

## KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN (KTD) Sebuah tinjauan Psikologi

Alimatul Qibtiyah

*Staf Pengajar pada  
Fakultas Dakwah  
IAIN Sunan  
Kalijaga  
Yogyakarta*

### Abstract

The problem of unwanted pregnancy, better known as abortion, is not easy to solve. This article discusses the differing opinions toward the issue of abortion. Abortion is a multidimensional and controversial issue, particularly when it is carried out for social reasons. This article claims that abortion may cause a psychological burden for clients undergoing the procedure, both before and after the event. The doctors, nurses and people who assist them may also feel this psychological burden. As such, before performing an abortion, for whatever reason, clients should have access to counselling as an effort to safeguard their reproductive health.

### A. Pendahuluan

Persoalan kehamilan tidak diinginkan (KTD) atau lebih dikenal dengan aborsi atau pengguguran kandungan di Indonesia merupakan persoalan yang multidimensional, yang belum dapat terselesaikan dengan baik dan masih mengundang kontroversial. Orang yang terlibat dalam pengguguran kandungan tidak hanya dianggap melanggar hukum, tetapi juga dianggap tabu, tidak beragama, kriminal, kejam, melanggar kesusilaan dan moral masyarakat. Tidak hanya para tokoh agama yang berbeda pendapat, tapi para dokter dan juga profesional lain yang terkait dengan persoalan KTD seperti psikolog juga memperdebatkannya yang sampai saat ini belum ada kata sepakat. Seorang dokter anggota Persatuan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI), dalam sebuah *Mimbar Kesehatan Reproduksi di Indonesia dari Ilmu Pengetahuan ke Undang-undang* yang dilaksanakan di sebuah hotel di Yogyakarta, pada tanggal 6 Juli 2003, menyatakan bahwa “*Alhamddulillah selama saya jadi dokter saya belum pernah melumuri tangan saya dengan dengan darah aborsi*”. Pada kesempatan yang sama, salah seorang dokter lainnya yang juga anggota POGI,

menyampaikan bahwa “*Alhamdulillah tangan saya sudah lama menolong orang yang melakukan aborsi*”.

Penulis saat itu juga mengikuti acara tersebut, sehingga dapat mencermati dan merasakan betapa perbedaan pendapat tentang aborsi sangatlah kuat, yang mana masing-masing menggunakan argumentasi dan dasar yang kuat. Sebuah penelitian melaporkan tentang adanya perbedaan pendapat di kalangan petugas kesehatan ini, dimana dari 75 responden, hampir seluruh petugas kesehatan setuju aborsi atas indikasi kesehatan, Hanya 41 % responden setuju jika aborsi dilakukan atas indikasi sosial, sementara 59% tidak dapat menerimanya. Alasan penolakan mereka lebih banyak disebabkan oleh alasan agama, moral dan hukum-hukum. Mereka yang setuju lebih banyak karena alasan rasional dan sedikit yang didasarkan karena alasan ekonomi.<sup>1</sup>

Kehamilan yang tidak diinginkan adalah sebuah persoalan kesehatan reproduksi. Dua pertiga (50 juta) dari 75 juta kehamilan yang tidak diinginkan di dunia berakhir dengan aborsi yang disengaja, 20 juta diantaranya dilakukan dengan tidak aman. Aborsi tidak aman memberikan kontribusi sebesar 13 % (78.000) terhadap kematian ibu di dunia.<sup>2</sup> Indonesia dikenal sebagai negara dengan angka kematian ibu (AKI) tertinggi di Asia Tenggara yaitu 373 per 100.000 kelahiran hidup 1997. 11.1 % kematian ibu diperkirakan karena disebabkan oleh aborsi yang tidak aman, bahkan menurut Dirjen Binkesmas Depkes RI angka sebenarnya bisa mencapai 50 %<sup>3</sup>. Melihat data tersebut, maka persoalan aborsi tidak hanya persoalan moral, kesopanan, agama atau hukum tetapi lebih pada persoalan kesehatan reproduksi perempuan, karena budaya dan kebijakan serta pemahaman agama ternyata berdampak pada kematian perempuan karena dia sebagai seorang perempuan yang secara kodrat mempunyai rahim untuk tumbuhnya janin.

## **B. Pendekatan terhadap Aborsi**

Aborsi telah dikenal sejak adanya manusia. Hipocrates, bapak kedokteran dunia, sebelum ada alat kontrasepsi menyarankan agar wanita yang tidak ingin hamil lagi agar lari sekencang-kencangnya selama mungkin setelah melakukan hubungan sexual dengan suaminya. Di Cina lebih dari 5000 tahun yang lalu, menganjurkan para wanita yang ingin mengugurkan kandungannya dengan meminum air raksa. Sedangkan di Indonesia salah

---

<sup>1</sup>Made Heny Urmila Dewi, *Aborsi, Pro dan Kontra di kalangan Petugas Kesehatan* (Yogyakarta: PPK UGM dan Ford Foundation, 1997), iv.

<sup>2</sup>Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP), *Aborsi: Sebuah kebijakan dan Kenyataan tahun* (Jakarta: tnp., 2002), 1.

<sup>3</sup>*Ibid.*

satu relief candi Borobudur menggambarkan seorang dukun yang memijat perut pasiennya untuk menghentikan kehamilan. Jamu-jamuan di Indonesia sampai saat ini juga masih banyak dikonsumsi untuk menghentikan kehamilan. Pada era modern sekarang ini metode aborsi sudah semakin maju baik dengan metode kuret/penyedotan maupun minum obat-obatan.<sup>4</sup>

Kapan pengakhiran kehamilan dianggap sebagai pengguguran sampai saat ini masih menjadi perdebatan. Perbedaan ini didasari pada perbedaan persepsi tentang kapan sebuah kehidupan dimulai. J. Segal berpendapat bahwa awal kehidupan dimulai sejak berfungsinya batang otak, karena orang yang meninggal ditandai dengan matinya batang otak. Selanjutnya pakar syari'ah Al Azhar, mengatakan bahwa awal kehidupan adalah sejak sel telur yang sudah dibuahi tertanam di rahim kira-kira 14 hari sesudah pembuahan.<sup>5</sup> Pandangan agama tentang awal kehidupan bervariasi. Pandangan sebagian ulama Islam pengguguran tidak dibolehkan sejak pembuahan, Sebagaimana lain berpendapat bahwa pengakhiran kehamilan dapat dilakukan sebelum bayi berumur 120 hari, yang mana saat itu roh baru ditiupkan oleh malaikat. Dan hal ini bukan termasuk pengguguran. Sedangkan agama katolik sebelum abad 20 aborsi diperbolehkan sebelum janin dapat dirasakan bergerak oleh ibunya, tetapi sejak awal abad 20 dinyatakan bahwa kehidupan dimulai sejak ada pembuahan.<sup>6</sup> Ajaran Hindu berpendapat bahwa kehidupan dimulai sejak pertemuan antara kama bang (ovum) dan kama petak (spermatozoa), ketika jiwatman berada di tengah-tengah sebagai perekat pertemuan tersebut. Oleh karena itu pengakhiran kehamilan pada saat itu dianggap pengguguran<sup>7</sup>

Pada dasarnya ada dua pendekatan dalam mengkaji masalah praktek aborsi, yaitu pendekatan kebebasan (*freedom approach*) dan pendekatan kehidupan (*living approach*)<sup>8</sup>. Pendekatan pertama lebih menekankan bahwa pada dasarnya setiap orang termasuk ibu memiliki kebebasan untuk menentukan nasib hidup dan nasib tubuhnya. Masalah kelahiran adalah sesuatu yang dapat dirancang dan diatur, Persolan seks tidak selalu dikaitkan dengan kelahiran atau regenerasi, karena dalam hidup manusia juga diberi kebebasan menikmati fasilitas alam secara optimal. Dengan demikian pemenuhan kebutuhan seksual tidak harus mengakibatkan kelahiran dan keberadaan anak. Aktivitas seksual akan berkaitan dengan kehadiran anak

---

<sup>4</sup> Panesea, *Aborsi jalan terus*, Panesea, 115.

<sup>5</sup> Kartono Muhammad, Abortus, Beranikah kita menghadapi secara realistis. *Kompas* 20 Juni 1989.

<sup>6</sup> Bulepin, *Sikap Mendua*.

<sup>7</sup> Ida Bagus Gede Manuaba, "Abortus masalah kontroversi," *Wahana*, 1995.

<sup>8</sup> Made Heny Urmila Dewi, *Aborsi*, 14

jika kedua pelaku (suami-istri) tersebut memang menghendaki kehadiran anak. Jadi upaya pembatasan kelahiran seperti Keluarga berencana (*family planing*), adalah sebuah upaya untuk meningkatkan kesejahteraan manusia. Karena itu jika terjadi kehamilan tidak dikehendaki baik karena alasan sosial, psikologis, ekonomi maupun gagal KB maka aborsi adalah satu jalan keluar untuk mencapai kesejahteraan. Dengan menggunakan pendekatan ini cenderung memperbolehkan praktek aborsi dengan tidak harus alasan medis.

Pendekatan kedua lebih menekankan pada keyakinan bahwa memberi kesempatan hidup dan menikmati kehidupan pada manusia atau janin lebih bernilai daripada mengembangkan kebebasan individu. Kebebasan tidak harus diwujudkan dengan mengorbankan kebebasan makhluk lain atau calon bayi. Oleh karena itu pendekatan ini lebih cenderung menolak aborsi dengan alasan sosial, ekonomi, psikologis maupun gagal KB.

### C. Alasan-alasan melakukan Aborsi

Alasan melakukan aborsi antara lain karena persoalan kesehatan ibu, kegagalan dalam berKB, kekerasan terhadap perempuan (paksaan, janji palsu, perkosaan), psikososial malu karena 'kecelakaan' dan juga karena kurangnya pengetahuan. Pada dasarnya seseorang yang ingin menghentikan kehamilannya dalam katagori *abortus provocatus kriminalis* baik secara legal maupun ilegal karena dia tidak ingin meneruskan kehamilannya sampai melahirkan dan membesarkannya.

Pendidikan, urbanisasi, dan perubahan sosial merupakan faktor yang ikut mempengaruhi pasangan di negara berkembang seperti di Indonesia, untuk mempunyai anak lebih sedikit<sup>9</sup>. Apalagi kesempatan bekerja di luar rumah bagi perempuan semakin terbuka lebar sehingga mempunyai banyak anak dan tidak dapat menjadikannya berkualitas adalah akan menjadi pertimbangan sendiri bagi pasangan suami-istri untuk melakukan aborsi ketika mereka gagal KB.. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah aborsi di Indonesia semakin meningkat. Diberitakan Jayakarta 1994 yang dikutip oleh Made Heny Urmila Dewi bahwa setiap tahun terdapat satu juta aborsi, kira-kira 50 % belum menikah dan 10-25 % adalah remaja. Dari Januari s.d Oktober 1993 tercatat 328 pelajar dan mahasiswa di Yogyakarta melakukan aborsi. Jumlah ini tidak termasuk jumlah aborsi yang tidak terekam.<sup>10</sup>

Sementara dari penelitian YKP pada tahun 2002 ditemukan bahwa alasan seseorang melakukan tindakan penghentian kehamilan yang paling

---

<sup>9</sup> Budi Utomo dikutip oleh Made Heny Urmila Dewi, *Aborsi...*, 15.

<sup>10</sup> Supriyoko, "Aborsi di Kairo dan Masalah aborsi di Indonesia" *Pikiran Rakyat*, 23 September 1994.

banyak yaitu 57% karena masalah psikosoial, sedangkan 36 % karena mengeluh mengalami gagal KB dan hanya 4 % dengan alasan phisik. Dilihat dari umurnya responden kebanyakan (58 %) berusia di atas 30 tahun dan hanya 3% berusia di bawah 20 tahun. Sekitar 87% berstatus menikah, hampir separuhnya telah memiliki sekurang 2 orang anak. Pendidikan responden setingkat SMU (54%), 21 % tamat akademik/universitas. Responden sudah melakukan tindakan penghentian kehamilan sendiri berupa : minum jamu, pergi ke dukun dan minum obat-obatan sebelum pergi ke klinik/RS. Hamir separuhnya (47 %) adalah ibu rumah tangga. Dari yang bekerja, 47% karyawan swasta, 23 % Pegawai negeri termasuk TNI/Polri. Sekitar 21 % klien telah melakukan aborsi berulang dengan jumlah maksimal 4 kali.<sup>11</sup>

Dilihat dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa pelaku aborsi tersebar pada berbagai usia, status sosial apapun, golongan ekonomi bagaimanapun, menikah dan belum menikah berpendidikan tinggi atau tidak. Ada perbedaan pelaku aborsi pada tahun 90an dengan pelaku aborsi pada tahun 20an. Dimana kalau dulu pelaku aborsi lebih banyak dilakukan oleh seseorang yang belum menikah, sedangkan sekarang justru pelakunya adalah karena sudah menikah dan mengeluh karena kegagalan dalam menggunakan alat kontrasepsi. Norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera (NKKBS) bagi aseptor KB sudah melembaga dikarenakan gencarnya program Keluarga Berencana yang menganjurkan dua anak sudah cukup. Dengan meningkatnya penggunaan alat kontrasepsi maka kemungkinan kegagalan kontrasepsi juga meningkat, karena memang belum ada kontrasepsi yang tidak mempunyai resiko gaga, kecuali sterilisasi dan menghindari hubungan sexual. Sementara seterilisasi di Indonesia masih sangat jarang dipilih dan digunakan dibandingkan dengan alat kontrasepsi lain .

#### **D. Beban Psikologis Pelaku Aborsi**

Dilihat dari proses perdebatan tentang perbedaan melihat aborsi dalam forum formal maupun informal yang ada sudah melibatkan suasana psikologis dan emosional dari masing-masing kubu. Apalagi jika hal itu dilihat dari sisi pasien atau pelaku aborsi. Kemungkinan untuk mengalami persoalan psikologis seperti merasa bersalah, berdosa, malu, stress, bingung, takut jika dikucilkan, takut kalau dihukum, karna aborsi belum legal dimata hukum, takut jika perdarahan karena melakukan aborsi tidak aman, dan lain-lain akan lebih berat ketimbang seorang dokter atau dukun yang turut membantu melakukan aborsi. Persoalan psikologis ini akan dialami oleh

---

<sup>11</sup>Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP), *Aborsi...*, 1

klien atau perempuan si pelaku aborsi sesudah dan sebelum melakukan aborsi. Hal ini kemungkinan juga akan terjadi pada orang-orang yang membantunya baik dokter, dukun ataupun psikolog,

Melihat beban psikologis para pelaku aborsi tersebut menunjukkan bahwa sebenarnya melakukan aborsi adalah sesuatu yang tidak mudah dilihat dari proses memutuskan ya atau tidak untuk melakukan aborsi. Mereka sering dihadapkan pada sebuah persoalan yang delematis. Misalnya, sebuah keluarga dengan ekonomi pas-pasan bahkan bisa dibilang kurang sudah mempunyai anak 5, dia sudah mencoba menggunakan alat kontrasepsi, tetapi mereka mengalami gagal KB. Sebenarnya mereka sudah tidak ingin lagi mempunyai anak, karena dengan 5 anak saja sudah sangat susah. Secara ekonomi jika tambah 1 anak lagi akan hidupnya akan bertambah susah. Mereka bingung, mau menggugurkan si janin takut dosa, karena katanya setiap manusia lahir itu sudah membawa rezeki masing-masing. Selain itu biaya untuk menggugurkan kandunganpun juga tidak murah sekitar Rp 500.000. Namun setelah dipikir-pikir dan dimusyawarahkan dengan pasangannya, lebih baik hutang uang untuk menggugurkan kandungan daripada jika diteruskan biaya melahirkan dan juga *slametan* juga lebih banyak belum lagi untuk menghidupinya dan mendidiknya. Walaupun mereka sudah menggugurkan kandungannya namun hati dan perasaannya selalu diliputi perasaan bersalah. Kelihatannya persoalan ekonomi sudah selesai tapi beban psikologis masih berat. Dampak secara psikologis aborsi pada perempuan : stress, bahkan ada yang sampai berkeinginan bunuh diri, keluarga yang tidak harmonis, tingginya angka kesakitan perempuan dan tingginya angka kematian ibu. Sedangkan bagi tenaga medis: ia akan mendapatkan sanksi akademis, stress, malu, sedih, tertekan merasa tidak bisa membantu secara profesional. Karena itulah proses konseling bagi klien adalah suatu kebutuhan yang harus dilalui baik sesudah maupun selesai melakukan aborsi. Selain itu untuk mengurangi beban psikologis para tenaga medis perlu dipikirkan dan dirivisi kembali tentang regulasi yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi yang aman, sehat fisik, psikis, dan sosial serta bertanggungjawab.

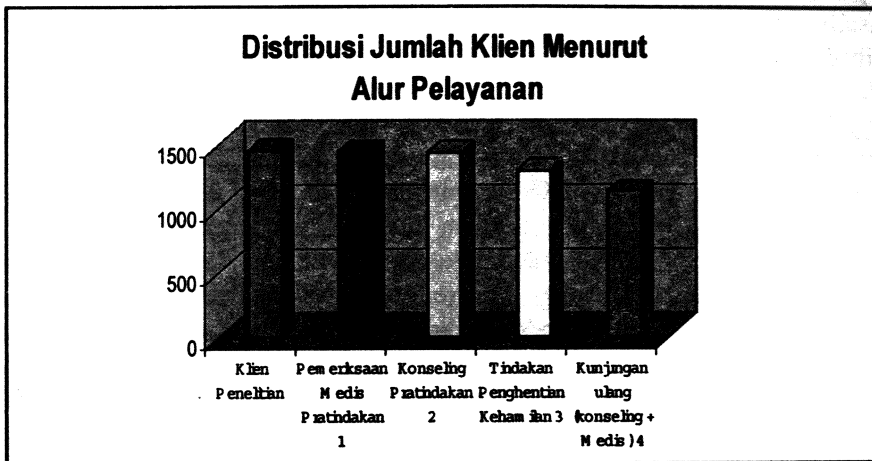
#### **E. Konseling: Bagian dari Pelayanan Aborsi**

Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP), didukung oleh sejumlah institusi pemerintah-Mahkamah Agung, Kepolisian RI, Kejaksaan Agung dan Komisi DPR-RI, dan bekerjasama dengan sejumlah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) perempuan<sup>12</sup> dan Perkumpulan Obsterik dan Ginekologi Indonesia (POGI) melakukan penelitrان *Penghentian Kehamilan tidak*

---

<sup>12</sup>Termasuk di dalam PSW IAIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.

*Diinginkan yan Aman berbasis Konseling* di 9 kota besar ( Medan, Batam, Jakarta, Bandung, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, Mataram dan Menado), Penelian ini dilakukan di 8 Klinik dan 2 rumah sakit dengan melibatkan 1446 klien. Setiap klien mengikuti alur pelayanan dengan urutan yang telah disepakati, yaitu 1) pendaftaran; 2 )pemeriksaan medis pra-tindakan; 3)konseling pra-tindakan; 4)tindakan medis penghentian kehamilan; dan 5)kunjungan ulang dengan konseling pasca tindakan. Konseling didesain berdasarkan kepedulian terhadap perempuan untuk mendapatkan informasi yang akurat dan lengkap.



Sumber Utama : ABORSI: Kebijakan dan Kenyataan, Hasil penelitian YKP (Yayasan Kesehatan Perempuan), Juni s/d Desember 2002.

Secara detail distribusi jumlah klien menurut alur pelayanan adalah, klien penelitian seluruhnya 1446, yang mengikuti pemeriksaan Pra-medisa tindakan 1 1436, onseling pra-tindakan 2 sebesar 1434, sedangkan yang malakukan penghentian kehamilan 1289, kunjungan ulang (konseling +medis) diiukuti oleh 1128 klien. Dengan demaikian dari diagram di atas menunjukkan bahwa ada pengaruh konseling terhadap keputusan klien untuk melakukan atau tidak melakukan penghentian kehamilan. Dari 1434 responden setelah konseling ada 90 % ( 1289) yang tetap meneruskan aborsi sedangkan yang 10 % memutuskan untuk tidak jadi melakukan penghentian kehamilan. Seorang psikolog yang baik tidak boleh menentukan pilihan klien tetapi lebih pada memberdayakan perempuan/klien untuk

menentukan pilihannya sendiri setelah mengetahui dan memahami dampak dari keputusan yang akan diambil.<sup>13</sup>

Pelaksanaan konseling bagi klien yang akan melakukan aborsi akan lebih baik jika dilakukan dan disepakati bersama oleh pasangan/suaminya. Sebuah hasil penelitian yang dilakukan oleh Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP), tentang *Aborsi: Sebuah kebijakan dan Kenyataan* tahun 2002, menunjukkan bahwa pengambilan keputusan setelah konseling, 8 % oleh klien sendiri, 82% oleh suami dan istri, 8 % oleh suami atau pasangan, dan lainnya hanya 2 %. Pasca-Tindakan hanya 3 dari 1289 klien yang mengalami komplikasi berupa perdarahan, 80 % telah menggunakan alat kontrasepsi, Konseling dapat menurunkan beban psikososial klien, meskipun 5% klien masih dihindangi rasa bersalah dan sebanyak 67% klien memutuskan untuk tidak punya anak lagi karena telah memiliki dua anak. Kepuasan klien juga ditanyakan, dan sekitar 85% klien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya, walaupun untuk itu mereka harus menempuh jarak yang cukup jauh dari rumah sampai klinik/RS dan menunggu rata-rata 61 menit dan iaya pelayanan rata-rata Rp 650.000 Sebagai evaluasi klien menilai bahwa sikap petugas baik dokter, perawat maupun konselor terhadap klien cukup ramah, dan informasi mengenai aborsi, jenis-jenis kontrasepsi, serta infeksi yang berkaitan dengan saluran reproduksi dan penyakit menular seksual cukup lengkap.<sup>14</sup>

Untuk menjadi seorang konselor aborsi yang baik dia harus mempunyai pengetahuan dan wawasan tentang aborsi, baik dari segi teori maupun kenyataan di lapangan dan juga perkembangan dari waktu ke waktu serta fenomena lain di daerah atau negara lain. Dengan demikian klien juga akan mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat serta memperaguhui dukungan sosial pada mereka, bahwa tidak hanya dirinya yang mempunyai persoalan, tapi banyak orang yang mempunyai nasib yang sama, dengan demikian secara psikologis klien akan berkurang beban psikologisnya. Selain itu pengetahuan tentang kesehatan reproduksi adalah sangat penting. Dengan demikian ketika seorang klien mendapatkan informasi yang sehat, lengkap dan akurat maka kemungkinan jumlah perempuan yang akan melakukan aborsi akan berkurang, karena pada kenyataannya memang ada orang ingin melakukan aborsi karena kurang mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat.

---

<sup>13</sup>Saparinah Sadli, "Aborsi ditinjau dari perspektif Psikologi", dalam seminar dan lokakarya *Aborsi ditinjau dari Perspektif Fiqh Kontemporer*, (Jakarta: PP Fatayat NU dan Ford Foundation, 2001).

<sup>14</sup> Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP), *Aborsi...*, 2.



## **F. Kesehatan Reproduksi dalam Amandemen**

Persoalan aborsi adalah salah satu persoalan kesehatan reproduksi dan juga persoalan perempuan, Karena ketika seorang perempuan melakukan aborsi tidak aman dan mengalami rasa sakit, perdarahan dan gagal maka penderitaan kembali pada perempuan. Walaupun kehamilan terjadi karena hubungan laki-laki dan perempuan tetapi ketika kehamilan terjadi dan tidak dikehendaki maka yang menjadi korban dan yang harus bertanggungjawab adalah perempuan. Karena itulah angka kematian ibu di Indonesia sangat tinggi yaitu 391 per 100,000 lahir hidup pada tahun 2002.<sup>15</sup> Selain itu seorang dokter atau tenaga medis lain yang mencoba membantu melakukan aborsi akan mengalami beban psikologis karena memang secara hukum baik hukum agama maupun hukum negara di Indonesia aborsi dengan alasan ekonomi, sosial, psikososial dan gagal KB dianggap melanggar hukum dan termasuk perbuatan kriminal (*abortus provocatus kriminalis*). Karena itulah Kesehatan Reproduksi dalam amandement adalah sebuah kebutuhan dan perlu diupayakan agar dapat dijalankan dengan baik dengan tujuan mewujudkan keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial. Selain itu kesehatan adalah karunia Tuhan Yang Maha Esa, dan hidup sehat adalah hak asasi manusia, sehingga perlu dicanangkan gerakan pembangunan berwawasan kesehatan dengan paradigma sehat. Sebuah Rancangan Undang-Undang dari komisi VII DPR-RI<sup>16</sup> adalah sebuah usaha yang patut diberi penghargaan yang beris:

## **BAB X KESEHATAN REPRODUKSI**

### *Pasal 56*

*Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial Kesehatan reproduksi dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi baik laki-laki maupun perempuan.*

*Kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) tidak terbatas pada saat hamil dan melahirkan, melainkan juga mencakup masa sebelum dan sesudah melahirkan, dan masalah kesehatan sistem reproduksi sewaktu pertumbuhan sampai*

---

<sup>15</sup> Rochmulyati, *Kesehatan Reproduksi dalam Amandemen UU No 23 Tahun 1992*, (Yogyakarta: tnp., 2003), 1

<sup>16</sup> *Ibid*, 1-2.

*dewsa, kesehatan seksual, dan kesehatan reproduksi setelah melewati usia subur.*

*Pasal 57*

*Berkaitan dengan kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud:*

- a. Setiap orang mempunyai hak untuk dapat menjalani kehidupan seksual yang sehat, aman, bebas dari paksaan, atau kekerasan;*
- b. Setiap orang mempunyai hak untuk secara bertanggung jawab menentukan kehidupan reproduksinya bebas dari diskriminasi, paksaan atau kekerasan;*
- c. Setiap orang mempunyai hak untuk secara bertanggung jawab menentukan sendiri kapan dan seberapa sering ingin bereproduksi;*
- d. Setiap orang mempunyai hak untuk memperoleh edukasi, konseling, dan informasi mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggung jawabkan agar dapat menggunakan hak-haknya sebagaimana ditentukan Undang-Undang ini.*

*Pasal 58*

*Pemerintah berkewajiban menjamin tersedianya sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau bagi masyarakat yang memerlukan.*

*Pasal 59*

- (1) Setiap layanan kesehatan, baik preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif, harus memperhatikan aspek-aspek yang khas dari kaum perempuan, khususnya fungsi reproduksinya sehingga yang bersangkutan dapat melaksanakan fungsi reproduksi secara sehat dan aman.*
- (2) Penyelenggaraan pelayanan reproduksi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ketentuan mengenai reproduksi dengan bantuan dilaksanakan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.*

*Pasal 60*

- Pemerintah berkewajiban melindungi kaum perempuan dari praktik pengguguran kandungan yang tidak bermutu, tidak*

*aman, dan tidak bertanggung jawab, melalui peraturan perundang-undangan.*

- *Pelayanan pengguguran kandungan yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) meliputi tindakan:*
  - a. *Yang dilakukan dengan paksaan dan tanpa persetujuan perempuan yang bersangkutan;*
  - b. *Yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang tidak profesional;*
  - c. *Yang dilakukan tanpa mengikuti standar profesi yang berlaku; atau*
  - d. *Yang dilakukan secara diskriminatif dan lebih mengutamakan pembayaran daripada keselamatan perempuan yang bersangkutan.*

Rancangan Undang-undang tersebut lebih menekankan pada kesehatan reproduksi khususnya perempuan, yang mana jika hal itu dilakukan maka akan mengurangi angka kematian ibu yang disebabkan oleh aborsi yang tidak aman. Namun bukan berarti akan membuka seluas-luasnya praktik aborsi dengan tujuan komersial dan menurunkan akhlak masyarakat. Karena itulah perlu dirumuskan kembali konsep aborsi yang aman, yang dapat diterima oleh masyarakat secara luas. Undang-undang diciptakan untuk menyelesaikan masalah bukan untuk menambah masalah, dalam artian karena persoalan aborsi adalah persoalan yang kontroversial, maka perlu hati-hati dalam mensosialisasikannya. Karena itu diperlukan kajian yang mendalam tentang aborsi dan juga dibutuhkan kerjasama dengan para tokoh agama dan tokoh masyarakat setempat.

Beberapa hal yang segera dipersiapkan seandainya Rancangan Undang-Undang ini menjadi Undang-Undang antara lain persyaratan apa saja yang harus dipenuhi oleh peminta layanan aborsi dan juga persyaratan apa yang harus disediakan oleh penyedia layanan, termasuk standar konsultasi dan cara pencegahan permintaan aborsi yang berulang serta pencatatan, pengawasan dan sanksi hukum yang melakukan pelanggaran.<sup>17</sup>

Selain itu pembekalan konselor tentang kesehatan reproduksi hendaknya segera dilaksanakan mengingat aborsi adalah salah satu aspek yang sangat melibatkan emosi, sikap dan juga persoalan psikososial. Moral dan keyakinan agama adalah sebuah aspek dalam psikologi agama yang perlu mendapatkan perhatian khusus jika dikaitkan dengan persoalan penghentian

---

<sup>17</sup>Kartono Muhammad, *Pemikiran tentang Revisi UU kesehatan (23/92) Khususnya dalam aspek Kesehatan Reproduksi* (Yogyakarta, YBP-SP dan YKP), 4.

kehamilan, Seorang konselor tidak dapat memaksakan keyakinan kliennya sehingga keyakinan klien juga perlu dihargai.

### G. Penutup

Penghentian kehamilan yang disengaja adalah sebuah persoalan yang selalu kontroversial tidak hanya dari kalangan agamawan tetapi juga datang dari kalangan profesional. Angka kematian ibu di Indonesia tertinggi di Asia tenggara, 13% disebabkan karena aborsi tidak aman. Pelaku aborsi baik yang meminta layanan aborsi maupun yang memberi layanan mempunyai beban psikologis yang berat baik sebelum maupun sesudah melakukan aborsi. Karena itu setiap layanan aborsi harus diikuti konseling sebelum dan pasca tindakan penghentian kehamilan. Persoalan aborsi adalah persoalan kesehatan reproduksi perempuan, karena itu perlu segera diwujudkan revisi undang-undang kesehatan reproduksi. Jika undang-undang kesehatan reproduksi dapat diterima setelah mendapat dukungan dari tokoh agama dan tokoh masyarakat maka beban psikologis baik pasien/klien yang memilih untuk menghentikan kehamilan dan juga para tenaga medis serta tenaga profesional lain yang terlibat juga akan berkurang, sehingga salah satu persoalan moral, psikososial dan juga kesehatan akan terpecahkan, amin.

### Daftar Pustaka

- Bulepin, Sikap Mendua menghadapi Aborsi, *Buletin Epidemiologi Indonesia*, April-Juni 1992.
- Manuaba, Ida Bagus Gede, "Abortus masalah kontroversi", *Wahana*, 1995.
- Muhammad, Kartono, *Abortus*, Beranikah kita menghadapi secara realistis. *Kompas* 20 Juni 1989.
- Muhammad, Kartono, *Pemikiran tentang Revisi UU kesehatan (23/92) Khususnya dalam aspek Kesehatan Reproduksi* (Yogyakarta, YBP-SP dan YKP), 2003.
- Panesea, *Aborsi jalan terus*, Panesea, 115.
- Rochmulyati, *Kesehatan Reproduksi dalam Amandemen UU No 23 Tahun 1992*, (Yogyakarta: YBP-SP dan YKP ), 2003
- Sadli, Saparinah, Aborsi ditinjau dari perspektif Psikologi, *dalam seminar dan lokakarya Aborsi ditinjau dari Perspektif Fiqh Kontemporer*, (Jakarta: PP Fatayat Nu dan Ford Foundation, 2001).
- Supriyoko, "Aborsi di Kairo dan Masalah Aborsi di Indonesia" *Pikiran Rakyat*, 23 September 1994.

Urmila Dewi, Made Heny, *Aborsi, Pro dan Kontra di kalangan Petugas Kesehatan*, (Yogyakarta: PPK UGM dan Ford Foundation 1997)  
Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP), *Aborsi: Sebuah kebijakan dan Kenyataan tahun ( Jakarta:2002).*

