

## ABORSI DAN KESEHATAN REPRODUKSI

### *(Abortion And Reproduction Health)*

Husni Abdul Gani \*

#### **ABSTRACT**

*Abortion was usually taken for unwanted pregnancy. For married woman, the reason which emerges is already got children, and economically, couldn't afford them. So the couple decides to have abortion. It is taken by single women, because of free seks relationship. Abortion has conducted by the rape victims also. They have to do abortion because they don't want to have a child that makes them remind about the accident. Unconsciously abortion has various risks, which are a psychological risk and a physical one.*

**Keyword:** *Abortion, Abortion Method and Risk,*

#### **PENDAHULUAN**

Kesehatan reproduksi merupakan pembahasan yang tidak pernah berhenti. Banyak pasangan suami isteri yang ingin sekali mendapatkan anak, mereka bersedia memikul beban finansial yang besar dan beban psikologis yang berat agar dapat mempunyai anak sendiri, tetapi berbagai cara dilakukan untuk mendapatkan selalu kegagalan yang didapat. Ironisnya, di sisi lain banyak pula wanita mengalami kehamilan, tetapi kehamilan itu tidak diharapkan/*unwanted pregnancy* (KTD = Kehamilan Tidak Diinginkan). Berbagai alasan diajukan baik oleh wanita yang telah memiliki pasangan maupun perempuan yang belum menikah.

Pada wanita yang telah menikah alasan yang muncul diantaranya adalah sudah mempunyai banyak anak dan sudah tidak mampu secara ekonomi untuk mempunyai tambahan satu orang anak lagi. Untuk itu pasangan tersebut menempuh segala cara untuk mengakhiri kehamilan tersebut. Sedangkan aborsi yang dilakukan oleh wanita yang belum menikah terjadi karena pergaulan yang semakin bebas. Aborsi juga dilakukan oleh korban perkosaan. Alasan yang sering diajukan oleh para wanita yang diperkosa itu adalah bahwa mengandung anak hasil perkosaan itu akan menambah derita batinnya karena melihat anak itu akan selalu mengingatkannya akan peristiwa buruk tersebut.

---

\* *Drs. Husni Abdul Gani, M.S. adalah Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.*

Aborsi dengan alasan non medik dilarang keras di Indonesia. Hal ini berakibat pada meningkatnya aborsi ilegal, dimana meningkatkan pula risiko kematian akibat kurangnya fasilitas dan prasarana medis, dan bahkan sebagian besar aborsi ilegal dilakukan dengan cara tradisional. Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2008, angka kematian akibat aborsi mencapai sekitar 11 % dari angka kematian ibu hamil dan melahirkan, yang di Indonesia mencapai 390 per 100.000 kelahiran hidup. Hasil survei Organisasi Kesehatan Dunia/World Health Organization/WHO menyatakan bahwa setiap tahun aborsi menyebabkan sekitar 68 ribu kematian dan jutaan perempuan terluka serta menderita kecacatan permanen. Di Indonesia tindakan aborsi yang tidak aman juga berdampak besar terhadap peningkatan angka kematian ibu /Maternal Mortality Ratio/MMR (Sedgh G and Ball H, 2008).

Hasil studi Grimes yang dimuat dalam jurnal medis *The Lancet* bulan Oktober 2006 menyebutkan bahwa setiap tahun terdapat 19 juta hingga 20 juta tindakan aborsi tidak aman (dilakukan oleh individu yang tidak mempunyai keahlian-red) dan 97 persen diantaranya terjadi di negara-negara berkembang (Grimes DA, 2006:1908-1919).

Tapi ada satu hal yang perlu di garis bawahi mengenai hal ini. Angka kematian akibat aborsi itu adalah angka resmi dari pemerintah, sementara aborsi yang dilakukan remaja karena sebagian besarnya adalah aborsi ilegal. Praktek aborsi yang dilakukan remaja sebagaimana dilaporkan oleh sebuah media terbitan tanah air diperkirakan mencapai 2,5 juta kasus per tahun, sebuah jumlah yang sangat fantastis bahkan untuk ukuran dunia sekalipun. Dan karena ilegal aborsi yang dilakukan remaja ini sangat berisiko berakhir dengan kematian (<http://www.dunia-wanita.com/Jameela>, 2008).

## **METODE ABORSI DAN RISIKO BAHAYA**

### **1. Trimester Pertama:**

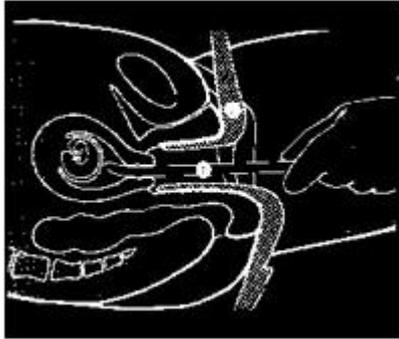
#### **Metode Penyedotan (*Suction Curettage*)**

Pada 1-3 bulan pertama dalam kehidupan janin, aborsi dilakukan dengan metode penyedotan. Teknik inilah yang paling banyak dilakukan untuk kehamilan usia dini. Mesin penyedot bertenaga kuat dengan ujung tajam dimasukkan ke dalam rahim lewat mulut rahim yang sengaja dimekarkan. Penyedotan ini mengakibatkan tubuh bayi berantakan dan menarik ari-ari (plasenta) dari dinding rahim. Hasil penyedotan berupa darah, cairan ketuban, bagian-bagian plasenta dan tubuh janin terkumpul dalam botol yang dihubungkan dengan alat penyedot ini. Ketelitian dan kehati-hatian dalam menjalani metode ini sangat perlu dijaga guna menghindari robeknya rahim akibat salah sedot yang dapat mengakibatkan pendarahan hebat yang terkadang berakhir pada operasi pengangkatan rahim. Peradangan dapat terjadi dengan mudahnya jika masih ada sisa-sisa plasenta atau bagian dari janin yang tertinggal di dalam rahim. Hal inilah yang paling sering terjadi yang dikenal dengan komplikasi paska-aborsi.

#### **Metode D&C - Dilatasi dan Kerokan**

Dalam teknik ini, mulut rahim dibuka atau dimekarkan dengan paksa untuk memasukkan pisau baja yang tajam. Bagian tubuh janin dipotong berkeping-keping dan

diangkat, sedangkan plasenta dikerok dari dinding rahim. Darah yang hilang selama dilakukannya metode ini lebih banyak dibandingkan dengan metode penyedotan. Begitu juga dengan perobekan rahim dan radang paling sering terjadi. Metode ini tidak sama dengan metode D&C yang dilakukan pada wanita-wanita dengan keluhan penyakit rahim (seperti pendarahan rahim, tidak terjadinya menstruasi, dsb). Komplikasi yang sering terjadi antara lain robeknya dinding rahim yang dapat menjurus hingga ke kandung kencing.



Gambar 1 Metode D&C - Dilatasi dan Kerokan

Keterangan gambar:

Alat kuret dimasukkan ke dalam rahim untuk mulai mengerok janin, ari-ari, dan air ketuban dari rahim.

#### **PIL RU 486**

Masyarakat menamakannya "Pil Aborsi Perancis". Teknik ini menggunakan 2 hormon sintetik yaitu mifepristone dan misoprostol untuk secara kimiawi menginduksi kehamilan usia 5-9 minggu. Di Amerika Serikat, prosedur ini dijalani dengan pengawasan ketat dari klinik aborsi yang mengharuskan kunjungan sedikitnya 3 kali ke klinik tersebut. Pada kunjungan pertama, wanita hamil tersebut diperiksa dengan seksama. Jika tidak ditemukan kontra-indikasi (seperti perokok berat, penyakit asma, darah tinggi, kegemukan, dll) yang malah dapat mengakibatkan kematian pada wanita hamil itu, maka diberikan pil RU 486.

Kerja RU 486 adalah untuk memblokir hormon progesteron yang berfungsi vital untuk menjaga jalur nutrisi ke plasenta tetap lancar. Karena pemblokiran ini, maka janin tidak mendapatkan makanannya lagi dan menjadi kelaparan. Pada kunjungan kedua, yaitu 36-48 jam setelah kunjungan pertama, wanita hamil ini diberikan suntikan hormon prostaglandin, biasanya misoprostol, yang mengakibatkan terjadinya kontraksi rahim dan membuat janin terlepas dari rahim. Kebanyakan wanita mengeluarkan isi rahimnya itu dalam 4 jam saat menunggu di klinik, tetapi 30% dari mereka mengalami hal ini di rumah, di tempat kerja, di kendaraan umum, atau di tempat-tempat lainnya, ada juga yang perlu menunggu hingga 5 hari kemudian. Kunjungan ketiga dilakukan kira-kira 2 minggu setelah pengguguran kandungan, untuk mengetahui apakah aborsi telah berlangsung. Jika belum, maka operasi perlu dilakukan (5-10 persen dari seluruh kasus). Ada beberapa kasus serius dari penggunaan RU 486, seperti aborsi yang tidak terjadi hingga 44 hari kemudian, pendarahan hebat, pusing-pusing, muntah-muntah, rasa sakit hingga kematian. Sedikitnya seorang wanita Perancis meninggal sedangkan beberapa lainnya mengalami serangan jantung.

Di Amerika Serikat, percobaan penggunaan RU 486 diadakan pada tahun 1995. Seorang wanita diketahui hampir meninggal setelah kehilangan separuh dari volume darahnya dan akhirnya memerlukan operasi darurat. Efek jangka panjang dari RU 486 belum diketahui secara pasti, tetapi beberapa alasan yang dapat dipercaya mengatakan bahwa RU 486 tidak saja mempengaruhi kehamilan yang sedang berlangsung, tetapi juga dapat mempengaruhi kehamilan selanjutnya, yaitu kemungkinan keguguran spontan dan cacat pada bayi yang dikandung.

#### **Suntikan Methotrexate (MTX)**

Prosedur dengan MTX sama dengan RU 486, hanya saja obat ini disuntikkan ke dalam badan. MTX pada mulanya digunakan untuk menekan pertumbuhan pesat sel-sel, seperti pada kasus kanker, dengan menetralkan asam folat yang berguna untuk pemecahan sel. MTX ternyata juga menekan pertumbuhan pesat trophoblastoid - selaput yang menyelubungi embrio yang juga merupakan cikal bakal plasenta. Trophoblastoid tidak saja berfungsi sebagai 'sistem penyanggah hidup' untuk janin yang sedang berkembang, mengambil oksigen dan nutrisi dari darah calon ibu serta membuang karbondioksida dan produk-produk buangan lainnya, tetapi juga memproduksi hormon HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*), yang memberikan tanda pada *corpus luteum* untuk terus memproduksi hormon progesteron yang berguna untuk mencegah gagal rahim dan keguguran.

MTX menghancurkan integrasi dari lingkungan yang menopang, melindungi dan menyuburkan pertumbuhan janin, dan karena kekurangan nutrisi, maka janin menjadi mati. 3-7 hari kemudian, tablet misoprostol dimasukkan ke dalam kelamin wanita hamil itu untuk memicu terlepasnya janin dari rahim. Terkadang, hal ini terjadi beberapa jam setelah masuknya misoprostol, tetapi sering juga terjadi perlunya penambahan dosis misoprostol. Hal ini membuat cara aborsi dengan menggunakan suntikan MTX dapat berlangsung berminggu-minggu. Si wanita hamil itu akan mendapatkan pendarahan selama berminggu-minggu (42 hari dalam sebuah studi kasus), bahkan terjadi pendarahan hebat. Sedangkan janin dapat gugur kapan saja - di rumah, di dalam bus umum, di tempat kerja, di supermarket, dsb. Wanita yang kedapatan masih mengandung pada kunjungan ke klinik aborsi selanjutnya, mau tak mau harus menjalani operasi untuk mengeluarkan janin itu. Bahkan dokter-dokter yang bekerja di klinik aborsi seringkali enggan untuk memberikan suntikan MTX karena MTX sebenarnya adalah racun dan efek samping yang terjadi terkadang tak dapat diprediksi.

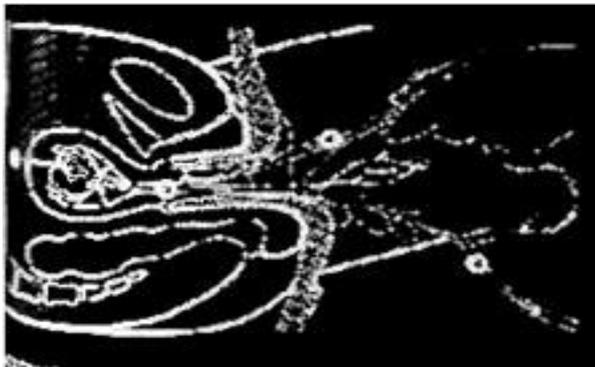
Efek samping yang tercatat dalam studi kasus adalah sakit kepala, rasa sakit, diare, penglihatan yang menjadi kabur, dan yang lebih serius adalah depresi sumsum tulang belakang, kekurangan darah, kerusakan fungsi hati, dan sakit paru-paru. Dalam bungkus MTX, pabrik pembuat menuliskan peringatan keras bahwa MTX memang berguna untuk pengobatan kanker, beberapa kasus arthritis dan psoriasis, "kematian pernah dilaporkan pada orang yang menggunakan MTX", dan pabrik itu menyarankan agar hanya para dokter yang berpengalaman dan memiliki pengetahuan tentang terapi antimetabolik saja yang boleh menggunakan MTX. Meski para dokter aborsi yang menggunakan MTX menepis efek-efek samping MTX dan mengatakan MTX dosis rendah

baik untuk digunakan dalam proses aborsi, dokter-dokter aborsi lainnya tidak setuju, karena pada paket injeksi yang digunakan untuk aborsi juga tertera peringatan bahaya racun walau MTX digunakan dalam dosis rendah.

## 2. Trimester Kedua:

### Metode Dilatasi dan Evakuasi (D&E)

Metode ini digunakan untuk membuang janin hingga usia 24 minggu. Metode ini sejenis dengan D&C, hanya dalam D&E digunakan tang penjepit (forsep) dengan ujung pisau tajam untuk merobek-robek janin. Hal ini dilakukan berulang-ulang hingga seluruh tubuh janin dikeluarkan dari rahim. Karena pada usia kehamilan ini tengkorak janin sudah mengeras, maka tengkorak ini perlu dihancurkan supaya dapat dikeluarkan dari rahim. Jika tidak berhati-hati dalam pengeluarannya, potongan tulang-tulang yang runcing mungkin dapat menusuk dinding rahim dan menimbulkan luka rahim. Pendarahan mungkin juga terjadi. Dr. Warren Hern dari Boulder, Colorado, Amerika Serikat, seorang dokter aborsi yang sering melakukan D&E mengatakan, hal ini sering membuat masalah bagi karyawan klinik dan menimbulkan kekhawatiran akan efek D&E pada wanita yang menjalani aborsi. Dokter Hern juga melihat trauma yang terjadi pada para dokter yang melakukan aborsi, ia mengatakan, "tidak dapat disangkal lagi, penghancuran terjadi di depan mata kita sendiri. Penghancuran janin lewat forsep itu seperti arus listrik."



Keterangan gambar:

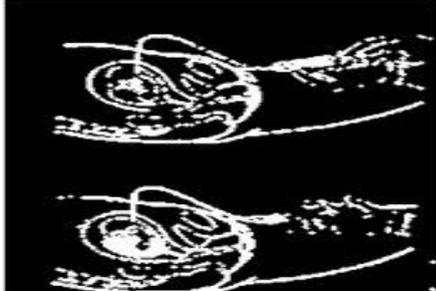
Tang penjepit dan alat sedot tengah dimasukkan ke dalam rahim untuk menghancurkan janin.

Gambar 2 Metode Dilatasi dan Evakuasi (D&E)

### Metode Racun Garam (Saline)

Caranya ialah dengan meracuni air ketuban. Teknik ini digunakan saat kandungan berusia 16 minggu, saat air ketuban sudah cukup melingkupi janin. Jarum disuntikkan ke perut si wanita dan 50-250 ml (kira-kira secangkir) air ketuban dikeluarkan, diganti dengan larutan konsentrasi garam. Janin yang sudah mulai bernafas, menelan garam dan teracuni. Larutan kimia ini juga membuat kulit janin terbakar dan memburuk. Biasanya, setelah kira-kira satu jam, janin akan mati. Kira-kira 33-35 jam setelah suntikan larutan garam itu bekerja, si wanita hamil itu akan melahirkan anak yang telah mati dengan kulit hitam karena terbakar. Kira-kira 97% dari wanita yang memilih aborsi dengan cara ini melahirkan anaknya 72 jam setelah suntikan diberikan. Suntikan larutan garam ini juga memberikan efek samping pada wanita pemakainya yang disebut "Konsumsi Koagulopati" (pembekuan darah yang tak terkendali diseluruh

tubuh), juga dapat menimbulkan pendarahan hebat dan efek samping serius pada sistem syaraf sentral. Serangan jantung mendadak, koma, atau kematian mungkin juga dihasilkan oleh suntikan saline lewat sistem pembuluh darah.



Keterangan gambar:

Jarum suntik ditusuk hingga mencapai air ketuban. Jarum ini lalu menyedot sebagian kecil dari air ketuban keluar, lalu diganti dengan larutan racun garam.

Gambar 3 Metode Racun Garam (Saline)

### **Urea**

Karena bahaya penggunaan saline, maka suntikan lain yang biasa dipakai adalah hipersomolar urea, walau metode ini kurang efektif dan biasanya harus dibarengi dengan asupan hormon oxytocin atau prostaglandin agar dapat mencapai hasil maksimal. Gagal aborsi atau tidak tuntasnya aborsi sering terjadi dalam menggunakan metode ini, sehingga operasi pengangkatan janin dilakukan. Seperti teknik suntikan aborsi lainnya, efek samping yang sering ditemui adalah pusing-pusing atau muntah-muntah. Masalah umum dalam aborsi pada trimester kedua adalah perlukaan rahim, yang berkisar dari perlukaan kecil hingga perobekan rahim. Antara 1-2% dari pasien pengguna metode ini terkena endometriosis/peradangan dinding rahim.

### **Prostaglandin**

Prostaglandin merupakan hormon yang diproduksi secara alami oleh tubuh dalam proses melahirkan. Injeksi dari konsentrasi buatan hormon ini ke dalam air ketuban memaksa proses kelahiran berlangsung, mengakibatkan janin keluar sebelum waktunya dan tidak mempunyai kemungkinan untuk hidup sama sekali. Sering juga garam atau racun lainnya diinjeksi terlebih dahulu ke cairan ketuban untuk memastikan bahwa janin akan lahir dalam keadaan mati, karena tak jarang terjadi janin lolos dari trauma melahirkan secara paksa ini dan keluar dalam keadaan hidup. Efek samping penggunaan prostaglandin tiruan ini adalah bagian dari ari-ari yang tertinggal karena tidak luruh dengan sempurna, trauma rahim karena dipaksa melahirkan, infeksi, pendarahan, gagal pernafasan, gagal jantung, perobekan rahim.

### **Partial Birth Abortion**

Metode ini sama seperti melahirkan secara normal, karena janin dikeluarkan lewat jalan lahir. Aborsi ini dilakukan pada wanita dengan usia kehamilan 20-32 minggu, mungkin juga lebih tua dari itu. Dengan bantuan alat USG, forsep (tang penjepit) dimasukkan ke dalam rahim, lalu janin ditangkap dengan forsep itu. Tubuh janin ditarik keluar dari jalan lahir (kecuali kepalanya). Pada saat ini, janin masih dalam keadaan hidup. Lalu, gunting dimasukkan ke dalam jalan lahir untuk menusuk kepala bayi itu agar

terjadi lubang yang cukup besar. Setelah itu, kateter penyedot dimasukkan untuk menyedot keluar otak bayi. Kepala yang hancur lalu dikeluarkan dari dalam rahim bersamaan dengan tubuh janin yang lebih dahulu ditarik keluar.

#### **Histerotomy** (untuk kehamilan trimester kedua dan ketiga)

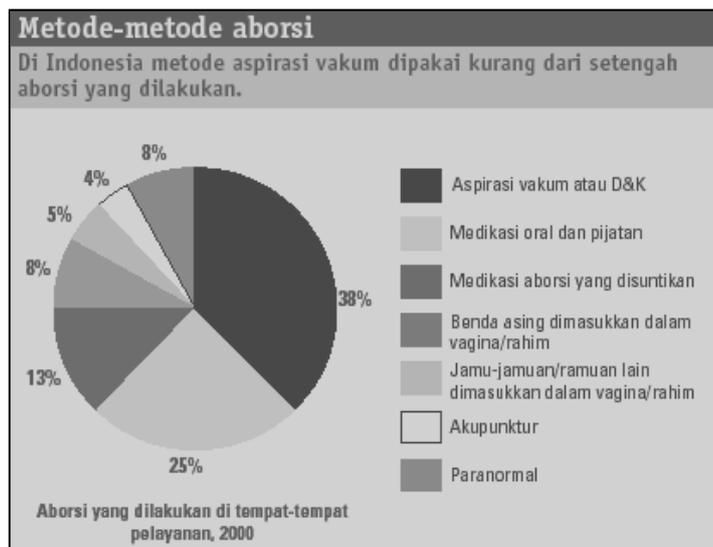
Sejenis dengan metode operasi caesar, metode ini digunakan jika cairan kimia yang digunakan/disuntikkan tidak memberikan hasil memuaskan. Sayatan dibuat di perut dan rahim. Bayi beserta ari-ari serta cairan ketuban dikeluarkan. Terkadang, bayi dikeluarkan dalam keadaan hidup, yang membuat satu pertanyaan bergulir: bagaimana, kapan dan siapa yang membunuh bayi ini? Metode ini memiliki risiko tertinggi untuk kesehatan wanita, karena ada kemungkinan terjadi perobekan rahim. Dalam 2 tahun pertama legalisasi aborsi di kota New York, tercatat 271,2 kematian per 100.000 kasus aborsi dengan cara ini.

#### **METODE ABORSI DI INDONESIA**

Banyak aborsi yang dilakukan di Indonesia adalah tidak aman. Aborsi yang tidak aman dapat membahayakan kesehatan dan nyawa perempuan yang melakukannya, dan derajat keamanannya tergantung dari prosedur dan metode yang digunakan oleh pemberi layanan kesehatan (Grimes DA, 2006:1908-1919).

Setiap tahun terdapat sekitar 2,6 juta kasus aborsi di Indonesia, artinya dalam setiap jam terjadi sekitar 300 tindakan pengguguran janin tidak aman yang berisiko menyebabkan kematian ibu. 700 ribu diantaranya dilakukan oleh remaja atau perempuan berusia di bawah 20 tahun. Dan 11,13 persen dari semua kasus aborsi di Indonesia dilakukan karena kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) ([http://www.kapanlagi.com/u/newsthistick.php?sb=s&id=145059&t=Setiap\\_Jam\\_300\\_Kasus\\_Aborsi\\_Terjadi\\_di\\_Indonesia](http://www.kapanlagi.com/u/newsthistick.php?sb=s&id=145059&t=Setiap_Jam_300_Kasus_Aborsi_Terjadi_di_Indonesia)).

Dari penelitian WHO diperkirakan 20-60 persen aborsi di Indonesia adalah aborsi disengaja (*induced abortion*). Penelitian di 10 kota besar dan enam kabupaten di Indonesia memperkirakan sekitar 2 juta kasus aborsi, 50 persennya terjadi di perkotaan. Kasus aborsi di perkotaan dilakukan secara diam-diam oleh tenaga kesehatan (70%), sedangkan di pedesaan dilakukan oleh dukun (84%). Klien aborsi terbanyak berada pada kisaran usia 20-29 tahun. 85% aborsi yang dilakukan di tempat pelayanan kesehatan di daerah perkotaan, dan dukun bersalin melakukan sekitar 15% dari aborsi (Utomo B, 2001). Di lain pihak, di daerah pedesaan, dukun bersalin diestimasikan melakukan lebih dari empat perlima aborsi yang terjadi. Secara keseluruhan, hampir setengah dari semua perempuan yang mencari pelayanan aborsi di Indonesia lari pada dukun bersalin, dukun tradisional atau ahli pijat yang menggunakan cara pemijatan untuk menggugurkan kandungan.



Sumber: Utomo B dkk., Insiden dan Aspek Sosial-Psikologis dari Aborsi di Indonesia: Survei Komunitas di 10 Kota dan 6 Kabupaten, Tahun 2000

Sementara jumlah dari upaya penguguran kandungan yang dilakukan sendiri tidak diketahui, salah satu penelitian menemukan bahwa hampir semua dari perempuan yang mencari upaya aborsi pada tempat pelayanan kesehatan, pertama melakukan upaya aborsi sendiri. Dalam penelitian tentang klien yang mencari upaya induksi haid di salah satu klinik di daerah perkotaan ditemukan bahwa, langkah pertama yang diambil oleh para perempuan tersebut adalah untuk memakai obat-obatan yang dapat dibeli tanpa resep atau minum jamu-jamuan untuk melancarkan menstruasi. Setelah itu banyak yang kemudian melakukan test kehamilan. Bila kehamilannya dinyatakan positif, upaya yang paling banyak dilakukan oleh perempuan-perempuan tersebut dalam usaha penguguran kandungannya adalah dengan minum lebih banyak jamujamuan atau dengan upaya pemijatan untuk aborsi yang dilakukan oleh dukun tradisional. Bila upaya aborsi tersebut belum juga berhasil, perempuan tersebut baru kemudian mengugurkan kandungannya di klinik. Dalam penelitian tentang perempuan yang melakukan aborsi di klinik, hanya 38% melaporkan bahwa prosedur yang digunakan adalah aspirasi vakum, yang merupakan prosedur yang aman dan metode yang sudah terjamin untuk aborsi pada kehamilan dini, atau dilatasi dan kuret, metode yang efektif tetapi tidak seaman metode aspirasi vakum (Utomo B, 2001). Sebanyak 25% dari klien menggunakan pengobatan oral dan dipijat agar terjadi penguguran; 13% menerima suntikan untuk penguguran kandungan; 13% memasukan benda asing ke dalam vagina atau rahim dan 4% melakukan aborsi dengan cara akupunktur.

Aborsi yang tidak aman dapat menjadi mahal. Biaya untuk aborsi yang tidak aman dapat dilihat dari berbagai sudut: biaya yang digunakan untuk aborsi itu sendiri; biaya yang lebih luas: termasuk hilangnya pendapatan dan biaya yang digunakan untuk pelayanan setelah aborsi dilakukan; trauma fisik dan psikologis yang dialami perempuan tersebut; biaya sosial, termasuk stigma dan pengucilan; dan biaya-biaya yang mungkin terkait dengan sistem perawatan kesehatan dan masyarakat. Umumnya biaya-biaya tersebut sangat sulit untuk dihitung; data yang tersedia umumnya hanya mengacu pada

biaya keuangan yang langsung dikeluarkan oleh perempuan tersebut dan keluarganya (Utomo B, 2001).

### **AKIBAT ABORSI**

Risiko meningkatnya perilaku seks pra nikah dan seks bebas tidak dapat dihindari akibat perkembangan budaya modern dan meningkatnya usia pasangan nikah. Tapi sangat disayangkan apabila pemerintah dan juga kalangan pendidik dan komponen masyarakat tidak memiliki sebuah konsep yang terarah dan jelas untuk menghadapi fenomena sosial ini. Peningkatan usia nikah harusnya juga diikuti dengan pembekalan mengenai seks pada kalangan remaja sehingga mereka bisa mengendalikan diri dan menjauhi perilaku seks berisiko tersebut. Akan tetapi budaya seks tabu menempatkan kalangan remaja seperti anak kecil yang dipandang dan dianggap tidak perlu paham masalah seks.

Aborsi yang seringkali dipilih untuk menyelesaikan kehamilan yang tidak direncanakan memiliki berbagai risiko, yang kadang para pengguna jasa aborsi tidak sepenuhnya menyadari hal itu. Pertama adalah risiko fisik, terberat tentu adalah kematian. Seberapapun probabilitasnya, risiko itu ada dan tidak mungkin ditiadakan sama sekali. Risiko fisik lain yang biasa terjadi adalah perdarahan, infeksi, bahkan kemandulan diwaktu mendatang.

Kedua adalah risiko kejiwaan, dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Dr. Anne Catherine Speckard, dari Minnesota University, dalam kurun waktu lima sampai sepuluh tahun setelah terjadinya tindakan aborsi, para wanita yang menjalaninya akan mengalami berbagai masalah kejiwaan, dimana 81 persen melaporkan bahwa pikirannya senantiasa dipenuhi dengan anak yang digugurkannya. 73 persen melaporkan terjadinya kilas balik pengalaman aborsi dalam pikirannya. 54 persen mengatakan selalu mengalami mimpi buruk yang berhubungan dengan aborsi yang dijalannya, dan 23 persen dari para pelaku aborsi tersebut mengalami halusinasi yang berhubungan dengan aborsi. Dan yang mengejutkan, dalam suatu pemikiran retrospektif, 96 persen wanita yang pernah melakukan aborsi mengatakan bahwa aborsi yang mereka lakukan adalah pengambilan nyata anak mereka atau dengan kalimat yang lebih lugas, suatu tindakan pembunuhan.

Aborsi yang tidak aman dapat menyebabkan komplikasi-komplikasi yang tak terduga dan kematian. Di Indonesia estimasi terbaru untuk kematian yang berkaitan dengan aborsi tidak tersedia. Badan Kesehatan Dunia (WHO) mengestimasi bahwa aborsi yang tidak aman bertanggung jawab terhadap 14% dari kematian ibu di Asia Tenggara, tetapi untuk negara-negara di Asia Tenggara dengan hukum aborsi yang sangat ketat, maka angka kematian ibu karena aborsi meningkat menjadi 16% (termasuk Indonesia) (WHO, 2007).

Diduga bahwa terjadinya komplikasi-komplikasi dari aborsi yang tidak aman adalah jauh lebih tinggi dari kemungkinan terjadinya kematian. Dalam hal ini jumlah untuk Indonesia juga tidak tersedia, tetapi untuk Asia Tenggara diestimasi bahwa tiga dari setiap 1,000 perempuan yang berusia 15-44 tahun dirawat di rumah sakit setiap tahunnya karena komplikasi yang berhubungan dengan aborsi (Singh S, 2006:1887-

1892). Bila dihitung maka hal tersebut sama dengan 130 perawatan di rumah sakit untuk setiap 1000 perempuan yang melakukan aborsi yang tidak aman. Angka komplikasi yang sebenarnya, yang termasuk komplikasi yang terjadi pada perempuan yang mengalami komplikasi tetapi tidak berobat ke rumah sakit, dipercaya lebih tinggi dari angka perawatan di rumah sakit tersebut. Komplikasi aborsi yang paling sering terjadi adalah pendarahan yang berat, infeksi dan keracunan dari bahan yang digunakan untuk penguguran kandungan; banyak perempuan juga mengalami kerusakan pada alat kemaluannya, rahim, dan perforasi rahim (Grimes DA, 2006:1908-1919).

Karena kebanyakan aborsi di Indonesia dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih dan banyak juga (yang jumlahnya tidak diketahui) yang mengupayakan penguguran kandungan sendiri, angka dari komplikasi medis dan kematian maternal dari aborsi yang tidak aman dapat diperkirakan cukup tinggi. Dan karena aborsi yang dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih cenderung lebih murah biayanya bila dibandingkan dengan biaya aborsi yang dilakukan di bawah kondisi yang lebih higienis oleh tenaga kesehatan yang profesional, perempuan yang berasal dari golongan ekonomi rendah—yang mungkin tidak mampu untuk menggunakan tenaga kesehatan yang terlatih—mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami penderitaan yang cukup berat karena terjadinya komplikasi-komplikasi yang disebabkan oleh aborsi.

#### **PELAKU ABORSI: NASIB REMAJA PUTRI**

Menjadi remaja berarti menjalani proses berat yang membutuhkan banyak penyesuaian dan menimbulkan kecemasan. Lonjakan pertumbuhan badani dan pematangan organ-organ reproduksi adalah salah satu masalah besar yang mereka hadapi. Perasaan seksual yang menguat tak bisa tidak dialami oleh setiap remaja meskipun kadarnya berbeda satu dengan yang lain. Begitu juga kemampuan untuk mengendalikannya.

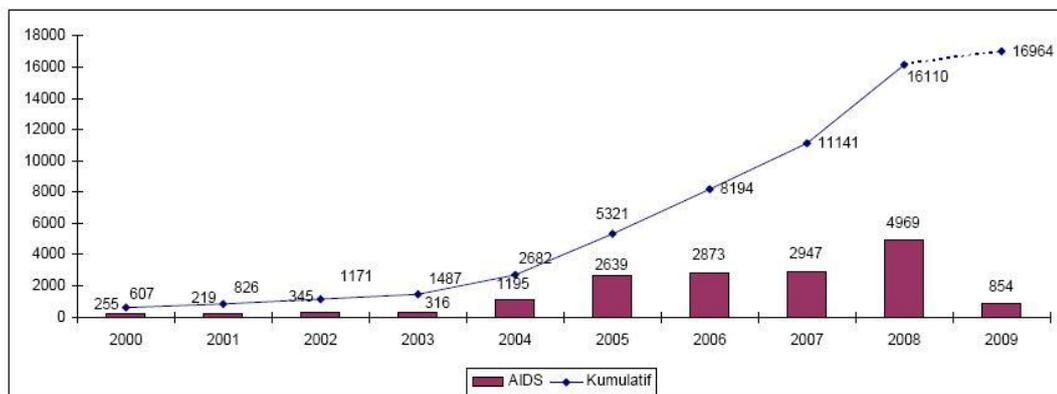
Di Indonesia saat ini 62 juta remaja sedang bertumbuh di Tanah Air. Artinya, satu dari lima orang Indonesia berada dalam rentang usia remaja. Ketika remaja harus berjuang mengenali sisi-sisi diri yang mengalami perubahan fisik-psikis-sosial akibat pubertas, masyarakat justru berupaya keras menyembunyikan segala hal tentang seks, meninggalkan remaja dengan berjuta tanda tanya yang lalu lalang di kepala mereka.

Pandangan bahwa seks adalah tabu, yang telah sekian lama tertanam, membuat remaja enggan berdiskusi tentang kesehatan reproduksi dengan orang lain. Remaja justru merasa tak nyaman bila harus membahas seksualitas dengan anggota keluarganya sendiri.

Tak tersedianya informasi yang akurat dan "benar" tentang kesehatan reproduksi memaksa remaja bergerilya mencari akses dan melakukan eksplorasi sendiri. Arus komunikasi dan informasi mengalir deras menawarkan petualangan yang menantang. Majalah, buku, dan film pornografi yang memaparkan kenikmatan hubungan seks tanpa mengajarkan tanggung jawab yang harus disandang dan risiko yang harus dihadapi, menjadi acuan utama mereka. Mereka juga melalap "pelajaran" seks dari internet, meski saat ini aktivitas situs pornografi baru sekitar 2-3%, dan sudah muncul situs situs pelindung dari pornografi. Hasilnya, remaja yang beberapa generasi

lalu masih malu-malu kini sudah mulai melakukan hubungan seks di usia dini, 13-15 tahun. Di Jatim, Jateng, Jabar dan Lampung: 0,4 - 5% Di Surabaya: 2,3% Di Jawa Barat: perkotaan 1,3% dan pedesaan 1,4%. Di Bali: perkotaan 4,4.% dan pedesaan 0%. Tetapi beberapa penelitian lain menemukan jumlah yang jauh lebih fantastis, 21-30% remaja Indonesia di kota besar seperti Bandung, Jakarta, Yogyakarta telah melakukan hubungan seks pra-nikah. Berdasarkan hasil penelitian Annisa Foundation pada tahun 2006 yang melibatkan siswa SMP dan SMA di Cianjur terungkap 42,3 persen pelajar telah melakukan hubungan seks yang pertama saat duduk di bangku sekolah. Beberapa dari siswa mengungkapkan, dia melakukan hubungan seks tersebut berdasarkan suka dan tanpa paksaan.

Di sebuah daerah, 36% penderita penyakit menular seksual adalah pelajar. Sebuah survei menemukan hanya 27% remaja Indonesia yang tahu kegunaan kondom, artinya kurang lebih 27% pula yang tahu bahwa kondom dapat mengurangi risiko tertular penyakit seksual. Dari jumlah itu, 1% pernah memakai, 10% mungkin akan membeli bila perlu, sedangkan 12% menyatakan tidak tahu . Dari 14.628 kasus HIV/AIDS, 242 kasus di antaranya adalah anak muda berusia 15-19 tahun (98 kasus karena penggunaan narkoba suntik),4.884 kasus terjadi pada remaja 20-29 tahun (3.089 kasus karena penggunaan narkoba suntik ). Ini artinya, 1 dari 2 penderita HIV/AIDS adalah remaja berusia 15-29 tahun. Jumlah ini masih dapat berlipatganda dan nyatanya banyak remaja memiliki informasi yang salah tentang HIV/AIDS. Hasil survei UNICEF menunjukkan bahwa 20% dari responden remaja yakin bahwa Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) pasti terlihat sangat sakit, 7% mengenali ODHA dari bercak di kulitnya, 4% dari wajah yang pucat pasi, dan 41% mengaku tidak tahu bagaimana mengenali ODHA. Hanya 12% yang percaya pada hasil tes darah.



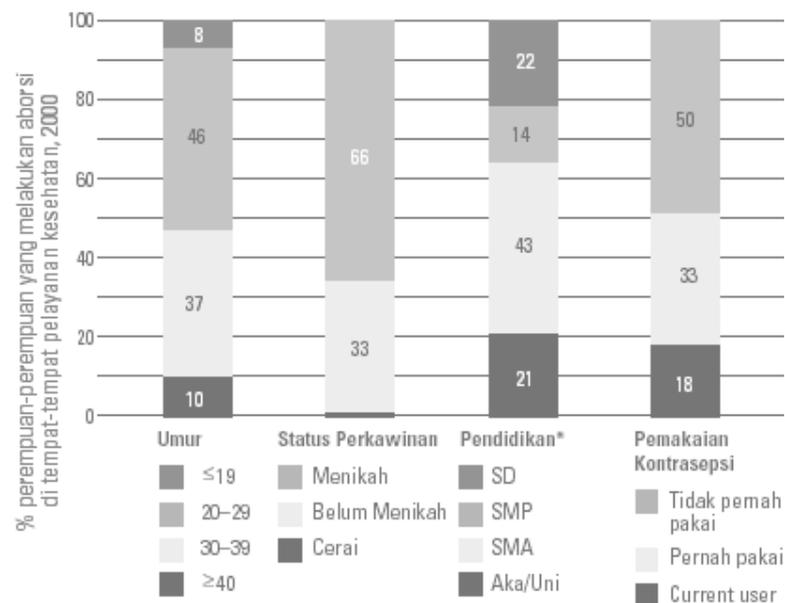
**Gambar 4 Data HIV-AIDS yang masuk ke Departemen Kesehatan RI sampai dengan Bulan Maret tahun 2009 (Sumber: Rahmat, Bagus, 2009)**

Nilai-nilai patriarkhis yang berurat akar di masyarakat kita telah meletakkan remaja putri jauh di luar jarak pandang kita dalam kesehatan reproduksi. Undang-undang no. 20/ 1992 mentabukan pula pemberian layanan KB untuk remaja putri yang belum menikah. Bahkan mitos pun memojokkan remaja putri, untuk membujuk-paksa mereka supaya bersedia berhubungan seks secara "suka-sama-suka", bahwa hubungan

seks yang hanya dilakukan sekali takkan menyebabkan kehamilan. Berbagai metode kontrasepsi "fiktif" juga beredar luas di kalangan remaja: basuh vagina dengan minuman berkarbonasi, lari-lari di tempat atau squat-jump segera setelah berhubungan seks. Ketika pencegahan gagal dan berujung pada kehamilan, lagi-lagi remaja putri yang harus bertanggung jawab. Memilih untuk menjalani kehamilan dini seperti dilakukan 9,5% remaja di bawah 20 tahun, dengan risiko kemungkinan kematian ibu pada saat melahirkan 28% lebih tinggi dibanding yang berusia 20 tahun ke atas, disertai kegamangan karena tak siap menghadapi peran baru sebagai ibu. Atau menjalani pilihan lain yang tersedia: aborsi! Ketakutan akan hukuman dari masyarakat dan terlebih lagi tidak diperbolehkannya remaja putri belum menikah menerima layanan keluarga berencana memaksa mereka untuk melakukan aborsi, yang sebagian besar dilakukan secara sembunyi-sembunyi tanpa mepedulikan standar medis. Data WHO menyebutkan bahwa 15-50 persen kematian ibu disebabkan karena pengguguran kandungan yang tidak aman.

Departemen Kesehatan RI mencatat bahwa setiap tahunnya terjadi 700 ribu kasus aborsi pada remaja atau 30 persen dari total 2 juta kasus di mana sebagian besar dilakukan oleh dukun. Dari penelitian yang dilakukan PKBI tahun 2005 di 9 kota mengenai aborsi dengan 37.685 responden, 27 persen dilakukan oleh klien yang belum menikah dan biasanya sudah mengupayakan aborsi terlebih dahulu secara sendiri dengan meminum jamu khusus. Sementara 21,8 persen dilakukan oleh klien dengan kehamilan lanjut dan tidak dapat dilayani permintaan aborsinya (PKBI, 2005).

**Tabel 1 Sebaran Pelaku Aborsi di Indonesia**



Sumber: Sedgh G and Ball H, *Abortion in Indonesia, In Brief*, New York: Guttmacher Institute, 2008, No. 2.

Risiko meningkatnya perilaku seks pra nikah dan seks bebas tidak dapat dihindari akibat perkembangan budaya modern dan meningkatnya usia pasangan nikah. Tapi sangat disayangkan apabila pemerintah dan juga kalangan pendidik dan komponen masyarakat tidak memiliki sebuah konsep yang terarah dan jelas untuk menghadap

fenomena sosial ini. Peningkatan usia nikah harusnya juga diikuti dengan pembekalan mengenai seks pada kalangan remaja sehingga mereka bisa mengendalikan diri dan menjauhi perilaku seks berisiko tersebut. Akan tetapi budaya seks tabu menempatkan kalangan remaja seperti anak kecil yang dipandang dan dianggap tidak perlu tahu masalah seks.

Mengembangkan kebijakan dan program berdasar paradigma baru yang lebih peka gender dan "ramah" pada remaja dengan menempatkan remaja sebagai subjek aktif yang patut didengar, dilibatkan, dan dengan demikian turut bertanggung jawab atas kepentingan mereka sendiri. Pendidikan kesehatan reproduksi remaja, termasuk di dalamnya informasi tentang keluarga berencana dan hubungan antargender, diberikan tak hanya untuk remaja melalui sekolah dan media lain, tetapi juga untuk keluarga dan masyarakat.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Andari B dkk., *Aborsi dalam Perspektif Lintas Agama*, Yogyakarta, Indonesia: Kerjasama Ford Foundation dengan Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada, 2005.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan ORC Macro, *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003 (Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003)*, Calverton, MD. USA: BPS dan ORC Macro, 2003.
- BPS dan ORC Macro, *Laporan Awal Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007 (Indonesian Demographic and Health Survey 2007 Preliminary Report)*, Jakarta, Indonesia: BPS and ORC Macro, 2008.
- Departemen Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, *Laporan Hasil Penelitian: Assesmen Perawatan Pasca Aborsi (Study Report: Post Abortion Care Assessment)*, Jakarta, Indonesia: Universitas Indonesia, 2008.
- Grimes DA dkk., *Unsafe abortion: the Preventable Pandemic*, *Lancet*, 2006,368 (9550):1908-1919.
- [http://www.kapanlagi.com/u/newsthick.php?sb=s&id=145059&t=Setiap\\_Jam\\_300\\_Kasus\\_Aborsi\\_Terjadi\\_di\\_Indonesia](http://www.kapanlagi.com/u/newsthick.php?sb=s&id=145059&t=Setiap_Jam_300_Kasus_Aborsi_Terjadi_di_Indonesia)
- Hukum Kesehatan 23/1992. (1992).
- Jameela, Adek Ratna, *Kasus Aborsi Banyak Dilakukan Remaja*, (<http://www.dunia-wanita.com>) Saturday, 09 February 2008.
- Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). *Studi Retrospektif Induksi Haid di 9 Kota di Indonesia: 2000-2003 (Retrospective Study on Menstrual Regulation in 9 Cities in Indonesia: 2000-2003)*, Jakarta, Indonesia: PKBI, 2005.
- Rahmat, Bagus, *HIV Kumulatif Sampai Dengan Maret 2009*, dalam [http://www.depkes.go.id/Data\\_HIV\\_Indonesia](http://www.depkes.go.id/Data_HIV_Indonesia).
- Sedgh G and Ball H, *Abortion in Indonesia*, In Brief, New York: Guttmacher Institute, 2008, No. 2.

- Sedgh G dkk., Induced Abortion: Estimated Rates and Trends World Wide, *Lancet*, 2007, 370 (9595):1338-1345.
- Sedgh G dkk., Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method, Occasional Report, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.
- Singh S dkk., Adding it Up: The Benefits of Investing in Seksual and Reproductive Health Care), New York: The Alan Guttmacher Institute, 2003.
- Singh S, Hospital Admissions Resulting from Unsafe Abortion: Estimate from 13 Developing Countries, *Lancet*, 2006, 368 (9550):1887-1892.
- Sucahya PK, Biaya Pelayanan Penghentian Kehamilan Menurut Perspektif Klien dan Institusi Penyedia Pelayanan Penghentian Kehamilan, dalam: Yayasan Mitra Inti, Temuan Terkini Upaya Penatalaksanaan Kehamilan tak Direncanakan: Hasil dari Seminar Sehari, Jakarta, Indonesia: Yayasan Mitra Inti, 2005, pp.65-84.
- Utomo B dkk., Insiden dan Aspek Sosial-Psikologis dari Aborsi di Indonesia: Survei Komunitas di 10 Kota dan 6 Kabupaten, Tahun 2000 , Jakarta Indonesia: Pusat Penelitian Kesehatan, Universitas Indonesia, 2001.
- WHO, Aborsi Tidak Aman: Estimasi Global dan Regional dari Insiden Aborsi Tidak aman dan Kematian yang Berkaitan pada tahun 2003. (Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003), edisi kelima, Geneva:WHO, 2007.
- WHO, Aborsi yang Aman: Tutunan Teknis dan Kebijakan untuk Sistem Kesehatan (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems), Geneva: WHO, 2003.
- WHO, Aborsi yang Tidak Aman: Estimasi Global dan Regional Insiden dari Aborsi yang Tidak Aman dan Kematian yang Berhubungan pada Tahun 2000 (Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000), edisi keempat, Geneva: WHO, 2004.
- Widyantoro N and Herna Lestari, Laporan Penelitian Penghentian Kehamilan tak Diinginkan yang Aman Berbasis Konseling: Penelitian di 9 Kota Besar, Jakarta Indonesia:Yayasan Kesehatan Perempuan, 2004.