

Urgensi Demedikalisasi Aborsi Aman di Indonesia: Respons terhadap KUHP 2023



Urgensi Demedikalisasi Aborsi Aman di Indonesia:
Respons terhadap KUHP 2023

Urgensi Demedikalisasi Aborsi Aman di Indonesia: Respons terhadap KUHP 2023

Penulis

Audrey Kartisha Mokobombang
Bahaluddin Surya
Johanna Poerba

Pembaca Ahli

Anugerah Rizki Akbari
Maidina Rahmawati

Editor

Syahrial M. Wiryawan

Desain Cover & Tata Letak

Ridlo Ilwafa (Sukaria.net)

Lisensi Hak Cipta:



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

Penerbit

Institute for Criminal Justice Reform
Jl. Komplek Departemen Kesehatan Nomor B-4, Pasar Minggu, Jakarta Selatan
– 12520, Phone/Fax: 021-27807065

Dipublikasikan pertama kali pada Maret 2025

Kata Pengantar

Pelaksanaan aborsi aman yang merata dan dapat diakses oleh orang yang membutuhkan di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan. Disahkannya KUHP 2023, UU No. 17 tahun 2023, PP No. 28 Tahun 2024, yang seharusnya memperluas akses terhadap layanan aborsi aman, belum mampu memberikan kepastian dalam penyediaan akses aborsi yang aman, utamanya untuk kasus korban kekerasan seksual, dan juga atas indikasi kedaruratan medis yang aturannya diperbarui oleh KUHP 2023.

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji perubahan regulasi terkait aborsi aman dalam konteks kebijakan hukum pasca KUHP 2023 dan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang masih menegaskan kriminalisasi aborsi namun memberikan perubahan sedikit lebih progresif dengan memperkuat aturan tentang aborsi aman untuk korban kekerasan seksual. Sayangnya, tindak lanjut dari KUHP 2023 dan UU No. 17 tahun 2023 justru mengamanatkan aborsi aman hanya dapat diberikan oleh dokter spesialis pada Rumah Sakit tingkat lanjut. Padahal dalam KUHP 2023 batas usia kehamilan yang diperbolehkan untuk aborsi bagi korban perkosaan diatur hingga 14 minggu, yang mana di dalam ada rentang sampai dengan 12 minggu. Pada waktu tersebut aborsi bisa dilakukan dengan obat-obatan, yang diadministrasikan tidak hanya bergantung kepada dokter ataupun dokter spesialis.

Pengarusutamaan model aborsi dengan obat-obatan lekat dengan semangat demedikalisasi aborsi aman. Bahwa aborsi tidak hanya selalu digantungkan dengan dokter spesialis ataupun rumah sakit tingkat lanjut yang sangat bercorak “medis”. Sayangnya dalam PP No. 28 tahun 2024, demedikalisasi tersebut tidak dimuat. Oleh karena itu, penelitian ini menyoroti urgensi demedikalisasi aborsi sebagai strategi untuk meningkatkan akses layanan tanpa ketergantungan penuh pada fasilitas kesehatan formal. Penelitian ini melakukan pemetaan tantangan dalam implementasi layanan aborsi aman, utamanya aborsi dengan obat dengan melihat pandangan masing-masing aktor yang terlibat,

Kami berharap penelitian ini dapat menjadi referensi bagi pembuat kebijakan, tenaga kesehatan, dan organisasi masyarakat sipil dalam memperjuangkan hak kesehatan reproduksi yang lebih adil, aman, dan berbasis hak asasi manusia, utamanya berkaitan dengan aborsi aman.

Institute for Criminal Justice Reform

Maidina Rahmawati

Plt. Direktur Eksekutif

Daftar Isi

Kata Pengantar	1
Daftar Isi	3
Bab 1: Pendahuluan	5
1.1 Latar Belakang	5
1.2 Pertanyaan Penelitian	11
1.3 Metode Penelitian	12
1.4 Tujuan Penelitian	13
Bab 2: Landasan Aborsi Aman: Standar Internasional dan Pemetaan Kebijakannya di Indonesia	14
2.1 Standar Penyusunan Kebijakan terkait Aborsi Aman dalam Instrumen Hukum Internasional dan Perkembangan Demedikalisasi Aborsi secara Global	14
2.2 Pemetaan Regulasi terkait Aborsi dalam KUHP 2023, dan UU Kesehatan 2023 serta Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2024	25
2.3 Limitasi Akses Aborsi pada Indikasi Kedaruratan Medis dan Implikasinya terhadap Kontrol atas Hak Integritas Reproduksi Individu dengan Rahim	43

2.4	Masalah Penetapan Layanan Kesehatan	47
Bab 3: Tantangan Penyediaan Aborsi Aman Berdasarkan Pandangan Pemangku Kepentingan		49
3.1	Pandangan Pemangku Kepentingan tentang Dekriminalisasi Aborsi	50
3.2	Pandangan Pemangku Kepentingan tentang Aborsi Aman dari KUHP 2023	53
3.3	Pandangan Pemangku Kepentingan dan Proyeksi Penyediaan Aborsi Medis	57
3.4	Keberadaan Pelatihan Aborsi Aman di Indonesia	59
Bab 4: Kesimpulan dan Rekomendasi		61
Daftar Pustaka		64
Profil Penulis		69
Profil ICJR		70

Bab 1

Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Laporan State of World Population 2022 oleh UNFPA melaporkan estimasi terjadinya 121 juta kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) pertahunnya di dunia pada 2015-2019.¹ Kehamilan yang tidak diinginkan atau juga sering dikatakan kehamilan tidak direncanakan diartikan sebagai kejadian kehamilan yang terjadi ketika orang yang hamil tidak menginginkan anak atau tidak menginginkan anak kembali. Berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) yang terakhir dipublikasikan pada tahun 2017, dilaporkan bahwa 7% kehamilan di Indonesia tidak diinginkan.² Data olahan dari SDKI ini selanjutnya menghasilkan penelitian lainnya, berupa survei terhadap 1.050 responden perempuan tidak menikah pada rentang usia 15-49 tahun. Dari survei tersebut ditemukan bahwa 15,5% perempuan tidak menikah mengalami kehamilan tidak diinginkan.³ BKKBN kemudian menyatakan pada 2020

- 1 Ian McFarlane, *State of World Population 2022: Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy* (UNFPA, 2022), hal. 10-20. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf.
- 2 Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS), dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017* (BKKBN, BPS, Kemenkes, 2017), hal 91, <https://ia802800.us.archive.org/30/items/LaporanSDKI2017/Laporan%20SDKI%202017.pdf>.
- 3 Agung D. Laksono et al., "Unmarried Women and Unintended Pregnancy: An Indonesian

bahwa terdapat peningkatan kehamilan tidak diinginkan menjadi 17.5% pada rata-rata nasional.⁴

Laporan State of World Population 2022 tersebut juga menggaris-bawahi bahwa kejadian kehamilan tidak diinginkan berkaitan dengan pembangunan sosial dan ekonomi di masyarakat. Laporan itu mengukur perbandingan perbedaan tingkat kehamilan tidak diinginkan di negara Eropa dan Amerika Utara, yang menunjukkan bahwa negara dengan pembangunan sosial-ekonomi dan kesetaraan gender yang lebih tinggi, termasuk akses legal yang lebih universal terhadap aborsi aman menunjukkan angka kehamilan tidak diinginkan lebih rendah.⁵ Tingginya angka KTD secara global ini disebabkan oleh berbagai faktor seperti tidak meratanya informasi terkait kesehatan reproduksi, kemampuan ekonomi, penggunaan kontrasepsi yang tidak sesuai atau berbahaya, dan juga kekerasan seksual serta pemaksaan kehamilan.⁶

Terkait dengan aborsi, Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization, selanjutnya disebut dengan “WHO”) mencatat jumlah aborsi (*induced abortion*)⁷ yang terjadi tiap tahunnya di dunia mencapai adalah sebesar 73 juta. Enam dari sepuluh kasus aborsi atau 61% dari kasus aborsi tersebut merupakan Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD). Data ini sejalan dengan laporan UNFPA yang menyatakan bahwa angka KTD di dunia setiap tahunnya mencapai 121 juta dan lebih dari 60% kasus tersebut berakhir pada aborsi. Sayangnya, 45% dari abor-

Cross-Sectional Study,” *Indian Journal of Community Medicine* 48, no. 2 (March-April 2023), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10263027/>.

- 4 Sania Mashabi dan Fabian Januarius Kuwado, *BKKBN: Kehamilan Tak Diinginkan di Indonesia Rata-rata 17,5 Persen* (Kompas, 2020) <<https://nasional.kompas.com/read/2020/06/30/15030631/bkkbn-kehamilan-tak-diinginkan-di-indonesia-rata-rata-17-5-persen>>
- 5 *Op.cit.*, McFarlane, hal. 23-24.
- 6 Dian Agustino, “121 Million Pregnancies Are Unintended—A Global Crisis, Says New UNFPA Report,” *UNFPA Indonesia*, 2022, <https://indonesia.unfpa.org/en/news/press-release-121-million-pregnancies-are-unintended%E2%80%94global-crisis-says-new-unfpa-report>.
- 7 *Induced abortion* adalah penghentian kehamilan yang dilakukan dengan sengaja melalui tindakan medis seperti obat-obatan atau pembedahan (Lihat: World Health Organization (WHO), “Abortion,” *WHO*, diakses 17 Juli 2024, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/abortion>).

si tersebut dilakukan secara tidak aman.⁸ Pendataan terkait aborsi di Indonesia tidak dilakukan secara spesifik oleh lembaga negara sehingga sulit untuk mengetahui berapa banyak kehamilan tidak diinginkan yang berakhir dengan aborsi tidak aman atau, lebih spesifik, korban kekerasan seksual yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dan harus melakukan aborsi secara tidak aman. Padahal, data-data ini penting untuk melihat implementasi dari UU Kesehatan dan peraturan turunannya terkait pemenuhan hak korban kekerasan seksual maupun kehamilan dengan kedaruratan medis untuk melakukan aborsi secara aman.

Terkait dengan metode aborsi, dalam standar aborsi aman terbaru, WHO menyatakan bahwa aborsi aman dapat dilakukan menggunakan obat-obatan ataupun prosedur bedah dengan tindak lanjut rawat jalan sederhana. Berbagai penelitian yang menjadi dasar dari standar ini menunjukkan bahwa aborsi aman dapat dilakukan secara mandiri di luar fasilitas kesehatan dengan mengonsumsi obat aborsi sepanjang perempuan yang bersangkutan memiliki informasi yang tepat dan akses pada tenaga kesehatan terlatih. Aborsi aman mandiri ini dapat dilakukan oleh perempuan dengan usia kandungan maksimal 12 minggu.⁹

Secara umum, WHO menyatakan beberapa panduan baru dalam menjamin akses aborsi aman mencakup rekomendasi untuk penanganan medis bagi tindakan aborsi di tingkat dasar serta rekomendasi untuk penghapusan regulasi yang berpotensi menghalangi implementasi layanan aborsi yang efektif. Rekomendasi kedua ini mencakup anjuran penghapusan ketentuan terkait kriminalisasi, batasan usia kehamilan, persetujuan dari pihak ketiga misalnya pasangan atau keluarga, serta jangka waktu maksimum untuk melakukan aborsi.¹⁰ Beberapa dari

8 Deonisia Arlinta, "Sebanyak 121 Juta Kehamilan Tidak Diinginkan Terjadi Setiap Tahun di Seluruh Dunia," *Kompas.id*, accessed July 5, 2024, <https://www.kompas.id/baca/humaniora/2022/07/29/global-sebanyak-121-juta-kehamilan-tidak-diinginkan-terjadi-setiap-tahun>.

9 World Health Organization (WHO), *Abortion Care Guideline, SRHR.org* (WHO, 2023), <https://srhr.org/abortioncare/chapter-1/background-and-context/>.

10 *Ibid.*

rekomendasi WHO terkait regulasi yang menghambat implementasi layanan aborsi aman ini, sayangnya, masih diatur dalam peraturan perundangan di Indonesia.

Dari segi peraturan perundangan, ketentuan tentang aborsi di Indonesia tersebar dalam beberapa undang-undang dan peraturan teknis. Sebelum adanya pengesahan UU No. 1 tahun 2023 tentang KUHP (selanjutnya disebut KUHP 2023) dan UU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut UU Kesehatan 2023), aborsi diperbolehkan¹¹ hanya atas indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan dengan batas usia kehamilan sampai dengan 6 minggu. Terdapat juga aturan Peraturan Pemerintah No. 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (selanjutnya disebut PP 61/2014) dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan (selanjutnya disebut Permenkes 3/2016).

Dengan sejumlah aturan teknis tersebut, penelitian sebelumnya mencatat sejumlah tantangan yang dihadapi dalam penyediaan layanan aborsi aman di Indonesia. Dari beberapa literatur, penulis memetakan beberapa faktor yang masih ditemukan dalam implementasi aborsi aman di Indonesia. Faktor-faktor ini berkaitan dengan sumber daya manusia yang melaksanakan aborsi aman dan kondisi sosial budaya.

Permasalahan terkait sumber daya manusia salah satu faktor utama dalam implementasi aborsi aman di Indonesia. Dalam UU Kesehatan, aborsi aman hanya dapat dilakukan oleh tenaga medis serta tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Di sisi lain, tenaga medis masih dihadapkan dengan persoalan etik.¹² Dalam menjalankan tugasnya, dokter di Indonesia harus berpegang teguh dengan sumpah-

11 Pasal 75 dan 76 UU Kesehatan sebelumnya (UU No. 36 tahun 2009).

12 Ratna Winahyu Lestari Dewi and Suhandi Suhandi, "Aborsi bagi Korban Pemerkosaan dalam Perspektif Etika Profesi Kedokteran, Hukum Islam dan Peraturan Perundang-Undangan," *Perspektif* 16, no. 2 (April 27, 2011): 74, <https://doi.org/10.30742/perspektif.v16i2.71>.

nya untuk menghormati “setiap hidup insani sejak saat pembuahan.”¹³

Selain itu, tenaga medis juga masih harus mengalami potensi kriminalisasi. Meskipun aturan aborsi aman untuk indikasi ke daruratan medis dan korban kekerasan seksual telah tertuang dalam Permenkes 3/2016, tetapi hingga saat ini Kementerian Kesehatan belum menunjuk fasilitas kesehatan yang dapat memberikan akses layanan aborsi aman.¹⁴ Tidak jelasnya aturan inilah yang membuat tenaga medis dan fasilitas kesehatan selalu dibayangi dengan ancaman kriminalisasi, sekalipun dilakukan untuk tujuan indikasi ke daruratan medis ataupun akibat perkosaan.

Dari sisi korban kekerasan seksual, terdapat permasalahan yang lebih kompleks seperti faktor sosial budaya. Stigma terhadap korban kekerasan seksual yang hamil juga sering kali menghambat akses layanan. Pandangan bahwa kehamilan yang dialami korban merupakan karma yang didapatkan dari dosa masa lalunya.¹⁵ Di sisi lain, korban juga harus menghadapi proses panjang untuk mendapatkan akses layanan. Tahap pertama korban harus melalui proses hukum dengan mengajukan laporan polisi dan menjalani visum. Selanjutnya, apabila hasil visum menunjukkan adanya tanda-tanda pemerkosaan, korban harus menjalani konseling pra-tindakan, rujukan, tindakan aborsi dan konseling pasca-tindakan. Proses panjang ini tentu akan mengakibatkan hilangnya pendapatan korban, sebab korban tidak dapat mencari nafkah selama proses hukum dan tindakan medis. Belum lagi, masa berlarut ini justru menghilangkan kesempatan aborsi, yang hanya disediakan sampai dengan 6 minggu.

Pada 2023, terdapat kebaruan pengaturan mengenai aborsi di In-

13 Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter.

14 Institute for Criminal Justice Reform (ICJR), “Kemenkes Segera Tunjuk Fasilitas Kesehatan Penyedia Aborsi Aman dan Pemerintah serta DPR Perkuat Jaminan Aborsi Aman dalam RKUHP,” ICJR, accessed February 7, 2025, <https://icjr.or.id/kemenkes-segera-tunjuk-fasilitas-kesehatan-penyedia-aborsi-aman-dan-pemerintah-serta-dpr-perkuat-jaminan-aborsi-aman-dalam-rkuhp/>; Permata Adinda, “Kebijakan Aborsi Berbalut Stigma: Ketika Layanan Kesehatan Tidak Berpihak pada Hak Korban Kekerasan Seksual,” *Project Multatuli*, 2023, <https://projectmultatuli.org/kebijakan-aborsi-berbalut-stigma-ketika-layanan-kesehatan-tidak-berpihak-pada-hak-korban-kekerasan-seksual/>.

15 *Ibid.*

onesia. Aborsi diperbolehkan untuk dilakukan bagi tidak hanya korban perkosaan, namun juga bagi seluruh korban kekerasan seksual. Batas usia kehamilan yang diperbolehkan untuk diaborsi juga ditingkatkan, dari usia kehamilan hanya 6 minggu/40 hari menjadi 14 minggu. Pengaturan ini dimuat dalam Pasal 463-465 KUHP 2023. Pengaturan ini merupakan perubahan baik dari KUHP 2023 mengingat KUHP 1946 tidak mengatur pengecualian kriminalisasi aborsi.

Pasca KUHP 2023, jaminan pemenuhan layanan aborsi juga diatur dalam UU Kesehatan 2023. Pasal 60 UU Kesehatan mengatur kriminalisasi aborsi dengan pengecualian yang dibolehkan oleh KUHP 2023. Dalam hal ini, pengecualian tersebut adalah untuk indikasi kedaruratan medis atau kehamilan yang disebabkan oleh perkosaan atau kekerasan seksual lainnya sampai dengan batas usia kehamilan 14 minggu.

Ketentuan mengenai teknis layanan aborsi bagi pengecualian ini kemudian diatur di dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut PP 28/2024). PP ini mengatur beberapa hal penting terkait layanan aborsi salah satunya adalah bahwa layanan aborsi dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sepanjang memenuhi standar Sumber Daya Kesehatan yang ditentukan oleh Menteri Kementerian Kesehatan.¹⁶

Hal penting lainnya dari PP ini adalah ketentuan peralihan yang mengatur bahwa usia kehamilan untuk akses layanan aborsi masih mengikuti ketentuan Pasal 31 PP 61/2014 hingga KUHP 2023 berlaku.¹⁷ Peraturan Pemerintah ini merupakan aturan yang sebelumnya mengatur tentang aborsi, sebelum adanya PP 28/2024. Ini berarti, sampai dengan berlakunya KUHP Baru pada Januari 2026, tindakan aborsi bagi korban perkosaan hanya dapat dilakukan apabila usia kehamilan belum melewati usia 40 hari sesuai batasan yang diperbolehkan dalam UU Kesehatan sebelumnya (UU No. 36 tahun 2009 dan PP No. 61 tahun 2014).

16 Pasal 119 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.

17 Pasal 154 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.

Perubahan batas usia kehamilan menjadi 14 minggu baru akan berlaku sesuai dengan keberlakuan KUHP 2023 (UU No. 1 tahun 2023), yaitu pada Januari 2026.

Tulisan ini akan membahas tentang kebaruan regulasi dan implementasinya terkait aborsi aman bagi korban kekerasan seksual dan kehamilan dengan indikasi kedaruratan medis. Hal tersebut akan dianalisis dari tantangan yang dihadapi sebelum penguatan pengaturan baru pada 2023 dikaitkan dengan komitmen kebaruan yang dihadirkan oleh KUHP 2023 dan UU Kesehatan baru pada 2023. Peraturan-peraturan yang akan dipetakan dalam penelitian ini tidak hanya peraturan yang menjamin pemenuhan hak akan layanan aborsi aman tetapi juga peraturan yang berpotensi mengancam atau merintangi pemenuhan hak ini.

Dari berbagai faktor penghambat di atas dan munculnya perubahan dalam peraturan perundang-undangan, penting untuk melakukan pemetaan lebih lanjut terkait regulasi baru dan implementasi aborsi aman di Indonesia, demi mempersiapkan implementasi pemenuhan layanan aborsi aman. Pemetaan yang dilakukan akan mencoba menjawab sejauh mana berbagai regulasi baru yang dibentuk sepanjang tahun 2022-2023 dapat mendukung atau pun menghambat implementasi layanan aborsi aman di Indonesia. Harapannya, penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi pemerintah dan aparat penegak hukum dalam penyusunan serta implementasi berbagai aturan teknis dari KUHP 2023, UU Kesehatan, dan berbagai peraturan lainnya dalam lingkup nasional berkaitan dengan pelaksanaan aborsi di Indonesia.

1.2 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pengaturan terkait aborsi dalam KUHP 2023, UU Kesehatan dan peraturan turunannya?
2. Bagaimana perkembangan peraturan dan implementasi aborsi aman merespons kebaruan pada KUHP 2023, UU Kesehatan, dan PP 28/2024?

1.3 Metode Penelitian

Penelitian ini bersifat reflektif dan menggunakan metode normatif deskriptif, yang bertujuan untuk menganalisis regulasi terkait aborsi aman serta implementasinya dalam sistem hukum di Indonesia. Pendekatan normatif deskriptif dilakukan dengan mengkaji ketentuan hukum yang mengatur akses terhadap aborsi, baik dalam UU Kesehatan, KUHP 2023, Peraturan Pemerintah, maupun instrumen hukum internasional yang mengatur pemenuhan hak atas kesehatan reproduksi.

Penelitian ini menelaah bagaimana kebijakan yang ada mengakomodasi atau justru membatasi akses terhadap layanan aborsi aman serta sejauh mana regulasi tersebut mempertimbangkan hak individu dengan janin, dalam kerangka hukum nasional maupun internasional. Lebih lanjut, penelitian ini mengadopsi lensa analisis hak asasi manusia¹⁸ dengan mempertimbangkan kondisi sosial-politik pasca disahkannya KUHP 2023, terkhususnya pada pandangan para pemangku kebijakan terhadap pengaturan aborsi di Indonesia. Fokus analisis gender dalam penelitian ini diarahkan pada urgensi demedikalisasi aborsi, yakni upaya untuk mengurangi ketergantungan pada intervensi medis yang ketat dan membuka ruang bagi pendekatan yang lebih inklusif serta berbasis pada hak untuk mengakses layanan kesehatan bagi individu yang membutuhkan aborsi aman. Penelitian ini juga mengeksplorasi sejauh mana demedikalisasi dapat diimplementasikan di Indonesia, mengingat adanya hambatan struktural dan regulasi yang masih membatasi akses terhadap layanan aborsi aman untuk individu dengan rahim.

Dengan menggabungkan metode normatif deskriptif dan analisis gender, penelitian ini tidak hanya mengkaji aspek legal-formal dalam pengaturan aborsi aman, tetapi juga mengevaluasi dampak struktural dari pendekatan hukum yang masih restriktif terhadap akses layanan aborsi di Indonesia. Selain itu, melalui proses wawancara, penelitian ini

18 Ernst Hirsch Ballin, *Advanced Introduction to Legal Research Methods* (Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2020), hal 56–57.

memetakan berbagai tantangan yang dihadapi oleh para aktor kunci, seperti Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI) serta organisasi masyarakat sipil yang memperjuangkan hak kesehatan reproduksi dan pendampingan individu yang membutuhkan layanan aborsi yang tidak terbatas pada praktisi medis, seperti Forum penyedia Layanan (FPL), Perkumpulan Samsara, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), Dokter Tanpa Stigma (DTS).

1.4 Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk memetakan perubahan pengaturan maupun implementasi terkait layanan aborsi aman untuk dua kondisi yang diatur dalam KUHP 2023, yaitu korban kekerasan seksual dan atas indikasi kedaruratan medis. Pemetaan dalam penelitian ini penting untuk mengetahui situasi kebijakan terkait layanan aborsi aman serta memaparkan peluang dan tantangan pemenuhan hak perempuan akan layanan aborsi aman sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku atau akan berlaku (KUHP 2023, UU Kesehatan, serta PP 28/2024).

Bab 2

Landasan Aborsi Aman: Standar Internasional dan Pemetaan Kebijakannya di Indonesia

2.1 Standar Penyusunan Kebijakan terkait Aborsi Aman dalam Instrumen Hukum Internasional dan Perkembangan Demedikalisasi Aborsi secara Global

Sebelum menilai regulasi baru dan implementasi aborsi aman di Indonesia, penting untuk memahami terlebih dulu standar layanan aborsi aman yang direkomendasikan oleh WHO. Apabila mengacu pada standar aborsi aman, WHO dalam Pedoman Perawatan Aborsi (*Abortion Care Guideline*) menempatkan standar kualitas dalam beberapa komponen: efektivitas, efisiensi, aksesibilitas, penerimaan, kesetaraan dan keamanan.¹⁹ Berbagai komponen ini dapat diuraikan sebagai berikut:²⁰

1. Efektivitas berkaitan dengan pemberian perawatan berbasis bukti yang meningkatkan kesehatan individu dan komunitas, serta responsif terhadap kebutuhannya.
2. Efisiensi sendiri berkaitan dengan optimalisasi sumber daya yang tersedia.
3. Aksesibilitas mencakup ketepatan waktu, terjangkau secara geografis maupun biaya, dan disediakan dalam lingkungan di mana keterampilan dan sumber daya sesuai dengan kebutuhan

¹⁹ *Abortion Care Guideline* (Geneva: World Health Organization, 2022), hal 1.

²⁰ *Ibid*, hal. 1-2.

medis.

4. Penerimaan berkaitan dengan preferensi dan nilai-nilai masing-masing pengguna layanan dan budaya komunitas.
5. Komponen kesetaraan dimaknai bahwa layanan aborsi harus adil dan tidak ada perbedaan kualitas pelayanan yang didasarkan pada karakteristik pribadi orang yang mencari layanan, seperti jenis kelamin, ras, etnis, status sosial ekonomi, pendidikan, distabilitas, atau berdasarkan lokasi geografis mereka dalam suatu negara.
6. Layanan aborsi diberikan dengan aman, hal ini dimaksudkan bahwa setiap layanan harus meminimalkan risiko dan kerugian bagi pengguna layanan.

Lebih lanjut, *Abortion Care Guideline* juga melihat beberapa aspek perubahan yang perlu dilakukan untuk menghadirkan layanan aborsi aman yang berkualitas. Aspek ini berkaitan dengan hukum dan kebijakan, layanan klinis serta pemberian layanan.²¹ Dengan menyesuaikan dan mengintegrasikan ketiga aspek itu dengan standar atau rekomendasi yang telah ditetapkan WHO, diharapkan dapat menghadirkan layanan aborsi aman yang berkualitas bagi setiap individu yang membutuhkan.

Diskursus aborsi aman pada tingkat global mengalami perkembangan yang signifikan, khususnya dalam upaya demedikalisasi aborsi. Konsep ini bertujuan untuk mengurangi ketergantungan pada profesional medis khusus, seperti dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dengan memungkinkan layanan aborsi yang aman melalui sarana medis, khususnya pada awal kehamilan. Pendekatan ini menekankan bahwa aborsi dapat ditangani secara efektif tanpa intervensi langsung dari dokter spesialis seperti aborsi bedah (*surgical abortion*). Konsep ini secara komprehensif dikembangkan oleh Hafmann yang menganalisis secara ekstensif medikalisasi dan demedikalisasi aborsi. Dalam penelitiannya,

21 *Ibid*, hal. 3.

Hafmann menyoroiti bagaimana layanan aborsi telah bertransisi antara domain medis dan non-medis, yang dipengaruhi oleh faktor politik dan sosial.²² Dalam konteks ini, Hafmann menemukan bahwa akses terhadap aborsi sering kali dikendalikan semata pada proses medikalisasi, di mana layanan ini hanya bisa dilakukan oleh tenaga medis pada tingkat tertentu dan di fasilitas kesehatan tertentu yang belum aksesnya cenderung terbatas.²³ Oleh karena itu, penting untuk mengarusutamakan aborsi aman di luar domain medis, tidak hanya dengan memastikan akses terhadap obat-obatan yang aman, tetapi juga dengan menyediakan informasi yang komprehensif bagi masyarakat serta meningkatkan kapasitas penyedia layanan aborsi. Upaya ini harus mencakup beragam tingkat tenaga kesehatan dan masyarakat sipil yang bergerak aktif dalam menyediakan layanan dan pendampingan, tanpa membatasi praktik layanan hanya pada tenaga medis tertentu, sehingga akses terhadap aborsi aman dapat lebih luas, inklusif, dan mudah dijangkau oleh mereka yang membutuhkan.

Lebih lanjut, penelitian yang dilakukan oleh Shepherd dan Turner di tahun 2018, yang merupakan peneliti dan praktisi biomedis, menunjukkan bahwa perempuan yang hidup di bawah garis kemiskinan menghadapi kerentanan yang lebih besar dalam mengakses layanan aborsi aman. Mereka menyoroiti bahwa ketergantungan penuh pada domain medis dalam penyediaan layanan aborsi menciptakan hambatan struktural yang signifikan, menjadikan layanan ini bersifat eksklusif dan sulit dijangkau oleh perempuan dari kelompok ekonomi rendah yang sangat membutuhkannya.²⁴ Dalam banyak kasus, keterbatasan finansial menyebabkan perempuan miskin kesulitan mendapatkan akses ke fasilitas ke-

22 Drew Halfmann, "Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices, and Identities," *Health* 16, no. 2 (2012): 186–207, <https://doi.org/10.1177/1363459311403947>.

23 *Ibid.*

24 Leslie Shepherd and H.D. Turner, "The Over-Medicalization and Corrupted Medicalization of Abortion and Its Effect on Women Living in Poverty," *Journal of Law, Medicine & Ethics* 46, no. 3 (September 2018): 672–679, <https://doi.org/10.1177/1073110518804222>.

sehatan yang menyediakan layanan aborsi aman, baik karena biaya tinggi, keterbatasan fasilitas kesehatan di daerah terpencil, maupun regulasi yang ketat.²⁵ Ketika layanan aborsi hanya terbatas pada tenaga medis spesialis di institusi kesehatan tertentu, kelompok rentan ini semakin terpinggirkan, sehingga mereka cenderung dengan kondisi terpaksa mencari alternatif yang tidak terjamin, seperti praktik aborsi yang tidak aman dengan penyebaran yang ilegal atau metode aborsi yang berisiko tinggi dan tidak bisa menjamin keselamatan individu yang mengakses layanan tersebut.

Dalam aspek hukum dan kebijakan, setiap penyusunan aturan terkait aborsi harus memenuhi berbagai ketentuan hak asasi manusia, yang tertuang dalam instrumen hukum internasional maupun hukum nasional. WHO dalam panduannya telah memetakan beberapa hak asasi manusia yang relevan dengan aborsi, sebagai berikut:²⁶

Hak Asasi Manusia	Penjelasan
Hak atas standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai, termasuk hak dan kesehatan seksual dan reproduksi	Negara memiliki kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak setiap orang atas kesehatan seksual dan reproduksi. Ini termasuk: <ul style="list-style-type: none"> • menghapus ketentuan hukum, termasuk hukum pidana, yang menghukum perempuan yang melakukan aborsi atau praktisi medis yang menyediakan layanan tersebut; • memastikan bahwa perempuan tidak terhalang mengakses layanan kesehatan karena keberatan hati nurani dari profesional kesehatan (misalnya, sistem kesehatan harus menyediakan rujukan ke penyedia layanan kesehatan alternatif jika dokter menolak melakukannya); • menghilangkan hambatan terhadap pe-

25 *Ibid.*

26 *Loc.cit*, WHO hal. 8-9.

	<p>penyediaan layanan aborsi, termasuk hambatan yang membuat perempuan melakukan aborsi tidak aman – ini harus mencakup menghilangkan keterlambatan yang tidak dapat diterima dalam pemberian penanganan medis;</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengambil langkah-langkah untuk mencegah aborsi tidak aman dan memastikan akses ke perawatan pasca-aborsi dalam segala situasi, secara rahasia, dan tanpa ancaman penuntutan pidana atau tindakan hukuman; • mengambil langkah-langkah untuk mencegah dan menghilangkan diskriminasi, stigmatisasi, dan stereotip negatif yang menghalangi akses ke kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk terhadap orang yang mencari aborsi dan penyedia layanan kesehatan yang menawarkan layanan aborsi. <p>Negara wajib menyediakan layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang memadai, terjangkau, dan berkualitas. Hal ini termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenaga kesehatan terlatih dan obat-obatan aman harus disediakan. • Layanan harus mudah diakses secara fisik dan finansial. • Informasi yang akurat tentang kesehatan seksual dan reproduksi harus tersedia tanpa ancaman pidana. • Layanan harus menghormati budaya dan peka terhadap perbedaan gender, usia, disabilitas, dan keragaman seksual.
Hak atas non-diskriminasi dan kesetaraan	<ul style="list-style-type: none"> • Negara harus memastikan akses setara terhadap informasi, barang, dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi. • Negara perlu mengutamakan akses aborsi aman dan perawatan pasca-aborsi

	<p>bagi kelompok termarjinalkan dan minoritas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hukum dan kebijakan diskriminatif, seperti kriminalisasi aborsi, harus dihapus atau direformasi. • Negara harus menghilangkan hambatan yang menghalangi akses kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk izin pihak ketiga, konseling bias, dan masa tunggu. • Tindakan pencegahan aborsi paksa, terutama bagi kelompok termarjinalkan atau rentan, harus dilakukan.
Hak untuk hidup	<ul style="list-style-type: none"> • Negara harus memastikan regulasi aborsi tidak membahayakan nyawa, menyebabkan rasa sakit fisik atau mental, mendiskriminasi, atau mengganggu privasi perempuan, anak perempuan, atau individu hamil lainnya. • Negara harus menyediakan akses yang aman, legal, dan rahasia terhadap aborsi jika nyawa atau kesehatan individu hamil terancam, jika melanjutkan kehamilan menyebabkan penderitaan, atau dalam kasus pemerkosaan, inses, atau kehamilan yang tidak layak. • Negara harus mengambil langkah untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas ibu, termasuk menangani aborsi tidak aman, terutama di lingkungan dengan tantangan yang lebih besar.
Hak atas privasi	<ul style="list-style-type: none"> • Negara harus menghormati hak individu untuk membuat keputusan mandiri tentang kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk aborsi. • Layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk aborsi dan perawatan pasca-aborsi, harus diberikan dengan menghormati privasi dan men-

	<p>jamin kerahasiaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenaga kesehatan tidak boleh diwajibkan melaporkan kasus aborsi. • Penolakan terapi aborsi dapat mengganggu hak privasi. • Persyaratan izin pihak ketiga dapat melanggar hak privasi.
<p>Hak untuk bebas dari penyiiksaan, perlakuan dan hukuman yang kejam, tidak manusiawi dan merendahkan martabat manusia, termasuk hak atas integritas fisik dan mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aborsi paksa, kriminalisasi aborsi, dan penolakan perawatan aborsi yang aman merupakan bentuk kekerasan berbasis gender yang dapat dianggap sebagai penyiiksaan atau perlakuan kejam. • Negara harus memastikan bahwa regulasi aborsi tidak menyebabkan penderitaan fisik atau mental yang signifikan, terutama dalam kasus kehamilan akibat pemerkosaan. • Hukum tidak boleh memperbolehkan aborsi tanpa persetujuan bebas dan terinformasi dari individu. • Negara harus mencegah dan menuntut aborsi paksa oleh pejabat publik atau swasta, termasuk pada perempuan dengan disabilitas. • Individu yang mencari aborsi legal tidak boleh mengalami sikap memermalukan atau menghakimi yang mengakibatkan penolakan atau keterlambatan layanan. • Kriminalisasi aborsi dapat dianggap sebagai penyiiksaan, terutama jika individu dipaksa memberikan pengakuan saat mencari perawatan medis darurat akibat aborsi ilegal.
<p>Hak untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah, jarak kelahiran, dan waktu kelahiran anak serta untuk mendapatkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Negara harus memastikan akses terhadap informasi dan layanan perencanaan keluarga serta kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk kontrasepsi terjangkau, agar perempuan

<p>informasi dan sarana untuk melakukan hal tersebut</p>	<p>dan remaja dapat membuat keputusan mandiri tentang kesehatan reproduksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perempuan dengan disabilitas harus dapat menjalankan hak untuk menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak.
<p>Hak atas informasi dan pendidikan termasuk kesehatan seksual dan reproduksi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Negara harus memastikan informasi terkini dan akurat tentang kesehatan seksual dan reproduksi (SRH) tersedia untuk semua individu dalam bahasa dan format yang sesuai. • Institusi pendidikan harus memasukkan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi yang tidak bias, akurat secara ilmiah, berbasis bukti, sesuai usia, dan komprehensif ke dalam kurikulum wajib. • Negara harus menyediakan informasi aborsi yang akurat dan berbasis bukti secara rahasia kepada individu. • Informasi harus disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh penerima. • Pilihan individu untuk menolak informasi yang ditawarkan harus dihormati. • Negara harus memastikan bahwa persetujuan yang diinformasikan diberikan secara bebas, dilindungi dengan baik, dan berdasarkan informasi yang lengkap, berkualitas tinggi, akurat, dan dapat diakses.
<p>Hak untuk memperoleh manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan dan realisasinya</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Negara harus memastikan akses yang memadai terhadap obat-obatan esensial dengan harga terjangkau. • Negara harus memastikan akses tanpa diskriminasi terhadap teknologi ilmiah yang diperlukan, terutama kontrasepsi dan obat untuk aborsi.

Berbagai hak di atas perlu menjadi acuan utama dalam penyusunan kebijakan terkait aborsi. Oleh karena itu, Badan Pengawasan Perjanjian (*treaty monitoring bodies*) telah menyerukan dekriminalisasi aborsi dalam segala situasi. Hal ini semakin memperjelas kewajiban negara terhadap hak asasi manusia sehubungan dengan aborsi, yaitu:²⁷

1. Negara tidak boleh mengatur kehamilan atau aborsi dengan cara yang bertentangan dengan kewajiban utama negara untuk memastikan bahwa perempuan dan anak perempuan tidak boleh melakukan aborsi yang tidak aman.
2. Kebijakan aborsi tidak boleh membahayakan nyawa perempuan hamil, membuat mengalami kesakitan atau penderitaan fisik atau mental (termasuk ketika hal ini merupakan penyiksaan atau perlakuan atau hukuman yang kejam, tidak manusiawi atau merendahkan martabat manusia), mendiskriminasi, atau mencampuri privasi mereka secara sewenang-wenang.
3. Pengaturan terkait aborsi harus berdasarkan bukti dan dirumuskan secara proporsional dengan tujuan memastikan penghormatan terhadap hak asasi manusia.
4. Akses terhadap aborsi harus tersedia ketika meneruskan kehamilan sampai usia kehamilan yang cukup bulan akan menyebabkan rasa sakit atau penderitaan yang substansial bagi perempuan tersebut. Hal ini termasuk tetapi tidak terbatas pada situasi di mana kehidupan dan kesehatannya terancam, di mana kehamilannya merupakan hasil dari pemerkosaan atau in-ses, atau di mana kehamilan tersebut tidak dapat bertahan.
5. Negara tidak boleh mengkriminalisasi aborsi, bagi orang yang melakukan aborsi atau mereka yang mendukung orang untuk melakukan aborsi.
6. Negara tidak boleh mewajibkan petugas kesehatan untuk melaporkan perempuan yang pernah atau dicurigai pernah melakukan aborsi.

27 *Ibid*, hal. 7-8.

2.1.1 Kompetensi Tenaga Kesehatan Kompetensi Tenaga Kesehatan

Dalam implementasi aborsi, tenaga kesehatan atau pihak-pihak yang membantu dalam proses memiliki peran penting untuk memastikan setiap individu dapat mengakses aborsi secara aman. Dari pedoman maupun *toolkit* yang diterbitkan oleh WHO, kompetensi tenaga kesehatan sangat berorientasi pada bentuk layanan dan situasi pada saat layanan diberikan. Hal ini bertujuan untuk memastikan setiap tindakan aborsi didasarkan pada otonomi individu dan hak mereka untuk memilih tujuan dan/atau intervensi kesehatan berdasarkan kebutuhan layanan yang telah teridentifikasi.²⁸

Dengan berorientasi pada kebutuhan layanan bagi setiap individu yang membutuhkan layanan aborsi aman, WHO memberikan beberapa rekomendasi tenaga kesehatan yang dapat memberikan layanan. Dari berbagai rekomendasi yang diberikan, dokter umum atau dokter spesialis tidak menjadi satu-satunya pihak yang dapat memberikan layanan. Ada beberapa pihak yang direkomendasikan, sebagai berikut:²⁹

Tenaga Kesehatan	Penjelasan
Petugas kesehatan masyarakat	Meskipun tidak ada bukti langsung yang cukup ditemukan untuk keselamatan, efektivitas, atau penerimaan opsi ini; namun, bukti tidak langsung menunjukkan bahwa intervensi promosi kesehatan oleh petugas kesehatan masyarakat umumnya diterima dengan baik, efektif, dan layak di banyak konteks. Petugas kesehatan masyarakat sering kali berperan sebagai perantara antara sistem kesehatan dan perempuan yang mencari perawatan terkait aborsi. Oleh karena itu, WHO merekomendasikan opsi ini, karena

28 Family Planning and Comprehensive Abortion Care Toolkit for the Primary Health Care Workforce, *Competencies, vol. 1* (Geneva: World Health Organization, 2022), hal. 19.

29 *Loc.cit*, WHO hal. 38.

	dianggap layak dan peluang memperluas akses yang setara terhadap perawatan aborsi berkualitas.
Pekerja Apotek	Panel ahli menegaskan kelayakan opsi ini untuk memperluas akses setara terhadap perawatan aborsi berkualitas.
Apoteker	Keterampilan apoteker sesuai dengan kompetensi yang diperlukan. Apoteker dapat memberikan informasi tentang obat dan konseling untuk penyakit kronis, serta sering dikonsultasikan oleh perempuan mengenai keterlambatan menstruasi. Panel ahli merekomendasikan apoteker untuk menyediakan aborsi medis hingga 12 minggu dan menegaskan kemampuan mereka untuk memberikan konseling seimbang tentang aborsi, termasuk opsi bedah.
Pengobatan tradisional yang profesional	Keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk tugas ini sesuai dengan kompetensi tenaga kesehatan yang bersangkutan.
Perawat Pengganti/Perawat Bidan Pengganti	Konseling adalah kompetensi inti bagi tenaga kesehatan ini, dan tugas ini termasuk dalam ruang lingkup pekerjaannya.
Bidan	Konseling adalah kompetensi inti bagi bidan, dan tugas ini termasuk dalam ruang lingkup pekerjaannya.
Dokter umum/Dokter spesialis	Layanan aborsi merupakan bagian dari tugas dan ruang lingkup pekerjaannya.

Dari berbagai opsi tenaga kesehatan di atas, dapat terlihat bahwa layanan aborsi aman tidak hanya bergantung kepada Dokter umum/Dokter spesialis. Dengan keterlibatan berbagai pihak seperti apoteker, perawat, bidan, maupun petugas kesehatan masyarakat layanan aborsi aman dapat memperluas jangkauan layanan aborsi aman. Hal ini juga

dapat menjawab persoalan keterbatasan fasilitas kesehatan di daerah yang sulit dijangkau maupun menjamin kerahasiaan setiap individu yang mengakses layanan aborsi aman.

2.2 Pemetaan Regulasi terkait Aborsi dalam KUHP 2023, dan UU Kesehatan 2023 serta Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2024

Perubahan pengaturan terkait aborsi aman terjadi pada 2022 ketika Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP 2023) disahkan. Perubahan pada KUHP 2023 ini mencantumkan pengecualian pemidanaan bagi aborsi dan perubahan batas usia kehamilan yang diperbolehkan untuk dilakukan aborsi bagi korban kekerasan seksual. Pengecualian pemidanaan bagi perempuan hamil dengan kedaruratan medis ataupun perempuan korban perkosaan dan/atau kekerasan seksual lainnya sebelumnya sudah diatur dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pasca kebaruan KUHP 2023, kemudian juga disahkan UU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan yang juga menjangkau materi tentang aborsi yang diperbolehkan sesuai dengan KUHP 2023. Setelahnya pada Juli 2024, juga diterbitkan PP No. 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan.

Terdapat setidaknya enam hal penting yang diatur di dalam peraturan perundangan yang baru mengenai akses layanan aborsi yakni, **pengecualian kriminalisasi aborsi, batas usia kehamilan yang diizinkan untuk mengakses layanan aborsi bagi korban kekerasan seksual, syarat khusus untuk mengakses layanan aborsi, konseling bagi perempuan yang ingin mengakses layanan aborsi, fasilitas kesehatan pengada layanan aborsi, serta pembentukan tim pertimbangan yang memiliki kewenangan untuk menentukan dapat atau tidak dilakukan aborsi.**

Beberapa hal yang diatur tersebut mengalami perubahan namun terdapat juga pengaturan yang masih sama dengan ketentuan sebelum-

nya. ICJR memetakan pengaturan tersebut dengan melihat pasal-pasal dalam ketentuan-ketentuan baru tersebut yaitu KUHP 2023, UU Kesehatan 2023, dan PP Nomor 8 Tahun 2024 beserta perbandingannya dengan pasal-pasal dalam KUHP yang berlaku saat ini maupun UU Kesehatan 2009 dan aturan turunan sebelumnya (Peraturan Pemerintah No. 61 tahun 2014 dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 3 tahun 2016). Berikut tabel pemetaannya (perbedaan pada aturan baru dengan **cetak tebal**).

Substansi	Peraturan Perundang-Undangan Sebelumnya	Peraturan Perundang-Undangan Terbaru
Pengecualian kriminalisasi aborsi	<p>UU Kesehatan 2009 Pasal 75</p> <p>(1) Setiap orang dilarang melakukan aborsi.</p> <p>(2) Larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikecualikan berdasarkan:</p> <p>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</p> <p>b. kehamilan akibat</p>	<p>KUHP 2023 Pasal 463</p> <p>(1) Setiap perempuan yang melakukan aborsi, dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun.</p> <p>(2) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku dalam hal perempuan merupakan Korban Tindak Pidana perkosaan atau Tindak Pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan yang umur kehamilannya tidak melebihi 14 (empat belas) minggu atau memiliki indikasi kedaruratan medis.</p> <p>Pasal 465 ayat (3) (3) Dokter, bidan, paramedis, atau</p>

	<p>perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.</p>	<p>apoteker yang melakukan aborsi karena indikasi kedaruratan medis atau terhadap Korban Tindak Pidana perkosaan atau Tindak Pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 463 ayat(2), tidak dipidana.</p> <p>UU Kesehatan 2023 Pasal 60 (1) Setiap Orang dilarang melakukan aborsi, kecuali dengan kriteria yang diperbolehkan sesuai dengan ketentuan dalam kitab undang-undang hukum pidana.</p> <p>PP No. 28/2024 Setiap Orang dilarang melakukan aborsi, kecuali atas indikasi kedaruratan medis atau terhadap korban tindak pidana perkosaan atau tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan sesuai dengan ketentuan dalam kitab undang-undang hukum pidana.</p>
--	--	---

<p>Batas usia kehamilan bagi korban kekerasan seksual untuk akses layanan aborsi</p>	<p>UU Kesehatan 2009</p> <p>Pasal 76 huruf a Aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 hanya dapat dilakukan:</p> <p>a. sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis;</p>	<p>KUHP 2023</p> <p>Pasal 463 ayat (2) (2) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku dalam hal perempuan merupakan Korban Tindak Pidana perkosaan atau Tindak Pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan yang umur kehamilannya tidak melebihi 14 (empat belas) minggu atau memiliki indikasi kedaruratan medis.</p>
<p>Syarat akses layanan aborsi bagi korban kekerasan seksual dan kehamilan dengan kedaruratan medis</p>	<p>UU Kesehatan 2009</p> <p>Pasal 76 huruf c-d</p> <p>c. dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan;</p> <p>d. dengan izin suami, kecuali korban perkosaan;</p> <p>Permenkes No. 3/2016</p> <p>Pasal 17</p> <p>(1) Tim kelayakan aborsi bertugas menentukan adanya indikasi kedaruratan medis.</p> <p>(2) Dalam hal terdapat rujukan dari dokter adanya kondisi medis</p>	<p>UU Kesehatan 2023</p> <p>Pasal 60 ayat (2) huruf c</p> <p>(2) Pelaksanaan aborsi dengan kriteria yang diperbolehkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan:</p> <p>c. dengan persetujuan perempuan hamil yang bersangkutan dan dengan persetujuan suami, kecuali korban perkosaan.</p> <p>PP No. 28/2024</p> <p>Pasal 118</p> <p>Kehamilan akibat tindak</p>

	<p>tertentu pada kehamilan akibat perkosaan, tim kelayakan aborsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melakukan pemeriksaan.</p> <p>(3) Hasil pemeriksaan tim kelayakan aborsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa surat keterangan usia kehamilan dan/atau kelayakan aborsi.</p> <p>(4) Kehamilan akibat perkosaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dibuktikan dengan:</p> <p>a. usia kehamilan sesuai dengan kejadian perkosaan, yang dinyatakan oleh surat keterangan dokter; dan</p> <p>b. keterangan penyidik, psikolog, dan/atau ahli lain mengenai adanya dugaan perkosaan.</p> <p>Pasal 12</p> <p>(3) Dalam hal izin suami sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c tidak</p>	<p>pidana perkosaan atau tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 dibuktikan dengan:</p> <p>a. surat keterangan dokter atas usia kehamilan sesuai dengan kejadian tindak pidana perkosaan atau tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan; dan</p> <p>b. keterangan penyidik mengenai adanya dugaan perkosaan dan/atau kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan.</p> <p>Pasal 120</p> <p>(1) Pelayanan aborsi diberikan oleh tim pertimbangan dan dokter yang memiliki kompetensi dan kewenangan.</p> <p>(2) Tim pertimbangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas memberikan pertimbangan dan keputusan dalam melakukan pelayanan aborsi karena adanya kehamilan yang</p>
--	---	--

	<p>dapat dipenuhi, persetujuan dapat diberikan oleh keluarga perempuan hamil yang bersangkutan.</p>	<p>memiliki indikasi kedaruratan medis dan/atau kehamilan akibat tindak pidana perkosaan atau tindak pidana kekerasan seksual lain.</p> <p>(3) Dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas melakukan pelayanan aborsi karena adanya kehamilan yang memiliki indikasi kedaruratan medis dan/atau kehamilan akibat tindak pidana perkosaan atau tindak pidana kekerasan seksual lain.</p> <p>Pasal 122</p> <p>(1) Pelayanan aborsi hanya dapat dilakukan atas persetujuan perempuan hamil yang bersangkutan dan dengan persetujuan suami, kecuali korban tindak pidana perkosaan.</p> <p>(2) Pengecualian persetujuan suami sebagaimana dimaksud pada ayat (1) juga berlaku terhadap korban tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan.</p>
--	--	--

		<p>(3) Dalam hal pelaksanaan pelayanan aborsi dilakukan pada orang yang dianggap tidak cakap dalam mengambil keputusan, persetujuan dapat dilakukan oleh keluarga lainnya.</p>
<p>Tim pertimbangan medis untuk layanan aborsi</p>	<p>Permenkes No. 3/2016 Pasal 15</p> <p>(1) Dokter yang telah memiliki sertifikat Pelatihan dapat menjadi anggota tim kelayakan aborsi atau pemberi pelayanan aborsi atas indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan.</p> <p>(2) Dokter yang menjadi anggota tim kelayakan aborsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak boleh melakukan pelayanan aborsi atas indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan pada pasien yang sama.</p> <p>(3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku pada daerah tertentu yang jumlah</p>	<p>PP No. 28/2024 Pasal 121</p> <p>(1) Tim pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (2) dibentuk oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut untuk pelayanan aborsi.</p> <p>(2) Tim pertimbangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diketuai oleh komite medik Rumah Sakit dengan paling sedikit 1 (satu) anggota Tenaga Medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan.</p> <p>(3) Dokter sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (3) dalam melakukan pelayanan aborsi dibantu oleh Tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan.</p> <p>(4) Dokter sebagaimana</p>

	<p>dokternya tidak mencukupi.</p> <p>Pasal 16</p> <p>(1) Tim kelayakan aborsi dibentuk di setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan untuk memberikan pelayanan aborsi atas indikasi ke daruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan.</p> <p>(2) Tim kelayakan aborsi di rumah sakit dan klinik utama atau yang setara ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit atau pimpinan klinik.</p> <p>(3) Tim kelayakan aborsi di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota</p> <p>(4) Tim kelayakan aborsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diketuai oleh dokter yang memiliki sertifikat Pelatihan.</p> <p>(5) Tim kelayakan aborsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat <i>ad hoc</i>.</p>	<p>dimaksud pada ayat (3) bukan merupakan anggota tim pertimbangan.</p> <p>(5) Dalam hal di daerah tertentu tim pertimbangan tidak mencukupi, dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat menjadi anggota tim pertimbangan.</p>
--	---	--

	<p>Pasal 18 Dalam hal klinik utama atau yang setara belum memiliki Tim kelayakan aborsi, penentuan adanya indikasi ke daruratan medis dilakukan oleh Tim kelayakan aborsi yang dibentuk Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.</p>	
<p>Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan layanan aborsi</p>	<p>Permenkes No. 3/2016 Pasal 13 (1) Pelayanan aborsi yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab harus diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri. (2) Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas: a. puskesmas; b. klinik pratama; c. klinik utama atau yang setara; dan d. rumah sakit. (3) Puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan Puskesmas mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergenasi</p>	<p>PP No. 28/2024 Pasal 119 (1) Pelayanan aborsi yang diperbolehkan hanya dapat dilakukan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut yang memenuhi Sumber Daya Kesehatan sesuai standar yang ditetapkan oleh Menteri. (2) Pelayanan aborsi hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Medis dan dibantu oleh Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.</p> <p>Pasal 763 (1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan lanjutan yang meliputi pelayanan</p>

	<p>Dasar (PONED) yang memiliki dokter yang telah mengikuti Pelatihan.</p> <p>(4) Klinik pratama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar yang memiliki dokter yang telah mengikuti Pelatihan.</p> <p>5) Klinik utama atau yang setara sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialis obstetri dan ginekologi atau pelayanan medik dasar dan spesialis obstetri dan ginekologi, yang memiliki dokter obstetri dan ginekologi yang telah mengikuti Pelatihan.</p> <p>(6) Rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d harus memiliki dokter spesialis obstetri</p>	<p>spesialistik dan/ atau pelayanan subspecialistik.</p> <p>(2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Rumah Sakit; b. klinik utama; c. balai Kesehatan; dan d. praktik mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan. <p>(3) Selain Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Menteri dapat menetapkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan Pelayanan Kesehatan.</p>
--	--	--

	<p>dan ginekologi yang telah mengikuti Pelatihan.</p> <p>Pasal 14</p> <p>(1) Menteri dalam menetapkan fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara pelayanan aborsi Atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan dapat mendelegasikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.</p> <p>(2) Untuk mendapatkan penetapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan harus mengajukan permohonan penetapan setelah memenuhi persyaratan:</p> <ul style="list-style-type: none">a. memiliki izin operasional fasilitas pelayanan kesehatan yang masih berlaku; danb. memiliki dokter yang memiliki sertifikat Pelatihan.	
--	---	--

<p>Pendampingan konseling</p>	<p>Permenkes No. 3/2016</p> <p>Pasal 19</p> <p>(1) Tindakan Aborsi atas indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling pra-tindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor yang kompeten dan berwenang.</p> <p>(2) Kompetensi konselor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh melalui pendidikan formal atau pelatihan.</p> <p>(3) Dalam hal hasil konseling pra-tindakan dinyatakan ibu hamil atau korban perkosaan telah siap menjalani tindakan, konselor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memberikan surat keterangan konseling kepada dokter terlatih yang akan melakukan tindakan.</p> <p>(4) Dalam hal setelah konseling pra-</p>	<p>PP No. 28/2024</p> <p>Pasal 123</p> <p>Dalam pelayanan aborsi harus diberikan pendampingan dan konseling sebelum dan setelah aborsi, yang dilakukan oleh Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan/atau tenaga lainnya.</p> <p>Pasal 124</p> <p>(1) Dalam hal korban tindak pidana perkosaan dan/ atau tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan memutuskan untuk membatalkan keinginan melakukan aborsi setelah mendapatkan pendampingan dan konseling, korban diberikan pendampingan oleh konselor selama masa kehamilan, persalinan, dan pasca-persalinan.</p>
-------------------------------	--	--

	<p>tindakan korban perkosaan memutuskan untuk membatalkan tindakan aborsi, konselor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melakukan pendampingan.</p>	
--	--	--

Pemetaan tersebut di atas, menghasilkan analisis terkait dengan kebaruan kebijakan aborsi aman di Indonesia, dan perbandingannya dengan ketentuan yang sebelumnya berlaku dalam UU Kesehatan tahun 2009 dan aturan turunannya.

2.2.1 Batas Usia Kehamilan yang Diperbolehkan untuk Melakukan Aborsi Aman

KUHP yang berlaku saat ini (UU No. 1/1946, selanjutnya disebut KUHP *Existing*) belum mengatur sama sekali ketentuan pengecualian kriminalisasi aborsi maupun isu batas usia kehamilan. Ketentuan mengenai kedua hal ini, termasuk batas usia kehamilan yakni 6 minggu, muncul dalam UU Kesehatan Nomor 36 tahun 2009. Pengaturan teknis terkait fasilitas kesehatan yang dapat menyediakan layanan aborsi, tim kelayakan, dan syarat mengakses layanan aborsi kemudian diatur pada peraturan turunannya yaitu Permenkes 3/2016.

KUHP 2023 kemudian memasukkan pengecualian kriminalisasi aborsi³⁰ sebagaimana UU Kesehatan Tahun 2009 dan mengubah batas usia kehamilan yang diizinkan³¹ untuk aborsi menjadi 14 minggu.

30 Pengecualian kriminalisasi aborsi yang diatur dalam KUHP Baru mengalami perubahan diksi. Awalnya pengecualian kriminalisasi aborsi dalam UU Kesehatan Tahun 2009 menyebutkan "korban perkosaan" namun KUHP Baru menggunakan istilah "Korban Tindak Pidana Perkosaan atau Tindak Pidana kekerasan seksual lainnya yang menyebabkan kehamilan."

31 Batas usia kehamilan yang diizinkan ini berlaku bagi korban kekerasan seksual yang berakibat pada kehamilan.

Ketentuan KUHP 2023 dijadikan rujukan oleh Pasal 60 UU Kesehatan 2023 dalam menentukan pengecualian kriminalisasi aborsi dan batas usia kehamilan yang diperbolehkan aborsi untuk korban kekerasan seksual.

Diubahnya ketentuan batas usia kehamilan ini dalam KUHP 2023 sejalan dengan pengaturan dalam WHO. Dalam analisisnya, WHO menyatakan bahwa perkembangan teknologi saat ini memungkinkan aborsi aman yang dilakukan dengan berbagai metode hingga usia kehamilan 28 minggu. Salah satu metode aman yang direkomendasikan oleh WHO adalah aborsi menggunakan obat (*medical abortion*) dan metode ini dapat digunakan untuk usia kehamilan yang kurang maupun lebih dari 12 minggu. Perbedaannya untuk usia kehamilan yang kurang atau lebih dari 12 minggu ini terletak pada dosis obat yang digunakan dan tenaga kesehatan yang direkomendasikan untuk membantu proses aborsi aman.³²

Selain dapat menggunakan obat-obatan dalam hal ini mifepristone dan misoprostol, WHO juga memandang metode aborsi medis ini aman untuk dilakukan secara mandiri atau tidak bergantung pada dokter dengan spesialisasi khusus seperti obstetri dan ginekologi. Untuk kehamilan yang kurang dari 12 minggu, aborsi medis dapat dilakukan secara mandiri dengan pertolongan atau pengawasan dari tenaga kesehatan yang mencakup juga perawat, apoteker, atau dokter umum. Meskipun demikian, perlu dicatat bahwa batas maksimal untuk aborsi medis yang dilakukan dengan bantuan tenaga medis non-dokter adalah 10 minggu. Selebihnya, WHO merekomendasikan aborsi medis dengan bantuan dokter umum atau spesialis untuk kehamilan di atas 12-14 minggu.³³ Meskipun hingga saat ini sudah terdapat 96 negara yang telah menyediakan mifepristone secara legal,³⁴ hingga saat ini, mifepristone tidak

32 Maidina Rahmawati, *Abortion in Indonesia* (ICLU, [2024]), hal. 30.

33 Ibid, hal. 13-14.

34 Guttmacher Institute, "Mifepristone for Abortion in a Global Context: Safe, Effective and Approved in Nearly 100 Countries," *Guttmacher Institute*, July 2023, <https://www.guttmacher.org/abortion/2023/07/mifepristone>.

tersedia secara legal di Indonesia untuk penggunaan aborsi. Obat ini belum mendapatkan izin edar dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).³⁵ Sedangkan misoprostol sudah terdaftar di Indonesia namun penggunaannya secara umum hanya untuk indikasi pengobatan tukak lambung dan induksi persalinan dalam kondisi medis tertentu.³⁶ Penggunaannya untuk aborsi tidak secara eksplisit diperbolehkan oleh peraturan aborsi saat ini.

Sejalan dengan panduan WHO, para pendamping dari berbagai lembaga berbeda seperti Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia, Perkumpulan Samsara, dan Forum Pengada Layanan Bagi Perempuan Korban Kekerasan menyuarakan pentingnya demedikalisasi aborsi untuk memberdayakan dan menjamin hak perempuan dalam mengakses layanan aborsi aman. Melalui demedikalisasi aborsi, peran dokter tidak dihilangkan tetapi dialihkan untuk mendukung apabila perempuan yang mengakses aborsi medis membutuhkan bantuan tenaga kesehatan atau mengalami komplikasi.³⁷

KUHP 2023 di Indonesia membawa perubahan signifikan dalam regulasi terkait akses dan metode pelayanan aborsi. Salah satu perubahan penting adalah perluasan pihak yang diizinkan untuk melakukan aborsi serta penekanan pada metode aborsi medis dengan obat-obatan. Dalam Pasal 465 Ayat (1) KUHP 2023, disebutkan bahwa pihak yang dapat melakukan aborsi tidak lagi terbatas pada dokter, **tetapi juga mencakup bidan, paramedis, dan apoteker**. Hal ini merupakan langkah signifikan yang mencerminkan kebutuhan akan akses layanan kesehatan reproduksi yang lebih inklusif, terutama di wilayah terpencil di

[gutmacher.org/2023/07/mifepristone-abortion-global-context-safe-effective-and-approved-nearly-100-countries](https://www.gutmacher.org/2023/07/mifepristone-abortion-global-context-safe-effective-and-approved-nearly-100-countries).

35 I. B. W. Dharma, "Legalitas Abortus Provocatus Sebagai Akibat Tindakan Pemerkosaan," *Kertha Wicaksana: Sarana Komunikasi Dosen dan Mahasiswa* 16, no. 1 (2022): 45–50, <https://doi.org/10.22225/kw.16.1.2022>. hal 45.

36 *Ibid.*

37 Wawancara dengan PKBI dan Perkumpulan Samsara pada 1 November 2024 serta FPL pada 4 November 2024.

mana tenaga dokter mungkin tidak tersedia. Namun, meskipun akses diperluas, pelaksanaannya tetap harus memenuhi standar profesional medis dan berada dalam pengawasan ketat. KUHP baru mengutamakan metode aborsi medis, yaitu aborsi yang dilakukan dengan menggunakan obat-obatan. Hal ini sejalan dengan rekomendasi WHO yang mengakui aborsi medis sebagai metode yang aman dan efektif. WHO merekomendasikan batas waktu hingga 14 minggu untuk pelaksanaan aborsi medis. Penekanan ini menunjukkan bahwa pemerintah Indonesia ingin memastikan bahwa aborsi dilakukan dengan cara yang minim resiko terhadap kesehatan fisik dan mental perempuan.

2.2.2 Fasilitas Kesehatan yang Dapat Memberikan Layanan Aborsi Aman

Selain perubahan usia batas kehamilan, UU Kesehatan 2023 dan PP 28/2024 mengatur beberapa perubahan lain dalam pengaturan fasilitas kesehatan penyedia layanan aborsi. Perubahan ini juga berkaitan dengan pengaturan tim pertimbangan kelayakan aborsi yang akan dibahas pada bagian berikutnya. Dalam Permenkes 3/2016, fasilitas kesehatan yang dapat memberikan layanan aborsi adalah rumah sakit, klinik utama atau setara, klinik pratama, serta puskesmas yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.³⁸ Sedangkan dalam PP 28/2024, fasilitas kesehatan yang dapat memberikan layanan aborsi adalah fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang meliputi rumah sakit, klinik utama, balai kesehatan, praktik mandiri tenaga medis atau tenaga kesehatan, serta fasilitas kesehatan tingkat lanjut lainnya yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.³⁹ Perubahan aturan ini menghapuskan klinik pratama dan puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai fasilitas kesehatan yang dapat memberikan layanan aborsi aman. Dengan demikian, fasilitas kesehatan yang dapat memberikan layanan aborsi aman terfokus hanya pada fasili-

38 Pasal 13 Permenkes No. 3 Tahun 2014.

39 Pasal 126 PP 28/2024.

tas kesehatan tingkat lanjutan.

Perubahan ini sangat disayangkan mengingat perbandingan jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas dan klinik pratama jauh lebih banyak ketimbang fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Selain itu, persebaran fasilitas kesehatan tingkat pertama lebih menjangkau daerah-daerah terpencil atau yang terletak jauh dari perkotaan. Pada 2023, puskesmas yang terdapat di Indonesia adalah sejumlah 10.180 yang terdiri dari 4.210 puskesmas rawat inap dan 5.970 puskesmas non rawat inap. Idealnya, puskesmas-puskesmas ini tersebar dengan rasio 1 di tiap kecamatan dan rasio ini terpenuhi di hampir semua provinsi kecuali provinsi Papua Tengah, Papua Barat, Papua Barat Daya, dan Papua Pegunungan.⁴⁰ Kurang meratanya persebaran puskesmas ini juga serupa dengan persebaran klinik pratama. Jumlah klinik pratama teregistrasi yang terdapat di provinsi Jawa Barat adalah sebanyak 2.755 klinik sedangkan provinsi Papua Pegunungan hanya memiliki 4 klinik.⁴¹

Namun, apabila dibandingkan dengan fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti klinik utama atau rumah sakit, jumlah fasilitas kesehatan tingkat lanjut ini lebih rendah. Jumlah klinik utama terdaftar paling banyak terdapat di DKI Jakarta dengan jumlah 628 klinik sedangkan provinsi Papua Selatan tidak memiliki klinik utama terdaftar sama sekali.⁴² Sedangkan, jumlah rumah sakit di Indonesia pada 2023 adalah 3.155 yang terdiri dari 2.636 RSUD dan 519 RSK. Persebaran rumah sakit ini pun belum merata dengan adanya provinsi yang masih memiliki rasio persebaran di bawah 1,38 per 1.000 penduduk seperti provinsi Papua Tengah dan Papua Pegunungan.⁴³

Berdasarkan data-data tersebut dapat terlihat bahwa jumlah dan persebaran fasilitas kesehatan tingkat pertama lebih tinggi ketimbang

40 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia 2023* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024), hal. 21–22.

41 *Ibid*, hal. 36.

42 *Ibid*, hal. 37.

43 *Ibid*, hal. 42–44.

fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Dengan ini, fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas dan klinik pratama lebih strategis dan dapat menjangkau perempuan dan korban kekerasan seksual yang membutuhkan layanan aborsi aman.

2.2.3 Kebaruan Tim yang Menentukan Kebolehan dilakukannya Aborsi

Perubahan aturan terkait fasilitas kesehatan yang dapat memberikan layanan aborsi ini berkaitan dengan aturan tentang pembentukan tim pertimbangan kelayakan aborsi. Dalam Permenkes 3/2016, pihak yang menetapkan tim pertimbangan kelayakan aborsi bergantung pada tingkat fasilitas kesehatan. Apabila tim tersebut dibentuk di rumah sakit, klinik utama atau fasilitas kesehatan yang setara maka pihak yang berhak menetapkan tim pertimbangan tersebut adalah pimpinan fasilitas kesehatan.⁴⁴ Namun, pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, pihak yang berhak menetapkan tim pertimbangan kelayakan aborsi adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Ketua dari tim pertimbangan di masing-masing fasilitas kesehatan tersebut adalah dokter di masing-masing fasilitas kesehatan yang telah memperoleh sertifikat pelatihan.

Sedangkan dalam PP 28/2024, pembentukan tim pertimbangan aborsi hanya dapat dilakukan oleh pimpinan fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang dimaksud mencakup rumah sakit, klinik utama, balai kesehatan, dan praktik mandiri tenaga medis atau tenaga kesehatan.⁴⁵ Ini berarti, fasilitas kesehatan yang dapat menyediakan layanan aborsi aman tidak terbatas pada rumah sakit. Berbeda dengan Permenkes 3/2016, Pasal 121 ayat (2) PP 28/2024 mengatur bahwa ketua dari tim pertimbangan aborsi di fasilitas kesehatan tingkat lanjut tersebut adalah komite medik Rumah Sakit, bukan dokter yang telah mengikuti pelatihan layanan aborsi.⁴⁶ Hal ini menimbulkan

44 Pasal 17 Permenkes 3/2016.

45 Pasal 763 ayat (2) PP No. 28 Tahun 2024.

46 Pasal 121 ayat (2) PP 28/2024.

pertanyaan terkait siapa yang dapat menjadi ketua dari tim pertimbangan aborsi di fasilitas kesehatan tingkat lanjut selain rumah sakit seperti klinik utama, balai kesehatan, maupun praktik mandiri tenaga medis atau tenaga kesehatan.

2.3 Limitasi Akses Aborsi pada Indikasi Kedaruratan Medis dan Implikasinya terhadap Kontrol atas Hak Integritas Reproduksi Individu dengan Rahim

Hingga kini, akses terhadap layanan aborsi aman masih menjadi salah satu tantangan utama di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh minimnya pengakuan terhadap hak integritas tubuh individu yang memiliki rahim yang terfleksikan dengan masih adanya sanksi pidana terhadap setiap orang yang melakukan aborsi, baik sebagai penyedia layanan maupun individu terkait yang membutuhkan layanan aborsi aman.

Perubahan kebijakan dalam KUHP 2023, yang mengatur ulang pelaksanaan aborsi, telah memicu dorongan dari berbagai kelompok masyarakat sipil untuk menghapus kriminalisasi aborsi dalam semua kondisi atau dekriminialisasi. Langkah ini dianggap sebagai bentuk penghormatan terhadap hak integritas tubuh individu yang memiliki rahim. Desakan dari masyarakat sipil ini tidak terlepas dari berbagai kajian yang berkembang sejak akhir abad ke-20, yang menyoroti pentingnya pengakuan terhadap hak integritas tubuh perempuan.⁴⁷ Kajian-kajian ini sering kali menyoroti bahwa hak tersebut masih kerap direduksi menjadi isu yang terbatas pada konteks hubungan prokreasi,⁴⁸ tanpa memberikan perhatian yang cukup terhadap dimensi otonomi dan subjektivitas individu yang memiliki rahim.⁴⁹ Dalam konteks pengaturan aborsi dalam UU Kesehatan pasca disahkannya KUHP 2023, koalisi masyarakat

47 Karissa Haugeberg, *Women Against Abortion: Inside the Largest Moral Reform Movement of the Twentieth Century* (Urbana: University of Illinois Press, 2017).

48 Definisi Merriam Webster dari Prokreasi: mereproduksi atau meregenerasi.

49 *Op.cit.*, hal. 29. Lebih lanjut: dalam penelitian ini, penulis berfokus pada konteks pergerakan hak-hak kesehatan reroduksi dan seksual yang didominasi oleh perempuan.

sipil yang terdiri dari berbagai organisasi non-pemerintah dan pendamping korban kekerasan seksual telah menyuarakan keprihatinan mereka terhadap keterbatasan regulasi yang ada. Mereka menekankan bahwa aturan turunan yang akan dibuat seharusnya tidak hanya mengakomodasi kebutuhan korban perkosaan, tetapi juga mencakup seluruh korban kekerasan seksual.⁵⁰ Pendekatan ini dianggap lebih inklusif dan sesuai dengan prinsip perlindungan hak korban, mengingat dampak kekerasan seksual tidak hanya terbatas pada kasus perkosaan, tetapi juga bentuk-bentuk kekerasan seksual lainnya yang dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan.⁵¹ Kendati perubahan ini menunjukkan adanya perluasan pengaturan yang juga telah dikritisi oleh berbagai elemen masyarakat sipil, pengaturan aborsi dalam UU Kesehatan dan KUHP 2023 masih belum sepenuhnya memberikan pengakuan yang menyeluruh terhadap hak individu dengan rahim dalam menentukan keputusan atas keinginan prokreasinya. Pengaturan aborsi yang ada saat ini masih mempertahankan kontrol eksternal terhadap akses aborsi, tanpa sepenuhnya menghormati prinsip otonomi tubuh sebagai hak fundamental dalam kesehatan reproduksi. Lebih lanjut, regulasi yang berlaku juga belum sepenuhnya mengakui tindakan aborsi sebagai bagian dari pemenuhan hak atas kesehatan individu, khususnya dalam konteks kesehatan reproduksi.

Integritas tubuh, sebagai fondasi utama dalam pembentukan identitas diri, mencerminkan pentingnya perkembangan seimbang dari berbagai dimensi manusia, termasuk fisik, psikis, dan sosial. Semua dimensi ini berkontribusi secara signifikan terhadap pembentukan identitas in-

50 LBH APIK, "Siaran Pers: Masyarakat Sipil Mendesak Pemenuhan Hak atas Kesehatan yang Inklusif, Adil, dan Setara dalam Seluruh Proses Penyusunan Kebijakan Turunan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan," *LBH APIK*, accessed February 7, 2025, <https://lbhapik.or.id/siaran-pers-masyarakat-sipil-mendesak-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-yang-inklusif-adil-dan-setara-dalam-seluruh-proses-penyusunan-kebijakan-turunan-uu-no-17-tahun-2023-tentang-kesehatan/>.

51 *Ibid.*

dividu.⁵² Berkaitan dengan ini, hukum memiliki tanggung jawab untuk menghormati dan mengakui hak perempuan dalam menentukan otonominya atas keputusan prokreasi. Dalam hal ini, regulasi hukum mengenai prokreasi tidak hanya mempengaruhi aspek kesehatan, tetapi juga memainkan peran krusial dalam mendefinisikan batas-batas identitas dan hak perempuan (*women's selfhood*).⁵³

Sejalan dengan hal ini, Braine dan Veralde dalam penelitiannya juga mengemukakan bahwa dalam perkembangan abad ke-21, gerakan feminis global semakin gencar mendorong pengarusutamaan konsep "*selfhood*" perempuan, khususnya dalam konteks pelarangan aborsi. Gerakan ini berfokus pada demokratisasi pengetahuan mengenai aborsi dan pelaksanaan aborsi yang aman dalam kerangka demedikalisasi, guna mendukung aktualisasi hak atas integritas tubuh perempuan.⁵⁴ Upaya ini menjadi bagian penting dari perjuangan untuk memastikan bahwa perempuan memiliki kendali penuh atas tubuh dan keputusan prokreasinya, tanpa harus dipengaruhi oleh persetujuan atau kontrol pihak lain baik dalam konteks domestik maupun publik. Berangkat dari realitas bahwa penting adanya penjaminan hak aktualisasi integritas tubuh perempuan dengan perkembangan teknologi dalam konteks ini, Braine secara analitis mengemukakan konsep aborsi mandiri medis (*self-managed abortion* "SMA"), yang bertujuan untuk memastikan bahwa perempuan dapat mengakses aborsi yang aman secara mandiri, tanpa harus bergantung sepenuhnya pada sistem kesehatan formal.⁵⁵ Pendekatan ini memberikan alternatif yang lebih inklusif dan berbasis hak, membuka ruang

52 Jean Grimshaw, "Autonomy and Identity in Feminist Thinking," in *Feminist Perspectives in Philosophy*, ed. Morwenna Griffiths and Margaret Whitford (London: Palgrave Macmillan, 1988), https://doi.org/10.1007/978-1-349-19079-9_6.

53 Julia E. Hanigsberg, "Homologizing Pregnancy and Motherhood: A Consideration of Abortion," *Michigan Law Review* 94, no. 2 (1995): 371, available at <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol94/iss2/5>.

54 Naomi Braine and Mónica Velarde, "Self-Managed Abortion: Strategies for Support by a Global Feminist Movement," *Women's Reproductive Health* 9, no. 3 (2022): 183–202, <https://doi.org/10.1080/23293691.2022.2016142>. hal. 187–192.

55 Naomi Braine, *Abortion Beyond the Law: Building a Global Feminist Movement for Self-Managed Abortion* (London: Verso, 2023), ePub, hal 10–12.

yang lebih luas untuk perempuan dalam mengambil keputusan sendiri mengenai tubuh mereka, dengan tetap mempertahankan aspek keamanan dan efektivitas prosedur medis.

Sedangkan di Indonesia, pengaturan akses terhadap layanan aborsi aman di Indonesia tetap menggunakan pendekatan yang restriktif terhadap individu yang membutuhkan akses terhadap prosedur ini. Prinsip dasar dalam tindakan medis, sebagaimana diatur dalam Pasal 293 ayat (6) UU Kesehatan 2023, menegaskan bahwa setiap layanan kesehatan harus didasarkan pada persetujuan pasien.⁵⁶ Selanjutnya, mengacu pada ayat (7) di pasal yang sama, dijelaskan bahwa persetujuan dapat diberikan oleh perwakilan hanya dalam kondisi di mana pasien dinyatakan tidak memiliki kapasitas hukum untuk mengambil keputusan sendiri.⁵⁷ Sementara itu, dalam ayat (9) dan (10), diatur bahwa dalam kondisi tidak cakap dan dalam keadaan gawat darurat, persetujuan ini tidak dibutuhkan dan pertimbangan tindakan medis bisa dilakukan oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan berdasarkan prinsip kepentingan terbaik pasien (*best interest*).⁵⁸

Namun, pendekatan yang berbeda diatur dalam Pasal 122 ayat (1) PP 28/2024, yang menyatakan bahwa pelayanan aborsi untuk indikasi darurat medis hanya dapat dilakukan dengan izin dari suami, di samping persetujuan dari individu yang bersangkutan.⁵⁹ Selain terdapat perbedaan yang fundamental secara prinsip dengan UU Kesehatan 2023, ketentuan ini menunjukkan bahwa nasib individu yang membutuhkan layanan aborsi medis masih bergantung pada peran individu lain yang diposisikan lebih dominan, dalam hal ini, suami atau pasangan yang adalah laki-laki.

Hal ini mengabaikan realitas sosial bahwa tidak semua individu yang mengandung berada dalam hubungan yang setara atau memiliki

56 Pasal 293 ayat (6) UU Kesehatan

57 Pasal 293 ayat (7) UU Kesehatan.

58 Pasal 293 ayat (9) dan ayat (10) UU Kesehatan.

59 Pasal 122 ayat (1) PP 28/2024.

kondisi yang memungkinkan mereka untuk mendapatkan persetujuan dari pasangan—terutama dalam kasus kekerasan dalam rumah tangga, hubungan yang disfungsi, atau ketidakhadiran suami. Minimnya pertimbangan atas hak individu yang memiliki rahim terhadap keputusannya dalam prokreasi, justru bertentangan dengan prinsip dasar tindakan medis dalam kondisi individu sebagai pasien yang membutuhkan tindakan medis.

Pendekatan serupa juga terlihat dalam PP 61/2014, yang memberikan kewenangan terhadap izin anggota keluarga untuk memberikan persetujuan dalam situasi di mana individu dengan rahim tidak mampu memberikan keputusan sendiri.⁶⁰ Kewenangan ini kemudian dipersempit dalam Pasal 122 ayat (3) PP 28/2024, yang membatasi peran keluarga dalam memberikan persetujuan hanya pada kondisi di mana perempuan dianggap “tidak cakap”.⁶¹ Sayangnya, peraturan tersebut tidak memberikan definisi yang jelas mengenai “ketidakcakapan”, sehingga menimbulkan ambiguitas dalam penerapannya. Ketidakjelasan ini membuka peluang bagi interpretasi yang bias atau tidak konsisten, yang dapat berpotensi mempersulit akses perempuan terhadap layanan aborsi aman yang disediakan negara. Pada akhirnya, nasib atas masa depan tubuhnya sendiri justru digantungkan terhadap pihak lain dengan adanya relasi kuasa yang begitu timpang.

2.4 Masalah Penetapan Layanan Kesehatan

Peraturan perundang-undangan di Indonesia terkait layanan kesehatan reproduksi telah melalui berbagai perubahan. Salah satu aspek penting yang menjadi perhatian adalah kebijakan mengenai penunjukan layanan kesehatan untuk melakukan aborsi aman, Hal ini berawal dari aturan sebelumnya, yaitu PP 61/2014, yang tidak secara eksplisit menyebutkan bahwa layanan harus ditunjuk oleh Menteri. Dalam atur-

60 Pasal 35 huruf d PP 61/2014.

61 Pasal 122 ayat (3) PP 28/2024.

an tersebut, fokusnya lebih kepada standar layanan yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan.⁶² Namun, perubahan kebijakan pada level peraturan menteri menunjukkan dinamika baru yang membatasi akses layanan aborsi medis.

Pada tahun 2016, dikeluarkan Permenkes 3/2016, yang secara eksplisit menetapkan bahwa penunjukan layanan hanya dapat dilakukan oleh menteri kesehatan. Ini mempersempit ruang lingkup pengelolaan layanan kesehatan reproduksi karena menghilangkan fleksibilitas yang sebelumnya dimiliki oleh dinas kesehatan di tingkat daerah. Namun demikian, Permenkes 3/2016 sebenarnya memberikan opsi untuk mendelegasikan penetapan layanan ke dinas kesehatan daerah,⁶³ yang secara teoritis dapat memberikan kelonggaran administratif dan memperluas akses masyarakat terhadap layanan aborsi medis yang aman.

Sayangnya, kebijakan ini tidak diakomodasi dalam revisi terbaru yang dituangkan dalam PP 28/2024. Kebijakan ini kembali menetapkan bahwa kewenangan penunjukannya layanan ada pada level pusat tanpa memberikan ruang delegasi ke daerah. Dampaknya adalah semakin terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan reproduksi yang memadai, terutama di wilayah terpencil yang sangat bergantung pada inisiatif dan otoritas dinas kesehatan setempat.

PP 28/2024 juga mengatur kewajiban konseling pra-tindakan dan pasca tindakan aborsi. Kewajiban ini sudah diatur sebelumnya dalam Permenkes 3/2016. Hal yang berbeda adalah aturan bahwa pihak yang dapat memberikan konseling pada Permenkes 3/2016 hanyalah konselor sementara pada PP No. 28/2024, ketentuan ini diperluas dengan melibatkan tenaga medis, tenaga kesehatan, dan/atau tenaga lainnya.

62 Pasal 45 PP 61/215.

63 Pasal 13 Permenkes 3/2016.

Bab 3

Tantangan Penyediaan Aborsi Aman Berdasarkan Pandangan Pemangku Kepentingan

Setelah melakukan pemetaan regulasi mengenai aborsi aman pasca disahkannya KUHP 2023, terdapat sejumlah aktor kunci yang memiliki pengaruh signifikan terhadap kebijakan serta implementasi layanan aborsi aman di Indonesia. Beberapa di antaranya adalah Kementerian Kesehatan (Kemenkes), Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Selain itu, dalam kerangka sistem peradilan pidana khususnya berkaitan dengan aborsi aman untuk korban kekerasan seksual, Direktorat Tindak Pidana Perdagangan Perempuan dan Anak (PPA) - Tindak Pidana Perdagangan Orang (TPPO) juga memiliki peran penting dalam menangani kasus yang berkaitan dengan penyediaan aborsi aman bagi korban kekerasan seksual. Selanjutnya, dalam kerangka mendorong demedikalisasi sebagai bagian dari praktik aborsi aman, penyedia layanan perlindungan korban kekerasan seksual dan aktor masyarakat sipil yang bergerak di bidang pemajuan hak-hak kesehatan reproduksi dan seksual seperti Forum penyedia Layanan (FPL), Perkumpulan Samsara, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), Dokter Tanpa Stigma (DTS), menjadi aktor kunci untuk mendukung tersedianya penyediaan aborsi aman di Indonesia melalui pengarusutamaan informasi, advokasi perubahan kebijakan, dan pendampingan langsung terhadap korban kekerasan seksual.

Di antara para pemangku kepentingan tersebut, Kementerian Ke-

sehatan (Kemenkes) menjadi aktor utama dalam menjamin kelanjutan implementasi penyediaan aborsi aman, khususnya dalam konteks demedikalisasi—yakni upaya untuk memastikan bahwa layanan aborsi dapat diakses dengan lebih inklusif dan tidak hanya bergantung pada dokter spesialis atau hanya pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Namun, dalam upaya untuk meninjau informasi lebih mendalam terkait peran dan strategi Kemenkes dalam kebijakan aborsi aman, kami menghadapi kendala dalam mendapatkan akses wawancara dengan pihak Kemenkes. Hal ini menjadi tantangan tersendiri mengingat berbagai peraturan yang ada menegaskan bahwa peran Kemenkes sangat krusial dalam memastikan implementasi layanan aborsi yang aman dan dapat diawasi secara holistik, termasuk dalam hal penunjukan fasilitas kesehatan.

3.1 Pandangan Pemangku Kepentingan tentang Dekriminalisasi Aborsi

Meskipun KUHP 2023 telah mengatur ulang ketentuan mengenai aborsi termasuk pada penambahan usia kehamilan dan perluasan pihak-pihak yang bisa melakukan tindakan aborsi, upaya dekriminalisasi aborsi untuk indikasi kedaruratan medis dan korban kekerasan seksual, masih menghadapi tantangan fundamental.

Berdasarkan temuan ICJR sepanjang tahun 2023 dan 2024, para pemangku kebijakan kunci belum sepenuhnya mendukung dekriminalisasi aborsi secara menyeluruh. ICJR dalam penelitiannya di tahun 2023 telah menyoroti belum adanya keinginan dari DPR dan Pemerintah untuk mempercepat proses dekriminalisasi aborsi, meski ini menjadi salah satu yang didorong oleh masyarakat sipil. Padahal, data dari Komnas Perempuan menunjukkan bahwa sejak 2018 hingga 2023, terdapat 103 korban perkosaan yang mengalami kehamilan dan hampir seluruh korban tidak mendapatkan akses terhadap layanan aborsi yang aman.⁶⁴

64 Komnas Perempuan, "Siaran Pers: Komnas Perempuan Memperingati Hari Aborsi Aman Internasional," *Komnas Perempuan*, Diakses 7 Februari 2025, <https://komnasperempuan>.

Salah satu kasus yang mencerminkan dampak kriminalisasi terhadap korban perkosaan terjadi di Jambi pada tahun 2018, di mana seorang anak perempuan berusia 15 tahun yang menjadi korban pemerkosaan oleh kakak kandungnya sendiri justru dijatuhi hukuman enam bulan penjara oleh Pengadilan Negeri setempat.⁶⁵ Meski pada tingkat Pengadilan Tinggi korban anak dibebaskan karena hakim melihat bahwa korban dalam keadaan terpaksa, korban perkosaan sepatutnya tidak perlu disidangkan karena hanya menempatkannya dalam posisi yang menjadi korban berulang (reviktimisasi).

Dalam penelitian ICJR, setidaknya terdapat beberapa masalah inti terkait upaya dekriminalisasi: Pertama, terdapat keengganan dari aktor-aktor kunci untuk secara aktif mendukung dekriminalisasi dan masih resisten terhadap kebaruan dalam KUHP 2023. Kedua, meskipun PP 16/2014 dan Permenkes 3/2016 sudah lama menjamin akses untuk aborsi aman untuk korban perkosaan, yang diperluas istilahnya menjadi korban kekerasan seksual dalam KUHP 2023, dalam kondisi darurat medis, masih terdapat perdebatan etis yang menghambat organisasi bidan dan Dokter Spesialis Ginekologi untuk mendukung dekriminalisasi aborsi secara penuh.

Salah satu sumber perdebatannya bermuara pada batas kehamilan 14 minggu atau 3,5 bulan usia kehamilan yang dianggap sebagai tahap perkembangan janin di mana organ-organ dalam mulai terbentuk sehingga tidak etis untuk dilakukan tindakan aborsi oleh dokter. Hal ini berkaitan dengan pertimbangan kode etik yang menjadikan tugas utamanya untuk menyelamatkan kehidupan. Meskipun demikian, perlu dipahami bersama bahwa, perkembangan pembahasan usia kehamilan dan umur janin ini telah lama menjadi bagian dari diskursus mitos yang berdimensi politik, yang mana, pembagian usia kehamilan dalam tiga trimester sering dianggap sebagai kategori biologis yang pasti. Padahal,

go.id/siaran-pers-detail/siaran-pers-komnas-perempuan-memperingati-hari-aborsi-aman-internasional.

65 *Ibid.*

konsep trimester kehamilan sebenarnya merupakan praktik diskursif yang tidak memiliki definisi absolut, melainkan hasil dari perdebatan politik dan interpretasi medis yang berkembang seiring waktu. Kategorisasi ini lebih merupakan konstruksi dalam wacana hukum dan kebijakan, daripada sebuah standar ilmiah yang bersifat final dan universal.⁶⁶ Dalam konteks ini, pemangku kepentingan perlu memahami bahwa akses terhadap aborsi aman tidak seharusnya dibatasi hanya berdasarkan usia kehamilan tertentu. Sebaliknya, aborsi harus diakui sebagai bagian dari hak fundamental atas kesehatan reproduksi, yang harus dapat diakses oleh setiap individu dengan rahim tanpa menghadapi hambatan hukum atau ancaman kriminalisasi.

Dalam konteks korban tindak pidana kekerasan seksual, Direktorat PPA-PPO mengakui adanya perkembangan positif dalam pengaturan aborsi pasca KUHP 2023. Namun, perubahan ini masih berorientasi pada pendekatan normatif, mengingat Pasal 463 KUHP 2023 tetap diperkuat oleh Pasal 427 UU Kesehatan, yang menetapkan ketentuan pidana bagi perempuan yang melakukan aborsi serta bagi siapa pun yang menyediakan layanan tersebut, meskipun telah mendapat persetujuan dari perempuan yang bersangkutan.⁶⁷ Yang menjadi fokus dari Direktorat PPA-PPO adalah aborsi aman untuk tindak pidana perkosaan, di luar dari itu, anggapan bahwa KUHP 2023 dan UU Kesehatan masih melarang aborsi belum menjadi diskursus khusus dalam instansi tersebut.⁶⁸

Lebih lanjut lagi, IBI, sebagai aktor krusial yang memiliki peran besar pengarusutamaan penjaminan hak kesehatan reproduksi termasuk pada pelaksanaan aborsi aman berdasarkan Undang-Undang Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan (selanjutnya disebut UU Kebidanan), masih resisten dalam menanggapi kebutuhan layanan akses aborsi aman

66 Barbara Baird and Erica Millar, "Abortion at the Edges: Politics, Practices, Performances," *Women's Studies International Forum* 5 (2022).

67 Wawancara dengan Direktorat PPA-PPO pada 5 November 2024.

68 *Ibid.*

terhadap korban kekerasan seksual. IBI berpendapat bahwa perlu adanya verifikasi terlebih dahulu atas persetujuan keluarga terhadap individu yang membutuhkan layanan aborsi aman, terlepas dari kondisi sebagai korban kekerasan seksual dan jika dalam darurat medis.⁶⁹ Selanjutnya, pandangan POGI juga masih melihat bahwa layanan aborsi hanya bisa dilakukan jika ada indikasi medis dari dokter, sehingga jika dilakukan di luar adanya pemeriksaan medis terlebih dahulu, maka dianggap masih menjadi tindak pidana yang bisa menjerat baik dokter dan pasien yang membutuhkan layanan tersebut.⁷⁰

Meskipun demikian, dalam hal dekriminalisasi, DTS menegaskan bahwa layanan aborsi seharusnya diakui sebagai bagian dari hak kesehatan dasar yang harus tersedia bagi seluruh masyarakat, bukan hanya terbatas pada korban kekerasan seksual. Pandangan ini berbeda dengan perspektif yang dianut oleh sebagian tenaga kesehatan lainnya, yang cenderung melihat isu aborsi melalui kerangka moralitas dan penyempitan kewenangan dokter atau tenaga penyedia medis, sehingga membatasi akses terhadap layanan ini.⁷¹

3.2 Pandangan Pemangku Kepentingan tentang Aborsi Aman dari KUHP 2023

Dalam penelitian ICJR yang dilakukan di tahun 2023 terkait kerangka aborsi aman, masih terdapat beberapa catatan dalam KUHP Baru, yaitu ancaman pidana aborsi yang masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan KUHP *Existing*.⁷² Pengesahan KUHP 2023 memunculkan perbedaan pandangan di antara berbagai pemangku kepentingan, terutama di sektor medis dan kesehatan reproduksi. Tidak semua pemangku kepentingan mendukung KUHP 2023, dengan beberapa

69 Wawancara dengan IBI pada 13 November 2024.

70 Wawancara dengan POGI pada 22 November 2024.

71 Wawancara dengan DTS pada 8 November 2024.

72 Maidina Rahmawati and Adhigama Budiman, *Kerangka Hukum tentang Aborsi Aman di Indonesia 2023* (Jakarta: Institute for Criminal Justice Reform, 2023), hal 15-16.

pihak mengungkapkan kekhawatiran mengenai minimnya partisipasi dalam proses perumusan KUHP 2023 tersebut, adanya perbedaan perspektif yang fundamental dalam merespons KUHP 2023 yang berasal dari rekomendasi WHO terkait jangka waktu melakukan aborsi, terbaginya pandangan ahli medis terkait keterlibatan dokter ahli dan masih minimnya perspektif korban dalam menangani aborsi sebagai korban kekerasan seksual.

Dalam wawancara yang dilakukan oleh ICJR terhadap POGI, ditemukan bahwa POGI menyatakan tidak dilibatkan secara aktif dalam penyusunan regulasi terkait aborsi di dalam KUHP 2023.⁷³ Hal ini juga menyebabkan POGI enggan mendukung dekriminialisasi, dikarenakan adanya kesan bahwa dokter yang menyediakan layanan aborsi masih dalam bayang-bayang kriminalisasi. Hal yang sama juga diekspresikan oleh IBI, yang mengaitkan aborsi dengan pembunuhan berencana, terutama dalam kasus aborsi setelah usia janin 12 minggu, dengan alasan bahwa pada usia tersebut organ janin telah terbentuk.⁷⁴ Meskipun demikian, dalam panduannya, WHO menyatakan bahwa aborsi aman dapat dilakukan kapan saja dalam kehamilan, dengan metode yang disesuaikan berdasarkan usia kehamilan. WHO juga merekomendasikan batas hingga 24 minggu dalam kondisi tertentu, terutama dalam situasi yang melibatkan risiko bagi ibu atau kehamilan akibat kekerasan seksual. Hal ini sesuai dengan perkembangan penelitian yang dilakukan oleh American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), yang menjelaskan bahwa meskipun struktur awal organ janin mulai berkembang sejak trimester pertama, organ-organ tersebut belum berfungsi secara mandiri pada usia 12 minggu. Dalam penemuannya, para ahli menyepakati bahwa kemampuan janin untuk merasakan nyeri baru berkembang setelah 24 minggu.⁷⁵

73 Wawancara dengan POGI pada 22 November 2024.

74 Wawancara dengan IBI pada 13 November 2024.

75 Fact Sheet: Gestational Development and Capacity for Pain, *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, Diakses 7 Februari 2025, <https://www.acog.org/advocacy/facts->

Selanjutnya, dalam konteks penanganan korban kekerasan seksual, IBI juga mempertanyakan apakah korban kekerasan seksual dapat dikategorikan sebagai kelompok rentan. Padahal, dalam berbagai instrumen hukum internasional dan nasional, korban kekerasan seksual jelas masuk dalam kategori rentan.⁷⁶ Menolak mengakui korban kekerasan seksual sebagai kelompok rentan, atau mempertanyakan kondisi korban yang sedang dalam kondisi menanggung trauma, justru berpotensi menghambat akses mereka terhadap layanan yang seharusnya menjadi hak mereka, terutama dalam mendapatkan aborsi aman tanpa stigma dan hambatan administratif yang berlebihan. Dalam melaksanakan tugasnya, IBI dalam perspektif bahwa tugas bidan adalah “menyuburkan” dan bukan “menggugurkan”, yang mana membatasi peran bidan terbatas pada mendukung kehamilan dan persalinan.⁷⁷

Namun, pandangan ini bertentangan dengan konsep kebidanan yang lebih luas, baik dalam kerangka hukum nasional maupun standar kebidanan global. Padahal, dalam UU Kebidanan, bidan memiliki tugas dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi, yang mencakup kontrasepsi, keluarga berencana, serta intervensi medis yang dibutuhkan dalam kondisi tertentu. Definisi ini tidak membatasi peran bidan hanya pada mendukung terjadinya kehamilan, tetapi juga mencakup upaya kesehatan lain yang mendukung akses individu dengan rahim terhadap hak atas kesehatan reproduksi, yang tidak terbatas pada hubungan prokreasinya. Lebih jauh, Konfederasi Bidan Internasional (International Confederation of Midwives, selanjutnya disebut “ICM”) menegaskan bahwa bidan memiliki tanggung jawab untuk memberikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, termasuk dalam situasi di mana aborsi diperlukan untuk melindungi kesehatan dan keselamatan perempuan.⁷⁸ Selanjutnya, ICM menyepakati bahwa dalam perkem-

[are-important/gestational-development-capacity-for-pain.](#)

76 Wawancara dengan IBI pada 13 November 2024.

77 *Ibid.*

78 Position Paper: Midwives Provision of Abortion-Related Services, *International*

bagian hak kesehatan reproduksi dan seksual, proses "penyuburan" bukanlah menjadi fokus utama dari tugas seorang bidan guna menjamin keselamatan perempuan.⁷⁹ Oleh karena itu, menganggap bahwa peran bidan hanya terbatas pada aspek "menyuburkan" rahim individu guna semata-mata untuk kepentingan perkembangan janin, merupakan pandangan yang keliru dan tidak sejalan dengan perkembangan profesi kebidanan secara universal.

Dalam konteks akses aborsi aman untuk korban kekerasan seksual, Pasal 118 dalam PP 28/2024 mengatur bahwa korban harus setidaknya memiliki: 1) **Surat keterangan dari dokter** yang menyatakan usia kehamilan sesuai dengan waktu terjadinya tindak pidana perkosaan atau kekerasan seksual lainnya; dan 2) **Keterangan dari penyidik** yang mengindikasikan adanya dugaan perkosaan atau kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan.⁸⁰ Namun, implementasi persyaratan ini menghadapi berbagai tantangan di lapangan. Dalam wawancara yang dilakukan ICJR terhadap Direktorat PPO-PPA, akses terhadap aborsi aman bagi korban kekerasan seksual masih menghadapi kendala administratif. Salah satu hambatan utama adalah proses penerbitan surat keterangan penyidik, yang menjadi persyaratan utama bagi korban untuk mendapatkan layanan aborsi aman.⁸¹ Kesulitan ini muncul karena belum adanya peraturan internal yang secara spesifik memberikan kewenangan kepada penyidik untuk dapat menyediakan rujukan akses aborsi aman. Meskipun PP 61/2014 dan Permenkes 3/2016 telah mengatur prosedur layanan aborsi aman, keabsahan surat keterangan penyidik sebagai dasar pemberian layanan masih menjadi isu yang belum terselesaikan, karena belum ada format surat keterangan yang pernah diterbitkan.⁸²

Hal terjadi karena seiring dengan tidak adanya kesepahaman yang

Confederation of Midwives, Diakses 7 Februari 2025, <https://internationalmidwives.org/resources/midwives-provision-of-abortion-related-services/>.

79 *Ibid.*

80 Pasal 118 PP 28/2024

81 Wawancara dengan Direktorat PPO-PPA.

82 *Ibid.*

cukup antara pihak kepolisian dan Kemenkes terkait standar yang digunakan untuk membuktikan adanya tindak pidana perkosaan dalam konteks proses mengeluarkan surat keterangan terjadinya tindak pidana perkosaan. Akibatnya, polisi sering kali menghadapi kesulitan dalam mengeluarkan pernyataan resmi yang dapat dijadikan dasar yang valid untuk memberikan akses aborsi aman kepada korban.

Ketidaktejelasan dalam mekanisme administratif ini mencerminkan ketidakesesuaian regulasi antara sektor kesehatan dan penegakan hukum, yang pada akhirnya berdampak pada terhambatnya akses korban kekerasan seksual terhadap layanan aborsi yang aman dan legal. Di sisi lain, POGI menekankan pentingnya keterangan dari penyidik sebagai bagian dari prosedur yang harus dipenuhi sebelum tindakan aborsi dilakukan.⁸³ Pendekatan ini mencerminkan adanya ketergantungan pada proses hukum formal yang belum sepenuhnya mendukung satu sama lain dalam praktik aborsi aman, yang sayangnya sering kali memakan waktu dan dapat menghambat akses layanan kesehatan bagi korban.

3.3 Pandangan Pemangku Kepentingan dan Proyeksi Penyediaan Aborsi Medis

Penyediaan aborsi medis atau dengan obat-obatan sebagai bagian dari layanan aborsi aman hingga saat ini masih menghadapi resistensi dari pemangku kebijakan. Situasi ini terlihat dari tidak adanya perubahan yang signifikan dari pandangan pemangku kebijakan yang sebelumnya telah dilakukan studi oleh ICJR sejak tahun 2021 terkait penyelenggaraan Aborsi Aman berdasarkan UU Kesehatan, yang mana tidak ada upaya pengarusutamaan aborsi aman⁸⁴ hingga pembaharuan analisis pemetaan kebijakan yang dilakukan di tahun 2023 dan 2024 dalam kon-

83 Wawancara dengan POGI pada 22 November 2024.

84 Maidina Rahmawati, Arinta Dea Dini Singgi, and Erasmus Napitupulu, *Penyelenggara Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab sesuai UU Kesehatan di Indonesia* (Jakarta: [Institute for Criminal Justice Reform], 2022) hal. 44.

teks pembaharuan di KUHP 2023.

Dalam wawancara yang dilakukan pada tahun 2024, POGI mengindikasikan bahwa belum ada penunjukan resmi fasilitas kesehatan yang ditetapkan untuk menyediakan layanan aborsi aman. Selain itu, POGI juga menyatakan tidak memiliki data spesifik mengenai dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang bersedia atau telah terlatih untuk melakukan prosedur aborsi bagi korban kekerasan seksual.⁸⁵

Dari perspektif pengawasan, organisasi masyarakat sipil seperti Samsara, yang melakukan pendampingan terhadap korban kekerasan seksual di beberapa daerah seperti Jakarta, Yogyakarta dan Jawa Tengah, menyoroti tantangan yang dihadapi oleh Kemenkes dalam mengawasi dan memastikan ketersediaan layanan aborsi aman. Mereka mempertanyakan sejauh mana kapasitas Kemenkes dalam mengawasi implementasi layanan ini di berbagai fasilitas kesehatan, mengingat kompleksitas dan sensitivitas isu aborsi di Indonesia. IBI berpendapat bahwa prosedur aborsi seharusnya menjadi tanggung jawab dokter, khususnya dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Pandangan ini membatasi peran bidan dalam penyediaan layanan aborsi medis dengan obat-obatan, meskipun di beberapa negara bidan terlatih diberikan kewenangan untuk melakukan prosedur aborsi dalam batasan tertentu.⁸⁶

Dalam wawancara yang dilakukan di tahun 2024, DTS menekankan bahwa kompetensi untuk melakukan aborsi aman sebaiknya berada pada dokter yang memiliki keahlian khusus. Lebih lanjut lagi, DTS menegaskan bahwa fokus utama dalam kebijakan aborsi sering kali hanya terpusat pada prosedur aborsi itu sendiri, tanpa mempertimbangkan rantai layanan kesehatan yang lebih luas bagi korban kekerasan seksual. Seharusnya, layanan yang diberikan kepada korban tidak hanya mencakup aborsi, tetapi juga meliputi kontrasepsi darurat, pencegahan infeksi menular seksual (IMS), visum, serta prosedur medis lainnya. Aborsi se-

85 Wawancara dengan POGI pada 22 November 2024.

86 Ibid.

harusnya menjadi tindakan terakhir, yang dilakukan apabila seluruh upaya pencegahan kehamilan tidak berhasil, bukan menjadi satu-satunya fokus dalam kebijakan layanan kesehatan bagi korban kekerasan seksual. Hal ini menimbulkan tantangan dalam kolaborasi antara tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya, seperti bidan dan perawat, dalam penyediaan layanan aborsi.

Meskipun beberapa pemangku kepentingan menerima pentingnya penyediaan layanan aborsi medis aman, terdapat tantangan signifikan terkait kesiapan penyedia layanan. Tantangan ini mencakup kurangnya pelatihan khusus, keterbatasan fasilitas yang memadai, serta stigma sosial yang melekat pada praktik aborsi, yang semuanya dapat menghambat akses individu dengan rahim terhadap layanan aborsi aman.

3.4 Keberadaan Pelatihan Aborsi Aman di Indonesia

Pelayanan aborsi aman menjadi kunci dalam pelaksanaan demedikalisasi aborsi yang merata. Akan tetapi, hingga saat ini, acuan keterlibatan penyedia layanan aborsi aman masih mengacu pada Pasal 8 ayat (1) Permenkes 3/2016 yang memlimitasi keterlibatan peserta pelatihan hanya pada Dokter yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Selain itu, POGI sebagai bagian dari pelaksana pelatihan aborsi aman, menerangkan bahwa pelatihan-pelatihan yang diselenggarakan selama ini berorientasi pada penanganan pasca keguguran. POGI merekomendasikan pelatihan ini terutama untuk menangani kasus abortus tidak tuntas, yaitu kondisi di mana jaringan kehamilan tidak sepenuhnya keluar dari rahim, yang dapat menyebabkan komplikasi serius seperti infeksi atau perdarahan.⁸⁷ Pelatihan ini bertujuan untuk membekali tenaga kesehatan, khususnya yang bertugas di daerah terpencil, dengan keterampilan dalam membersihkan rahim pasca keguguran menggunakan prosedur medis yang aman dan sesuai standar.

87 Wawancara dengan POGI pada 22 November 2024.

Pendekatan POGI ini menunjukkan bahwa pelatihan yang diberikan masih terbatas pada aspek pasca keguguran, bukan pada prosedur aborsi secara menyeluruh, baik yang dilakukan dengan metode medis maupun bedah.

Tantangan lainnya yang merupakan implikasi dari terbatasnya pelatihan aborsi yang diregulasi di Indonesia adalah terhambatnya demokratisasi pendidikan mengenai aborsi aman kepada masyarakat sipil, khususnya organisasi-organisasi yang mendampingi korban kekerasan seksual. Dalam wawancara bersama FPL, ditemukan bahwa hingga saat ini, FPL belum pernah menyelenggarakan pelatihan khusus mengenai aborsi aman. Salah satu faktor yang mempengaruhi adalah keberagaman sumber daya dalam organisasi, serta keterbatasan jumlah anggota dengan latar belakang di bidang kesehatan.⁸⁸ Meskipun demikian, beberapa anggota FPL telah terlibat dalam program peningkatan kapasitas terkait aborsi aman yang diselenggarakan oleh jaringan di tingkat daerah. Melalui keterlibatan ini, mereka memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai aspek medis, hukum, dan advokasi terkait layanan aborsi aman, meskipun pelatihan tersebut bukan merupakan inisiatif langsung dari FPL.⁸⁹

88 Wawancara dengan FPL pada 4 November 2024.

89 *Ibid.*

Bab 4

Kesimpulan dan Rekomendasi

4.1 Kesimpulan

Meskipun terdapat perluasan dalam pengaturan aborsi dalam KUHP 2023, sejumlah catatan kritis masih perlu diperhatikan, terutama terkait demedikalisasi aborsi sebagai bagian dari hak mendasar atas kesehatan reproduksi setiap orang yang membutuhkan. Dengan demedikalisasi aborsi, seharusnya aborsi dapat disediakan oleh negara secara komprehensif dengan bersinergi dengan semua aktor tidak hanya dokter atau rumah sakit, namun juga tenaga kesehatan lainnya, seperti apoteker, perawat, bidan hingga tenaga pendamping dari masyarakat sipil yang mendukung pelaksanaan konseling termasuk tindakan aborsi medis bagi perempuan yang melakukan aborsi.

KUHP 2023 tetap mempertahankan kriminalisasi aborsi, sebagaimana diperkuat dalam UU Kesehatan, sehingga akses terhadap layanan aborsi aman, termasuk bagi korban kekerasan seksual, masih dibatasi oleh berbagai hambatan inkonsistensi perspektif mendasar dalam pengaturan aborsi termasuk pada PP 28/2024. Permasalahan struktural juga masih ditemukan dikarenakan keengganan aktor-aktor kunci dalam mendukung dekriminalisasi aborsi secara menyeluruh dikarenakan adanya perbedaan interpretasi di antara pemangku kepentingan, serta kurangnya pelatihan mengenai aborsi aman yang masih dibatasi dalam Permenkes 3/2016, semakin membatasi akses terhadap layanan yang

seharusnya tersedia bagi individu yang membutuhkan.

Merespons kondisi saat ini, mendorong upaya demedikalisasi aborsi menjadi sangat penting, agar layanan aborsi aman dapat lebih mudah diakses oleh orang yang membutuhkan, sekaligus mengurangi risiko praktik aborsi tidak aman. Dalam kebaharuan KUHP 2023 yang telah mengadopsi beberapa rekomendasi penting dari WHO, khususnya dalam aspek usia kehamilan, langkah konkret yang perlu diupayakan bersama agar terealisasinya aborsi aman secara bertahap adalah dengan mempertimbangkan metode aborsi yang direkomendasikan oleh WHO dan mendorong kurikulum praktik aborsi aman sesuai perkembangan teknologi untuk secara holistik menyediakan akses kesehatan reproduksi dan seksual.

4.2 Rekomendasi

KUHP 2023 dalam Pasal 463 ayat (2) memberikan kebaruan pada aturan mengenai aborsi aman di Indonesia. Aturan ini memperkenalkan kebolehan pengaturan aborsi bagi indikasi kedaruratan medis dan korban kekerasan seksual hingga usia kehamilan 14 minggu yang sebelumnya hanya 6 minggu.

Jika kita melihat kembali mengapa KUHP 2023 ini memuat aturan ini, maka dilatarbelakangi adanya panduan aborsi aman yang dikeluarkan oleh WHO pada 2022. Pada panduan tersebut diserukan untuk negara-negara melakukan dekriminialisasi aborsi, dan menyediakan layanannya pada setiap usia kehamilan dengan memperhatikan perkembangan teknologi. KUHP 2023 mengambil angka usia kehamilan sampai dengan 14 minggu merujuk pada metode aborsi medis atau aborsi dengan obat-obatan yang dapat dilakukan sampai dengan usia kehamilan 10-12 minggu. KUHP 2023 bertujuan untuk menyegerakan akses aborsi khususnya bagi korban kekerasan seksual, sehingga bisa dilakukan dengan mudah hanya dengan menjamin akses obat-obatan.

Menyediakan layanan aborsi medis atau aborsi dengan obat-obatan sejalan dengan kerangka pemikiran feminis tentang jaminan hak atas

kesehatan dan keadilan bereproduksi secara adil dan dapat diakses oleh siapapun walaupun dengan latar belakang sosial dan ekonomi yang kurang beruntung. Aborsi medis atau aborsi dengan obat-obatan tidak harus dilakukan oleh dokter spesialis tertentu tidak harus juga hanya dapat dilakukan di rumah sakit besar yang sulit diakses oleh setiap orang.

Sayangnya, sejumlah kendala di Indonesia terjadi untuk memperkenalkan aborsi medis atau aborsi dengan obat-obatan, sebagai bagian dari tindak lanjut KUHP 2023. Untuk itu, perlu direkomendasikan hal berikut:

1. Kepada masyarakat sipil perlu membangun pengetahuan bersama pentingnya Indonesia memperkenalkan dan mengakui pelaksanaan aborsi medis atau aborsi dengan obat-obatan;
2. Kepada Pemerintah perlu untuk memperbaiki kebijakannya paling tidak dalam PP No. 28 tahun 2024 untuk memperkenalkan Aborsi medis atau aborsi dengan obat-obatan sebagai bagian dari pelaksanaan KUHP 2023 untuk akses aborsi atas indikasi kedaruratan medis dan korban kekerasan seksual;
3. Kepada berbagai Organisasi Profesi dan Komunitas Profesi perlu untuk mengedepankan perspektif Hak Asasi Manusia dalam menjamin terlaksananya keadilan bereproduksi, dengan mendorong tersedia layanan aborsi aman yang dapat diakses seluruh individu secara adil yang mempertimbangkan kerentanan sosial dan ekonomi.

Daftar Pustaka

Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang No. 4 tahun 2019 tentang Kebidanan

Undang-Undang No. 1 tahun 2023 tentang KUHP

Undang-Undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan

Peraturan Pemerintah No. 61 tahun 2014 tentang Kesehatan
Reproduksi

Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 tahun 2016 tentang Pelatihan dan
Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Kedaruratan
Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan

Dokumen Internasional

World Health Organization (WHO). *Abortion Care Guideline*. SRHR.
org. WHO, 2023. [https://srhr.org/abortioncare/chapter-1/
background-and-context/](https://srhr.org/abortioncare/chapter-1/background-and-context/).

*Family Planning and Comprehensive Abortion Care Toolkit for the
Primary Health Care Workforce, Competencies*, vol. 1. Geneva:
World Health Organization, 2022.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Fact
Sheet: Gestational Development and Capacity for Pain*. Diakses
7 Februari 2025. <https://www.acog.org/advocacy/facts-are->

[important/gestational-development-capacity-for-pain.](#)

World Health Organization (WHO). *Fact Sheet: Abortion*. Diakses 7 Juli 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.

International Confederation of Midwives. *Position Paper: Midwives Provision of Abortion-Related Services*. Diakses 7 Februari 2024 . <https://internationalmidwives.org/resources/midwives-provision-of-abortion-related-services/>.

Buku dan Artikel Jurnal

Braine, Naomi. "Abortion Beyond the Law: Building a Global Feminist Movement for Self-Managed Abortion" (London: Verso, 2023), ePub.

Braine, Naomi, and Velarde, Mónica. "Self-Managed Abortion: Strategies for Support by a Global Feminist Movement." *Women's Reproductive Health* 9, no. 3 (2022): 183–202. <https://doi.org/10.1080/23293691.2022.2016142>.

Dewi, Ratna Winahyu Lestari, and Suhandi Suhandi. "Aborsi bagi Korban Pemerkosaan dalam Perspektif Etika Profesi Kedokteran, Hukum Islam dan Peraturan Perundang-Undangan." *Perspektif* 16, no. 2 (April 27, 2011): 74. <https://doi.org/10.30742/perspektif.v16i2.71>.

Dharma, I. B. W. "Legalitas Abortus Provocatus Sebagai Akibat Tindakan Pemerkosaan." *Kertha Wicaksana: Sarana Komunikasi Dosen dan Mahasiswa* 16, no. 1 (2022): 45–50. <https://doi.org/10.22225/kw.16.1.2022.45>.

Grimshaw, Jean. "Autonomy and Identity in Feminist Thinking." In *Feminist Perspectives in Philosophy*, edited by Morwenna Griffiths and Margaret Whitford. London: Palgrave Macmillan, 1988. https://doi.org/10.1007/978-1-349-19079-9_6.

Halfmann, Drew. "Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices, and Identities." *Health* 16, no. 2 (2012):

- 186–207. <https://doi.org/10.1177/1363459311403947>.
- Hanigsberg, Julia E. “Homologizing Pregnancy and Motherhood: A Consideration of Abortion.” *Michigan Law Review* 94, no. 2 (1995): 371. <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol94/iss2/5>.
- Laksono, Agung D., et al. “Unmarried Women and Unintended Pregnancy: An Indonesian Cross-Sectional Study.” *Indian Journal of Community Medicine* 48, no. 2 (March-April 2023). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10263027/>.
- Shepherd, Leslie, and H.D. Turner. “The Over-Medicalization and Corrupted Medicalization of Abortion and Its Effect on Women Living in Poverty.” *Journal of Law, Medicine & Ethics* 46, no. 3 (September 2018): 672–679. <https://doi.org/10.1177/1073110518804222>.

Laporan

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS), dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. BKKBN, BPS, Kemenkes, 2017. <https://ia802800.us.archive.org/30/items/LaporanSDKI2017/Laporan%20SDKI%202017.pdf>.
- Baird, Barbara, and Erica Millar. “Abortion at the Edges: Politics, Practices, Performances.” *Women’s Studies International Forum* 5 (2022).
- McFarlane, Ian. *State of World Population 2022: Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy*. UNFPA, 2022. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf.
- Mashabi, Sania, and Fabian Januarius Kuwado. “BKKBN: Kehamilan Tak Diinginkan di Indonesia Rata-rata 17,5 Persen.” *Kompas*, 2020. <https://nasional.kompas.com/>

[read/2020/06/30/15030631/bkkbn-kehamilan-tak-diinginkan-di-indonesia-rata-rata-175-persen](https://www.bkkbn.go.id/read/2020/06/30/15030631/bkkbn-kehamilan-tak-diinginkan-di-indonesia-rata-rata-175-persen).

Rahmawati, Maidina, dan Adhigama Budiman. *Kerangka Hukum tentang Aborsi Aman di Indonesia* 2023. Jakarta: Institute for Criminal Justice Reform, 2023. <https://icjr.or.id/kerangka-hukum-tentang-aborsi-aman-di-indonesia-2023/>

Rahmawati, Maidina, Arinta Dea Dini Singgi, dan Erasmus Napitupulu. *Penyelenggara Aborsi Aman, Bermutu, dan Bertanggung Jawab sesuai UU Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Institute for Criminal Justice Reform, 2021. <https://icjr.or.id/wp-content/uploads/2022/01/ICJR-Penyelenggaraan-Kebijakan-Aborsi-Aman-Bermutu-dan-Bertanggung-Jawab-sesuai-dengan-UU-Kesehatan-di-Indonesia.pdf>

Rahmawati, Maidina. *Abortion in Indonesia*. ICLU, 2024. <https://icjr.or.id/wp-content/uploads/2024/03/E-Book-ICLU-Abortion-in-Indonesia-1.pdf>

Media dan Rilis Pers

Adinda, Permata. “Kebijakan Aborsi Berbalut Stigma: Ketika Layanan Kesehatan Tidak Berpihak pada Hak Korban Kekerasan Seksual.” *Project Multatuli*, 2023. <https://projectmultatuli.org/kebijakan-aborsi-berbalut-stigma-ketika-layanan-kesehatan-tidak-berpihak-pada-hak-korban-kekerasan-seksual/>.

Agustino, Dian. “121 Million Pregnancies Are Unintended—A Global Crisis, Says New UNFPA Report.” *UNFPA Indonesia*, 2022. <https://indonesia.unfpa.org/en/news/press-release-121-million-pregnancies-are-unintended%E2%80%9494-global-crisis-says-new-unfpa-report>.

Arlinta, Deonisia. “Sebanyak 121 Juta Kehamilan Tidak Diinginkan Terjadi Setiap Tahun di Seluruh Dunia.” *Kompas.id*. <https://www.kompas.id/baca/humaniora/2022/07/29/global-sebanyak-121-juta-kehamilan-tidak-diinginkan-terjadi-setiap>

tahun.

Guttmacher Institute. “Mifepristone for Abortion in a Global Context: Safe, Effective and Approved in Nearly 100 Countries.”

Guttmacher Institute, 2023. <https://www.guttmacher.org/2023/07/mifepristone-abortion-global-context-safe-effective-and-approved-nearly-100-countries>.

Institute for Criminal Justice Reform (ICJR). “Kemenkes Segera Tunjuk Fasilitas Kesehatan Penyedia Aborsi Aman dan Pemerintah serta DPR Perkuat Jaminan Aborsi Aman dalam RKUHP.” *ICJR*. <https://icjr.or.id/kemenkes-segera-tunjuk-fasilitas-kesehatan-penyedia-aborsi-aman-dan-pemerintah-serta-dpr-perkuat-jaminan-aborsi-aman-dalam-rkuhp/>.

Komnas Perempuan. “Siaran Pers: Komnas Perempuan Memperingati Hari Aborsi Aman Internasional.” *Komnas Perempuan*.

<https://komnasperempuan.go.id/siaran-pers-detail/siaran-pers-komnas-perempuan-memperingati-hari-aborsi-aman-internasional>.

LBH APIK. “Siaran Pers: Masyarakat Sipil Mendesak Pemenuhan Hak atas Kesehatan yang Inklusif, Adil, dan Setara dalam Seluruh Proses Penyusunan Kebijakan Turunan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.” *LBH APIK*. <https://lbhapik.or.id/siaran-pers-masyarakat-sipil-mendesak-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-yang-inklusif-adil-dan-setara-dalam-seluruh-proses-penyusunan-kebijakan-turunan-uu-no-17-tahun-2023-tentang-kesehatan/>.

Profil Penulis

Audrey Kartisha Mokobombang, menempuh pendidikan sarjana hukum dari Universitas Gadjah Mada, kemudian menyelesaikan pendidikan Master of Public International Law dengan spesialisasi Human Rights di Utrecht University. Sejak 2020 telah terlibat dalam beberapa penelitian mengenai pemenuhan hak perempuan, perlindungan perempuan, isu pidana mati. Saat ini aktif dalam advokasi penanganan KBG di Indonesia dan kebersamai ICJR sebagai peneliti yang berfokus pada isu keadilan gender.

Bahaluddin Surya, menempuh pendidikan hukum di Sekolah Tinggi Hukum Indonesia Jentera. Sejak, 2012 telah aktif dalam memperjuangkan isu Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi. Saat ini, ia aktif berkarya sebagai peneliti di ICJR, yang terlibat dalam advokasi dan reformasi sistem peradilan pidana di Indonesia. Ia fokus pada isu-isu pemenuhan hak-hak anak dan reformasi KUHP.

Johanna Poerba, menyelesaikan pendidikan sarjana hukum di Sekolah Tinggi Hukum Indonesia Jentera pada 2020. Kebersamai ICJR sejak tahun 2023 hingga 2024, dan terlibat dalam isu informasi dan transaksi elektronik, kebebasan berekspresi dan berpendapat, serta implementasi KUHP.

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 di gunakan sebagai alat penopang kekuasaan yang otoriter, selain digunakan juga untuk kepentingan rekayasa sosial. Kini saatnya orientasi dan instrumentasi hukum pidana sebagai alat kekuasaan itu diubah 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 pelembagaan terhadap konsep *the Rule of Law*. Reformasi sistem

peradilan pidana yang ber orientasi pada perlindungan hak asasi manusia dengan demikian merupakan “*conditio sine quo non*” dengan proses pelembagaan demokratisasi di masa tran sisi 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. 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. Komplek Departemen Kesehatan Nomor B-4,
Pasar Minggu, Jakarta Selatan – 12520

Phone/Fax : 02127807065

Email : infoicjr@icjr.or.id

