

Aborsi; Hak Anak untuk Hidup atau Mati (Pendekatan Sosiologis Kebijakan Aborsi di Indonesia, Jepang dan China

Intan Fitri Meutia, Ph.D., Bayu Sujadmiko, Ph.D., Orima Davey

A. Latar Belakang

Perempuan dan anak-anak selalu menjadi sebuah pembicaraan yang hangat dalam ranah hukum internasional. Hal ini disebabkan oleh adanya stigma dimana semua hal yang berkaitan dengan perempuan selalu diremehkan.¹ Padahal, dapat ditegaskan bahwa baik perempuan atau anak-anak mewakili bagaimana hak asasi manusia diterapkan dengan baik. Pada titik ini, hak asasi manusia telah berkembang pada tahap menakjubkan yang sangat mendukung perempuan melalui adanya persetaraan gender dan pencegahan aspek diskriminasi dalam bidang politik, sosial-budaya, dan hak ekonomi yang telah diatur dalam sebuah bentuk konvensi yaitu *the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)*.² Tidak diragukan lagi, regulasi ini menjadi sebuah pengakuan dalam menyokong perempuan di seluruh dunia. Disisi lain, anak-anak, melalui *the Convention of the Rights of Child (CRC)*, memiliki keistimewaan untuk mencapai hak mereka dalam hidup, kesehatan, pendidikan, nutrisi, standarisasi kehidupan, dan ukuran untuk perlindungan mereka saat diancam oleh kejahatan, kekerasan, dan eksploitasi.³

Sekalipun sudah ada peraturan kuat yang dibentuk mengenai permasalahan ini, baik perempuan ataupun anak-anak masih harus menghadapi cobaan utama dalam kehidupan. Pernyataan ini dapat dilihat dari maraknya tingkat kematian perempuan (ibu) setiap tahun akibat komplikasi kehamilan atau melahirkan. Dari permasalahan ini, terbentuklah sebuah spesifikasi mengenai hak asasi perempuan dan anak yang kemudian mengantarkan kita pada kenyataan pahit akan *maternal mortality (MM)* atau tingkat kematian ibu yang kompleks. MM adalah salah satu hambatan utama dalam kesetaraan gender dunia dimasa kini. MM juga dikaitkan dengan berbagai aspek sensitif seperti budaya, agama, dan politik.

World Health Organization (WHO) atau Organisasi Kesehatan Dunia mengartikan *maternal death* (kematian ibu) sebagai kematian seorang perempuan saat mengandung atau 42 hari setelah kehamilan diakhiri, tanpa melihat jangka waktu dan lokasi kehamilan dari berbagai akibat yang berhubungan atau diperburuk oleh kehamilan atau perlakuannya, namun tidak merupakan akibat kecelakaan atau kejadian kebetulan.⁴ Terdapat setidaknya 830 jiwa perempuan yang meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan atau

¹ United Nations, 2014, *Women's Rights are Human Rights*, New York and Geneva: UNHR, hlm. 1.

² ICC Working Group on Business and Human Rights, 2010, *Business, Women's and Children's Rights*, hlm., 2, Accessed from http://www.unglobalcompact.org/docs/issues_doc/human_rights/Resources/Companies_Leading_the_Way.pdf.

³ UNICEF, 1999, *Human Rights for Children and Women: How UNICEF Helps Make Them a Reality*, New York: 3 United Nations Plaza, hlm. 1.

⁴ Isyaku, A. M., Tilde, B. Y., & Isah, S., 2015, "Maternal Mortality in Developing Countries : A Threat to the Millennium Development Goal", vol. 4, No. 5.

proses melahirkan pada tahun 2015.⁵ Hampir semua kematian ini terjadi pada lokasi dengan keahlian yang rendah, dan hampir sebagian dapat dicegah. *Maternal death* dapat dihindari apabila perempuan memiliki akses dalam mencegah atau menangani komplikasi kehamilan dan melahirkan, secara khusus kepada ahli obstetric.⁶

Secara global, *maternal deaths* diakibatkan oleh komplikasi obstetric seperti pendarahan, sepsis, preklampsia, penundaan atau hambatan saat kelahiran, dan aborsi yang tidak aman. Aborsi adalah salah satu penyebab MM, namun aborsi mengalami kurangnya laporan. Terdapat banyak aborsi ilegal yang dilakukan seluruh dunia namun tidak direkam secara medis dengan semestinya. Hal unik mengenai aborsi adalah, tidak semua negara menganggapnya sebagai sebuah penyelesaian. Pernyataan ini disebabkan adanya perbedaan kepentingan pada tiap negara. Sebagai contoh, Indonesia melarang aborsi (kecuali darurat medis), Republik Rakyat China (RRC) membatasi keturunan warganya, dan Jepang yang memberlakukan aborsi sebagai pilihan terhadap perempuan. Oleh karena itu, artikel ini akan membahas mengenai alasan dari ketiga negara tersebut yang menyebabkan aborsi diposisikan secara berbeda.

B. Pembahasan

1. *Maternal Mortality* (MM) dan Aborsi

a. Rendahnya Laporan *Maternal Deaths* akibat Aborsi

Terdapat beragam argument yang berspekulasi saat membahas hubungan antara *maternal mortality* dan *abortion mortality*. Sebagian berpendapat bahwa kedua permasalahan tersebut tidak saling berkaitan, akan tetapi fakta yang terjadi menunjukkan bahwa aborsi memiliki peran signifikan dalam kematian perempuan saat mengandung.⁷ Keadaan ini dimaklumi, karena tingkat laporan kematian perempuan mengandung akibat dilakukannya aborsi sangat rendah. Untuk menentukan apakah seorang perempuan meninggal karena aborsi secara tidak aman bukanlah perkara yang mudah. Alasan, waktu, dan lokasi yang tepat untuk menentukan aborsi sebagai penyebab aborsi berhadapan dengan sebuah ketidaksamaan. Oleh karena itu, *the Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) membentuk sebuah persyaratan untuk mengkategorikan *abortion mortality*:⁸

- 1) Di Amerika, 93 persen dari semua aborsi dilakukan pada klinik gratis. Perempuan yang mengalami krisis kesehatan setelah melakukan aborsi akan dirujuk pada rumah sakit umum melalui departemen darurat. Pihak-pihak medis yang menangani dalam unit gawat darurat bukanlah dokter atau tenaga medis yang melakukan aborsi, sehingga mereka tidak akan merekam medis kematian tersebut sebagai akibat dari aborsi.

⁵ World Health Statistic. (2016). *Maternal Mortality*, 44.

⁶ Ilmu yang mempelajari perawatan perempuan pada masa kehamilan dan kelahiran.

⁷ Calhoun, B., 2013, "Systematic Review The maternal mortality myth in the context of legalized abortion", *The Linacre Quarterly*, Vol. 80, No. 3, hlm. 270.

⁸ Hahahahah yang ga ada author. *Women's Health after Abortion: The Medical and Psychological Evidence Key*.

- 2) Jika seorang perempuan meninggal, biasanya pihak yang menangani sertifikat kematian bukan pihak yang menyediakan jasa aborsi, namun petugas autopsi atau dokter keluarga, dan informasi seperti ini yang mungkin atau tidak dilaporkan pada CDS. ketidakcukupan informasi dari laporan dokter atau autopsi seringkali terjadi. Namun, rincian yang tidak jelas membentuk keadaan yang tidak mungkin untuk menentukan apakah aborsi dilakukan secara sengaja atau spontan. Sebagai contoh, *Canadian Medical Certificates of Death* telah mengutarakan adanya kesalahan setiap waktu. Pada masa kini, dengan adanya politisasi mengenai permasalahan ini, tidak begitu mengejutkan apabila rekam medis kematian aborsi tidak lengkap.
- 3) Persandian rumah sakit tidak mewakili sistem numerisasi internasional secara general. Seorang perempuan yang meninggal karena pendarahan dapat direkam medis dengan kematian sederhana “pendarahan” saja, tetapi tidak ada sandi yang dapat menghubungkan pendarahan tersebut dengan aborsi secara sengaja yang dilakukan sebelumnya. Sandi seperti embolisme⁹ atau *cardiomyopathy*¹⁰ sudah jelas tanpa perlu diikuti acuan sebagai akibat aborsi secara sengaja.
- 4) Petugas rumah sakit mungkin saja menghindari penggunaan persandian lengkap untuk melindungi kerahasiaan informasi pasien yang telah meninggal, keluarganya, atau keterlibatan politisasi.
- 5) Persandian tidak lengkap, tidak langsung, atau sulit dimengerti dapat mendukung praktisi aborsi yang melakukan risiko tinggi namun tidak dapat memberikan pertanggungjawaban. Malpraktik adalah permasalahan utama bagi tenaga medis masa kini, peran pengadilan bagi perempuan yang dirugikan oleh aborsi telah menyebabkan praktisi aborsi menjadi rentan.

b. Aborsi Secara Aman dan Tidak Aman

Menurut Ina K. Warriner, akar permasalahan dari terjadinya aborsi adalah maraknya kehamilan yang tidak diinginkan yang mencerminkan kegagalan program keluarga berencana untuk memenuhi kebutuhan alat kontrasepsi kepada perempuan yang berisiko mengalami kehamilan yang tidak diinginkan. Berdasarkan angka pertumbuhan usia reproduksi pria dan perempuan yang ingin mengendalikan tingkat kesuburannya dan mempunyai keturunan yang sedikit, maka diperlukan metode atau cara penggunaan alat kontrasepsi yang efektif secara konsisten dan tepat. Akan tetapi, permasalahan seperti sulitnya akses dalam mengetahui cara penggunaan alat kontrasepsi yang baik, kemudian penggunaan yang tidak konsisten, serta kegagalan dari alat kontrasepsi tersebut tidak

⁹ Penyumbatan mendadak pada pembuluh darah oleh gumpalan atau benda asing lainnya (embolus) yang terbentuk atau dimasukkan di tempat lain pada sistem sirkulasi darah dan terbawa ke tempat penyumbatan oleh aliran darah.

¹⁰ Tidak berfungsinya selaput jantung.

mudah untuk diselesaikan serta dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan.¹¹

Alasan lain dari timbulnya kehamilan yang tidak diinginkan adalah hubungan intim yang dipaksakan atau tidak dikehendaki serta kurangnya pengakuan terhadap suara perempuan mengenai permasalahan seksual ataupun reproduksi. Norma sosial, kondisi ekonomi, aturan yang menghambat, dan faktor lainnya telah memberikan dampak yang signifikan bagi perempuan untuk melakukan aborsi, terutama aborsi secara tidak aman. Kemiskinan, contohnya, adalah salah satu faktor utama bagi seorang perempuan untuk melakukan aborsi, dikarenakan adanya pertimbangan finansial dari sebuah kehamilan yang tidak direncanakan. Aborsi sudah selayaknya diakui menjadi aborsi secara aman dan tidak aman. Komplikasi umum yang biasanya dilaporkan sebagai akibat aborsi adalah rasa sakit luar biasa (52%) dan pendarahan (44%) pada perempuan. Sedangkan 14% adalah demam, cedera ringan, dan komplikasi ringan lainnya.¹²

1) Aborsi Secara Aman

Cara-cara atau metode aborsi yang aman pada trimester pertama (12 minggu) dari sebuah kehamilan adalah *vacuum aspiration*, *dilation, curettage*, dan aborsi dengan pengobatan. Lamanya kehamilan dihitung dari hari pertama siklus menstruasi terakhir. Walaupun demikian, metode dibawah tidak direkomendasikan pada kehamilan trimester kedua.¹³

a) *Vacuum Aspiration*

Metode ini adalah cara yang tercepat dan paling aman untuk mengosongkan rahim dengan menggunakan suntikan besar dan *cannula*. Metode ini dilakukan bagi perempuan yang mengalami keguguran atau aborsi yang tidak selesai, untuk mengatur pendarahan yang terjadi per bulannya, serta mengakhiri sebuah kehamilan yang tidak diinginkan.¹⁴

b) *Dilation and Curettage*

Dilation and curettage (D&C) adalah prosedur operasi sederhana yang menghilangkan jaringan dari dalam rahim. Setelah *dilating* (pembukaan) dari serviks (mulut rahim), jaringan dari dalam rahim diambil menggunakan alat pengikis, alat pengisap, serta alat khusus lainnya.¹⁵

c) Aborsi dengan Pengobatan

¹¹ Warriner, I. K., 2006, "Unsafe Abortion: An Overview of Priorities and Needs" from *Preventing Unsafe Abortions and its Consequences*, New York: Guttmacher Institute, hlm. 2.

¹² Hussain, R., & Henshaw, S. K., 2008, "Severity and Cost of Unsafe Abortion Complications Treated in Nigerian Hospitals", *International Family Planning Perspectives*, vol. 34, no. 1, hlm. 46.

¹³ Mesce, D., 2005, *Unsafe Abortion: Facts & Figures*, Washington: People Reference Bureau, hlm.11.

¹⁴ "Chapter 23: Manual Vacuum Aspiration (MVA)" from the book of Hesperian Health Guides: A Book for Midwives, 2013, HLM. 417, accessed from www.hesperian.org on July 21th, 2017, 19.49.

¹⁵ American Society for Reproductive Medicine, 2008, "Patient Fact Sheet: Dilation and Curettage (D&C)", hlm. 1.

Aborsi secara medis adalah aborsi dengan cara mengonsumsi obat yang dapat mengakhiri sebuah kehamilan. Alternatif dari cara ini adalah aborsi melalui operasi, yaitu mengakhiri kehamilan dengan mengosongkan rahim menggunakan alat-alat khusus. Pada tahap awal, pengobatan yang digunakan adalah mifepristone atau methotrexate secara bersamaan dan dilanjutkan dengan mengonsumsi misoprostol, untuk memancing aborsi. Aborsi dengan pengobatan bekerja melalui tiga cara:¹⁶

- i. Mifepristone adalah pengobatan yang dikembangkan dan diuji secara spesifik untuk memberikan reaksi aborsi. Obat ini diizinkan pertama kali di Perancis dan RRC pada 1988. Sejak itu, mifepristone telah digunakan secara aman oleh jutaan perempuan di seluruh dunia. Obat ini dikonsumsi dalam bentuk pill. Cara bekerjanya yaitu dengan memblokir hormon progesterone yang dibutuhkan untuk menyokong kehamilan. Tanpa keberadaan hormon ini, lapisan rahim hancur, kemudian serviks melunak dan menyebabkan terjadinya pendarahan.
- ii. Methotrexate telah digunakan di Amerika Serikat sejak 1953 saat diizinkan oleh FDA untuk merawat sejumlah tipe kanker. Sejak itu, penelitian medis menemukan fungsi penting lain dari obat tersebut. Salah satunya adalah untuk mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkan. Biasanya obat ini diberikan kepada perempuan melalui suntikan atau dapat dimakan.
- iii. Misoprostol dikonsumsi beberapa hari setelah mengonsumsi salah satu dari mifepristone atau methotrexate. Tablet dari misoprostol dapat diletakkan pada tiga tempat yaitu di dalam vagina, antara gusi dengan pipi, atau ditelan yang menyebabkan rahim berkontraksi dan mengosongkan isinya. Hal ini tentu mengakhiri sebuah kehamilan.

2) Aborsi Secara Tidak Aman

Aborsi yang tidak aman adalah keadaan yang dapat dicegah namun terjadi secara terus menerus. WHO mendefinisikan aborsi secara tidak aman sebagai sebuah prosedur untuk mengakhiri kehamilan yang tidak dikehendaki baik oleh pihak tanpa keahlian yang diperlukan atau lingkungan yang tidak menyesuaikan standar minimum medis, atau keduanya. Dimana sebuah akses untuk aborsi secara aman dibatasi, maka komplikasi dari aborsi tersebut akan mengantarkan pada keadaan tidak sehat dan merupakan penyebab utama dari *maternal deaths* (kematian ibu).¹⁷

¹⁶ National Abort Federation, What is Medical Abortion, hlm. 1.

¹⁷ Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., & Okonofua, F. E., 2006, "Unsafe abortion : the preventable pandemic", Geneva: World Trade Organization, hlm. 1.

Secara global, telah diestimasikan sebanyak 68.000 perempuan meninggal setiap tahunnya sebagai dampak dari aborsi secara tidak aman, serta sebanyak 5.3 juta perempuan menderita disabilitas sementara ataupun permanent. Beban dari kesehatan publik paling tinggi dialami oleh negara berkembang.¹⁸ Angka absolute dari aborsi tidak aman tidak dapat dibandingkan antar regional ataupun sub regional karena ukuran populasi yang berbeda. Oleh karena itu, rasio dan tingkatan dibutuhkan untuk mengkalkulasi perbandingan tersebut. Timbulnya aborsi secara tidak aman dan kematian dikalkulasikan dalam bentuk rasio atau klasifikasi sebagai berikut:¹⁹

- i. **Rasio timbulnya aborsi secara tidak aman:** rasio aborsi tidak aman adalah angka dari aborsi tidak aman yaitu sejauh 100 kelahiran bayi yang hidup (sebagai perwakilan semua kehamilan yang ada). Aborsi yang tidak aman mengindikasikan kesempatan relatif bahwa sebuah kehamilan akan berakhir melalui aborsi daripada kelahiran bayi hidup.
- ii. **Tingkatan timbulnya aborsi secara tidak aman:** tingkatan aborsi tidak aman adalah angka dari aborsi tidak aman per 1000 perempuan dari usia reproduktif (15-44 tahun) tiap tahun. Ukuran ini menggambarkan tingkat aborsi tidak aman dalam sebuah populasi. Hal ini mengindikasikan perbandingan perempuan dalam usia reproduktif yang condong melakukan aborsi tidak aman pada tahun tertentu.
- iii. **Rasio kematian aborsi tidak aman:** rasio kematian aborsi tidak aman adalah angka dari kematian karena melakukan aborsi tidak aman yaitu sejauh 100.000 kelahiran bayi hidup. Hal ini adalah himpunan bagian rasio mortalitas dan ukuran dari risiko kematian akibat aborsi tidak aman dengan perbandingannya pada jumlah kelahiran bayi hidup.
- iv. **Rasio kecelakaan aborsi tidak aman:** rasio ini mengungkapkan estimasi kematian dari prosedur aborsi tidak aman sejauh 100 per prosedur. Rasio ini mengekspresikan risiko mortalitas yang diasosiasikan dengan prosedur.
- v. **Aborsi tidak aman dihubungkan dengan perbandingan kematian ibu:** angka dari kematian aborsi per 100 kematian ibu, saat kematian ibu rendah dan dilain hal penyebab kematian ibu telah dikurangi dalam jumlah besar, jumlah kecil dari aborsi tidak aman mungkin dapat menerangkan sebuah perbandingan penting dari kematian ibu. Oleh karena itu, perhitungan ini didorong oleh tingkat keseluruhan

¹⁸ Warriner, I. K., *loc. Cit.*

¹⁹ World Health Organization, 2004, "Unsafe Abortion: Global and Regional of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000", Geneva: WHO Marketing and Dissemination, hlm. 8.

kematian ibu dengan beragam penyebab kematian ibu dalam sebuah negara.

Bertambahnya jumlah aborsi secara tidak aman telah menjadi sebuah espektasi yang tidak diucapkan, kecuali terdapat sebuah jalan bagi perempuan untuk memahami serta tidak dibatasi dalam menjangkau aborsi yang aman atau alat kontrasepsi. Pernyataan ini dapat saja menjadi sebuah cara untuk mendukung dan menakui perempuan dalam memutuskan apa yang patut dilakukan terhadap badan mereka.

3) Bagaimana aborsi dilakukan di Indonesia, Jepang, dan RRC?

Pada 2010-2014, estimasi sejumlah 36 juta aborsi secara sengaja dilakuka setia tahun di Asia. Sebagian besar dari aborsi ini dilakukan di Asia Selatan dan Tengah (16 juta), yang terdiri dari India, dan Asia timur (13 juta) termasuk RRC (Republik Rakyat China). Untuk memahami bagaimana aborsi dimata tiap negara, maka artikel ini akan membandingka perspektif aborsi yang berbeda antara Indonesia, Jepang, dan RRC.²⁰

a) Indonesia

Setidaknya dua juta aborsi tiap tahun dilakukan di Indonesia, dengan rasio sebesar 43 aborsi pada untuk 100 kelahiran atau 30% kehamilan. Perempuan yang mengalami aborsi berusia 20 tahun keatas (92%) dan timbulnya aborsi lebih tiggi pada bagian daerah/desa (60%) dibandingkan perkotaan (30%). Berdasarkan pihak-pihak yang melakukan aborsi, sepertiga dari kota dan sisanya dari desa menyatakan bahwa aborsi dilakukan pada kehamilan pertama. Dari pernyataan tersebut, sebagian besar masih lajang. Berdasarkan pasien yang dirujuk ke rumah sakit di Yogyakarta karena komplikasi aborsi, 4.6% lajang dan hanya status perkawinannya hanya sah secara agama (nikah siri). Tingkat kematian ibu di Indonesia berlanjut pada tahap yang tinggi. Secara spesifik, angka kematian ibu berdasarkan berbagai sumber masih kontroversial, namun estimasi terakurat untuk Indonesia menyatak setidaknya 20.650 perempuan dewasa dan muda meninggal setiap tahun akibat komplikasi terkait kehamilan ditambah 413.000-619.500 perempuan yang menderita disabilitas akibat komplikasi saat kehamilan atau proses melahirkan setiap tahun.²¹

Pada sebuah penelitian mengenai induksi haid pada sebuah klinik kota, tahap pertama seorang perempuan adalah untuk mengonsumsi obat tradisional atau herbal (jamu) untuk merangsang mensutrasi. Kemudian mereka akan melakukan tes kehamilan. Setelah kehamilan dipastikan, pada umumnya perempuan pada usaha pertama melakukan aborsi akan

²⁰ Guttmacher Institute, 2016, Fact Sheet: Abortions in Asia, accessed from https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_www-asia.pdf on July 24th, 2017, 21.35.

²¹ Maternal and Neonatal Program Effort Index, 2002, At A Glance: Indonesia, Glastonbury: The Maternal Health Study, hlm. 2.

mengonsumsi lebih banyak lagi obat tradisional dan jamu ataupun pijatan yang dapat merangsang aborsi oleh tabib tradisional. Jika tindakan tersebut tidak berhasil, maka perempuan tersebut akan mengakhiri kehamilannya di sebuah klinik.²² Di sisi lain, hanya 38% perempuan yang telah melaksanakan aborsi di klinik melaporkan bahwa prosedur yang dilakukan menyertai vacuum aspiration atau D & C. Sebesar 25% lainnya menerima pengobatan dan pijam aborsi, 13% menerima substansi yang disuntik ke dalam tubuh, 13% menerima benda asing yang dimasukkan ke dalam vagina atau rahim, dan 4% ditangani dengan akupunktur. Aborsi secara tidak aman telah mengantarkan kita pada sejumlah angka komplikasi dan kematian. Estimasi terbaru mengenai kematian terkait aborsi di Indonesia tidak tersedia.²³ Poin terpenting adalah Indonesia tidak mendukung aborsi, dengan faktor sebagai berikut:

i. Faktor Agama

Agama sangat mempengaruhi pandangan terhadap aborsi di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh agama yang membentuk opini publik dalam isu-isu tertentu seperti aborsi. Survei terakhir menyatakan sebanyak 105 tokoh agama Islam, Katolik, dan Kristen di Yogyakarta menerangkan kedudukan aborsi dalam kelompok-kelompok agama di Indonesia. Walaupun tidak terwakili secara nasional, namun studi telah menggambarkan kehadiran dari beragam pandangan mengenai aborsi, yang sebagian tidak begitu konservatif seperti halnya kebijakan nasional. Sebagian besar tokoh agama (82%) menyetujui bahwa aborsi dapat ditolerir apabila hidup seorang perempuan dalam bahaya. Banyak yang beralasan bahwa nyawa perempuan tersebut lebih penting dibandingkan sang janin, karena ia dibutuhkan oleh anak-anak serta keluarganya.

Tokoh agama Islam, walaupun terkenal konservatif, memiliki lebih banyak toleransi mengenai kedudukan aborsi dibandingkan rekannya yaitu tokoh agama Kristen. Sebagai contoh, walaupun sebagian besar tidak setuju bahwa aborsi dapat didasari karena kehamilan akan mengganggu pendidikan atau kesehatan psikologis perempuan. Menurut alasan tersebut (pendidikan dan kesehatan psikolog), perbandingan menunjukkan bahwa tokoh agama Islam lebih mendukung dibandingkan tokoh agama Kristen.

²² Dwisetyani, I., 2013, "Adolescent Pregnancy in Indonesia : A Literature Review", Australia: Australia National University, hlm. 6.

²³ Guttmacher Institute, 2008, "Abortion in Indonesia", no. 2, Hlm. 2, accessed from www.guttmacher.org on July 23rd, 2017 at 23.25.

ii. Hukum Nasional Indonesia Menentang Aborsi

Faktor agama telah membawa sebuah peran besar dalam penyusunan hukum agama. Berdasarkan pasal 1 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia 1945 menyatakan bahwa Negara Indonesia adalah negara hukum. Dengan kemajemukan agama, budaya, dan geografis, Indonesia memiliki hukum yang merangkul seluruh masyarakatnya. Walaupun hukum memiliki kekuatannya, perlu diingat bahwa agama merupakan aspek yang signifikan di Indonesia. artinya, setiap pertimbangan untuk membentuk sebuah peraturan hukum di Indonesia mengandung dasar keagamaan. Jika tidak sesuai dengan norma agama, maka hal tersebut tidak dapat dilaksanakan. Alasan mengapa agama sangat mengendalikan hukum dan kebijakan di Indonesia tentu dikarenakan adanya Pancasila sebagai ideology Indonesia yang terdiri dari lima sila yaitu:

1. Ketuhanan Yang Maha Esa.
2. Kemanusiaan yang Adil dan Beradab.
3. Persatuan Indonesia.
4. Kerakyatan yang dipimpin oleh Hikmat Kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan.
5. Keadilan Sosial bagi Seluruh Rakyat Indonesia.

Sebagai *Ground Norm*, Pancasila adalah akar dari segala hukum yang akan disosialisasikan pada masyarakat Indonesia. Selain itu, hal ini sesuai dengan salah satu prinsip hukum umum yaitu *lex superior derogate lege inferiori* atau hukum dengan hirerarki lebih tinggi akan diprioritaskan dibandingkan hukum dibawahnya dan hukum dengan hirerarki yang lebih rendah tidak boleh bertentangan dengan hukum diatasnya, khususnya *ground norm* sebuah negara atau dalam hal ini sila pertama dari Pancasila.²⁴ Semua agama resmi di Indonesia tidak mendukung adanya aborsi dan kenyataan tersebut sangat berdampak pada regulasi yang terkait. Penjelasan tersebut memberikan pemahaman yang lebih mudah mengenai alasan hukum nasional Indonesia yang bertentangan dengan aborsi. Regulasi tersebut yakni:

²⁴ Sasongko, W., 2013, *Dasar-Dasar Ilmu Hukum*, Bandar Lampung: Penerbit Universitas Lampung, hlm. 29.

- Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945.²⁵
- Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) atau *Wetboek Van Straftrecht*.²⁶
- Undang-Undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.²⁷
- Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan/Perawatan Medis.²⁸
- Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga.²⁹
- Peraturan Pemerintah No. 26 Tahun 1960 tentang Sumpah Dokter.³⁰

iii. Menikah Usia Dini dan Kurangnya Penggunaan Alat Kontrasepsi

Usia menikah pertama kali bagi perempuan di Indonesia dapat dikategorikan sangat dini. Berdasarkan perbandingan data kota dan desa, tingkat menikah usai dini lebih tinggi pada area perdesaan (6.2%), perempuan tanpa pendidikan (9.5%), petani, nelayan, dan buruh (6.3%), serta perempuan dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah (6%). Menstruasi awal dan usia menikah dini menghasilkan usia reproduksi yang semakin luas pada perempuan Indonesia dan menyebabkan lebih banyak anak-anak yang lahir. Tingkat kehamilan pada usia 10-14 tahun adalah 0.01%, usia 15-19 tahun sebesar 1.9%, dan usia 20-29 tahun sebesar 6%. Pada tingkat nasional, terdapat 8.4% perempuan di Indonesia yang melahirkan 5-6 anak dan 3.4% melahirkan lebih dari 7 anak. Provinsi dengan tingkat perempuan yang memiliki anak banyak (lebih dari 7 anak) adalah Papua Barat (7.5%) dan terendah adalah DI Yogyakarta. Penggunaan alat kontrasepsi sangat dibutuhkan apabila melihat keadaan tersebut. Secara umum, penggunaan alat kontrasepsi modern adalah sebesar 57.4% (2007) dan 55.85% (2010). Dengan target sebesar 65% pada 2015, sepertinya Indonesia akan sukses dalam hal ini.

Malangnya, hanya 25.9% perempuan pada usia 10-14 tahun yang menggunakan alat kontrasepsi. Kondisi ini

²⁵ Lihat Pasal 28 A-J.

²⁶ Lihat Pasal 229, 347-349.

²⁷ Lihat Pasal 53 point 1.

²⁸ Lihat Pasal 75-77.

²⁹ Lihat Pasal 10.

³⁰ Lihat Pasal 1.

membutuhkan perhatian lebih karena kehamilan pada usia dini berarti risiko tinggi pada kematian ibu dan bayi.³¹

b) Jepang

Pemerintahan Jepang telah dikejutkan dengan rendahnya tingkat kesuburan secara historis dan memulai pertemuan antar kementerian untuk membahas cara untuk menangani permasalahan kesuburan.³² Namun, aborsi di Jepang berada dalam tingkat yang baik dibandingkan dengan negara-negara bagian barat. Di Jepang, seorang dokter melalui himpunan medis dengan kepentingan umum yang tergabungkan dengan himpunan yang ditetapkan dari wilayah administrative dapat melaksanakan aborsi secara sengaja kepada seseorang yang berada dibawah dua keadaan setelah mendapatkan persetujuan dari calon ibu dan pasangannya.³³

- i. Dimana kelanjutan kehamilan atau persalinan dapat merusak kesehatan dari calon ibu baik secara fisik atau ekonomi.
- ii. Dimana seorang perempuan hamil karena hasil dari pemerkosaan atau berada dalam keadaan dia tidak dapat menolak.

Aborsi termasuk tindak pidana di Jepang. Namun, aborsi boleh dilakukan dan dilindungi oleh dua statuta: *Eugenic Protection Law* 1948 dan versi revisinya, *Maternal Body Protection Law* 1996, dengan ketentuan sebagai berikut; Guna menyelamatkan nyawa dan/atau kesehatan fisik wanita dan Kehamilan adalah hasil dari perkosaan atau inses dengan alasan finansial dan/atau social. Dengan catatan, aborsi menjadi ilegal jika dilakukan atas dasar cacat janin atau kesehatan mental ibu. Aborsi legal hanya boleh dilakukan dalam 24 minggu (6 bulan) pertama usia kehamilan, wajib dalam fasilitas medis memadai di bawah pengawasan dokter yang telah ditunjuk oleh asosiasi medis lokal, dan atas persetujuan dari pasien. Persetujuan dari wanita pengidap keterbelakangan mental dapat diberikan oleh walinya. Ketika kehamilan adalah hasil perkosaan atau inses, aborsi bisa dilakukan tanpa persetujuan hukum dari wanita tersebut. Menurut analisis demografis oleh Ryuzaburo Sato di National Institute of

³¹ Sugiarto, N., & Kumboyo, D. A., 2015, "Current trend of maternal health in Indonesia Bali", *Med J Indones*, vol. 21, no. 3, hlm. 180.

³² Suzuki, T., 2006, "Fertility Decline and Policy Development in Japan", *The Japanese Journal of Population*, , vol.4, no. 1, hlm.9.

³³ Kobe University of Law, 2016, "World Association for medical law 2016 Annual Congress Japanese Law of Abortion, Prenatal Diagnosis and Wrongful Birth", accessed from <http://www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam> on July, 25th, 2017, 12.06.

Population and Social Security Research³⁴, tingkat kejadian aborsi di Jepang pada tahun 1955 mencapai rekor tertinggi hingga 1.17 juta, dan dilaporkan terus menurun drastis seiring berjalannya waktu. Pada tahun 2005, angka kejadian aborsi mencapai 289 ribu kasus per 1000 wanita berusia 15-49 tahun.

c) Republik Rakyat China (RRC)

RRC terkenal selaku negara yang terkenal akan kepadatan penduduknya, dimana perencanaan berkeluarga adalah hal fundamental dalam kebijakan negara. RRC menerapkan perhitungan komprehensif untuk mengendalikan angka dan meningkatkan kualitas umum dari populasi.³⁵ Kebijakan “one child policy” telah menjadi karakteristik tetap dalam keadaan sosial dan politik di RRC masa kini. Namun nama kebijakan tersebut ternyata tidak resmi. Selain itu, penerapan dari kebijakan tidak setegas yang dikhawatirkan. Hal ini disebabkan oleh jumlah anak-anak yang ditentukan oleh perbedaan etnis, lokasi, dan kesenjangan antara penduduk asli serta tenaga kerja. Walaupun demikian, kebijakan telah melembagakan intervensi negara secara langsung, yang biasanya permasalahan ini dinegara lain dianggap sebagai keadaan yang privat. Selama tiga puluh tahun, dan keadaan terkini menunjukkan tidak adanya tanda-tanda berkurang. Kebutuhan dan tujuan negara untuk mengungguli keinginan para individu dan visi populasi dari PRC (People’s Republic China) merumuskan konstitusi RRC pada pasal 25 sebagai berikut:

“The state promotes family planning so that population growth may fit the plans for economic and social development.”³⁶

Sejak 1979, PRC telah menerapkan kendali yang tegas mengenai angka, waktu, dan jarak kelahiran untuk mengendalikan pertumbuhan populasi yang kemudian menciptakan perkembangan sosial dan ekonomi yang lebih baik. Pada saat kebijakan tersebut diperkenalkan, RRC sudah menguasai seperempat porsi dari populasi dunia. Dua per tiga merupakan masyarakat dibawah usia 30 tahun yang menguasai 7% dari dunia.³⁷ Kini, populasi RRC diestimasikan mencapai 1,3 milyar, dengan kebijakan keluarga berencana dilaksanakan akan mencegah antara 250-300 juta kelahiran. Tujuan utama dari kebijakan tersebut adalah untuk menghentikan kebiasaan tradisional yaitu masyarakat dengan keluarga yang sangat besar,

³⁴ <http://www.ipss.go.jp/index-e.asp>, acces on October 10, 2017, lihat juga http://www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/population/2006_3/sato-iwasawa.pdf.

³⁵ Population and Family Planning Law of The People’s Republic of China.

³⁶ Constitution of the PRC: Hereafter “Constitution” (2004) Pasal 25

³⁷ Hesketh, Therese and Zhu Wei Xing. The Effect of China’s One-Child Family Policy after 25 Years, IN: New England Journal of Medicine, Vol.353 (2005).hlm. 1171.

dengan menciptakan satu atau dua anak keluarga sebagai bagian norma dalam wilayah pedesaan. Penghentian ini tentu dimaksudkan untuk mencegah keadaan dimana RRC tidak dapat mensejahterakan (makanan) rakyatnya sendiri dan juga sebagai upaya menuju perkembangan yang tangkas.³⁸ Beberapa bentuk akhir dari sanksi administrasi kebijakan kelahiran tersebut yaitu:

1. Pasangan menikah wajib menyerahkan izin tertulis sebelum kehamilan diperbolehkan.
2. Kehamilan diluar perkawinan adalah ilegal, dan semua bentuk kehamilan yang tidak sah wajib diakhiri.
3. Mengikuti kelahiran anak pertamanya, perempuan diminta untuk memakai *Intrauterine Device* (IUD) atau alat kontrasepsi lainnya.
4. Mengikuti kelahiran anak yang tidak sah atau tidak direncanakan, salah satu pihak dari pasangan harus disterilisasi.³⁹

Segi lain dari kebijakan ini yaitu kegagalan dari program keluarga berencana dalam menyesuaikan target dapat menyebabkan denda, hilangnya, bonus, dan sanksi disiplin atau penurunan pangkat. Walaupun beritikad baik, namun kebijakan mengenai sanksi internal dan penghargaan telah mengakibatkan hal-hal yang tidak terduga serta tidak diinginkan. Walaupun negara mengklaim adanya partisipasi sukarela dari PRC, namun laporan mengenai paksaan dan tindakan yang berlebihan dalam mencapai target populasi telah mengoyahkan kebijakan keluarga berencana.⁴⁰

Tindakan paksaan yang dilakukan untuk mencapai target populasi terdiri dari sanksi ekonomi atau bonus, termasuk paksaan fisik dan psikologis. Metode meliputi: pemindahan paksa dari rumah untuk pemeriksaan dan perawatan medis, aborsi paksa pada usia lanjut, pembunuhan janin yang lahir hidup, prosedur sterilisasi paksa, penahanan ibu hamil selama diperlukan untuk membujuk mereka agar menjalani aborsi, penyitaan barang-barang, pemecatan dari pekerjaan, penahanan dan perlakuan sewenang-wenang terhadap keluarga sebagai insentif untuk dipatuhi, (atau jika tidak ada anggota keluarga) penghancuran rumah dan harta pribadi.⁴¹ Aborsi paksa dan sterilisasi paksa mempengaruhi baik individu maupun keluarga, para perempuan yang menderita prosedur ini mengalami efek jangka panjang yang signifikan, baik fisik maupun psikologis. Prosedur bedah paksa

³⁸Ibid, 1174.

³⁹ Carmel Slave, 2006, *China to CEDAW: An Update on Population Policy*, IN: *Women's Rights: A Human Rights Quarterly Reader*, Baltimore: Bert B. Lockwood. hlm. 655

⁴⁰Ibid. hlm. 661.

⁴¹Vanessa L.Fong, 2008, "China's One-Child Policy and the Empowerment of Urban Daughters", *American Anthropologist*, Vol.104, hlm. 55.

menghapuskan hak atas integritas keamanan tubuh manusia dan otonomi dalam keputusan mengenai prosedur medis. Selain itu, tindakan yang dilakukan untuk memverifikasi kepatuhan terhadap kebijakan kelahiran merupakan pelanggaran kebebasan pribadi dan privasi.

Kesetaraan formal antara jenis kelamin dikodifikasikan ke dalam hukum China, dan telah lama dijunjung tinggi sebagai kebijakan dasar negara. Demikian pula, tugas yang terlibat dalam keluarga berencana secara hukum ditetapkan sebagai tanggung jawab suami dan istri.⁴² Namun dalam praktiknya, perempuan telah lama menjadi target utama untuk bertanggung jawab atas pengendalian kelahiran dan tindakan pemaksaan fisik dalam penegakan kebijakan. Cara sistematis di mana kebijakan keluarga berencana diterapkan telah menempatkan beban pada perempuan dan karena itu, secara efektif, keadaan ini merupakan diskriminasi karena akibatnya yang tidak adil.

Pada tanggal 1 September 2001, Undang-Undang tentang Perencanaan Penduduk dan Kelahiran mulai berlaku. Menurut undang-undang ini, pemerintah China akan berusaha untuk mengendalikan populasi, meningkatkan kualitas penduduk, dan membantu melakukan perencanaan kelahiran. Undang-undang ini mempertahankan kebijakan "one child policy" sebelumnya, namun menambahkan bahwa pasangan dapat memiliki anak kedua jika mereka memenuhi persyaratan tertentu. Kondisi tersebut sering termasuk klausul tentang menunggu empat tahun atau lebih antar jarak kelahiran. Perubahan besar berikutnya yang dibuat pada "one child policy" adalah pada bulan November 2013. Amandemen ini memungkinkan pasangan suami-istri untuk memiliki dua anak jika setidaknya satu dari orang tua tersebut adalah anak tunggal.⁴³

2. Ruang Lingkup, Permasalahan, dan Aspek Hukum Kematian Ibu

a. Permasalahan Kematian Ibu

Seperti yang telah dibahas sebelumnya, WHO mendefinisikan maternal mortality (MM) sebagai: "*the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy ... from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management, but not from accidental or incidental causes*".⁴⁴ Sebaliknya, morbiditas maternal sebagai sebuah

⁴² Article 48 and 49, The Constitution of PRC 2004.

⁴³ Clarissa Briasco-Stewart., "The One-Child Policy: Causes and Consequences.

⁴⁴ WHO., 2014, "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", Tenth Revision, vol. 2, Instruction Manual, 2nd ed. Geneva: WHO, hlm. 141.

kondisi diluar kehamilan dan proses melahirkan yang berdampak secara negative pada kesehatan perempuan pada saat tersebut.⁴⁵

Meskipun definisi standar kematian ibu dan penyebabnya ada, sulit untuk mengukur secara akurat tingkat kematian ibu melahirkan karena tiga alasan utama: (a) sulit untuk mengidentifikasi kematian ibu; (b) status kehamilan wanita mungkin tidak diketahui; dan (c) di negara dimana sertifikasi medis penyebab kematian tidak ada, atribusi akurat kematian perempuan karena kematian ibu sulit dilakukan.⁴⁶

Kematian ibu adalah masalah kesehatan global yang penting. *Millennium Development Goals* (MDG5) berupaya mengurangi angka kematian ibu melahirkan sebesar tiga perempat antara tahun 1990-2015 dan mencapai akses universal terhadap kesehatan reproduksi. Untuk melanjutkan pencapaian yang luar biasa dalam mengurangi angka kematian ibu melahirkan yang dilakukan oleh banyak negara untuk memenuhi target MDG5, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang ketiga memiliki visi untuk mengurangi rasio kematian maternal global menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.⁴⁷

b. Ruang Lingkup Kematian Ibu

Kematian ibu sangat banyak karena sejumlah alasan yang saling terkait, atau penundaan, yang pada akhirnya mencegah wanita hamil mengakses perawatan kesehatan yang mereka butuhkan.⁴⁸ Keterlambatan ini, yang sering disebut sebagai "three delays", dipahami meliputi: (a) keterlambatan dalam mencari bantuan medis yang tepat untuk keadaan darurat kebidanan karena alasan biaya, kurangnya pengakuan akan keadaan darurat, pendidikan yang buruk, kurangnya akses terhadap informasi dan ketidaksetaraan gender; (b) keterlambatan dalam mencapai fasilitas yang sesuai dengan alasan jarak, infrastruktur dan transportasi, dan; (c) keterlambatan dalam menerima perawatan yang memadai saat fasilitas tercapai karena faktor kekurangan staf, atau karena tidak tersedianya listrik, air atau persediaan medis.⁴⁹

c. Aspek Hukum

Hukum internasional dapat digunakan sebagai alat untuk mengurangi angka kematian ibu, karena banyak negara dengan tingkat kematian ibu tertinggi telah meratifikasi perjanjian internasional yang memberikan dasar hukum dengan argumen bahwa ada hak asasi manusia untuk

⁴⁵ S.A. Orshan, 2008, *Maternity, Newborn and Women's Health Nursing: Comprehensive Care across the Life Span* Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, hlm. 15.

⁴⁶ WHO, 2007, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank* Geneva: WHO, hlm. 5.

⁴⁷ USAID., 2015, "Measuring Maternal Mortality", USA: United State Census Bureau. HLM. 1.

⁴⁸ D. Maine, 2001, *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*, New York, Columbia University; UNFPA response to the note verbale, hlm. 2.

⁴⁹ UNFPA, response to the note verbale, hlm. 2; A/61/338, hlm. 21.

bertahan hidup selama kehamilan.⁵⁰ U Badan Pemantau Traktat Perserikatan Bangsa-Bangsa menggunakan proses formal untuk menyelidiki dan mengukur kepatuhan negara terhadap ketentuan-ketentuan perjanjian, dan kemudian menerbitkan laporan dengan komentar dan instruksi perbaikan.⁵¹ Selain itu, komite dimungkinkan oleh PBB untuk memberikan komentar atau rekomendasi umum untuk memberikan interpretasi ketentuan perjanjian. Bentuk akuntabilitas dan tekanan internasional publik ini memiliki kapasitas untuk mempengaruhi tindakan negara-negara pihak guna mengurangi angka kematian ibu melahirkan. Penjelasan singkat tentang bagaimana ketentuan perjanjian telah digunakan untuk memerangi angka kematian ibu berikut.

1) Hak untuk Hidup

Beberapa perjanjian internasional melindungi hak untuk hidup, dan Badan Pemantau dan Komite Pemantauan PBB telah mengindikasikan bahwa pihak-pihak tersebut memiliki kewajiban untuk bekerja dalam melindungi kehidupan perempuan selama kehamilan dan persalinan.⁵² *The Committee on the Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women* (CEDAW) telah mengakui kematian ibu sebagai pelanggaran hak perempuan untuk hidup.⁵³ Komite telah berulang kali mendokumentasikan upaya atau kekurangan dari negara-negara tertentu untuk memerangi kematian ibu. Setiap manusia memiliki hak yang melekat pada kehidupan. Hak ini harus dilindungi hukum. Tidak ada orang yang secara sewenang-wenang kehilangan nyawanya.⁵⁴ Komite Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa para pihak harus mengambil semua langkah yang mungkin untuk meningkatkan harapan hidup, termasuk peningkatan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi. Komite, sehubungan dengan negara-negara tertentu, memiliki andil dalam menghubungkan angka kematian ibu melahirkan dini, anak dan pernikahan paksa, dan mutilasi alat kelamin perempuan. Komite juga telah menyatakan bahwa risiko kesehatan akibat aborsi ilegal melibatkan hak perempuan untuk hidup. Selain itu, Konvensi Hak-hak Anak mensyaratkan agar partai menjamin kelangsungan dan perkembangan anak. Komite Hak Anak telah mencatat bahwa para pihak harus "mengambil tindakan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu pada remaja perempuan" karena kehamilan dini dan aborsi yang tidak aman, dan bekerja untuk mencegah pernikahan anak.

2) Hak untuk Memiliki Standari yang Paling Tinggi dalam Kesehatan Fisik dan Mental.

⁵⁰ R.J. Cook and B.M. Dickens, 2001, *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*, Geneva, WHO, hlm. 5.

⁵¹ *Ibid* hlm.. 69.

⁵² Human Rights Committee, general comment No. 6, para. 5. See also European Commission on Human Rights, *Tavares v. France*, decision of 12 September 1991, application No. 16593/90.

⁵³ African Commission on Human and Peoples' Rights, resolution on maternal mortality in Africa; Human Rights Committee, general comment No. 28, hlm. 10

⁵⁴ Article 16, *The International Covenant on Civil and Political Rights*.

Hak atas kesehatan, termasuk kesehatan seksual dan reproduksi, mencakup kebebasan untuk mengendalikan kesehatan dan tubuh seseorang serta hak untuk menikmati berbagai fasilitas, barang, layanan dan kondisi yang diperlukan untuk mewujudkan standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai. Secara khusus, hak atas kesehatan mensyaratkan bahwa tindakan tertentu dilakukan sehubungan dengan kehamilan dan persalinan, termasuk penyediaan layanan kesehatan reproduksi dan ibu. *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights* (ICECSR) menyatakan bahwa "perlindungan khusus harus diberikan kepada ibu selama jangka waktu yang wajar sebelum dan sesudah melahirkan" Negara harus memastikan kepada perempuan layanan yang sesuai sehubungan dengan kehamilan, kurungan dan masa pasca melahirkan, memberikan layanan gratis jika diperlukan, dan juga memadai. nutrisi selama kehamilan dan menyusui".⁵⁵ ICECSR juga mensyaratkan penyediaan layanan kesehatan reproduksi dan ibu (pra- dan juga pasca-kelahiran).⁵⁶ Sejumlah instrumen dan badan hak asasi manusia dan internasional lainnya telah diuraikan mengenai kewajiban negara sehubungan dengan akses terhadap keluarga berencana, perawatan pra dan pasca melahirkan, keahilan bidan, perawatan obstetrik darurat dan akses terhadap aborsi yang aman dan perawatan pasca aborsi.⁵⁷ Hak atas kesehatan melampaui akses terhadap perawatan kesehatan, dan angka kematian dan morbiditas ibu dipengaruhi oleh sejumlah faktor penentu kesehatan dan hambatan sosial, ekonomi, budaya dan politik yang mendasarinya.⁵⁸

3) Hak untuk Pendidikan dan Informasi

Realisasi hak atas pendidikan sangat penting bagi kemampuan perempuan untuk menikmati berbagai hak asasi manusia. Selain itu, pemahaman komprehensif tentang kesehatan seksual dan reproduksi sangat penting untuk memastikan kemampuan individu melindungi kesehatan mereka dan membuat keputusan tentang seksualitas dan reproduksi. Tingkat sadar aksara dan pendidikan perempuan yang rendah di seluruh dunia berkorelasi kuat dengan tingkat kematian ibu yang tinggi dan sebaliknya terhadap indeks kesehatan ibu lainnya, termasuk tingkat kesuburan, pemanfaatan perawatan prenatal, pemenuhan kebutuhan kontrasepsi, dan melahirkan pada usia paruh baya. Kurangnya pendidikan mempengaruhi kesehatan perempuan dengan membatasi pengetahuan tentang nutrisi, jarak kelahiran dan kontrasepsi. Selain itu, di beberapa negara, pendidikan dapat menjadi penentu utama kualitas asuhan, dengan wanita berpendidikan rendah menghadapi diskriminasi yang lebih besar di dalam fasilitas layanan kesehatan.

⁵⁵ Pasal 12, CEDAW

⁵⁶ CESCR, general comment No. 14, hlm. 44 (a).

⁵⁷ CEDAW, general recommendation No. 24.

⁵⁸ HLM. Hunt and J. Bueno de Mesquita, 2010, *Reducing Maternal Mortality: The Contribution of the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, England: University of Essex, hlm. 6.

Hak atas informasi dan manfaat kemajuan ilmiah berakar kuat pada hak asasi manusia yang paling mendasar, termasuk hak atas kehidupan, kesehatan, pendidikan dan non-diskriminasi. Akses terhadap informasi merupakan bagian penting dari kemampuan perempuan untuk membuat pilihan berdasarkan informasi mengenai kehidupan seksual dan reproduksi mereka dan untuk mengakses layanan kesehatan yang diperlukan untuk memastikan kehamilan dan persalinan yang sehat. Akses terhadap informasi, pendidikan, dan sarana memungkinkan perempuan memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab atas jumlah dan jarak anak-anak mereka.⁵⁹

3. Perbandingan Penerapan Aspek Hukum Maternal Mortality (Kematian Ibu) antara Indonesia, RRC, dan Jepang

Unsur	Indonesia	Jepang	Republik Rakyat China
Regulasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan/Perawatan Medis. 2. UU No. 39 Tahun 1999 tentang HAM.⁶⁰ 3. UU No. 7 Tahun 1984 tentang CEDAW.⁶¹ 4. Peraturan Pemerintah No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.⁶² 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Maternal Protection Act</i>.⁶³ 2. <i>Notice of Vice Minister of Health No. 122, Ministry of Health and Welfare, September 25, 1996.</i> 3. <i>Penal Code</i>.⁶⁴ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Constitution of People's Republic China.</i> 2. <i>Population and Family Planning Law of The People's Republic of China.</i>
Hak Reproduksi Perempuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aborsi hanya diizinkan pada keadaan darurat medis saat kehamilan mengancam nyawa ibu. <p>Perempuan bebas untuk mengandung baik dalam atau diluar perkawinan, namun dampaknya adalah pada status legal sang anak.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melalui tes prenatal, perempuan dapat mengakhiri kehamilan apabila bayi dalam kandungan dapat dibuktikan memiliki komplikasi kesehatan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rakyat memiliki hak terhadap reproduksinya sekaligus kewajiban untuk melaksanakan keluarga berencana sesuai Hukum. 2. Baik suami dan istri menanggung tanggung jawab yang sama dalam

⁵⁹ Pasal 16 CEDAW.

⁶⁰ Lihat Pasal 5 point 3.

⁶¹ Lihat Pasal 5 and 12.

⁶² Lihat Pasal 3.

⁶³ Lihat Pasal 14.

⁶⁴ Lihat Pasal 214.

			<p>keluarga berencana.</p> <p>3. Baik suami dan istri melaksanakan perkawinan saat usia matang dan hanya menanggung 1 anak saja.⁶⁵</p> <p>4. Perempuan dapat memastikan dalam memilih alat kontrasepsi yang aman, efektif, dan layak.⁶⁶</p> <p>5. Pasangan yang melaksanakan keluarga berencana akan mendapatkan bebas biaya, layanan negara, dan asuransi sosial.⁶⁷</p>
Tingkat Kematian Ibu	190 (per kelahiran). ⁶⁸	5 (per kelahiran).	18,3 (per kelahiran).
Perlindungan hukum bagi perempuan hamil	<p>1. UU No. 7 Tahun 1984 tentang CEDAW.⁶⁹</p> <p>2. UU No. 13 Tahun 2013 tentang Ketenagakerjaan.⁷⁰</p> <p>3. Peraturan Pemerintahan No. 32 Tahun 1999 tentang Hak dan Kewajiban Perizinan⁷¹</p> <p>4. Peraturan Pemerintah No. 58 Tahun 1999.⁷²</p> <p>5. Peraturan Pemerintah No, 61</p>	<p>1. <i>Eugenic Protection Act.</i></p> <p>2. <i>Maternal Protection Act.</i></p>	<p>1. <i>Law on the Protection of Women's Rights and Interest.</i></p> <p>2. <i>Labor Protection Regulation.</i></p>

⁶⁵ Lihat Pasal 19 *Population and Family Planning Law of The People's Republic of China.*

⁶⁶ Lihat Pasal 20 *Population and Family Planning Law of The People's Republic of China.*

⁶⁷ Lihat Pasal 21 *Population and Family Planning Law of The People's Republic of China.*

⁶⁸ Lihat World Health Organization, 2016, EPI: Fact Sheet Indonesia.

⁶⁹ Lihat Pasal 11.

⁷⁰ Lihat Pasal 76, 81-83.

⁷¹ Lihat Pasal 20.

⁷² Lihat Pasal 23-24.

	Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.		
Rekomendasi	Keluarga Berencana yaitu “Dua Anak Lebih Baik”.	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pronatal Policy in Japan.</i> 2. <i>The Children Leave Law.</i> 3. <i>Children's Allowance Law.</i> 	Efek dari kebijakan satu anak tidak dapat dibalik karena berkaitan dengan populasi yang menua saat ini. Setiap perubahan yang akan terjadi akan menguntungkan generasi masa depan. Jika China memutuskan untuk menyingkirkan atau mengubah kebijakan satu anak, sekarang akan menjadi waktu untuk menghapuskan kebijakan lama tersebut.

a. Perspektif Indonesia Mengenai Kematian Ibu

Angka Kematian Ibu di Indonesia adalah yang tertinggi diantara ketiga negara. Hal ini disebabkan aborsi yang ilegal di Indonesia yang menyebabkan aborsi yang tidak aman. Meski peraturan perundang-undangan Indonesia mengenai angka kematian ibu hamil dan kesehatan ibu hamil sangat kuat, masyarakat Indonesia masih belum sadar akan risiko usia dini kehamilan. Agama adalah salah satu latar belakang utama situasi utama ini. Semua agama yang diakui di Indonesia tidak mendukung aborsi, hubungan seksual sebelum menikah, dan beberapa tidak setuju dengan penggunaan alat kontrasepsi, oleh karena itu dengan tingginya tingkat kelahiran dan aborsi ilegal, Indonesia merekomendasikan masyarakatnya untuk memiliki maksimum dua anak per keluarga.

b. Perspektif RRC Mengenai Kematian Ibu

Bertentangan dengan Indonesia, china memiliki perspektif tersendiri bahwa tingginya tingkat kelahiran sejak awal tahun 1940-an-1980-an, mendorong pemerintah republik Rakyat China untuk membentuk keluarga berencana yang merupakan “One Child Policy”. Kebijakan ini didukung oleh Kependudukan dan Keluarga Berencana Republik Rakyat China. Ini mengatur bahwa setiap keluarga di China terbatas hanya memiliki satu anak, jika pasangan hamil lagi, maka kehamilan itu akan dihentikan. Keterbatasan ini memiliki sedikit keuntungan dari pemerintah. Selain itu, ada sanksi bagi pihak yang tidak mengikuti polanya.

c. Perspektif Jepang Mengenai Kematian Ibu

Mengenai kematian ibu, sudut pandang Jepang paling unik dibandingkan kedua negara sebelumnya. Meskipun Jepang berada dalam krisis pada populasi, yang berarti tingkat kematian lebih tinggi daripada tingkat kelahiran, Jepang masih menawarkan perempuan pilihan mereka atas kehamilan mereka. Aborsi legal di Jepang, meskipun alasan penghentian

menyimpulkan masalah sosial, ekonomi, dan medis atau bahkan hanya alasan pribadi. Pemerintah Jepang memang memberikan penghargaan kepada orang-orang yang menjaga kehamilan melalui perhatian khusus dalam kesejahteraan

C. Kesimpulan

Tingkat kematian ibu diseluruh dunia telah menjadi sebuah keprihatinan dalam ranah hukum internasional. Aborsi ilegal menjadi salah satu alasan kematian ibu diseluruh dunia dan hal tersebut disebabkan oleh perbedaan sudut pandang tiap negara mengenai arti dari aborsi sendiri; seperti alasan agama untuk Indonesia, politik untuk China, dan jaminan kesejahteraan untuk Jepang. Oleh karena itu, selama pengaturan hukum aborsi dalam tiap negara berbeda, maka perlindungan bagi perempuan hamil berbeda dimana tingkat kematian ibu akan berbeda juga. Hal ini dibuktikan dengan Indonesia yang menentang aborsi menduduki tingkat kematian ibu yang paling tinggi, RRC dengan kebijakan *one child policy* telah memberikan penderitaan tersendiri bagi rakyatnya, sehingga keadaan yang menurut Penulis paling ideal adalah Jepang dimana aborsi adalah sebuah pilihan namun saat memilih untuk melahirkan anak akan diberikan penghargaan berupa jaminan kesejahteraan. Walaupun demikian, secara subjektif. Penulis tetap akan dominan terhadap sudut pandang Indonesia sesuai dengan faktor agama serta tidak melihat sudut pandang RRC sebagai sebuah opsi kedepannya.

Daftar Pustaka

A. Buku

- Carmel Slave, 2006, *China to CEDAW: An Update on Population Policy*, IN: *Women's Rights: A Human Rights Quarterly Reader*, Baltimore: Bert B. Lockwood.
- Mesce, D., 2005, *Unsafe Abortion: Facts & Figures*, Washington: People Reference Bureau.
- S.A. Orshan, 2008, *Maternity, Newborn and Women's Health Nursing: Comprehensive Care across the Life Span* Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.

- Sasongko, W., 2013, *Dasar-Dasar Ilmu Hukum*, Bandar Lampung: Penerbit Universitas Lampung.
- UNICEF, 1999, *Human Rights for Children and Women: How UNICEF Helps Make Them a Reality*, New York: 3 United Nations Plaza.
- United Nations. 2014. *Women's Rights are Human Rights*. New York and Geneva: UNHR.

B. Jurnal dan Artikel

- American Society for Reproductive Medicine, 2008, "Patient Fact Sheet: Dilation and Curettage (D&C)".
- Calhoun, B., 2013, "Systematic Review The maternal mortality myth in the context of legalized abortion", *The Linacre Quarterly*, Vol. 80, No. 3.
- Clarissa Briasco-Stewart., "The One-Child Policy: Causes and Consequences. D. Maine, 2001, Safe Motherhood Programs: Options and Issues, New York, Columbia University; UNFPA response to the note verbale
- Dwisetyani, I., 2013, "Adolescent Pregnancy in Indonesia: A Literature Review", Australia: Australia National University.
- Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., & Okonofua, F. E., 2006, "Unsafe abortion: the preventable pandemic", Geneva: World Trade Organization.
- Hesketh, Therese and Zhu Wei Xing. The Effect of China's One-Child Family Policy after 25 Years, IN: New England Journal of Medicine, Vol.353 (2005).
- Hussain, R., & Henshaw, S. K., 2008, "Severity and Cost of Unsafe Abortion Complications Treated in Nigerian Hospitals", *International Family Planning Perspectives*, vol. 34, no. 1.
- Isyaku, A. M., Tilde, B. Y., & Isah, S., 2015, "Maternal Mortality in Developing Countries: A Threat to the Millennium Development Goal", vol. 4, No. 5.
- Iwasawa, M., 2006, "Contraceptive Use and Induced Abortion in Japan: How Is It So Unique among the Developed Countries?", *The Japanese Journal of Population*, vol. 4, no. 1.
- Maternal and Neonatal Program Effort Index, 2002, At A Glance: Indonesia, Glastonbury: The Maternal Health Study.
- National Abort Federation, What is Medical Abortion..
- P. Hunt and J. Bueno de Mesquita, 2010, Reducing Maternal Mortality: The Contribution of the Right to the Highest Attainable Standard of Health, England: University of Essex. Article 16 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.
- R.J. Cook and B.M. Dickens, 2001, Advancing Safe Motherhood through Human Rights, Geneva, WHO.
- Sugiarto, N., & Kumboy, D. A., 2015, "Current trend of maternal health in Indonesia Bali", *Med J Indones*, vol. 21, no. 3.
- Suzuki, T., 2006, "Fertility Decline and Policy Development in Japan", *The Japanese Journal of Population*, , vol.4, no. 1.
- USAID., 2015, "Measuring Maternal Mortality", USA: United State Census Bureau.

- Vanessa L.Fong, 2008, "China's One-Child Policy and the Empowerment of Urban Daughters", *American Anthropologist*, Vol.104.
- Warriner, I. K., 2006, "Unsafe Abortion: An Overview of Priorities and Needs" from *Preventing Unsafe Abortions and its Consequences*, New York: Guttmacher Institute.
- WHO, 2007, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank* Geneva: WHO.
- WHO., 2014, "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", Tenth Revision, vol. 2, Instruction Manual, 2nd ed. Geneva: WHO.
- Women's Health after Abortion: The Medical and Psychological Evidence Key. World Health Organization, 2004, "Unsafe Abortion: Global and Regional of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000", Geneva: WHO Marketing and Dissemination.
- World Health Statistic. (2016). Maternal Mortality.

C. Internet

- "Chapter 23: Manual Vacuum Aspiration (MVA)" from the book of Hesperian Health Guides: A Book for Midwives, 2013. www.hesperian.org
- Guttmacher Institute, 2008, "Abortion in Indonesia", no. 2, Pg 2, accessed from www.guttmacher.org
- Guttmacher Institute, 2016, Fact Sheet: Abortions in Asia, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-asia.pdf
- ICC Working Group on Business and Human Rights, 2010, *Business, Women's and Children's Rights*, http://www.unglobalcompact.org/docs/issues_doc/human_rights/Resources/Companies_Leading_the_Way.pdf.
- Kobe University of Law, 2016, "World Association for Medical Law 2016 Annual Congress Japanese Law of Abortion , Prenatal Diagnosis and Wrongful Birth", <http://www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam>

D. Dokumen

- African Commission on Human and Peoples' Rights, resolution on maternal mortality in Africa; Human Rights Committee, general comment No. 28. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)
- CEDAW, general recommendation No. 24
- CESCR, general comment No. 14.
- Human Rights Committee, general comment No. 6, para. 5. See also European Commission on Human Rights, *Tavares v. France*, decision of 12 September 1991, application No. 16593/90.
- Population and Family Planning Law of The People's Republic of China.
- The Constitution of People's Republic of China
- The International Covenant on Civil and Political Rights.
- UNFPA, response to the note verbale, p. 2; A/61/338.
- World Health Organization, 2016, EPI: Fact Sheet Indonesia

