

BEBERAPA ASPEK ABORSI

*Masri Singarimbun**

Abstract

Abortion is prohibited by the law in Indonesia and it is permitted only on narrow medical grounds, i.e. to save the life of the pregnant woman. The Moslem religious leaders hold the same view.

The incidence of illegal abortion is unknown. However, research findings in hospitals show that induced abortion is increasing. Contraceptive failure is one of the important factors for married women which is associated to the motivation to have a relatively small family. Another factor is the changing sexual behaviour of unmarried women. People are much more mobile nowadays and are experiencing more sexual stimulations through the mass media, films, and various entertainments.

In order to prevent abortion among the unmarried there is thus a growing need for family planning information and services. It is, however, a very sensitive issue, and is unlikely that the government or the non government organizations would provide such services. Even those who experience contraceptive failures in the government family planning program have, in general, no access to safe abortion.

Pendahuluan

Pengguguran adalah salah satu cara pengendalian kelahiran yang tertua dan yang paling luas digunakan di dunia, dipraktikkan baik di pedesaan yang terpencil pada masyarakat yang bersahaja maupun pada masyarakat perkotaan yang modern.

Risikonya terhadap kesehatan perempuan yang melakukannya berbeda-beda. Apabila dilakukan secara ilegal dan dalam kondisi di bawah standar, risiko kesehatan atau kematian bagi mereka yang bersangkutan adalah besar (United Nations, 1992). Menurut Budi Utomo dkk (1983: 512) sistem pijat dan memasukkan benda tertentu ke dalam rongga rahim tanpa memenuhi persyaratan higienis kiranya merupakan

penyebab utama komplikasi abortus ilegal di Indonesia. Dengan pemanfaatan teknologi modern, risiko melakukan aborsi mengecil, dan dari segi kesehatan, malah lebih kecil risikonya daripada melahirkan anak secara normal.

Dapat-tidaknya dilaksanakan aborsi dalam situasi tertentu, frekuensi pelaksanaannya berkaitan erat dengan nilai-nilai sosial, agama, hukum, dan sarana kesehatan.

Di dalam konteks tradisional dapat dikatakan bahwa di Indonesia aborsi dilakukan pada tiap masyarakat. Ketika istri saya dan saya mengadakan penelitian di dua desa yang terpencil yang dihuni suku Karo di Sumatra Utara

* Prof. Dr. Masri Singarimbun, adalah staf pengajar Fakultas Sastra, Universitas Gadjah Mada, dan staf peneliti senior Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada.

pada tahun 1960-1962, kami menyadari bahwa pengguguran diketahui secara meluas. Di dalam satu kasus, tetangga kami menjerit-jerit kesakitan dan kami pergi ke situ bersama penduduk kampung lainnya. Ternyata dia baru saja menggugurkan. Anaknya sudah tiga. Belakangan ini suaminya seperti linglung, tidak mau bekerja dan dia hamil. Lalu dia memutuskan untuk menggugurkan kandungannya. Dengan mudah dapat diketahui siapa dukun yang dianggap ahli di dalam pelaksanaan pengguguran, berapa tarifnya (d disesuaikan dengan lamanya hamil), dan bagaimana pelaksanaannya. Istri saya mencatat 15 kasus pengguguran di dua desa yang dihuni oleh sekitar 115 keluarga. Di dalam semua kasus, yang melakukan pengguguran adalah perempuan dengan status kawin.

Semua informan mengetahui bahwa dukun melakukan pengguguran dengan cara kimiawi, yakni dengan memasukkan tumbuh-tumbuhan yang namanya *tengkua* ke dalam rahim. *Tengkua* adalah semacam tumbuhan merambat yang tumbuh di air yang dangkal. Informasi mengenai tanaman *tengkua* sebagai abortiva tercantum dalam kamus Karo-Belanda oleh Neumann (1951: 313).

Cara dan alat yang digunakan tampaknya berbeda-beda dari masyarakat yang satu dengan yang lainnya di Indonesia. Tampaknya teknik pengguguran secara tradisional yang banyak dilakukan di Jawa adalah secara mekanis dengan memijit. Juga yang mencolok pada masyarakat Jawa adalah jamu telat bulan dan yang sejenis. dipasarkan secara meluas, yang kadang-kadang secara terselubung dimaksudkan untuk menggugurkan.

Obat peluntur atau jamu pengatur haid memang beredar secara luas dan sekarang sudah menjadi komoditi ekspor. Pabrik jamu Air Mancur, umpamanya, memproduksi Jamu Terlambat Bulan (No. 26A), dengan penjelasan sebagai berikut: "Wanita yang sedang hamil seyogianya tidak minum jamu ini". PT Nyonya Meneer memproduksi Jamu Datang Bulan Tidak Cocok (No. 30). Dikatakan bahwa khasiatnya membuat haid teratur, "atau sudah tiba saatnya belum mendapat haid juga (terlambat)".

Di samping itu, beberapa penelitian di rumah-sakit rumah sakit di Indonesia menunjukkan bahwa cara-cara dan alat penggugur kehamilan yang dipakai adalah obat, jamu, suntikan, memasukkan rumput, tangkai atau logam, dan pijat. (Utomo dkk, 1983: 512). Pelaku utama dari pengguguran ilegal tersebut adalah dukun dan tenaga nonmedis, tetapi cukup banyak juga yang dilakukan sendiri oleh wanita yang bersangkutan. Peranan dokter mempunyai variasi yang cukup besar dari satu studi ke studi lainnya, dan berkisar antara 5,1 persen dan 48,4 persen (Utomo, 1983: 511).

Berbeda dengan Islam dan Kristen, dari sudut kepercayaan, dalam agama tradisional Karo. Perbegu, yang mereka anut waktu itu, perbuatan menggugurkan tidak dihubungkan dengan dosa, namun dianggap memalukan dan diketahui dapat berbahaya bagi si ibu atau malah mengakibatkan kematian. Penduduk mengetahui kasus-kasus wanita yang meninggal karena praktik aborsi.

Meskipun demikian, dipercayai bahwa sewaktu-waktu roh fetus yang digugurkan dapat memunculkan dirinya

melalui *guru si baso* atau *spirit medium* yang kemasukan. Roh fetus tersebut menyangkan bahwa dia tidak sempat lahir normal. Seperti biasanya dia dibujuk-bujuk dan selalu diharapkan bantuannya sebagai roh pelindung keluarga.

Di desa penelitian pada waktu itu hampir tidak diketahui bahwa pengguguran adalah melanggar hukum. Paling tidak, hal tersebut tidak dihiraukan orang karena tidak ada kasus penangkapan yang berkaitan dengan aborsi dan yang paling dihiraukan adalah aspek kesehatan dan rasa malu.

Aspek Agama dan Hukum

Di Indonesia semua agama resmi melarang aborsi. Bagi umat Katolik, jangankan menggugurkan, pemakaian kontrasepsi modern juga tidak diperkenankan. Golongan Islam tidak dapat menerima sterilisasi karena diputuskan haram hukumnya pada Musyawarah Nasional Ulama pada tahun 1983.

Dari sudut agama Islam terdapat perbedaan tafsiran mengenai pengguguran yang disengaja. Menurut mazhab Hanafi pengguguran kandungan dapat dilakukan sejauh umur kandungan kurang dari 120 hari, yakni sewaktu fetus belum mempunyai roh. Janin baru bernyawa "120 hari sesudah terdjadi pembuahan, pada ketika malaikat rahim menentukan kelamin manusia jang akan djadi itu. lama hidupnja, perbuatannja semasa hidupnja, nasib malang atau untung jang akan jadi bagiannja" (Ramali, 1056: 215).

Menurut Nurcholish Madjid (1986: 8-9) mazhab Hanafi membolehkan aborsi sampai habis bulan keempat.

"Mereka malah memberi hak kepada kaum wanita untuk melakukan aborsi, biarpun tanpa izin suami, tetapi harus disertai alasan yang jelas untuk apa aborsi itu dilakukan" (hal. 8). Sebaliknya, mazhab Maliki secara mutlak melarang aborsi karena sperma, setelah terwadahi dalam rahim, ditumbuhkan dan kemudian mendapatkan ruhnya, harus dilindungi sepenuhnya.

Menurut mazhab Syafii, tiap-tiap pengguguran kandungan adalah haram hukumnya dan inilah yang dianut oleh Islam di Indonesia. Tampaknya dalam mazhab Syafii juga terdapat tafsiran yang berbeda tentang larangan aborsi dan mengenai hal tersebut dapat dilihat dalam buku Ahmad Ramali, *Peraturan-peraturan untuk Memelihara Kesehatan dalam Hukum Sjara' Islam*, 1956 (hlm. 214- 16).

Menurut Asjmuni Abdullah (1993), berdasarkan ajaran Islam, abortus provokatus adalah sebagai berikut.

Abortus provokatus dibagi menjadi dua sebagai berikut.

- (1) Abortus provokatus kriminalis jelas dilarang agama.
- (2) Abortus provokatus medisinalis dapat dibenarkan lantaran darurat, yaitu adanya kekhawatiran terancam keselamatan ibu waktu mengandung dan melahirkan, berdasarkan hasil konsultasi para ahli yang bersangkutan.

Selanjutnya di dalam Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP) Pasal 346 tercantum sebagai berikut mengenai abortus:

"Seorang wanita yang sengaja menggugurkan atau mematikan kandungannya atau menyuruh orang lain untuk itu, diancam

dengan pidana paling lama empat tahun".

Perihal abortus provokatus di dalam Undang-Undang Kesehatan No. 23/1992, Pasal 15, tercantum sebagai berikut.

- (1) Dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan atau janinnya, dapat dilakukan tindakan medis tertentu.
- (2) Tindakan medis tertentu sebagai dimaksud dalam Ayat (1) hanya dapat dilakukan
 - a. berdasarkan indikasi medis yang mengharuskan diambilnya tindakan tersebut;
 - b. oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu dan dilakukan sesuai dengan tanggung jawab profesi serta berdasarkan pertimbangan tim ahli;
 - c. dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami atau keluarganya; dan
 - d. pada sarana kesehatan tertentu.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tindakan medis tertentu sebagaimana dimaksud dalam Ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Penjelasan untuk Pasal 15 Ayat (1) bunyinya sebagai berikut.

"Tindakan medis dalam bentuk pengguguran kandungan dengan alasan apa pun dilarang karena bertentangan dengan norma hukum, norma agama, norma kesusilaan, dan norma kesopanan. Namun, dalam keadaan darurat sebagai upaya menyelamatkan jiwa ibu dan atau janin yang dikandungnya dapat diambil tindakan medis tertentu".

Bambang Poernomo memberikan ulasan antara lain sebagai berikut.

"Peraturan hukum pidana di Indonesia juga melarang aborsi, akan tetapi praktik penerapan hukum cenderung pada penuntutan abortus provokatus kriminalis yang dilakukan oleh keluarga atau praktik dukun. Hasil penelitian tentang aborsi oleh Fakultas Hukum Universitas Atmajaya tahun 1989 ditemukan tuntutan perkara abortus provokatus kriminalis terhadap dokter umum (praktik gelap) di Jakarta, dan tidak ditemukan putusan pengadilan terhadap perkara abortus medisinalis dengan logika hukum yang memberikan putusan bebas atau dilepas dari tuntutan hukum. Demikian pula hasil penelitian Dr. Bit Tamba tahun 1990 tidak menemukan yurisprudensi tentang perkara abortus provokatus medisinalis. Kedua penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa hukum di Indonesia melarang aborsi, dengan "pengecualian berdasarkan alasan medis", dengan demikian aspek hukum dalam undang-undang, yurisprudensi dan doktrin ilmu hukum telah memberikan perlindungan hukum bagi dokter yang melakukan abortus berdasarkan alasan medis" (hlm. 3-4).

Bambang Poernomo (1993: 8) memberikan komentar tentang UU Kesehatan di atas sebagai berikut.

"Berdasarkan pengamatan hasil jawaban Pemerintah dalam Sidang Paripurna DPR tanggal 24 Januari 1992 pada butir nomor 10 mengandung esensi norma

hukum perlindungan aborsi tidak jauh berbeda dengan perkembangan di negara Belanda, dan terdapat petunjuk akan dibentuknya Undang-undang Khusus tentang abortus berdasarkan alasan medis, agar terpisah dari peraturan undang-undang abortus provokatus kriminalis."

Alasan Penerimaan Abortus

Dalam Tabel 1 ditampilkan variasi antarnegara mengenai alasan abortus provokatus dapat diterima di berbagai negara. Tabel tersebut menunjukkan bahwa Indonesia termasuk ke dalam negara yang sangat restriktif dalam hal aborsi. Jadi sama kedudukannya dengan Filipina, Bangladesh, Saudi Arabia, yang

Tabel 1
Alasan Aborsi Dapat Diterima (1986)

Negara	Aborsi Legal Dapat Dilaksanakan Atas Dasar					
	Medis			Judisial (diperkosa, <i>incest</i> , dll)	Sosial & sosial medikal	Atas permintaan
	A	B	C			
USA	-	-	-	-	-	X
Brasilia	X	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	X	X	-
Prancis	-	-	-	-	-	X
Itali	-	-	-	-	-	X
Nederland	-	-	-	-	-	X
Inggris	-	X	X	-	X	-
Australia	-	X	X	-	X	-
Mesir	-	X	X	-	-	-
Tunisia	-	-	-	-	-	X
Turki	-	-	-	-	-	X
Sri Langka	X	-	-	-	-	-
Saudi Arabia	X	-	-	-	-	-
India	-	X	X	X	X	-
Bangladesh	X	-	-	-	-	-
Jepang	-	X	X	X	X	-
RRC	-	-	-	-	-	X
Indonesia	X	-	-	-	-	-
Singapura	-	-	-	-	-	X
Malaysia	-	X	X	X	-	-
Thailand	-	X	-	X	-	-
Filipina	X	-	-	-	-	-

Sumber: Tietze dan Henshaw, 1986: 12-14

Keterangan: Medis A, kesehatan dalam pengertian sempit yakni membahayakan jiwa. Medis B, kesehatan dalam pengertian yang lebih luas. Medis C, adalah alasan eugenika (*eugenics*).

hanya dapat menerima aborsi untuk alasan kesehatan dalam pengertian yang sempit. Seperti dikatakan di atas di Indonesia abortus dapat dilakukan dalam keadaan darurat sebagai upaya menyelamatkan jiwa ibu dan atau janin yang dikandungnya.

Walaupun masyarakatnya memeluk agama Islam, ternyata di Tunisia persyaratan untuk pengguguran sangat longgar, yaitu pengguguran dapat dilakukan atas dasar permintaan. Indonesia tentu tidak untuk dibandingkan dengan Singapura dan Jepang dalam hal ini, tetapi menarik perhatian bahwa persyaratan untuk pengguguran jauh lebih longgar di Malaysia daripada di Indonesia. Malaysia mengizinkan aborsi dengan alasan kesehatan yang lebih luas dan juga alasan perkosaan dan *incest*.

Sejak Perang Dunia II undang-undang aborsi mengalami liberalisasi pada hampir semua negara-negara industri. Pada tahun limapuluhan aborsi adalah legal atas dasar indikasi sosial bagi sebagian besar negara-negara sosialis di Eropa Timur dan Tengah. Pada tahun enampuluhan dan tujuh puluhan negara-negara industri lainnya memperlonggar persyaratan-persyaratan untuk melaksanakan pengguguran.

Dapat ditambahkan bahwa sejak tahun 1983 liberalisasi undang-undang aborsi telah terjadi di Portugal, Spanyol, Turki, dan Taiwan.

Sebaliknya, di sebagian besar bekas negeri jajahan di Dunia Ketiga, yang undang-undang aborsinya dibuat atau dipengaruhi oleh pemerintah kolonial, keadaan belum berubah atau perubahan hanya sedikit.

Aspek Demografi

Diperkirakan (pada tahun 1986) aborsi legal di dunia mencapai jumlah 30-40 juta setahun dan jika disatukan dengan aborsi ilegal jumlahnya mungkin mencapai 40-60 juta. Angka aborsi legal, yakni *per 1.000 wanita usia 15-44* adalah tinggi di Rumania (90,9 th 1983), Yugoslavia (70,5 th 1984), Bulgaria (61,9 th 1984), RRC (61,5 th 1983), dan Kuba (58,6). Pada waktu itu angka yang tertinggi adalah Uni Soviet (181 th 1982). Singapura (28,1). Amerika Serikat (27,4) dan Tunisia (13,6) masih relatif tinggi dan Nederland tergolong rendah (5,6) (Tietze dan Henshaw, 1986: 29).

Uni Soviet merupakan negara yang pertama di dunia yang meliberalkan aborsi dengan memperkenalkan aborsi atas permintaan. Pada tahun 1920 pemerintah Lenin membuat aborsi menjadi legal dengan pelayanan cuma-cuma. Untuk menghindarkan akibat sampingan yang mengakibatkan morbiditas dan mortalitas maternal maka hanya dokter yang diperkenankan melakukan aborsi.

Berhubung statistik aborsi dan angka kelahiran tidak lengkap, sukar untuk mengetahui dampak demografi dari praktik aborsi tersebut. Meskipun demikian, diketahui bahwa di Moskow angka aborsi adalah 19 per 100 kelahiran hidup pada tahun 1921. meningkat menjadi 55 pada tahun 1926. dan melonjak menjadi 270 aborsi pada tahun 1934. Lonjakan pada tahun 1935 malah mengkhawatirkan bagi pemerintah sehingga diadakan pembatasan dan pada tahun 1936 aborsi hanya dapat dilakukan atas alasan medis. Pada tahun 1955 persyaratan melakukan aborsi dilonggarkan lagi di

Tabel 2
Praktik Kontrasepsi dan Aborsi di Jepang

Tahun	Cakup.	PB	ST	Kondon	Pil	IUD	Steril	Lain-lain	R. Aborsi
1950	30,9	28,7	13,8	17,6	-	-	-	41,5	209
1955	56,0	46,6	8,6	60,0	-	-	3,8	27,5	676
1961	70,4	38,6	7,1	39,5	-	-	5,6	14,7	651
1965	72,4	38,7	9,5	65,5	-	4,3	5,8	17,2	462
1971	81,3	33,4	5,9	73,9	1,5	8,2	4,0	14,7	370
1979	87,7	23,4	5,3	82,1	3,2	8,4	4,0	7,0	374
1986	86,0	21,8	5,5	83,3	1,9	6,6	10,0	6,0	382
1990	82,5	15,7	6,7	75,8	1,0	4,8	10,1	1,2	374

Sumber: Ogawa dan Rutherford, 1994: 718.

Keterangan: Cakup = cakupan kontrasepsi; PB = pantang berkala; ST = sanggama terputus; steril = sterilisasi; r. aborsi = rasio aborsi adalah jumlah aborsi per 1000 kelahiran.

Uni Soviet, tetapi dampak demografinya, walaupun jelas cukup berarti, tidaklah diketahui dengan pasti. Meskipun demikian, cukup jelas bahwa praktik aborsi memegang peranan penting dalam penurunan angka kelahiran di Eropa Timur dan Jepang sejak tahun 1950 (Bracket, 1971).

Seperti terlihat dalam Tabel 2, dalam pemilihan jenis kontrasepsi, kontrasepsi modern tidak mendapat tempat yang selayaknya di Jepang. Sejak tahun 1950 sampai 1990, kontrasepsi yang utama adalah kondom, nomor dua pantang berkala, nomor tiga sanggama terputus sampai tahun 1979, tetapi sesudah itu sterilisasi menempati nomor tiga sehingga sanggama terputus tergeser menjadi nomor empat.

Sebagai sebuah negara industri yang maju, Jepang merupakan sebuah kasus yang khusus mengenai praktik aborsi. Upaya penggalakan keluarga berencana sesudah Perang Dunia II di Jepang adalah untuk menurunkan praktik aborsi. Walaupun terdapat kemajuan

dalam pemakaian kontrasepsi, aborsi masih banyak dilakukan di Jepang sampai sekarang. Rasio aborsi (*abortion ratio*), yakni jumlah pengguguran per 1000 kelahiran hidup, melonjak dari 209 pada tahun 1950 menjadi 716 pada tahun 1957, menurun menjadi di bawah 400 pada tahun 1967 dan seterusnya berfluktuasi sekitar 370 (Ogawa dan Rutherford, 1994: 719). Ogawa dan Rutherford membuat kalkulasi kasar mengenai dampak aborsi terhadap fertilitas di Jepang dan menyimpulkan bahwa dampak aborsi sangat berarti (hlm. 719).

Status Kawin

Dari sudut status perkawinan, wanita-wanita yang menggugurkan tampaknya terdapat variasi dari satu masyarakat ke masyarakat lainnya dan juga dapat terjadi perubahan dari waktu ke waktu. Di dalam penelitian kami yang disebut di muka, tanpa kecuali, semua wanita yang menggugurkan berstatus kawin. Beberapa penelitian yang

Tabel 3
Status Kawin pada Waktu Melakukan Aborsi
(Persentase).

Negara	Kawin	Pernah Kawin	Tidak Pernah Kawin
Singapura			
1970	94.3	1.1	4.6
1975	83.6	1.3	15.1
1980	74.1	1.2	24.7
1983	72.8	1.2	26.0
Nederland			
1977	48.0	6.9	45.1
1980	41.5	7.9	50.6
1984	36.2	7.7	56.2
Selandia Baru			
1976	30.1	13.2	56.7
1980	25.3	15.2	59.5
1983	26.0	13.6	60.4
Amerika Serikat			
1972	29.7		70.3
1975	27.4		72.6
1980	20.6		76.9
1982	22.6		77.4

Sumber: Tietze dan Henshaw, 1986: 73-74.

dilakukan di rumah sakit Indonesia menunjukkan bahwa mayoritas dari yang menggugurkan berstatus kawin. Hanya kurang dari lima persen diklasifikasikan sebagai tidak kawin, belum pernah kawin atau janda (Utomo dkk., 1983: 510).

Dari data yang terhimpun diketahui bahwa pada tingkat internasional proporsi mereka yang menggugurkan berstatus tidak kawin bervariasi antarnegara dan juga terjadi perubahan dari waktu ke waktu. Tabel 3 menunjukkan bahwa di Nederland,

Selandia Baru, dan Amerika Serikat lebih separo dari mereka yang menggugurkan kandungan berstatus tidak pernah kawin. Fenomena yang sama terdapat di Kanada, Denmark, Inggris, Finlandia, dan berbagai negara industri lainnya. Meskipun demikian, di berbagai negara mayoritas dari wanita yang menggugurkan berstatus kawin, seperti Cekoslowakia 78,4 persen (1984), Hongaria 70 persen (1983) dan Italia 70,5 persen (1983). Sebaliknya, di Amerika Serikat hanya sekitar seperempat dari yang menggugurkan berstatus kawin.

Tabel 3 juga menunjukkan bahwa proporsi yang menggugurkan yang tidak pernah kawin meningkat. *Trend* tersebut terjadi pada tiap negara yang dijadikan contoh pada Tabel 3.

Persepsi dan *Trend* di Indonesia

Bagaimanakah sikap orang tentang aborsi buatan? Dalam situasi yang bagaimanakah pengguguran kandungan dapat disetujui? Tampaknya terdapat variasi berdasarkan perbedaan daerah, perbedaan status sosial, dan tempat tinggal. Penelitian Faturochman dan Soetjipto (1989), yang dilaksanakan di Daerah Istimewa Yogyakarta dan Bali, mengajukan pertanyaan berikut. "Apa yang harus dilakukan oleh seorang gadis yang tidak dapat menikah dengan ayah bayi yang dikandungnya?". Mayoritas menjawab: "Biarkan hidup dan pelihara sendiri." Sebagian mengatakan "gugurkan", dan proporsi yang menjawab demikian jauh lebih besar di Bali daripada di Yogya. Distribusi yang menyatakan "gugurkan" adalah sebagai berikut.

- Bali Desa, responden laki-laki 19,3 persen, perempuan 29,3 persen.
- Bali Kota, responden laki-laki 13 persen, perempuan 11,4 persen.
- Yogya Desa, responden laki-laki 4,2 persen, perempuan 0,5 persen.
- Yogya Kota, responden laki-laki 1,7 persen, perempuan 1,6 persen.

Jadi, penerimaan pengguguran buatan dalam situasi tertentu lebih tinggi di Bali daripada di Yogya. Selanjutnya persentase tertinggi yang mengatakan "gugurkan" adalah wanita pedesaan Bali (29,3) dan yang terendah adalah wanita pedesaan Yogya (0,5 persen).

Di dalam penelitian tersebut, untuk "alasan menyetujui wanita melakukan aborsi" diajukan 8 alasan: 1. diperkosa, 2. pria tidak bertanggung-jawab, 3. demi kesehatan mental, 4. demi kesehatan tubuh, 5. tidak mampu merawat bayi, 6. umur gadis < 15 tahun, 7. masih sekolah, dan 8. alasan ekonomi. Proporsi terbesar "alasan menyetujui aborsi" sebagai keseluruhan adalah: 3. demi kesehatan mental dan 4. demi kesehatan tubuh.

Johana Prawitasari melakukan penelitian kecil mengenai abortus dengan 20 responden di sekitar dia. Dari 20 responden, lima orang menyetujui dilaksanakannya aborsi dan 15 lainnya menyatakan tidak setuju. Kesimpulan yang ditariknya adalah, "apabila dilakukan survai sesungguhnya, prediksi saya hanya akan ada kurang lebih 25 persen wanita yang setuju tentang abortus (hlm. 1).

Trend aborsi buatan dipengaruhi oleh berbagai hal. Pertama, kegagalan

kontrasepsi bagi ibu-ibu yang mempraktikkan keluarga berencana. Tiap kontrasepsi mempunyai tingkat kegagalannya sendiri-sendiri. Di dalam buku Hatcher dkk. (1984: 3) dicantumkan tingkat kegagalan berbagai kontrasepsi untuk tahun pertama sebagai berikut: 1. sanggama terputus, 16-23 persen, 2. kondom, 2-10 persen, 3. IUD, 1,5-5 persen, 4. pil (progestin), 1-2,5 persen, 5. suntikan (progestin), 0,25 persen, 6. vasektomi, 0,15 persen, dan tubektomi, 0,04 persen.

Persoalan kedua menyangkut remaja dan mereka yang tidak berstatus kawin. Dari sudut perilaku seks tampaknya mereka sudah tambah *permissive* atau lebih serba boleh, kata Sarlito Sarwono.

Berdasarkan hasil penelitiannya di Jakarta, Sarlito (1981) berpendapat bahwa telah terjadi pergeseran norma-norma tentang perilaku seksual di kalangan remaja. Pada tahun 1980-an para remaja telah membenarkan bercumbuan dan berciuman dan itu merupakan tabu pada tahun limapuluhan. Sekarang sebagian sudah setuju dengan *free-sex* dan sebagian kecil dari responden mengaku pernah berhubungan seks.

Penelitian Faturochman dan Soetjipto menunjukkan bahwa responden remaja Bali mempunyai pengalaman sebagai berikut.

- Laki-laki desa pernah hubungan seks 23,6 persen memakai kontrasepsi 5,2 persen
- Perempuan desa pernah hubungan seks 1,8 persen memakai kontrasepsi 0,6 persen
- Laki-laki kota pernah hubungan seks 33,5 persen memakai kontrasepsi 11,9 persen

- Perempuan kota pernah hubungan seks 3,6 persen memakai kontrasepsi 1,2 persen

Dari sudut frekuensinya, apakah praktik aborsi konstan atau meningkat di Indonesia, tidaklah diketahui. Karena aborsi buatan melanggar hukum, data statistik tidak akan ada, namun terdapat indikasi bahwa angka abortus provokatus menaik (Utomo, 1983: 508; Judono, dkk., 1988: 254). Sebagai contoh kecil, dapat dikutip pemberitaan dalam harian *Angkatan Bersenjata* 25 Oktober 1994 yang diberi judul "Walaupun dilarang dengan hukuman, praktik aborsi makin meningkat". Diberitakan bahwa di Yogyakarta bidan dan dokter yang melayani aborsi sebanyak lima orang dan mungkin lebih dari itu. Salah satu tempat praktik berkedok sebagai sanggar senam di Timoho, dengan tarif Rp 600.000,00 untuk menggugurkan kandungan usia dua bulan.

Diperkirakan terjadi 750.000 sampai satu juta aborsi buatan setahun di Indonesia atau dengan rasio 16,7-22,2 aborsi per 100 kelahiran hidup (Hull, dkk., 1993). Sejalan dengan itu Tjitarsa (Oktober 1994) memperkirakan terjadi sejuta aborsi setahun dengan perincian: 50 persen dilakukan oleh wanita yang belum menikah. Dari jumlah itu 10 sampai 25 persen (50.000 sampai 125.000) adalah remaja.

Menurut Tjitarsa meningkatnya kehamilan remaja berkaitan dengan meningkatnya aktivitas seksual mereka. Ini berkaitan pula dengan: 1. tibanya masa haid yang dini, yakni pada umur 12-13 tahun, 2. stimulasi seks melalui media cetak dan elektronik, 3. perubahan nilai sosial dalam masyarakat, dan 4. pengaruh globalisasi

Penelitian Widyantoro (1994: 4) yang dilakukan pada tahun 1988 menunjukkan bahwa mayoritas dari 405 klien wanita yang kehamilannya tidak diinginkan tidak menggunakan kontrasepsi. Sebanyak 96 persen dari mereka berumur 15-25 tahun. Mereka yang menggunakan kontrasepsi ada yang memakai pil, kondom, sanggama terputus, dan pantang berkala. Dalam upaya menghindarkan kehamilan ada yang mencuci vagina setelah hubungan seks, loncat-loncat, jongkok, atau yang perempuan di atas ketika berhubungan seks.

Penutup

Aborsi buatan merupakan masalah yang pelik dan sensitif di Indonesia dan permasalahannya akan semakin besar pada masa-masa yang akan datang. Tampaknya praktik aborsi buatan meningkat dan kiranya akan terus meningkat pada masa depan.

Bagi perempuan berstatus kawin, faktor yang penting yang mendorong mereka melakukan aborsi adalah kegagalan kontrasepsi. Persoalannya adalah hampir semua kontrasepsi yang digunakan, kecuali sterilisasi, tidak 100 persen manjur sedangkan mereka, karena alasan bekerja dan lain-lain, sudah termotivasi mempunyai jumlah anak yang kecil.

IUD adalah cara kontrasepsi yang sangat dianjurkan dalam program resmi pemerintah, tetapi tingkat kegagalannya sekitar empat persen setahun. Sterilisasi dapat dikatakan 100 persen manjur, tetapi haram hukumnya menurut Majelis Ulama Indonesia dan juga belum tentu dapat diterima secara meluas. Jadi motivasi yang kuat untuk mempunyai

keluarga kecil mempunyai masalah tersendiri di dalam pelaksanaannya. Di dalam hal akseptor mengalami kegagalan kontrasepsi, apakah dia diperkenankan melakukan pengguguran dini dengan cara induksi haid? Ini tentunya kontroversial, tetapi jelas melanggar hukum berdasarkan peraturan yang berlaku; namun dengan diam-diam, di beberapa tempat terdapat pelayanan untuk menolong mereka.

Persoalannya lebih rumit lagi adalah mengenai kehamilan remaja dan gadis yang tidak berstatus kawin. Adalah ideal jika mereka tidak melakukan seks pranikah dan tentunya upaya-upaya ke arah itu perlu didukung. Meskipun

demikian, pelanggaran terhadap norma-norma hubungan seks yang ideal tersebut terus meningkat dengan konsekuensi meningkatnya pula praktik aborsi gelap.

Kalau peningkatan hubungan seks pranikah terjadi, apakah tidak sebaiknya mereka menggunakan kontrasepsi dan diberikan kemudahan kepada mereka untuk mendapatkan informasi dan kontrasepsi. Ini pun merupakan hal yang sensitif. Dalam situasi seperti ini kiranya logis bahwa praktik aborsi akan terus meningkat, baik yang ditolong oleh dukun maupun oleh tenaga kedokteran modern.

KEPUSTAKAAN

- Abdullah, H. Asjmundi. 1993. "Pandangan agama tentang abortus". Yogyakarta: Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia.
- Brackett, James W. 1971. "Demographic consequences of abortion", dalam, Sidney H. Newman eds., *Abortion, obtained and denied: research approaches*. New York, The Population Council, p. 97-112.
- Devereux, George. 1976. *A study of abortion in primitive societies*. New York: International Universities Press.
- Faturochman dan Helly P. Soetjipto. 1989. *Pengetahuan, sikap dan praktek kesehatan reproduksi remaja*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan, Universitas Gadjah Mada.
- Hatcher, Robert A., et al. 1984. *Contraceptive technology, 1984-1985*. New York: Irvington.
- Hull, T.H., et al. 1993. "Induced abortion in Indonesia", *Studies in family planning*, 24(4): 241-51.
- Judono, et al. 1988. "Indonesia", dalam Paul Sachdev, *International handbook on abortion*. London: Greenwood Pres. Hlm.: 251-262.
- Madjid, Nurcholish. 1986. "Pertimbangan keagamaan tentang aborsi sebagai tindakan terakhir mengatasi masalah thalassemia". Makalah untuk Seminar Thalassemia FKUI, Jakarta, 27 Februari.
- Newman, J.H. 1951. *Karo-Bataks -- Nederlands Woordenboek*. Medan, Varekamp.
- Ogawa, Naohiro and R. D. Retherford. 1993. "The resumption of fertility decline in Japan: 1973-92", *Population and Development Review*, 19(4): 703-41.

- Poernomo, Bambang. 1993. "Perlindungan hukum aborsi dalam pelaksanaan undang-undang kesehatan". Yogyakarta: Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia. Makalah untuk *Kongres Nasional III Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia*, Yogyakarta, 30 Januari 1993.
- Prawitasari, Johana E. 1993. "Pandangan kaum wanita dan psikologi wanita tentang abortus". Yogyakarta: Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia. Makalah untuk *Kongres Nasional III Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia*, Yogyakarta, 30 Januari 1993.
- Ramali, Ahmad. 1956. *Peraturan-peraturan untuk memelihara kesehatan dalam hukum Sjara' Islam*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Sarwono, Sarlito W. 1981. *Pergeseran norma perilaku seksual remaja: sebuah penelitian terhadap remaja Jakarta*. Jakarta: Rajawali.
- Satu juta wanita Indonesia lakukan aborsi tiap tahun, 10-25 persen di antaranya remaja. 1994. *Jayakarta*, 3 Oktober.
- Sekretaris Panitia Musyawarah Nasional Ulama. 1983. *Keputusan Musyawarah Nasional Ulama tentang Kependudukan, Kesehatan dan Pembangunan, tanggal 17 s/d 20 Oktober 1983*. Jakarta: No Imprint.
- Singarimbun, Masri. 1991. "Norma-norma dan perilaku seks remaja". *Populasi*, 2(1): 11-23.
- Utomo, Budi. 1983. "Abortus di Indonesia: suatu telaah perpustakaan", *Medika*, 9(5): 419-424 dan 9(6): 507-512.
- Tietze, Ch. 1983. *Induced abortion: a world review*. New York: The Population Council.
- Tietze, Ch. and Henshaw, S. K. 1986. *Induced abortion: a world review*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Tjiptoherijanto, Priono, 1994. "Aborsi dan keluarga: agenda terberat Konperensi Kairo". *Warta IPADI*, September, 1(5): 2-4.
- Walaupun dilarang dengan hukuman praktek aborsi makin meningkat. 1994. *Angkatan Bersenjata*, 25 Oktober, hal. 8.
- Widyantoro, Ninuk. 1994. "Aborsi dalam pelayanan kesehatan reproduksi". Makalah untuk Seminar Nasional dalam Penelitian Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta, 8-9-Agustus.
- Widyantoro, Ninuk et al. 1990. "Induced abortion: the Indonesian experience". Paper prepared for the Session on Induced Abortion: International Perspectives. Population Association of America. Annual Meeting, 3-4 May, Toronto.