborsi aman
4. Organisasi Profesi perlu menyesuaikan perumusan peran organisasi profesi dalam penyelenggaraan aborsi aman sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku
5. Kepolisian RI perlu menyusun SOP resmi mengenai penanganan korban perkosaan dan SOP penerbitan surat keterangan adanya dugaan aborsi, penilaian adanya dugaan perkosaan, serta alur rujukan dan koordinasi aborsi aman untuk korban perkosaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, F. R. (2019). *Trauma Psikologis sebagai Alasan Dilakukan Aborsi terhadap Korban Perkosaan*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Afita, C. O. (2020). Pengaturan Aborsi dalam Perspektif Perundang-Undangan Indonesia. *Rio Law Jurnal*.
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tuncalp, O., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet Global Health*, e1152-61.
- Carlbom, A., & Arousell, J. (2016). Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 77-87.
- Cense, M., Neef, M. d., & Visscher, W. (2018). *Culture, Religion and Sexual and Reproductive Health & Rights*. Utrecht: Rutgers.
- Definition of abortion*. (n.d.). Retrieved from Merriam-Webster: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/abortion>
- G, S., & H, B. (2008). *Abortion in Indonesia, In Brief (Aborsi di Indonesia, Laporan ini)*. New York: Guttmacher Institute.
- Gerdt, C., Jayaweera, R. T., Baum, S. E., & Hudaya, I. (2018). Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: an analysis of electronic client records from safe abortion hotline in Indonesia. *BMJ Sex Reprod Health*, 286-291.
- Giorgio, M. M., Utomo, B., Soeharno, N., Aryanty, R. I., Besrat, Stillman, M., . . . Sedgh, G. (2020). Estimating the Incidence of Induced Abortion in Java, Indonesia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 211-222.
- Harvard Health Publishing. (2019, January 9). *Abortion (Termination of Pregnancy)*. Retrieved from Harvard Health Publishing, Harvard Medical School: <https://www.health.harvard.edu/medical-tests-and-procedures/abortion-termination-of-pregnancy-a-to-z>
- IJRS. (2021, March 18). Mengapa Korban Kekerasan Seksual Enggan Melapor? Indonesia.
- Ipas. (2015). *Women's Access to Safe Abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Advancing Maternal Health, Gender Equality, and Reproductive Rights*. Retrieved from IPAS: Health, Access, Rights: <https://www.ipas.org/resource/womens-access-to-safe-abortion-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-advancing-maternal-health-gender-equality-and-reproductive-rights/>
- Kementerian Kesehatan. (2015). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2021, January 29). Teken CPAP 2021-2025, RI-UNFPA Fokus Tingkatkan Akses Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi. Jakarta, DKI Jakarta, Indonesia.
- MAMPU. (2020, April 6). *MAMPU Project Brief: Sistem Peradilan Pidana Terpadu Penanganan Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan*. Retrieved from MAMPU:

- <https://www.mampu.or.id/wp-content/uploads/2018/12/IND-MAMPU-2020-Project-Brief-SPPT-PKKTP-compressed.pdf>
- Mauro, D., & Joffe, C. (2007). The Religious Right and the Reshaping of Sexual Policy: An Examination of Reproductive Rights and Sexuality Education. *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC*, 67-92.
- Merriam-Webster. (n.d.). Retrieved from Definition of miscarriage: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/miscarriage>
- Meuwissen, L. E., Gorter, A. C., & Knottnerus, A. J. (2006). Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. *Journal of Adolescent Health*, 56.e1-56.e9.
- Pranata, S., & Sadewo, F. S. (2012). Kejadian Keguguran, Kehamilan Tidak Direncanakan dan Pengguguran di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 180-192.
- Putri, K. D. (2020). *Advancing Women's Reproductive Health Rights: Analysis on The Criminalisation of Abortion under Indonesian Law*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Puzek, I., Stulhofer, A., & Bozicevic, I. (2012). Is Religiosity Barrier to Sexual and Reproductive Health? Results from a Population-Based Study of Young Croatian Adults. *Arch Sex Behav*, 1497-1505.
- Rahma, R. C. (2015). 3. *Pengaturan Aborsi Akibat Perkosaan dalam PP No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi Ditinjau dari UUD 1945 Pasal 28A, 28B (2), 28H (1), dan 34 (3)*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Sonta, D. L. (2014). Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris: Karakteristik Khas dari Metode Meneliti Hukum. *Jurnal Ilmu Hukum*, 15-35.
- Stanford, A. (2017, March 2). What to expect from a D&C or D&E.
- Survei: 93 Persen Kasus Pemerkosaan di Indonesia Tidak Dilaporkan. (2016, July 26). Jakarta, DKI Jakarta, Indonesia.
- World Health Organization. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health system - 2nd edition*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2014). *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020, September 25). Preventing unsafe abortion.
- World Health Organization. (2020, September 25). Preventing Unsafe Abortion.
- Yancey, J. D., & Scioscia, Jr., E. A. (2021, June 7). Dilation and Curettage with Suction.

PROFIL PENULIS

Maidina Rahmawati, lulusan Fakultas Hukum Universitas Indonesia, saat ini berkarya sebagai Peneliti di Institute for Criminal Justice Reform (ICJR). Sejak Mei 2016 aktif dalam advokasi beberapa peraturan perundang-undangan terkait dengan kekerasan seksual, peradilan pidana yang adil bagi perempuan, dekriminialisasi pengguna narkoba, dan penguatan sistem hukum untuk menghilangkan diskriminasi kepada orang dengan HIV-AIDS.

Arinta Dea Dini Singgi, seorang perempuan, adalah peneliti, adalah penikmat musik dan film. sejak lulus dari Fakultas Hukum Universitas Indonesia tahun 2014, ia mendalami isu perempuan dan hak asasi manusia, khususnya, perempuan berhadapan dengan hukum, dan memproduksi berbagai penelitian bersama LBH Masyarakat. Sebagai Asisten Koordinator Divisi Reformasi Hukum dan Kebijakan di Komnas Perempuan tahun 2020-2021, ia turut mendorong pengesahan RUU Penghapusan Kekerasan Seksual di DPR. Saat ini ia bergabung di Aksi Keadilan Indonesia, sebuah organisasi yang didirikan oleh paralegal pada isu narkoba, sebagai Program Manajer.

Erasmus A.T. Napitupulu, saat ini berkarya sebagai Peneliti dan menjabat Direktur Eksekutif ICJR. Aktif dalam advokasi beberapa peraturan perundang-undangan dan isu hukum nasional, diantaranya Rancangan KUHP, Rancangan KUHP dan reformasi kebijakan narkoba.

PROFIL ICJR

Institute for Criminal Justice Reform, disingkat ICJR, merupakan lembaga kajian independen yang memfokuskan diri pada reformasi hukum pidana, reformasi sistem peradilan pidana, dan reformasi hukum pada umumnya di Indonesia. Salah satu masalah krusial yang dihadapi Indonesia pada masa transisi saat ini adalah mereformasi hukum dan sistem peradilan pidananya ke arah yang demokratis.

Di masa lalu hukum pidana dan peradilan pidana lebih digunakan sebagai alat penopang kekuasaan yang otoriter, selain digunakan juga untuk kepentingan rekayasa sosial. Kini saatnya orientasi dan instrumentasi hukum pidana sebagai alat kekuasaan itu dirubah ke arah penopang bagi bekerjanya sistem politik yang demokratis dan menghormati hak asasi manusia. Inilah tantangan yang dihadapi dalam rangka penataan kembali hukum pidana dan peradilan pidana di masa transisi saat ini.

Dalam rangka menjawab tantangan tersebut, maka diperlukan usaha yang terencana dan sistematis guna menjawab tantangan baru itu. Suatu grand design bagi reformasi sistem peradilan pidana dan hukum pada umumnya harus mulai diprakarsai. Sistem peradilan pidana seperti diketahui menduduki tempat yang sangat strategis dalam kerangka membangun the Rule of Law, dan penghormatan terhadap hak asasi manusia. Sebab demokrasi hanya dapat berfungsi dengan benar apabila ada pelebagaan terhadap konsep the Rule of Law. Reformasi sistem peradilan pidana yang berorientasi pada perlindungan hak asasi manusia dengan demikian merupakan “conditio sine quo non” dengan proses pelebagaan demokratisasi di masa transisi saat ini. Langkah-langkah dalam melakukan transformasi hukum dan sistem peradilan pidana agar menjadi lebih efektif memang sedang berjalan saat ini. Tetapi usaha itu perlu mendapat dukungan yang lebih luas.

Institute for Criminal Justice Reform (ICJR) berusaha mengambil prakarsa mendukung langkah-langkah tersebut. Memberi dukungan dalam konteks membangun penghormatan terhadap the Rule of Law dan secara bersamaan membangun budaya hak asasi manusia dalam sistem peradilan pidana. Inilah alasan kehadiran ICJR.

Sekretariat: Jl. Kompleks Departemen Kesehatan Blok B4, Pasar Minggu, Jakarta Selatan - 12520
Phone/Fax : 021 27807065 Email : infoicjr@icjr.or.id

 <http://icjr.or.id>  infoicjr@icjr.or.id      ICJRID