

Dr. Anggreany Haryani Putri, S.H., M.H.



Tubuhku, Otoritasku:

Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan
sebagai Hak Dasar Perempuan



TUBUHKU, OTORITASKU:

**Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan
sebagai Hak Dasar Perempuan**

UU No. 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan Sifat Hak Cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

TUBUHKU, OTORITASKU:

Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan sebagai Hak Dasar Perempuan

Dr. Anggreany Haryani Putri, S.H., M.H.



TUBUHKU, OTORITASKU:

HAK ATAS KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN SEBAGAI HAK DASAR PEREMPUAN

Penulis : Dr. Anggreany Haryani Putri, S.H., M.H.
Desain Cover : Ali Hasan Zein
Sumber : KENG MERRY Paper Art (www.shutterstock.com)
Tata Letak : G.D. Ayu
Proofreader : A. Timor Eldian

Ukuran:

x, 137 hlm., Uk.: 15.5x23 cmss

ISBN:

978-623-02-9815-8

Cetakan Pertama:

Desember 2024

Hak Cipta 2024 pada Penulis

Copyright © 2024 by Deepublish Publisher

All Right Reserved

PENERBIT DEEPUBLISH

(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl. Rajawali, Gg. Elang 6, No. 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman

Jl. Kaliurang Km. 9,3 – Yogyakarta 55581

Telp./Faks : (0274) 4533427

Website : www.penerbitdeepublish.com

www.deepublishstore.com

E-mail : cs@deepublish.co.id

Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Isi di luar tanggung jawab percetakan.

KATA PENGANTAR PENERBIT

Segala puji kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan segala anugerah dan karunia-Nya. Dalam rangka mencerdaskan dan memuliakan umat manusia dengan penyediaan serta pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk menciptakan industri *processing* berbasis sumber daya alam (SDA) Indonesia, Penerbit Deepublish dengan bangga menerbitkan buku dengan judul ***Tubuhku, Otoritasku: Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan sebagai Hak Dasar Perempuan***.

Buku ini mengulas tentang kesetaraan gender dan pemberdayaan semua perempuan dan anak perempuan. Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera secara kompleks, di mana tolok ukur yang digunakan bukan hanya dari segi fungsi biologis semata melainkan aspek sosial dan mental yang kadang kala justru dipinggirkan ketika menilai status kesehatan. Sementara norma gender mengatur bagaimana seseorang bertindak, memahami, bahkan berperasaan tumbuh dari unit sosial terkecil yaitu keluarga sampai unit besar di lingkungannya yaitu teman, masyarakat, tempat kerja, bahkan media dan kebijakan pemerintah.

Terima kasih dan penghargaan terbesar kami sampaikan kepada penulis, Dr. Anggreany Haryani Putri, S.H., M.H., yang telah memberikan kepercayaan, perhatian, dan kontribusi penuh demi kesempurnaan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi semua pembaca, mampu berkontribusi dalam mencerdaskan dan memuliakan umat manusia, serta mengoptimalkan pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi di tanah air.

Hormat Kami,

Penerbit Deepublish

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah Swt. yang telah memberikan limpahan karunia baik berupa kesehatan, kemudahan maupun kelancaran sehingga buku yang berjudul ***Tubuhku, Otoritasku: Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan sebagai Hak Dasar Perempuan*** akhirnya dapat terselesaikan dan hadir di hadapan para pembaca.

Secara kodrati, perempuan mengemban fungsi reproduksi umat manusia yang utamanya meliputi mengandung, melahirkan dan menyusui anak. Sebuah tugas berat yang harus dijalankan oleh kaum perempuan demi kelangsungan sejarah umat manusia. Begitu pentingnya fungsi reproduksi bagi kelangsungan generasi manusia, sehingga seharusnya lebih banyak perhatian yang diberikan berkaitan dengan fungsi reproduksi perempuan. Akan tetapi, pada kenyataannya masalah reproduksi perempuan masih belum mendapatkan perhatian sebagaimana mestinya. Hal ini mengakibatkan banyak perempuan tidak menyadari bahwa mereka memiliki hak yang berkaitan dengan fungsi reproduksinya.

Ucapan terima kasih penulis haturkan kepada seluruh pihak yang telah membantu dan mendukung penulis dalam penyusunan, penulisan dan penerbitan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan tambahan pengetahuan bahwa kita sebagai perempuan memiliki otoritas atas tubuh kita dan semoga semua perempuan di dunia ini kelak bisa menjadi perempuan-perempuan hebat yang mampu membuktikan eksistensi keberadaan perempuan.

Tentunya penulis persembahkan juga buku ini bagi semua perempuan. Sesungguhnya perempuan adalah makhluk yang memiliki keistimewaan yang di pundaknya lah masa depan dunia ini bergantung. Salam sehat dan salam sayang bagi semua perempuan hebat yang berkenan membaca buku ini.

Tentunya, penulis menyadari bahwa buku ini masihlah jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis berharap ketidaksempurnaan buku ini dapat menjadi motivasi bagi para penulis lain untuk terus mengembangkan peninjauan dan penulisan yang berkaitan dengan hak-hak perempuan.

Akhir kata, semoga buku ini dapat memberikan sedikit sumbangan pemikiran bagi khasanah ilmu pengetahuan terutama ilmu hukum dalam kaitannya dengan perlindungan hukum terhadap perempuan.

Bekasi, November 2024

Salam Hangat,

Anggreany Haryani Putri

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR PENERBIT	v
PRAKATA	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB 1 Perempuan dan Hak Reproduksi	1
▪ Kedudukan Perempuan	1
▪ Hak Reproduksi Perempuan	2
▪ Mengapa Terjadi Pengingkaran Terhadap Hak Reproduksi Perempuan?	5
BAB 2 Realitas Kesehatan dan Hak Reproduksi Perempuan	8
BAB 3 Hak Reproduksi: Perjuangan Membangun “Karakter” Perempuan	16
▪ Hak Reproduksi: Sebuah Perjuangan Baru	17
▪ Ruang Lingkup Hak Reproduksi	19
▪ Implikasi Hak Reproduksi Perempuan	25
BAB 4 Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia dalam Perspektif Gender	32
▪ Kesehatan Reproduksi	33
▪ Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan	34
▪ Hak Reproduksi	34
▪ Konsep Gender	35
▪ Kesehatan Reproduksi dalam Perspektif Gender	36
BAB 5 Pengaturan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Implementasinya	39
▪ Pengaturan Kesehatan Reproduksi di Indonesia	42

▪ Isu Kesehatan Reproduksi dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 Tentang Pelayanan dan Pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)	45
▪ Implementasi Jaminan Negara Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia: Kasus dan Upaya Penyelesaiannya	47
BAB 6 Pengaturan Hak Reproduksi Perempuan dalam Kebijakan Keluarga Berencana	54
▪ Hak Reproduksi Perempuan	57
▪ Keluarga Berencana	60
▪ Metode Kontrasepsi dan Dampaknya Bagi Perempuan	62
▪ Keadilan dan Profesionalisme sebagai Solusi Penegakan Hak Reproduksi Perempuan dalam Kebijakan KB	65
BAB 7 Kritik Terhadap Pengaturan Hak Reproduksi Perempuan: Perspektif Hak Asasi Manusia	72
▪ Perempuan dalam Perspektif Hak Asasi Manusia	73
▪ Jenis-Jenis Hak Atas Kesehatan Reproduksi	78
▪ Anotasi terhadap Pengaturan mengenai Hak Perempuan atas Kesehatan Reproduksi di Indonesia	84
▪ Hak atas Informasi dan Edukasi	84
▪ Hak atas Perlindungan Fungsi Reproduksi	85
▪ Hak atas Kehidupan Seksual yang Sehat	86
▪ Hak atas Pelayanan Kesehatan Reproduksi	86
▪ Pengaturan tentang Perkawinan	88
▪ Pengaturan di Bidang Pendidikan dan Pengajaran	89
▪ Pengaturan di Bidang Ketenagakerjaan	90
BAB 8 Pembaruan Hukum Perlindungan Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia	93
▪ Tinjauan Kritis Pengaturan Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia: Sebuah	

Paradigma Atas Kesehatan Reproduksi dan Ketimpangan Gender	95
▪ Makna Kesehatan Seksual	98
▪ Permasalahan Aborsi	100
▪ Pentingnya Kesehatan Reproduksi (Kespro) dalam Ketenagakerjaan dan Kepegawaian	102
▪ Standarisasi Kesehatan Reproduksi dan Kredibilitas Tenaga Kesehatan	104
▪ Sinkronisasi Antar Aturan	105
▪ Pembaharuan Hukum Hak Asasi Manusia Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia: Substansi dan Formil	106
▪ Perubahan Paradigma Kesehatan Reproduksi	110
▪ Standarisasi Kesehatan Reproduksi Perempuan	114
▪ Menjadikan Standarisasi Pendidikan Kespro dan Seksual pada Anak-anak dan Remaja sebagai Prioritas	117
▪ Aborsi Aman	118
▪ Pengawasan	122
▪ Sanksi	123
BAB 9 Penutup	125
▪ Meningkatkan Hak Reproduksi Perempuan Demi Populasi yang Lebih Tangguh	127
▪ Populasi Dunia Saat Ini	128
▪ Hak Reproduksi Perempuan	128
▪ Kerja Sama Mewujudkan Populasi yang Tangguh	129
DAFTAR PUSTAKA	131
PROFIL PENULIS	137



BAB 1

Perempuan dan Hak Reproduksi

Kaum perempuan mempunyai keistimewaan yang berkaitan dengan fungsi kodratnya sebagai kaum yang dapat melahirkan generasi manusia selanjutnya. Proses regenerasi ini diemban kaum perempuan dengan berbagai macam risikonya, mulai dari lemahnya fisik hingga risiko yang paling fatal yakni kematian. Sayangnya, kemakluman atas tugas berat kaum perempuan dalam menjalankan fungsi reproduksinya tidak dibarengi dengan perhatian yang memadai terhadap proses tersebut, khususnya dari sisi perempuan. Kondisi ini tentunya tidak terlepas dari kecenderungan universal yang menempatkan perempuan sebagai pihak yang selalu dipinggirkan.

Kesadaran terhadap perbaikan nasib perempuan telah memunculkan berbagai alternatif pemecahan sebagai jalan keluar dari ketimpangan yang terus berjalan. Akan tetapi, apapun solusi yang ditawarkan tentunya akan menjadi pekerja berat yang melibatkan berbagai kepentingan di muka bumi ini. Akan tetapi dengan kesadaran dan niat baik, usaha bersama untuk mewujudkan kemitraan yang egaliter antara perempuan dan laki-laki akan terasa lebih mudah.

Kedudukan Perempuan

Pernyataan dari syair sebuah lagu yang menyatakan bahwa perempuan adalah mahluk Tuhan yang paling indah, tentunya disetujui oleh semua pihak. Tidak ada yang akan menyangkal kebenaran dari pernyataan tersebut. Tidak terhitung banyaknya bentuk pujian terhadap keindahan perempuan yang telah dituangkan ke dalam berbagai karya manusia. Syair lagu, lukisan sampai patung adalah bentuk karya yang banyak mengandung pujian terhadap keindahan perempuan.

Selain dipuja karena keindahan fisiknya, perempuan juga dipuja karena posisinya sebagai ibu yang melahirkan generasi manusia

selanjutnya. Dalam agama Islam, perempuan sebagai ibu menempati posisi yang sangat tinggi, bahkan Rasulullah SAW mengatakan bahwa seorang anak harus menempatkan ibunya pada urutan pertama, kedua, ketiga dan kemudian baru pada urutan keempat adalah ayahnya. Akan tetapi, penempatan perempuan pada posisi tertinggi, ternyata tidak selalu terwujud dalam kehidupan sehari-hari. Ada banyak cerita sedih yang melekat pada seseorang hanya karena dia menyandang status sebagai seorang perempuan. Diskriminasi, pelecehan sampai dengan kekerasan adalah perlakuan-perlakuan yang kerap kali dialami oleh kaum perempuan.

Fakta menyedihkan adalah ketidakadilan terhadap perempuan telah terjadi sejak lama dan terus berlangsung tanpa protes baik dari kaum perempuan maupun kaum laki-laki. Masyarakat seolah-olah meyakini bahwa tidak terjadi kesewenang-wenangan terhadap kaum perempuan dan perlakuan yang diberikan terhadap kaum perempuan memang sudah pada jalur yang benar. Kondisi ini berjalan dengan sangat kokoh dalam masyarakat yang didominasi kaum pria, dan didukung oleh budaya yang menempatkan laki-laki sebagai pemegang otoritas,

Hak Reproduksi Perempuan

Secara kodrati, perempuan mengemban fungsi reproduksi umat manusia yang utamanya meliputi mengandung, melahirkan dan menyusui anak.¹ Sebuah tugas berat yang harus dijalankan oleh kaum perempuan demi kelangsungan sejarah umat manusia. Begitu pentingnya fungsi reproduksi bagi kelangsungan generasi manusia, sehingga seharusnya lebih banyak perhatian yang diberikan berkaitan dengan fungsi reproduksi perempuan. Akan tetapi, pada kenyataannya masalah reproduksi perempuan masih belum mendapatkan perhatian sebagaimana mestinya. Hal ini mengakibatkan banyak perempuan tidak menyadari bahwa mereka memiliki hak yang berkaitan dengan fungsi reproduksinya.

Dalam kehidupan rumah tangga, kaum perempuan tidak dapat dilepaskan dari perannya sebagai pelaksana fungsi reproduksi. Dalam menjalankan fungsinya itu, kaum perempuan mempunyai hak-hak yang harus diperhatikan, yakni:

¹ Mas'udi. F.M. *Islam dan Hak-hal Reproduksi Perempuan. Dialog Fiqih dan Pemberdayaan*. Bandung: Mizan, 1997

- (1) Hak jaminan keselamatan dan kesehatan, mengingat risiko besar pada perempuan dalam menjalankan fungsi reproduksi, mulai dari menstruasi, hubungan seksual, mengandung, melahirkan sampai menyusui;
- (2) Hak jaminan kesejahteraan, tidak hanya selama proses vital reproduksi tapi juga di luar masa-masa itu, dalam statusnya sebagai istri dan ibu;
- (3) Hak mengambil keputusan yang menyangkut kepentingan perempuan khususnya yang berkaitan dengan proses reproduksi.

Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) perempuan dan anak perempuan telah diakui dan dijamin oleh hak asasi manusia oleh pemerintah Indonesia. Hal ini tercantum dalam konstitusi negara Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (1) yang menyebutkan bahwa *Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.*

Konstitusi ini kemudian diturunkan pada Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dalam Pasal 45 yang berbunyi *Hak wanita dalam undang-undang ini adalah hak asasi manusia;* serta Pasal 49 ayat (3) yang menyebutkan bahwa *Hak khusus yang melekat pada diri wanita dikarenakan fungsi reproduksinya, dijamin dan dilindungi oleh hukum.*

Perangkat hukum yang disediakan oleh negara juga sesuai dan sejalan dengan Deklarasi Hak Asasi Manusia Universal (DUHAM) dan *International Conference on Population and Development (ICPD) Cairo 1994 Plan of Action* dan *The Beijing Platform 1995*. Akan tetapi, Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi yang sesungguhnya dijamin oleh perangkat hukum ini terus dibatasi oleh legislasi dan produk hukum yang bertabrakan dan menciderai hak-hak perempuan untuk mendapatkan akses kesehatan yang bebas dari berbagai bentuk diskriminasi dan stigma.

Bagi perempuan yang telah menikah, ia tidak bisa mengakses kontrasepsi tanpa izin dari suaminya, sedangkan bagi perempuan yang tidak menikah, akses terhadap kontrasepsi dianggap ilegal di bawah norma-norma agama. Pemberi layanan kesehatan juga hanya boleh membagikan kontrasepsi kepada pasangan heteroseksual yang telah menikah. Peraturan ini dituliskan dalam Undang-Undang Kesehatan

Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga yang menjelaskan bahwa hanya perempuan yang sudah menikah yang boleh mengakses kontrasepsi sehingga pelayanan kesehatan reproduksi dibatasi karena hanya dapat diberikan kepada orang yang sudah menikah.

Dalam Pasal 72 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dinyatakan bahwa *setiap orang berhak memperoleh informasi, pendidikan dan konseling tentang kesehatan seksual dan reproduksi; untuk memiliki kehidupan reproduksi dan seksual yang sehat dan aman; untuk menentukan kehidupan reproduksinya; untuk menentukan sendiri kapan dan seberapa sering mereka ingin bereproduksi; menjadi sehat secara medis; bebas dari diskriminasi, paksaan dan/atau kekerasan dari pasangan sah menurut norma agama*. Dengan dimasukkannya *norma agama* dalam undang-undang ini digunakan sebagai alasan untuk menolak akses perempuan dan anak perempuan ke layanan kesehatan dan membenarkan pelanggaran hak perempuan atas kesehatan dasar.

Ada beberapa kontradiksi antara Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi dalam Pasal 11, 22 23 dan 24 yang menyatakan bahwa *layanan ramah remaja diberikan untuk mencegah dan melindungi remaja dari risiko yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi mereka*. Pasal 26 menyatakan bahwa *setiap perempuan berhak mengakses kesehatan seksual dan reproduksinya tanpa diskriminasi, rasa takut, malu dan bersalah*. Akan tetapi Pasal 22 dan 23 menyatakan bahwa *kontrasepsi diberikan hanya kepada perempuan yang sudah menikah atas persetujuan dan izin dari suaminya*. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan yang tidak (belum) menikah mendapatkan diskriminasi untuk mendapatkan informasi dan layanan kesehatan reproduksi seksualnya. Kontradiksi dan kurangnya sinkronisitas antara pasal-pasal yang berbeda dari peraturan yang sama menjadi penghambat untuk mengakui hak seksual dan reproduksi perempuan sebagai hak asasi manusia tanpa memandang status perkawinan mereka.

Dikeluarkannya Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, yang mengatur pengecualian atas larangan aborsi (Bagian IV Pasal 31-39), memunculkan berbagai komentar pro dan kontra. Mulai dari spesifik pro dan kontra ke peraturan pemerintahnya,

hingga ke pro dan kontra terkait dengan hak janin, hak perempuan atas tubuhnya, hak untuk hidup dan sebagainya.

Kerangka legislatif dan peraturan yang mengatur mengenai Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi merupakan pelanggaran langsung terhadap kewajiban Pemerintah Indonesia di bawah berbagai perjanjian hak asasi manusia internasional yang telah ditandatangani dan diratifikasi. Hak atas kesetaraan gender adalah prinsip dasar hak asasi manusia. Menolak dan menghambat akses perempuan untuk mendapatkan kontrasepsi dan aborsi merupakan salah satu bentuk diskriminasi gender.

Mengapa Terjadi Pengingkaran Terhadap Hak Reproduksi Perempuan?

Perlakuan-perlakuan yang mendiskreditkan kaum perempuan terutama yang berkaitan dengan hak reproduksi tidak dapat dilepaskan dari hegemoni kaum laki-laki terhadap kaum perempuan. Dominasi kaum laki-laki mengakibatkan segala atribut budaya terkesan mendudukkan laki-laki dalam posisi yang lebih tinggi dari perempuan sehingga akhirnya aturan-aturan yang dibuat juga terasa sangat tidak memihak kepada kepentingan perempuan.

Contoh budaya yang melegitimasi dominasi kaum laki-laki adalah struktur masyarakat patriakal yang banyak dianut di berbagai belahan bumi. Menurut Dr. Riffaat Hassan sebagaimana dikutip oleh Wajidi,² ada 3 (tiga) asumsi dasar dari budaya patriakal, yakni:

- (1) Manusia pertama adalah laki-laki, dan perempuan diciptakan dari laki-laki sehingga perempuan adalah makhluk sekunder;
- (2) Perempuan dianggap sebagai penggoda kaum laki-laki;
- (3) Perempuan adalah untuk laki-laki.

Berdasarkan asumsi di atas, maka perempuan dianggap sebagai makhluk kelas dua yang kehadirannya di dunia tidak lebih dari sekadar instrumen pelengkap bagi kepentingan laki-laki. Lebih jauh lagi, perempuan dianggap sebagai milik laki-laki, tepatnya ketika seorang anak perempuan lahir maka ia dianggap sebagai milik dari ayah dan saudara laki-lakinya; dan setelah ia menikah, maka perempuan dianggap sebagai

² Wajidi, F. *Perempuan dan Agama: Sumbangan Riffaat Hassan*. Dalam Ridjal, F dkk (Editor). *Dinamika Gerakan Perempuan di Indonesia*. Yogyakarta: Tiara Wacana Yoryakarta. 1993

milik suaminya. Hal ini mengakibatkan perempuan tidak lagi memiliki hak atas dirinya sendiri, termasuk hak dalam menjalankan fungsi reproduksinya.

Legitimasi dominasi laki-laki merupakan hal yang sulit untuk digugat karena alasan tuntutan agama dan budaya yang selalu dipergunakan untuk dijadikan landasan. Penafsiran atas ide bahwa perempuan itu milik laki-laki, menjadi alasan pemaksaan terhadap kaum perempuan untuk menerima dan meyakini bahwa mereka memang tidak berhak atas dirinya sendiri. Kaum perempuan tidak pernah mempertanyakan mengapa terjadi dominasi dari kaum laki-laki terhadap diri perempuan. Mereka cenderung menerima hal tersebut sebagai sesuatu yang sudah pada tempatnya. Sebagian besar kaum perempuan sendiri tidak atau belum menyadari bahwa ada yang kurang tepat selama ini.

Pembedaan yang diberikan terhadap laki-laki dan perempuan lebih didasarkan pada fakta bahwa alam, watak dan fitrah keduanya berbeda, sehingga memang kedua jenis makhluk ini tidak dapat disamakan secara identik. Ketidakidentikan ini melahirkan konsekuensi yang berbeda dalam hak dan kewajibannya, tetapi yang tidak terbantahkan bahwa keduanya mempunyai kewajiban untuk menghormati hak masing-masing pihak. Inilah yang sering terlupakan oleh mungkin sebagian laki-laki, sehingga perempuan selama ini hanya dituntut untuk melakukan serentetan kewajiban tanpa dipenuhi hak-haknya.

Tentunya bukan hal yang mudah untuk dengan segera mengubah nasib perempuan dengan hak kesehatan seksual dan reproduksinya yang tidak terjamin sedemikian rupa. Diperlukan suatu kerja keras, kerja sama dan kemauan semua pihak untuk memperbaiki kondisi tersebut. Hal ini dikarenakan untuk mengubah perlakuan terhadap perempuan, haruslah dimulai dari mengubah budaya yang meletakkan perempuan pada posisi kedua. Mengubah budaya tersebut bukan pekerjaan yang mudah, karena akan ada tantangan dan halangan dari berbagai pihak yang sudah merasa nyaman dengan kemapanan yang tidak adil ini.

Budaya patriakal yang cenderung meminggirkan perempuan dapat digugat melalui gerakan hegemoni dan ideologi tandingan.³ Maksud dari pernyataan tersebut adalah adanya pembongkaran seluruh akar budaya

³ Sobary, M. *Perempuan dalam Budaya: Dominasi Simboisis dan Aktual Kaur Laki-Laki* Dalam Hasyim, S. (Editor). *Menakar Harga Perempuan*: Bandung: Mizan. 1999

termasuk akar-akar teologis yang menjadi alat legitimasi untuk mengesahkan dominasi laki-laki atas perempuan, dominasi negara atas perempuan, dominasi masyarakat atas perempuan serta dominasi negara atas perempuan. Hasil dari reformasi struktural ini diharapkan dapat menciptakan cara pandang baru yang lebih bersahabat terhadap posisi perempuan.



BAB 2

Realitas Kesehatan dan Hak Reproduksi Perempuan

Definisi kesehatan dan hak reproduksi telah dirumuskan dan dijabarkan sebagai hasil kesepakatan dalam sebuah Konferensi Internasional mengenai Kependudukan di Kairo, Mesir pada tahun 1994 (ICPD) di mana Pemerintah Republik Indonesia menjadi peserta dan turut menandatangani hasilnya. Dokumen hasil konferensi tersebut juga menjadi *plan of action* dari setiap negara yang mana dalam dokumen tersebut ditegaskan bahwa semua negara harus berusaha mewujudkan kesehatan dan hak reproduksi untuk semua pribadi melalui sistem pemeliharaan kesehatan primer, secepat mungkin dan tidak lebih lambat dari tahun 2015.

Menurut Munti,⁴ kesehatan reproduksi adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan dalam segala yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta proses-prosesnya. Oleh karena itu, kesehatan reproduksi berarti bahwa orang dapat mempunyai kehidupan seks yang memuaskan dan aman, serta bahwa mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk menentukan apakah mereka ingin melakukannya, bilamana dan berapa seringkah. Kesehatan reproduksi juga mencakup kesehatan seksual yang bertujuan meningkatkan status kehidupan dan hubungan perorangan dan bukan semata-mata konsultasi dan perawatan yang bertalian dengan reproduksi dan penyakit yang ditularkan melalui hubungan seks.

Adapun pemeliharaan kesehatan reproduksi dalam rangka pemeliharaan kesehatan primer harus mencakup:

⁴ Yulianti Muthmainnah, 3 M (*mengandung, Melahirkan, dan Menyusui*) *Ini Hak Siapa? Di mana Hak Reproduksi Perempuan*. Suara APIK, Edisi 32. Jakarta: LBH APIK. 2006

- (a) bimbingan keluarga berencana,
- (b) informasi,
- (c) pendidikan,
- (d) komunikasi dan pelayanan;
- (e) pendidikan dan pelayanan untuk perawatan pre-natal (sebelum kelahiran), kelahiran yang aman, dan perawatan paska-natal (setelah kelahiran), khususnya pemberian ASI,
- (f) perawatan kesehatan bayi dan perempuan;
- (g) pencegahan dan pengobatan yang memadai terhadap kemandulan;
- (h) aborsi, termasuk pencegahannya serta akibat-akibat paska aborsi,
- (i) pengobatan infeksi saluran reproduksi, penyakit menular seksual dan keadaan kesehatan reproduksi lain;
- (j) serta informasi, pendidikan, dan konsultasi yang tepat mengenai seksualitas manusia, kesehatan reproduksi, dan tentang menjadi orang tua yang bertanggung jawab.
- (k) Penghapusan secara aktif, praktik-praktik membahayakan, seperti perusakan alat kelamin perempuan, juga harus menjadi komponen integral dari pemeliharaan kesehatan primer, termasuk program-program pemeliharaan kesehatan reproduksi.

Indonesia atau pemerintah RI secara khusus mendukung dan ikut menyempurnakan muatan prinsip yang berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi, yaitu pada prinsip 8 yang berbunyi sebagai berikut:

"Everyone has the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. States should take all appropriate measures to ensure, on the basis of equality of men and women, universal to health-care services, which includes family planning and sexual health. Reproductive health-care programs should provide the widest range of services without any forms of coercion. All couples and individuals have the basic right to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information, education and means to do so."

Dari sini prinsip penting yang digunakan dalam isu kesehatan dan hak reproduksi adalah kesetaraan antara laki-laki dan perempuan, bebas dari apapun bentuk paksaan atau kekerasan serta diskriminasi, dan ditujukan tidak semata pada pasangan tetapi juga individu. Selain prinsip ini, keterlibatan perempuan dalam setiap upaya dan program perwujudan

kesehatan dan hak reproduksi manusia juga ditekankan, baik dalam kepemimpinan, perencanaan, pengambilan keputusan, pengelolaan, pelaksanaan dan organisasi, hingga penilaian pelayanan di semua tingkat sistem pemeliharaan kesehatan.

Berbicara Kesehatan produksi pada dasarnya sama halnya berbicara tentang tubuh kita yang terdiri dari organ reproduksi, yang berbeda antara perempuan dan laki-laki. Reproduksi adalah proses menghasilkan keturunan (tanah) yang bertujuan untuk menjaga dan memelihara generasi manusia. Kesehatan produksi harus dipahami tidak saja sehat secara fisik, namun sehat secara mental dan sosial sekaligus. Seseorang yang sehat secara fisik, belum tentu sehat secara mental dan sosial. Begitu pula sebaliknya.

Sebagai komitmen negara dalam keikutsertaan pada kesepakatan PBB di Kairo tersebut, pemerintah Indonesia juga terlibat dalam komitmen dunia mewujudkan Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* (MDG's)). Tujuan Pembangunan Milenium (TPM) adalah komitmen dari komunitas internasional terhadap pengembangan visi mengenai pembangunan, yang secara kuat mempromosikan pembangunan manusia sebagai kunci untuk mencapai pembangunan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan dengan menciptakan dan mengembangkan kerja sama dan kemitraan global. Indonesia turut menandatangani Deklarasi TPM pada bulan September 2000, bersama 188 pemerintahan negara-negara anggota PBB lainnya. Setidaknya terdapat 3 dari delapan butir TPM yang harus diwujudkan pada tahun 2015 tersebut yang terkait langsung dengan kesehatan reproduksi, yakni mendorong kesetaraan gender dan memberdayakan perempuan (butir 3); meningkatkan kesehatan ibu dengan mengurangi rasio kematian ibu dalam proses melahirkan hingga 75 % (butir 5) dan memerangi HIV/AIDS (butir 6).

Dalam realitasnya, perempuan Indonesia sampai saat ini masih menghadapi ancaman kematian akibat tidak terpenuhinya hak atas kesehatan reproduksi mereka. Data yang ada menunjukkan, tingginya angka kematian perempuan (ibu) (AKI) di Indonesia. Data Kementerian Kesehatan menunjukkan terdapat 6.856 jumlah kematian ibu tahun 2021,

meningkat dari sebelumnya 4.197 kematian ibu tahun 2019.⁵ AKI tersebut turut disumbang oleh praktik aborsi yang tidak aman sekitar 35-50 %.⁶ Diperkirakan setiap tahun terjadi 1 juta aborsi yang tidak aman akibat kegagalan KB maupun karena tidak pakai alat KB. Selain itu faktor seperti larangan dari pihak laki-laki (pasangan), keluarga, masyarakat atau aturan hukum (KUHP), kurang informasi dan akses pada layanan, menyebabkan banyak perempuan pada kasus kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), melakukan upaya sendiri untuk percobaan pengguguran kandungan atau minta bantuan tenaga yang tidak kompeten sehingga terjadilah aborsi tidak aman yang kemudian mengakibatkan kematian perempuan.

Selain itu, hampir kebanyakan perempuan di berbagai belahan dunia tak terkecuali di Indonesia menerima berbagai bentuk diskriminasi dan kekerasan yang berakibat pada tidak sehatnya sistem dan fungsi reproduksi mereka. Seperti dalam berbagai kasus kekerasan seksual yang mereka alami termasuk dalam wilayah rumah tangga (*marital rape*). Catatan Tahunan Komnas Perempuan periode 2012 – 2021 (10 tahun) menunjukkan sekurangnya ada 49.762 laporan kasus kekerasan seksual. Komnas Perempuan pada Januari s.d November 2022 telah menerima 3.014 kasus kekerasan berbasis gender terhadap perempuan, termasuk 860 kasus kekerasan seksual di ranah publik/komunitas dan 899 kasus di ranah personal. Jumlah pengaduan masih akan terus bertambah, termasuk ke lembaga pengada layanan yang dikelola oleh masyarakat sipil maupun UPTD P2TP2A (Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak).⁷

Perempuan juga rentan mengalami Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) dan Infeksi Menular Seksual (IMS) yang tidak hanya dimonopoli oleh perempuan pekerja seks tetapi juga ibu rumah tangga yang selama ini dianggap sebagai kelompok risiko rendah. Sebuah studi di Jakarta Utara

⁵ [https://www.kemennpppa.go.id/index.php/page/read/29/4243/saatnya-laki-laki-terlibat-untuk-cegah-dan-turunkan-angka-kematian-ibu-aki#:~:text=Jakarta%20\(24%2F11\)%20%E2%80%934.197%20kematian%20ibu%20tahun%202019.](https://www.kemennpppa.go.id/index.php/page/read/29/4243/saatnya-laki-laki-terlibat-untuk-cegah-dan-turunkan-angka-kematian-ibu-aki#:~:text=Jakarta%20(24%2F11)%20%E2%80%934.197%20kematian%20ibu%20tahun%202019.)

⁶ Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat Depkes

⁷ <https://komnasperempuan.go.id/siaran-pers-detail/siaran-pers-komnas-perempuan-tentang-peringatan-kampanye-internasional-hari-16-anti-kekerasan-terhadap-perempuan-25-november-10-desember-2022#:~:text=Komnas%20Perempuan%20pada%20Januari%20s.d,899%20kasus%20di%20ranah%20personal.>

menunjukkan 39% perempuan mengalami satu atau lebih ISR dan 14% mengalami satu jenis atau lebih PMS. Khusus untuk HIV/AIDS, sejak kasus AIDS pertama kali dilaporkan pada tahun 1987, hingga September 2003 tercatat 3924 kasus HIV positif (31% perempuan). Kelompok umur yang paling banyak terinfeksi HIV adalah umur 20 hingga 29 tahun.⁸

Secara umum kesehatan reproduksi tidak terpenuhi karena faktor-faktor seperti tingkat pengetahuan yang tidak mencukupi tentang seksualitas manusia serta ketiadaan atau tidak memadainya informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi; praktik-praktik sosial yang diskriminatif, dan sikap negatif terhadap perempuan dan remaja perempuan, kekuasaan mereka perempuan dan remaja yang terbatas atas kehidupan seksual dan reproduksi mereka sendiri.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mencatat, sebanyak 7.389 ibu di Indonesia meninggal pada 2021. Jumlah tersebut meningkat 59,69% dibandingkan tahun sebelumnya yang sebanyak 4.627 orang. Sebagian besar kematian ibu pada 2021 disebabkan oleh Covid-19, yakni 2.982 orang. Sebanyak 1.320 ibu meninggal akibat pendarahan pada tahun lalu. Ada pula 1.077 ibu yang meninggal akibat hipertensi dalam kehamilan. Penyakit jantung menjadi penyebab kematian dari 335 ibu di Indonesia sepanjang tahun lalu. Ibu yang meninggal dunia akibat infeksi dan gangguan metabolik masing-masing sebanyak 207 orang dan 80 orang. Lalu, sebanyak 65 ibu meninggal akibat gangguan sistem peredaran darah. Sebanyak 14 ibu lainnya meninggal akibat abortus.⁹

Jumlah AKI Indonesia sangat tinggi, terutama bila dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara lainnya. Di Singapura, AKI hanya terjadi 6/100.000 kelahiran hidup, sedangkan Malaysia 39/100.000 kelahiran hidup. Posisi selanjutnya ditempati Thailand dengan 44/100.000, Vietnam dengan 160/100.000, Filipina 170/100.000 kelahiran hidup.

Menurut Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) penyebab utama kematian AKI adalah pendarahan (46,7), eklamsia (14,5), dan infeksi yang sebenarnya dapat ditangani dengan cepat. Selain itu, AKI juga disebabkan karena ibu hamil ditolong oleh dukun yang tidak terlatih atau anggota

⁸ Muthmainnah, Yulianti. 2006. 3 M (mengandung, Melahirkan, dan Menyusui) Ini Hak Siapa? Di mana Hak Reproduksi Perempuan. Suara APIK, Edisi 32. Jakarta: LBH APIK.

⁹ <https://dataindonesia.id/ragam/detail/jumlah-kematian-ibu-di-indonesia-meningkat-5969-pada-2021>

keluarga, tidak tersedianya pelayanan kebidanan untuk kondisi darurat, kurangnya tenaga kesehatan yang kompeten, dan kecilnya akses terhadap pelayanan permasalahan yang sangat kompleks dan multidimensi. Semestinya masalah kesehatan reproduksi perempuan membutuhkan keterlibatan dan kepedulian banyak pihak, keluarga, masyarakat, agamawan, ahli medis, aparat hukum, maupun para pembuat kebijakan.

Setidaknya ada empat aspek yang menyebabkan tingginya AKI di Indonesia, yakni:

- (1) *Pertama* budaya patriarki. Budaya ini menempatkan laki-laki sebagai pihak yang sangat diuntungkan, diutamakan, bahkan dilayani, atau lebih sebagai makhluk yang aktif dalam hubungan seksual. Hal ini tercermin dari pola asuh anak laki-laki yang dididik aktif dan mau bekerja keras, hal itu terkait dengan adanya anggapan bahwa anak laki-laki akan menjadi kepala keluarga yang bertanggungjawab memberi nafkah keluarga. Sedangkan perempuan diposisikan sebagai pihak yang harus melayani, berbakti, dan patuh, implikasi dari penerapan budaya ini tercermin pada kehidupan keluarga, anak perempuan senantiasa dididik untuk melayani segala kebutuhan ayah, kakak dan adik laki-laki, mengerjakan pekerjaan rumah tangga, dan bersikap sabar, lemah lembut dan pasrah. Pola asuh ini terkait dengan pelabelan bahwa anak perempuan nantinya akan menjadi ibu rumah tangga yang mendapat nafkah dari suaminya. Karena pola asuh seperti itu telah terinternalisasi dan menjadi budaya, maka saat perempuan hidup berumah tangga, akan melakukan hal yang sama, yang menurutnya sudah menjadi kewajaran untuk dilakukan. Misalnya, karena dididik untuk selalu menghormati dan melayani suami maka dalam hal mengkonsumsi makanan, istri senantiasa mendahulukan suaminya. Kebiasaan ini juga terjadi saat istri dalam keadaan hamil, sehingga suami mengkonsumsi makan makanan bergizi lengkap sedangkan istri hanya mengkonsumsi sisanya. Selain itu, biasanya keputusan untuk memiliki anak dengan jenis kelamin tertentu atau perencanaan memiliki anak, ditentukan oleh suami. Akibatnya istri dipaksa untuk terus hamil dan melahirkan jika ketentuan jumlah anak dan jenis kelamin tertentu belum didapat.

- (2) *Kedua*, Faktor kesehatan. Hal ini bisa ditandai dengan minimnya fasilitas kesehatan, misalnya Puskesmas; biaya kesehatan yang sangat mahal sehingga tidak terjangkau, minimnya tenaga medis dan akses informasi atau penyuluhan kesehatan dan belum maksimalnya pengadaan Puskesmas di daerah-daerah terpencil, misalnya belum adanya Puskesmas menyebabkan masyarakat lokal hanya mampu mengakses kesehatan dari dukun beranak terjadi didesa Nain di Minahasa Utara, Sulawesi Utara.
- (3) *Ketiga*, Sistem hukum dan kebijakan publik yang tidak berpihak pada perempuan, misalnya keberadaan Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, pada pasal yang mengatur tentang larangan aborsi. UU Kesehatan tersebut tidak konsisten antara pasal 15 ayat (1) yang berbunyi "dalam keadaan darurat untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan atau janinnya dapat dilakukan tindakan medis tertentu"; dan ayat (2) yang berbunyi "Tindakan medis tertentu sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) hanya dapat dilakukan:
- (a) Berdasarkan indikasi medis yang mengharuskan diambilnya tindakan tersebut,
 - (b) Oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu dan dilakukan sesuai dengan tanggung jawab profesi serta berdasarkan pertimbangan tim ahli,
 - (c) Dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami atau keluarganya,
 - (d) Pada sarana kesehatan tertentu"; dan pada ayat (3) berbunyi "ketentuan lebih lanjut mengenai tindakan medis tertentu sebagai mana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) ditetapkan dengan Peraturan pemerintah. Dengan Peraturan Pemerintah mengenai pelaksanaan UU Kesehatan, yang menyebutkan para medis yang melakukan aborsi dapat dikenai ancaman tindak pidana, pelarangan aborsi tersebut pada gilirannya penyumbang AKI di Indonesia, karena dilakukan dengan ilegal atau bukan oleh tenaga medis yang profesional. Alasannya bervariasi, mulai dari faktor biaya keberlangsungan anak yang minim, anak sudah terlalu banyak, orang tua yang telah tua, anak-anak yang telah dewasa hingga malu jika punya anak lagi sampai

pada pilihan tidak ingin memiliki anak. Selain UUK, relasi suami istri yang dikukuhkan dalam Undang-Undang Nomor 1/1974 tentang Perkawinan pasal 31 yang menyebutkan: "suami kepala keluarga dan istri ibu rumah tangga".

- (4) *Keempat* pemahaman agama yang bias gender, misalnya masih kuatnya anggapan bahwa kematian ibu akibat reproduksi adalah karena takdir tuhan, sehingga dianggap mati syahid. Mati syahid ini termanifestasi dari hadis nabi yang menyebutkan 7 kategori mati syahid; terbunuh dalam perang *fisabilillah*, orang yang mati karena keracunan lambungnya, tenggelam dalam air, pinggangnya terkena virus, terkena lepra, terbakar api, tertimbun bangunan, dan perempuan mati karena melahirkan. Jika kita lihat konteks hadis secara detail maka yang tampak lima unsur di atas antara penyakit dan musibah, adalah faktor ketidaksengajaan, atau setelah dilakukan upaya penyembuhan yang maksimal. Begitu juga dengan perang, dalam peperangan biasanya melalui persiapan yang lama, seperti latihan perang, strategi dan persiapan fisik, sedangkan kematian perempuan yang melahirkan, disebabkan oleh hak-hak perempuan hamil yang diabaikan atau tidak terpenuhi, misalkan kurangnya asupan gizi, beban ganda (mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan bekerja mencari nafkah diluar rumah), sehingga ketika meninggal layakkah ibu melahirkan tersebut disebut mati syahid.



BAB 3

Hak Reproduksi: Perjuangan Membangun “Karakter” Perempuan

Perempuan adalah makhluk dengan berbagai pernik kehidupan yang sangat kompleks. Tak ada satupun teori, kajian ataupun kebijakan yang mampu memberikan solusi terbaik bagi persoalan yang dihadapi perempuan. Permasalahan yang dihadapi oleh perempuan sebagian menjadi wacana sebagai bahan diskusi dan *issue* menarik di berbagai seminar, sebagian yang lain menjadi dasar untuk menciptakan teori yang indah dan canggih; sementara sebagian permasalahan lain menciptakan impian dan harapan, namun kebanyakan – sebagian besar permasalahan tersebut harus ditelan dan dinikmati sebagai takdir yang harus diterima oleh perempuan. Persoalan perempuan sepertinya memiliki kecenderungan menjadi bahan pembicaraan, akan tetapi sangat sulit untuk dipecahkan. Persoalan perempuan hampir selalu berbalut masalah kultur yang sangat kental (religi, moral, etika dan nilai-nilai), sehingga ketika muncul solusi untuk pengaplikasiannya haruslah sejalan dengan kultur masyarakat. Hal inilah yang membuat persoalan terhadap perempuan menjadi tidak sederhana.

Ketika berbicara mengenai perempuan, maka yang ada adalah serangkaian kewajiban, batasan, aturan dan pengabdian. Perempuan seakan-akan dilahirkan dengan beban dan tuntutan demikian. Wacana mengenai hak asasi perempuan masih menjadi “mimpi” yang penerapannya masih terasa sangat dipaksakan atau bahkan masih menjadi perjuangan panjang tanpa ujung yang jelas.

Berbicara mengenai hak perempuan pun hampir selalu berbenturan dengan mitos, *stereotype*, dan kodrat perempuan. Budaya masyarakat menciptakan norma dan peran *gender* yang berbeda dan cenderung

“timpang” antara laki-laki dan perempuan. Norma dan peran yang menjadi “kodrat” sangat membatasi hak perempuan. Sebenarnya, jika kita mau jujur, yang menjadi kodrat perempuan (dan tidak mungkin dilakukan laki-laki) adalah hamil, melahirkan, dan menyusui. Selebihnya hanyalah kodrat yang tercipta karena bias *gender* di masyarakat yang sudah diyakini sebagai posisi “mulia” seorang perempuan.

Semua itu adalah produk dari budaya *patriarchy* yang ada dalam masyarakat. Menurut Walby,¹⁰ budaya ini menggariskan bahwa setiap laki-laki berada dalam kedudukan dominan dan setiap perempuan berada dalam kedudukan yang subordinat. Di Indonesia, dalam hubungannya dengan laki-laki, posisi perempuan didefinisikan sebagai pendamping suami, sebagai ibu (yang mengasuh dan mendidik anak), sebagai pengelola rumah tangga dan bekerja di luar rumah hanya untuk menambah penghasilan keluarga.¹¹ Laki-laki dipandang sebagai warga negara “utama” karena berfungsi sebagai pencari nafkah utama dan anggota keluarga yang produktif, sementara perempuan dianggap sebagai warga “kelas dua” karena bergantung pada laki-laki dan tanggung jawabnya lebih pada tugas-tugas domestik. Ini menunjukkan bahwa peran sosial politik perempuan secara radikal dan fatal berbeda dari laki-laki.

Posisi subordinat inilah yang membentuk konsep diri yang kurang positif dalam diri perempuan, yang membuatnya kurang bisa memperjuangkan dan menuntut haknya serta membuat posisi perempuan semakin terpuruk dalam ketidakadilan (bahkan dalam sektor paling pribadi sekalipun). Hal ini menjadi pekerjaan rumah besar yang harus digarap oleh perempuan yang menyadari keberadaannya sebagai pribadi yang utuh.

Hak Reproduksi: Sebuah Perjuangan Baru

Akhir-akhir ini banyak merebak *issue* dan wacana mengenai Hak Reproduksi sebagai Hak Asasi Perempuan. Hal ini merupakan angin segar dan “mimpi” yang ditawarkan bagi perubahan kodrat dan nasib perempuan Indonesia. Akan tetapi mimpi ini masih memerlukan perjuangan panjang untuk dapat direalisasikan dalam kehidupan sehari-hari. Tampaknya, perlu direnungkan dan didiskusikan bagaimana kita harus menyikapi keberadaan

¹⁰ Aripurnami, S, *Hak Reproduksi antara Kontrol dan Perlawanan: Wacana tentang Kebijakan Kependudukan Indonesia*. Jakarta: Kalyanamitra, 1999

¹¹ *Ibid*

hak tersebut; bagaimana dampak (baik positif maupun negatif) bagi kemajuan perempuan itu sendiri; dan apakah keberadaan hak tersebut akan menjadi boomerang bagi perempuan karena dianggap menyalahi kodrat yang sudah dititahkan.

Hak reproduksi adalah hak personal dari seorang perempuan yang berkenaan dengan kebebasan perempuan dalam melakukan kontrol terhadap tubuhnya sendiri, mendapat perlakuan yang baik dalam memfungsikan alat reproduksinya dan mendapatkan informasi dan pelayanan yang memadai mengenai kesehatan reproduksi. Dalam deklarasi Hak Asasi Perempuan,¹² dicantumkan dua hal pokok yang berkaitan dengan Hak Reproduksi, yakni:

- (1) Hak menentukan jumlah dan jarak kelahiran;
- (2) Hak mendapatkan pendidikan dasar dan informasi mengenai hal tersebut.

Hak reproduksi tersebut memberikan kebebasan pada perempuan untuk menentukan kapan, bagaimana dan untuk apa fungsi-fungsi reproduksinya digunakan tanpa melalui kontrol dan kehendak pihak lain. Selama ini, yang sering terjadi adalah perempuan selalu diintervensi oleh berbagai pihak, atau bahkan “dipaksa” melakukan sesuatu di luar keinginannya. Dengan dalih kodrat dan kewajiban yang tidak dapat diganggu gugat, maka perempuan sering menjadi “komoditas” dan alat untuk berbagai tujuan pihak lain yang terkadang tidak relevan dengan kebutuhan dan keinginan perempuan itu sendiri.

Sebagai agen reproduktif keluarga dan bertanggungjawab atas reproduksi biologis (mengandung dan mengasuh anak), perempuan memegang peranan yang penting secara sosial politik bagi keluarga pada khususnya dan negara pada umumnya. Perempuan seharusnya memiliki kekuatan untuk mengontrol dan mengatur sendiri apakah dia ingin hamil, menggugurkan kandungan, mengatur dan merencanakan kelahiran tanpa ada intervensi dari pihak manapun, serta berhak memperoleh pelayanan yang memadai bagi kesehatan reproduksinya. Akan tetapi, selama ini yang terjadi adalah peran sebagai agen reproduktif menjadi kewajiban dan tugas yang harus dilaksanakan tanpa ada tawar-menawar dengan keinginan pribadi secara hakiki bahkan untuk kesehatan pribadinya sendiri. Kondisi

¹² *Ibid*

ini harus ditelan dan diterima perempuan dengan “pasrah” jika tidak ingin mendapatkan julukan perempuan yang *mbalelo* dan menyalahi kodrat. Perempuan pun menganggap hal itu sebagai sesuatu yang biasa dan memang seharusnya demikian.

Hak reproduksi tersebut diperkuat dengan Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan sebagaimana yang telah diratifikasi Pemerintah Indonesia melalui Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 dan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1951 tentang Hak Reproduksi dalam Pekerjaan.¹³ Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya perhatian mengenai Hak Reproduksi bagi perempuan telah ada sejak dulu, hanya saja aplikasi dalam kehidupan sehari-hari belum dirasakan oleh seluruh perempuan Indonesia dari semua lapisan.

Ruang Lingkup Hak Reproduksi

Dari sudut pandang psikologi, ruang lingkup Hak Reproduksi sebenarnya luas dan berkenaan dengan segala aspek kehidupan perempuan pada masa “reproduksi aktif”, mulai dari menstruasi pertama, masa-masa pacaran, kehidupan perkawinan, sampai pada kehidupan karier dan pekerjaan. Setiap aspek kehidupan tersebut harus berdasarkan pada kebutuhan dan kesejahteraan perempuan (baik fisik maupun mental) terutama yang berkenaan dengan kesehatan reproduksinya.

Urusan reproduksi dan biologis adalah hal penting dalam kehidupan perempuan karena akan mempengaruhi kondisi fisik dan mental seorang perempuan secara keseluruhan. Kaum feminis radikal¹⁴ berpendapat bahwa kondisi biologis perempuan berpengaruh cukup besar terhadap persepsi diri, status dan fungsi kaum perempuan. Gangguan, hambatan atau masalah pada kondisi biologis ini akan mengganggu aspek kehidupan lain. Berikut adalah aspek-aspek kehidupan beserta fenomena yang sarat dengan pengabaian dan pelanggaran terhadap hak-hak reproduksi perempuan, baik yang disadari maupun tidak, baik yang terlihat maupun yang terselubung, yakni:¹⁵

¹³ Baso dan Raharjo, *Kesehatan Reproduksi. Panduan bagi Perempuan*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.1999

¹⁴ Aripurnami, *Op. Cit.*

¹⁵ N. Umar, *Teologi Reproduksi. Bias Jender dalam Pemahaman Islam*. Yogyakarta: Gama Media. 2002

(1) Pemerkosaan pada Masa Pacaran (*dating rape*)

Remaja perempuan yang melakukan kencan atau pacaran seringkali memiliki pengalaman buruk berkenaan dengan pelanggaran terhadap hak reproduksinya. Hal ini seringkali tidak disadari dan dianggap sebagai hal yang wajar, meskipun sebenarnya sangat berbahaya bagi perempuan itu sendiri. Dengan menggunakan dalil ekspresi cinta dan rasa yang, seringkali pasangan pria meminta atau bahkan memaksa si perempuan untuk mau melakukan hal-hal yang bertentangan dengan norma kesusilaan atau *menyerempet bahaya*, bahkan tidak sedikit yang memaksa untuk melakukan hubungan seksual dengan dalih bukti cinta dan kesetiaan.

Bila perempuan tidak menyadari akan haknya untuk mempertahankan kehormatan diri, hanyut dan tidak mampu mengontrol ego dan nafsu dari pasangannya, maka terjadilah hubungan seksual di luar pernikahan yang pada akhirnya dapat merugikan si perempuan sendiri. Ketika “hal” tersebut terjadi, dan si pria dimintai pertanggungjawaban maka dia akan menggunakan dalih bahwa hal tersebut terjadi atas dasar suka sama suka dan dilakukan secara sukarela. Hal tersebut dilakukan untuk menutupi peristiwa *dating rape* yang sebenarnya. Tentu saja dalam hal ini perempuan yang paling menjadi korban, terutama bila “perbuatan” tersebut berkelanjutan yang seringkali berujung dengan kehamilan tanpa tanggung jawab dari pasangan.

Trauma dan tekanan psikologis seumur hidup akan dialami oleh perempuan, belum lagi segala risiko yang mengancam masa depannya. Ini adalah beban berat yang harus ditanggung perempuan bila tidak menyadari akan haknya menjaga dan mengontrol fungsi reproduksinya dengan baik.

(2) Memilih Jodoh dan Menentukan Perkawinan

Memilih pasangan dan menentukan perkawinan masih sering menjadi persoalan bagi perempuan Indonesia. Perempuan dengan posisi “*nrimo*”-nya seringkali terjebak dalam usaha perjodohan para orang tua atau seringkali didorong untuk segera menikah karena usia yang telah mendekati atau melewati batas normatif usia menikah. Hal ini terjadi karena orang tua selalu memiliki standar dan target sendiri terhadap hidup anaknya. Jikapun seorang perempuan mendapatkan pasangannya sendiri, maka pria itu tetaplah harus sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan dan di-“gadang-gadang” oleh orang tua.

Seorang perempuan sebenarnya memiliki hak untuk menentukan perkawinannya sendiri. Seorang perempuan berhak untuk menentukan kapan dan dengan siapa ia akan menikah. Hal ini berkaitan dengan persiapan lahir batin dan tentunya yang paling paham akan persiapan tersebut adalah diri si perempuan sendiri. Ketika terjadi perkawinan akibat dari sebuah “paksaan”, maka kebahagiaan yang tercipta pun terasa dipaksakan. Secara fisik maupun psikologis akan terjadi hambatan dan gangguan.

Perasaan tertekan, marah, kecewa, tidak puas dan tidak berdaya bercampur aduk yang pada akhirnya dapat mempengaruhi keharmonisan rumah tangga. Selain itu, perempuan yang dipaksa menikah – terutama pada usia yang sangat muda – seringkali tidak dapat “berbicara” dalam pengambilan keputusan mengenai kesuburan dan kesehatan reproduktifnya.

(3) Menikmati Hubungan Seksual

Budaya *patriarchy* dalam masyarakat masih berasumsi bahwa seks bagi perempuan adalah kewajiban dan tugas kodrati yang tidak bisa ditolak atau ditawarkan. Dalam hubungan seksual, seorang suami lebih dapat menikmati dibandingkan istri yang hanya melayani dan tidak pernah dapat mengungkapkan perasaan puas atau tidak dalam hubungan tersebut. Sebagian dari para istri merasa takut jika mereka mengungkapkan perasaan mereka, maka suami mereka akan marah, sebagian lain menganggap bahwa itu bersifat pribadi dan telah menjadi kodrat perempuan untuk bersikap pasif.

Pertanyaan yang muncul adalah *apakah hubungan seks bagi perempuan memang merupakan suatu kewajiban, ataukah juga merupakan hak*. Jika seks semata-mata sebagai kewajiban bagi perempuan, maka baginya hanya satu pilihan yakni melakukan sekadarnya karena suami menghendaki tanpa mempermasalahkan apakah dia sendiri suka atau tidak, puas atau tidak. Jika demikian, maka tidak mustahil seks tersebut lebih dirasakan sebagai beban, bahkan mungkin penderitaan. Banyak perempuan yang merasa bahwa seks dalam perkawinan hanya sebagai kewajiban sehingga mereka “pasrah” dan memilih untuk pasif ketika terjadi pemaksaan dan kekerasan dalam perilaku seks suaminya. Ini dapat dikategorikan sebagai *marital rape*, yaitu kekerasan seksual

terselubung yang jarang terungkap karena tidak pernah dilaporkan dan terjadi dalam sebuah lembaga perkawinan yang terlihat harmonis dan “baik-baik saja”.

(4) Menikmati Standar Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Sebagai agen reproduktif (pengemban fungsi dan peran reproduksi), sepantasnya perempuan mendapatkan jaminan kesehatan seksual dan reproduksi yang benar-benar merujuk pada kepentingan dan kebutuhan perempuan. Hal ini tentunya berdasarkan pada risiko yang dihadapi perempuan yaitu bisa mengakibatkan kematian.

Kesehatan reproduksi ini mencakup kesehatan fisik, mental, sosial, serta mencakup seluruh fase kehidupan perempuan. Sikap dan perilaku terhadap perempuan yang sedang menstruasi, hamil atau keguguran haruslah “sehat” yakni peduli, penuh pengertian dan lain-lain. Sementara itu, pelayanan dan pemberian informasi mengenai kesehatan reproduksi juga harus memadai dan berbasis perempuan, mulai dari pemeriksaan, pengobatan, sampai pada keputusan-keputusan yang berkenaan dengan masalah reproduksi haruslah mempertimbangkan kepentingan dan kebutuhan perempuan sendiri, bukan untuk kepentingan pihak-pihak lain seperti suami, orang tua, rumah sakit, dokter atau pemerintah. Informasi mengenai bahaya penularan penyakit menular seksual seperti HIV-AIDS, Gonorrhea, Sipilis, dan lain-lain; kehamilan berisiko; penggunaan alat kontrasepsi; serta berbagai informasi mengenai kesehatan reproduksi harus diberikan secara terbuka, memadai dan berpihak pada perempuan.

(5) Memiliki Keturunan

Anak adalah tanggung jawab bersama antara suami dan istri, maka dalam penentuan apakah pasangan suami istri akan mempunyai anak atau tidak, melakukan upaya rekayasa reproduksi atau penggunaan kontrasepsi, membuat keputusan aborsi dan lain-lain, haruslah menjadi sebuah keputusan bersama (tidak dapat hanya diputuskan oleh satu pihak yang biasanya adalah pihak laki-laki atau suami). Perempuan pun memiliki hak untuk meminta atau menolak memiliki keturunan karena dalam mendapatkan keturunan akan melibatkan partisipasi kedua belah pihak.

Kebutuhan, kesejahteraan, dan kesehatan perempuan haruslah menjadi rujukan utama dalam memutuskan hal ini, karena dalam masyarakat kita yang memegang peran utama dalam tugas domestik

mengasuh dan merawat anak adalah perempuan. Dalam hal ini, selayaknya ada alasan yang memadai dan objektif dari pihak diri perempuan sendiri terkait permasalahan keturunan.

(6) Menentukan Jarak dan Waktu Kelahiran

Proses kehamilan hingga melahirkan merupakan sebuah rangkaian proses reproduksi yang sangat berat yang harus dipikul oleh seorang perempuan. Oleh karena itu, perempuan berhak menentukan jarak dan waktu kehamilannya demi alasan kesehatan fisik maupun mental baik ibu maupun anak yang dikandungnya. Jarak kehamilan yang terlalu dekat tidak hanya akan berpengaruh pada kesehatan fisik dan mental seorang ibu, namun juga berpengaruh pada anak yang tidak mendapatkan pengasuhan secara memadai dari orang tuanya, khususnya ibu.

(7) Menentukan Tatacara Mengatur Reproduksi

Pengaturan reproduksi, khususnya penggunaan alat kontrasepsi lebih banyak dibebankan kepada perempuan, bahkan terkadang mengabaikan apakah alat tersebut cocok atau tidak bagi perempuan tersebut.

Seorang perempuan memiliki hak dalam menentukan jenis dan alat kontrasepsi yang cocok bagi dia. Jika ternyata tidak ada alat kontrasepsi yang cocok bagi si perempuan atau bahkan dapat mengancam kesehatan dan keselamatannya, maka alat kontrasepsi tersebut bisa saja diterapkan pada suami. Termasuk bila sepasang suami istri akan melakukan rekayasa reproduksi maka istri berhak untuk mendapatkan informasi selengkap-lengkapnyanya atas prosedur akan dijalani.

(8) Mengasuh dan Merawat Anak

Mengasuh dan merawat anak adalah tugas reproduksi yang bersifat nonkodrati. Perihal mengasuh dan merawat anak dapat dilakukan baik oleh ayah maupun ibu sehingga pada dasarnya pengasuhan anak merupakan tanggung jawab bersama.

Secara psikologis, anak yang tidak mendapatkan perhatian seimbang dari ayah dan ibunya akan mengalami perkembangan mental yang tidak seimbang pula. Oleh karena itu, tidak dapat dikatakan bahwa tugas pengasuhan dan perawatan anak hanya merupakan tanggung jawab ibu

semata, sementara ayah hanya berada pada lingkaran tugas produksi saja (pemenuhan kebutuhan fisik).

(9) Menentukan Perceraian

Lembaga perkawinan dibentuk secara bersama-sama antara laki-laki dan perempuan sehingga ketika lembaga itu mengalami masalah, ketidakharmonisan dan perpecahan, maka yang bertanggungjawab adalah kedua belah pihak. Tidak ada hak istimewa bagi salah satu pihak dalam menentukan berakhirnya suatu perkawinan.

Bila seorang perempuan dalam perkawinannya mengalami ketidakbahagiaan, penderitaan dan ketidaksesuaian yang objektif; maka perempuan berhak membicarakan atau mengkomunikasikan hal ini kepada suami, sebelum meminta cerai. Demikian pula jika seorang perempuan mempunyai alasan yang cukup kuat dan merasa tidak lagi dapat memperbaiki kondisi pernikahannya, maka ia memiliki hak untuk bercerai. Dengan kata lain, perempuan tidak hanya menjadi pihak yang menunggu dengan pasif “vonis” yang diberikan suami tanpa berhak memberikan persetujuan dan pendapatnya.

(10) Hak Reproduksi dalam Karier dan Pekerjaan

Perempuan juga merupakan makhluk yang dikaruniai potensi dan kemampuan. Dalam rangka mengaktualisasikan dirinya, perempuan banyak yang merambah wilayah publik yang selama ini dianggap sebagai wilayah laki-laki. Akan tetapi, dikarenakan perbedaan karakteristik fisik berkenaan dengan fungsi reproduksinya, perempuan memiliki keterbatasan yang harus dilindungi oleh Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, yang antara lain berkenaan dengan pekerja perempuan yang sedang haid, hamil, menyusui, larangan bekerja di tempat berbahaya, pekerjaan di malam hari, cuti hamil dan melahirkan, perlindungan hak buruh dan lain-lain. Dalam kehidupan pribadi perempuan, hak reproduksi dalam karier dan pekerjaan juga berkaitan erat dengan kepentingan keluarga dan rumah tangga.

Sebagai agen reproduksi, perempuan mempunyai keterbatasan tertentu dalam “mengembangkan sayap” seluas-luasnya dalam berkarier. Keinginan untuk berkarier harus selalu disesuaikan dengan kepentingan domestik rumah tangga, mulai dari keputusan mempunyai anak,

melahirkan, sampai pengasuhan anak.¹⁶ Oleh karena itu, dengan menyadari hak reproduksi perempuan diharapkan suami dapat memberikan pengertian yang objektif terhadap permasalahan ini.

(11) Kekerasan Seksual

Saat ini perempuan banyak dijadikan komoditas dan objek eksploitasi untuk kepentingan pihak-pihak tertentu yang tentunya tidak berpihak dan tidak peduli dengan perempuan itu sendiri. Kemiskinan, keterbatasan pendidikan dan keterbelakangan perempuan membuat perempuan cenderung mudah dimanfaatkan dan diremehkan. Budaya kita juga turut memperkuat ketidakberdayaan perempuan dalam melawan kondisi ini.

Pelecehan seksual (baik secara verbal maupun fisik), pemerkosaan diikuti pembunuhan sangat sering terjadi pada perempuan. Peristiwa kekerasan seksual tentunya akan memberikan bekas seumur hidup berupa trauma, tekanan batin bahkan sampai kehilangan akal sehatnya (gila). Oleh karena itu, para perempuan lain harus saling bahu membahu memberikan dukungan dan kesadaran bagi korban kekerasan seksual agar para korban dapat kembali melanjutkan hidupnya dan berani untuk menatap masa depannya.

Implikasi Hak Reproduksi Perempuan

Hak Reproduksi adalah hak-hak dasar setiap pasangan maupun individu untuk secara bebas dan bertanggung jawab memutuskan jumlah, jarak kelahiran dan waktu untuk memiliki anak serta mendapatkan informasi mengenai cara melakukannya termasuk hak untuk mendapatkan standar tertinggi kesehatan reproduksi juga kesehatan seksual juga termasuk hak mereka untuk membuat keputusan menyangkut reproduksi yang bebas dari diskriminasi, perlakuan sewenang-wenang, dan kekerasan (ICPD, Kairo 1994)

Hak-hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia yang diakui oleh hukum nasional, dokumen internasional tentang hak asasi manusia, dan dokumen-dokumen kesepakatan atau perjanjian lainnya. Indonesia adalah salah satu dari 178 negara yang ikut menandatangani dan

¹⁶ S. Federici, *Reproduksi dan Perjuangan Feminis dalam Pembagian Kerja Internasional Baru*, Jakarta: Kalyanamitra. 2000

mengakui hak reproduksi remaja yang tertuang dalam dokumen rencana aksi ICPD. Hal ini memberikan kewajiban kepada negara untuk memenuhi hak-hak reproduksi sebagaimana yang tertuang dalam rencana aksi ICPD.

Rencana aksi ICPD mengisyaratkan bahwa, “negara-negara di dunia di dorong untuk menyediakan informasi yang lengkap kepada remaja mengenai bagaimana mereka dapat melindungi diri dari kehamilan yang tidak diinginkan dan HIV&AIDS”. Selain dokumen ICPD, maka hak-hak reproduksi remaja di dukung oleh instrumen internasional, antara lain: Deklarasi Umum HAM, dokumen CEDAW (Convention on Elimination Discrimination Against Women), dan Konvensi Hak Anak. Di Indonesia, hak-hak ini diakui sebagaimana tertuang dalam: UU 39/1999 tentang Hak Asasi Manusia, UU 10/1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, dan UU 23/2002 tentang Perlindungan Anak. Hal ini memberikan kerangka legal terhadap jaminan pengakuan dan pemenuhan hak reproduksi di Indonesia. Terdapat 12 hak-hak reproduksi yang telah dirumuskan, yaitu:¹⁷

- a. Hak untuk hidup yang memiliki arti bahwa setiap perempuan mempunyai hak untuk bebas dari risiko kematian karena kehamilan.
- b. Hak atas kemerdekaan dan keamanan. Pernyataan ini mengandung arti bahwa setiap individu berhak untuk menikmati dan mengatur kehidupan seksual dan reproduksinya dan tak seorang pun dapat dipaksa untuk hamil, menjalani sterilisasi dan aborsi.
- c. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi yang berarti bahwa setiap individu mempunyai hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi termasuk kehidupan seksual dan reproduksinya.
- d. Hak atas kerahasiaan pribadi yang mengandung arti bahwa setiap individu mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi dengan menghormati kerahasiaan pribadi. Setiap perempuan mempunyai hak untuk menentukan sendiri pilihan reproduksinya
- e. Hak atas kebebasan berpikir yakni setiap individu bebas dari penafsiran ajaran agama yang sempit, kepercayaan, filosofi dan

¹⁷ <https://ykp.or.id/datainfo/materi/18#:~:text=Setiap%20perempuan%20mempunyai%20hak%20untuk%20bebas%20dari%20risiko%20kematian%20karena%200kehamilan.&text=Setiap%20individu%20berhak%20untuk%20menikmati,hamil%2C%20menjalani%20sterilisasi%20dan%20aborsi.>

tradisi yang membatasi kemerdekaan berpikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual.

- f. Hak mendapatkan informasi dan Pendidikan, yaitu setiap individu mempunyai hak atas informasi dan pendidikan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan seksual termasuk jaminan kesehatan dan kesejahteraan perorangan maupun keluarga.
- g. Hak untuk menikah atau tidak menikah serta membentuk dan merencanakan keluarga adalah hak bagi setiap untuk tidak dipaksa menikah pada usia anak yaitu 19 tahun (Undang-Undang Perkawinan Nomor 16 Tahun 2019)
- h. Hak untuk memutuskan mempunyai anak atau tidak dan kapan mempunyai anak
- i. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan yakni hak bagi setiap individu atas informasi, keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan, kepercayaan, harga diri, kenyamanan, dan kesinambungan pelayanan.
- j. Hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan yang berarti bahwa setiap individu mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi dengan teknologi mutakhir yang aman dan dapat diterima.
- k. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yakni setiap individu mempunyai hak untuk mendesak pemerintah agar memprioritaskan kebijakan yang berkaitan dengan hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi.
- l. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk hak-hak perlindungan anak dari eksploitasi dan penganiayaan seksual. Setiap individu mempunyai hak untuk dilindungi dari perkosaan, kekerasan, penyalahgunaan, dan pelecehan seksual.

Landasan hukum tentang hak seksual dan hak reproduksi terdapat dalam beberapa instrumen hukum, yakni:

- a. Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Kekerasan Terhadap Perempuan (CEDAW);
- b. Konferensi Internasional dan Pembangunan (ICPD) PBB pada Tahun 1994 di Kairo, Mesir;
- c. Konferensi Dunia ke-4 tentang Perempuan (FWCW) tahun 1995 di Beijing, Cina;

- d. Konvensi Hak-Hak Sipil dan Politik (ICCPR), yang terdapat dalam:
 - Hak atas Kebebasan Pribadi (Pasal 17)
 - Hak Persamaan (Pasal 26)
 - Hak Kebebasan dari Diskriminasi (Pasal 2 ayat (1))
- e. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Ratifikasi CEDAW;
- f. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
- g. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga

Hak reproduksi dan seksual hingga kini masih merupakan polemik. Banyak perempuan yang masih belum paham akan hak mereka dalam hal reproduksi dan seksual. Begitupun terhadap pekerja perempuan, banyak hak-hak mereka yang menyangkut reproduksi dilanggar oleh pengusaha. Berikut beberapa implikasi hak reproduksi dan seksual terhadap kehidupan perempuan:¹⁸

(1) Dampak Positif

Dampak positif dari berlakunya hak reproduksi dan seksual terhadap kehidupan perempuan adalah sebagai berikut:

- a. Menciptakan konsep diri yang lebih baik bagi perempuan;
Melalui pengakuan atas hak reproduksi dan seksual bagi perempuan, maka perempuan merasa diberi penghargaan dan kesempatan untuk terlibat dalam membuat dan mengambil keputusan bagi kegiatan reproduktifnya demi kesehatan dan kesejahteraan hidupnya.
- b. Menciptakan kesempatan bagi perempuan untuk mengaktualisasikan diri;
Melalui upaya pengaturan terhadap jarak kelahiran maka perempuan memperoleh kesempatan untuk mengaktualisasikan diri baik dalam pekerjaan maupun mengenyam pendidikan setinggi-tingginya.
- c. Melindungi perempuan dari segala bentuk kekerasan seksual;
Pelecehan seksual, pemerkosaan, *dating rape*, *intra marital rape*, dan berbagai bentuk kekerasan seksual yang lain diharapkan dapat tertangani dan dihindarkan melalui peraturan undang-undang yang berlaku.

¹⁸ Federici, *Op. Cit.*

- d. Memberikan kesempatan mendapatkan pendidikan dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan;
Risiko-risiko kesehatan, seperti keguguran, gangguan kesuburan, pendarahan, PMS atau kematian akan dapat dihindari atau dikurangi bila perempuan mendapatkan informasi dan pelayanan yang memadai bagi kesehatan reproduksinya.
- e. Memberikan kesempatan perempuan untuk menjadi ibu dan istri yang “sempurna” dalam keluarga.
Dengan kesiapan lahir batin yang memadai (tanpa paksaan pihak lain), perempuan akan dapat melaksanakan fungsinya sebagai pengemban tugas domestik dengan baik.

(2) Dampak Negatif

Pengakuan terhadap hak reproduksi dan seksual perempuan tidak hanya memberikan implikasi positif terhadap kehidupan perempuan, akan tetapi juga membawa dampak negatif sebagai berikut:

- a. Hak reproduksi dijadikan alasan untuk tidak mau memiliki anak.
Dengan alasan mengejar karier, tidak mau direpotkan dengan pengasuhan dan perawatan anak, ingin bebas atau berbagai alasan personal lainnya, perempuan mengenyampingkan kodratnya sebagai agen reproduktif dan berdiri di belakang kepentingan pribadinya yang cenderung egosentris;
- b. Hak reproduksi dijadikan alasan untuk melakukan *extra marital sex* (seks di luar pernikahan). Dikarenakan merasa memiliki hak mutlak atas tubuhnya, maka seorang perempuan merasa bebas untuk memfungsikan organ produktifnya sekehendak hati tanpa memperhatikan norma atau bahkan risiko-risiko yang akan ditanggungnya;
- c. Hak reproduksi dijadikan alat “legalisasi” aborsi. Kita harus lebih hati-hati dalam menyoroti kasus aborsi. Ilmu psikologi selalu melihatnya melalui kasus per kasus, karena setiap kasus selalu mempunyai latar belakang yang personal. Bila aborsi dilakukan bukan karena alasan kesehatan (baik ibu maupun bayinya) atau hanya untuk kepentingan “egosentris” si perempuan, maka seharusnya hak reproduksi tidak dijadikan alasan;

- d. Hak reproduksi dijadikan tameng untuk “mengabaikan” suami. Dengan alasan tidak jelas, ada sekelompok perempuan menolak suaminya dan menjadikan dirinya penentu kapan, di mana, dan bagaimana kegiatan reproduksinya dilakukan.

Berdasarkan uraian di atas, maka bagian terpenting dalam penerapan hak reproduksi adalah pemahaman dan interpretasi yang benar terhadap hak yang diberikan kepada perempuan, sehingga tidak membuat perempuan menyimpang dan menyalahi tujuan dari pemberian hak tersebut.

Gerakan perempuan dalam memperjuangkan hak reproduksi ini akan menjadi perjuangan panjang tiada henti, dan tentunya tidak akan berhasil bila perempuan sendiri belum menyadari dan memahami keberadaan hak tersebut. Kerja sama dan dukungan dari berbagai pihak terkait (organisasi perempuan, organisasi kemasyarakatan, tokoh masyarakat, pemuka agama, pemerintah dan lain-lain) sangat dibutuhkan dalam gerakan ini. Sebagai kekuatan terpenting di sini adalah semangat menuju kemajuan dan kesejahteraan dari perempuan sendiri, yang secara signifikan akan mempermudah realisasinya. Secara umum, gerakan perjuangan hak reproduksi harus mencakup:¹⁹

- a. Sosialisasi

Gerakan ini meliputi segala bentuk pemberian informasi tentang hak reproduksi melalui: penyuluhan, diskusi, kajian, seminar, ketersediaan buku tentang kesehatan reproduksi, hak reproduksi dan sejenisnya.

- b. Pendampingan

Ini merupakan gerakan yang lebih bersifat *emotional support*, bagi para korban pelanggaran hak reproduksi, misalnya: bagi perempuan yang mengalami kekerasan seksual (pemeriksaan, pelecehan, aksi seksual brutal dan lain-lain – baik yang dilakukan orang lain maupun suami sendiri. Pendampingan ini juga diberikan kepada perempuan yang mengalami aborsi paksa, perempuan yang diperlakukan sewenang-wenang di dunia kerja dan lain-lain.

Gerakan ini berupa konseling, psikoterapi, dan terapi kelompok dengan tujuan untuk memberikan kekuatan pada korban dalam

¹⁹ *Ibid.*

menghadapi masalahnya dan kembali bangkit melanjutkan masa depannya dengan sehat tanpa trauma, ketakutan dan kecemasan yang mengganggu; dan kemudian berusaha mencari solusi terbaik dari permasalahan yang dihadapi.

c. Advokasi

Gerakan perlindungan secara hukum terhadap segala tindakan yang melanggar hak reproduksi perempuan, minimal memberikan pendampingan profesional di bidang hukum dalam kasus-kasus pelanggaran hak perempuan.



BAB 4

Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia dalam Perspektif Gender

Kesehatan reproduksi perempuan menjadi salah satu hal penting bagi perempuan di Indonesia. Menurut World Health Organization (WHO, 2007) kesehatan reproduksi merupakan kondisi sehat secara fisik, mental, dan sosial yang utuh, dan bukanlah bebas dari penyakit atau cacat yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan operasi reproduksi. Masalah reproduksi tidak dapat dipisahkan dari seksualitas dan tubuh manusia yang melibatkan masalah kesehatan biologis bagi perempuan.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada tahun 2020, jumlah kasus HIV di Indonesia hingga 2009-2019 cenderung menjadi 50.282. Selain itu, dalam Catatan Tahunan Komnas Perempuan 2020,²⁰ dilaporkan terjadi peningkatan perempuan terinfeksi HIV hingga 203 kasus dibandingkan tahun sebelumnya. Kesehatan reproduksi juga terkait dengan isu non biologis seperti pemenuhan hak-hak reproduksi perempuan. Disebutkan dalam Deklarasi Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) bahwa ada 4 hak reproduksi bagi perempuan, yaitu:

- (a) kesehatan reproduksi sebagai bagian dari kesehatan masyarakat,
- (b) hak untuk mengambil keputusan terkait reproduksi, dan
- (c) hak atas kesetaraan serta keadilan antara laki-laki dan perempuan,
- (d) hak atas keamanan seksual dan reproduksi.

Banyak faktor terkait pelaksanaan prokreasi perempuan yang masih tertinggal, salah satunya dari segi gender. Gender memiliki perbedaan dengan jenis kelamin (seks). Jenis kelamin (seks) berhubungan dengan perbedaan biologis antara perempuan dan laki-laki sedangkan gender

²⁰ Komnas Perempuan. Catatan Tahunan Komnas Perempuan Tahun 2020. Vol. 4. 2021.

berhubungan dengan peran dan tanggung jawab antara perempuan dan laki-laki.

Isu gender berkaitan erat dengan kesehatan reproduksi perempuan, seperti ketidakmampuan perempuan dalam mengambil keputusan reproduksi serta sikap dan perilaku di lingkungan yang cenderung mengutamakan laki-laki. Stigma yang muncul di masyarakat Indonesia terhadap penyakit reproduksi pada wanita. Penyakit yang sama yang diderita pria dan wanita memiliki efek yang berbeda dalam masyarakat untuk perlakuan diskriminasi secara fisik dan seksual. Memperhatikan pentingnya kesehatan reproduksi, khususnya bagi perempuan, karena kesehatan reproduksi menjamin kelangsungan hidupnya. Maka dari itu, penelitian ini bertujuan untuk membangun kesadaran dari sudut pandang laki-laki dan perempuan tentang kesehatan reproduksi perempuan dan realisasi hak-hak reproduksinya.

Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan hubungan antar individu, sehingga tidak hanya sekadar memberikan penyuluhan dan pelayanan terhadap proses reproduksi dan penyakit menular seksual.²¹ Kesehatan reproduksi perempuan memegang peranan penting dalam menopang kehidupan manusia dari generasi ke generasi, sehingga menjamin tercapainya kesehatan reproduksi merupakan suatu keharusan bagi setiap negara.²² Masalah kesehatan reproduksi perempuan tidak dapat dipisahkan dari dua hal, masalah kesehatan reproduksi medis dan masalah gender dan gender, seperti kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), kekerasan terhadap perempuan dan penyakit menular seksual.²³ Penyakit kelamin yang disebabkan oleh aktivitas seksual dapat ditularkan melalui aktivitas seksual, salah satunya adalah HIV/AIDS. Kasus HIV/AIDS pada perempuan menurut dalam data Catatan Tahunan (CATAHU) 2020,²⁴ Komnas Perempuan menyebutkan terjadi peningkatan perempuan terinfeksi HIV hingga 203 kasus dibandingkan tahun

²¹ Evy Apriani. *Pengalaman perempuan berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi di Lembaga Pemasyarakatan Cilacap* [Internet]. 2012 Available from: <http://lib.ui.ac.id>

²² Naimah N. *Perlindungan Hukum Terhadap Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Dari Kekerasan Berbasis Gender*. Egalita. 2015;10(1–10).

²³ *Ibid*.

²⁴ Komnas Perempuan. *Catatan Tahunan Komnas Perempuan Tahun 2020*. Vol. 4. 2021.

sebelumnya. Selain itu, penyakit reproduksi yang dialami perempuan juga mengakibatkan angka kematian ibu (AKI) berkaitan erat dengan kesehatan reproduksi seperti kehamilan di bawah umur, jarak kehamilan yang dekat, aborsi, dan komplikasi pascapersalinan.

Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dikategorikan menjadi empat, yaitu:

- (1) Faktor Demografi-Ekonomi Faktor ekonomi yang memiliki pengaruh terhadap kesehatan reproduksi adalah tingkat kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah serta kurangnya pengetahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi. Sedangkan faktor demografi yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi adalah akses pelayanan kesehatan, proporsi remaja putus sekolah, dan tempat tinggal yang terpencil.
- (2) Faktor budaya dan lingkungan Faktor budaya dan lingkungan yang memiliki pengaruh terhadap kesehatan reproduksi seperti kepercayaan bahwa banyak anak yang beruntung, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan bagaimana mereka bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi reproduksi individu, hak dan tanggung jawab.
- (3) Faktor psikologis Faktor psikologis seperti kekerasan di rumah/lingkungan terdekat, depresi, dan perasaan tidak berharga perempuan terhadap laki-laki yang membeli kebebasan materi.
- (4) Faktor biologis Faktor biologis meliputi pada cacat organ reproduksi dan cacat sistem reproduksi setelah penyakit menular seksual.

Hak Reproduksi

Menurut Peraturan Bupati Bondowoso (2018:3) Hak reproduksi adalah komponen dari hak asasi manusia yang melekat pada jiwa manusia sejak lahir dan dilindungi,²⁵ sehingga membatasi hak reproduksi berarti membatasi hak asasi manusia. Perwujudan mengenai hak reproduksi perempuan berkaitan dengan status laki-laki dan perempuan. Perbedaan dan ketidakadilan bagi perempuan membuat sulitnya mencapai reproduksi

²⁵ Peraturan Bupati Bondowoso Nomor 78 Tahun 2018.

yang sehat,²⁶ sedangkan menurut *International Conference on Population and Development* (ICPD) yang diselenggarakan di Kairo pada tahun 1994, kesehatan reproduksi diidefinisikan sebagai “keadaan kesehatan dan kesejahteraan fisik, mental dan sosial, bukan karena tidak adanya penyakit dan kecacatan yang terkait dengan fungsi, sistem, dan proses.” Indonesia menjadi salah satu negara peserta *International Conference on Population and Development* (ICPD). Dalam Deklarasi Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan, diakui ada 4 hak reproduksi perempuan, yaitu:

- (1) Kesehatan reproduksi sebagai bagian dari kesehatan masyarakat sepanjang siklus hidup baik untuk pria maupun wanita.
- (2) Hak dalam membuat sebuah keputusan yang berhubungan dengan melahirkan anak, pilihan sukarela dalam pernikahan, pembentukan keluarga, menentukan jumlah anak, waktu serta jarak kelahiran, dan hak untuk mengakses informasi serta alat yang diperlukan untuk melaksanakan pilihan.
- (3) Perempuan dan laki-laki harus mendapat kesetaraan dan keadilan supaya setiap orang dapat membuat pilihan yang bebas dan terinformasi di semua aspek, baik bebas dalam diskriminasi gender.
- (4) Setiap individu memiliki hak akan keamanan seksual dan reproduksinya, di mana di dalamnya terbebas dari segala bentuk kekerasan dan paksaan seksual, dan hak atas privasinya.

Meski sudah banyak peraturan hukum yang mengatur tentang hak kesehatan reproduksi perempuan, namun seharusnya berdampak signifikan terhadap jumlah penderita kanker serviks, HIV atau kematian ibu. Hal ini dikarenakan masih kurangnya pemahaman wanita akan hak-hak yang dimilikinya.

Konsep Gender

Gender adalah peran sosial di mana peran laki-laki dan perempuan ditentukan oleh perbedaan fungsi, peran, dan tanggung jawab laki-laki dan perempuan sebagai akibat dari konstruksi sosial yang dapat diubah atau diubah sesuai dengan perubahan zaman peran seseorang dan

²⁶ Fitria M, Helmi AF. Keadilan Gender dan Hak-hak Reproduksi di Pesantren. *J Psikol.* 2011;38(1):1–16.

perkembangan zaman. Atau Situasi yang dibangun oleh masyarakat dan budaya karena seseorang dilahirkan sebagai laki-laki atau perempuan. (WHO 1998). Sementara jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara laki-laki dan perempuan secara biologis yang telah ada dari lahirnya seseorang sehingga tidak dapat diubah. Seks terkait dengan tubuh pria dan wanita, seperti pria menghasilkan sperma, perempuan melahirkan, menstruasi. Pria dan wanita di semua lapisan masyarakat memainkan peran yang berbeda. Di setiap masyarakat selalu ada nilai sosial budaya, di mana di dalamnya terdapat nilai dan norma bagi laki-laki dan perempuan yang berbeda sesuai dengan norma setempat dan dapat berubah seiring dengan perkembangan budaya. Sehingga dapat dikatakan bahwa peran gender dapat berubah seiring dengan perkembangan zaman.

Kesehatan Reproduksi dalam Perspektif Gender

Salah satu isu yang berkembang di masyarakat, di mana isu tersebut berkaitan dengan ketidakadilan sosial, dan salah satunya yaitu mengenai kesetaraan gender. Konsep gender merupakan hal yang penting karena berkaitan dengan kesehatan, dan di dalamnya juga menyangkut akan kepentingan perempuan yang dapat terjadi akibat dari ketidakadilan dan ketidaksetaraan gender, khususnya diskriminasi dan gagalnya negara dalam upaya menciptakan masyarakat yang menjaga hak-hak seksual dan reproduksi perempuan. Hingga saat ini, perempuan dirugikan dan sulit mengakses, berbagi, mengontrol, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang optimal.

Analisis lebih lanjut ketimpangan gender di Indonesia dapat dilihat melalui peningkatan risiko infeksi HIV, pernikahan dini yang dapat menyebabkan penyakit reproduksi dan kekerasan seksual di kalangan remaja putri. Stereotip norma gender dalam masyarakat membuat laki-laki lebih aktif secara seksual, namun bagi perempuan lebih dikontrol. Di satu sisi perempuan juga harus menjaga serta bertanggung jawab supaya dapat mencegah kehamilan.²⁷ Banyak sekali masyarakat Indonesia beranggapan negatif dan diskriminasi mengenai pembahasan penyakit kelamin yang

²⁷ Ninsiima AB, Leye E, Michielsen K, Kemigisha E, Nyakato VN, Coene G. *Girls have more challenges; they need to be locked up”: A qualitative study of gender norms and the sexuality of young adolescents in Uganda*, Int J Environ Res Public Health, Vol. 15 (2), 2018

dialami perempuan, di mana hal tersebut dapat timbul pada diri sendiri maupun dari lingkungan masyarakat.²⁸

Pendekatan gender mutlak dilakukan. Hal ini dikarenakan walaupun penyakit tersebut sama dapat terkena oleh laki-laki maupun perempuan, namun perawatan kesehatan, dampak dan respons yang dialami dari kedua belah pihak tersebut akan berbeda. Selain itu perempuan juga mengalami diskriminasi dengan adanya kekerasan seksual yang dialami oleh perempuan. Diskriminasi berdampak juga pada kesehatan mental. Seperti halnya perkawinan anak yang masih terjadi terutama di daerah pedesaan. Perkawinan ini terjadi diakibatkan sebuah paksaan yang diakibatkan oleh masalah ekonomi. Hal ini menyebabkan kondisi kesehatan reproduksinya mengalami masalah yang dikaitkan dengan gender.

Perempuan diharuskan melakukan tugas sebagai istri dan ibu rumah tangga. Padahal pada dasarnya perempuan juga perlu pendidikan layaknya laki-laki. Dengan situasi tersebut membuat perempuan berada dalam kondisi lemah, karena tingkat pendidikan perempuan yang rendah sehingga mengakibatkan perempuan tidak berdaya secara ekonomi karena tidak mampu mendapatkan pekerjaan yang baik. Dalam kasus yang lain, yang dikutip dari artikel baktinews, dengan narasumber bernama Yani mengeluh sekaligus bersyukur atas kelahiran anak keduanya. Hal ini bertentangan dengan keinginannya karena menurutnya ‘anak’ akan menjadi penghalang untuk berkarier dan mencari nafkah. Jika bukan keinginan suaminya, sebetulnya ia belum siap untuk memiliki anak kembali. Dari beberapa kasus yang dijelaskan tadi, ini sudah melanggar hak-hak reproduksi perempuan yang mana hak untuk hidup dan mengambil keputusan.

Gender sangat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Baik pria maupun wanita sama-sama terpengaruh serta stereotip gender masing-masing. Empat isu gender dalam berbagai siklus kehidupan yaitu: Kesehatan Reproduksi Peka Gender. Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang bersikap “Peka Gender”, yaitu:

- (a) Memberikan pelayanan yang berkualitas dan memiliki berbagai jenis pelayanan yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan, berlaku secara adil, tanpa membedakan jenis kelamin dan status sosialnya.

²⁸ Arigan NP, *Masalah Kusta dan Diskriminasi Serta Stigmatisasinya di Indonesia*, Jurnal Humaniora. Vol 4 (1), 2013, hlm. 432– 44.

- (b) Memberikan pelayanan kesehatan harus sesuai dengan perbedaan kebutuhan antara laki-laki dan perempuan sesuai dengan kodratnya.
- (c) Memahami sikap antara laki-laki dan perempuan dalam menghadapi penyakit dan masyarakat harus menentukan sikap yang baik.
- (d) Memahami perbedaan tentang penyakit yang diderita antara laki-laki dan perempuan
- (e) Menyesuaikan pelayanan sehingga hambatan yang dihadapi baik laki-laki maupun perempuan sebagai akibat adanya perbedaan dapat diatasi.



BAB 5

Pengaturan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Implementasinya

Hak asasi manusia merupakan hak dasar yang secara kodrati melekat pada diri manusia, bersifat universal dan langgeng, dan oleh karena itu, harus dilindungi, dihormati, dipertahankan, dan tidak boleh diabaikan, dikurangi, atau dirampas oleh siapapun. Bangsa Indonesia sebagai bagian dari masyarakat internasional sudah seharusnya menghormati, menghargai, dan menjunjung tinggi prinsip dan tujuan Piagam Perserikatan Bangsa-Bangsa serta Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia.

Sesuai dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang mengamanatkan pemajuan dan perlindungan hak asasi manusia dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara serta komitmen bangsa Indonesia sebagai bagian dari masyarakat internasional untuk memajukan dan melindungi HAM, Indonesia perlu mengesahkan instrumen-instrumen internasional utama mengenai HAM di antaranya *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (Kovenan Internasional tentang Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya) serta *International Covenant on Civil and Political Rights* (Kovenan Internasional tentang Hak-hak Sipil dan Politik).

Hak asasi manusia dan hak perempuan baik yang terkait dengan konsep maupun implementasinya semakin hari semakin mendapatkan perhatian pemerintah maupun masyarakat termasuk perempuan agar diimplementasikan dengan baik. Menurut Erwin Simponi bahwa kaum perempuan di seluruh dunia merasa belum sepenuhnya dapat menikmati hak-haknya karena salah satu faktornya adalah belum terjamin dalam peraturan perundang-undangan di negara masing-masing, dengan kata lain secara de facto hak-haknya belum dilaksanakan (Erwin, 2003: 1)

Munculnya konsep Hak Asasi Perempuan pada awalnya diartikan dengan latar belakang logika belaka, dalam arti hak perempuan dipahami sekadar akibat dari pengakuan bahwa perempuan adalah juga manusia, karenanya sudah semestinya mendapat perlindungan hak asasi manusia. Salah satu hal yang dijamin adalah masalah kesehatan perempuan, di mana kesehatan perempuan ini menjadi salah satu dari 12 masalah kritis yang ditetapkan dalam Deklarasi dan Rencana Aksi Konferensi Dunia IV tentang Wanita di Beijing pada tahun 1995 dan hingga saat ini masalah kesehatan reproduksi perempuan masih menjadi kajian utama mengingat tingginya angka kematian perempuan, yang diakibatkan oleh gangguan pada organ reproduksi.

Kesehatan perempuan sangat penting dan menentukan dilahirkannya generasi yang sehat dan cerdas, meskipun begitu kenyataan menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi yaitu sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2003) yang tidak turun secara signifikan sejak dua dekade yang lalu. Data UNFPA tahun 2007 menunjukkan rasio kematian ibu sebesar 420 per 100.000 kelahiran hidup dan tingkat kematian bayi sebesar 35 (Jakarta Post, 9 January 2007). Dalam laporan singkat pencapaian *Millennium Development Goals*, Indonesia tahun 2009, oleh Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) tentang Target 6, meningkatkan kesehatan ibu, dikemukakan hal-hal sebagai berikut:

Target 6, menurunkan angka kematian ibu sebesar $\frac{3}{4}$ nya dalam kurun waktu 1990-2015, dengan catatan indikator yang digunakan adalah angka kematian ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup pada saat melahirkan.

Keadaan dan kecenderungan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia telah mengalami penurunan menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2002-2003. Bila dibandingkan dengan angka tahun 1994 yang mencapai 390 kematian per 100.000 kelahiran hidup dan menjadi 228 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada 2007 (SDKI 2007). Adapun target MDG's pada tahun 2015 adalah sebesar 102 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Keadaan ini menunjukkan bahwa Indonesia tidak dapat mencapai target penurunan AKI yang telah ditentukan dalam

MDG's karena dalam tahun 2007 AKI masih 228 per 100.000 kelahiran hidup. (Jakarta Post, 20 September 2010).

Kesehatan reproduksi merupakan hak dasar dari setiap orang, maka jaminan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan reproduksi merupakan media untuk menjamin serta melindungi agar orang dapat menikmati hak dasarnya itu. Berbicara mengenai komitmen negara terhadap pembuatan program untuk mencapai standar kesehatan bagi semua warganegaraanya, bukan lagi menjadi hal yang diperdebatkan. Mengingat bahwa Indonesia telah ikut menandatangani hasil *International Conference Population and Development* yang diselenggarakan di Kairo tahun 1994 yang antara lain memuat pernyataan bahwa:

"Semua negara harus berupaya membuat sistem pelayanan kesehatan masyarakat (*Primary Healt Care*) yang memungkinkan kesehatan reproduksi dapat diakses oleh semua secepatnya, paling lambat tahun 2015."

Hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi perempuan wajib dirumuskan dan diatur, karena beberapa alasan sebagai berikut:

- (1) Wanita menghadapi masalah kesehatan khusus yang tidak dihadapi pria berkaitan dengan fungsi reproduksinya.
- (2) Kesehatan wanita secara langsung mempengaruhi kesehatan anak yang dikandung dan dilahirkan.
- (3) Kesehatan wanita sering dilupakan dan ia hanya sebagai objek dengan mengatasnamakan "pembangunan" seperti program KB serta pengendalian jumlah penduduk.
- (4) Masalah kesehatan reproduksi perempuan telah menjadi agenda internasional diantaranya Indonesia menyepakati hasil-hasil konferensi mengenai kesehatan reproduksi dan kependudukan (Beijing dan Kairo).

Tidak dapat dipungkiri bahwa berbagai upaya sistematis melalui program-program pemberdayaan perempuan pada derajat tertentu telah berhasil meningkatkan pengetahuan dan kesadaran para penentu kebijakan, pelaksana kebijakan serta masyarakat umumnya tentang kesetaraan, namun demikian banyak pihak menyadari bahwa kesetaraan dan keadilan gender di Indonesia belum dapat dicapai secara memadai karena masih terdapatnya ketimpangan pencapaian pembangunan antara laki-laki dan perempuan yang diindikasikan dalam Indeks Pembangunan Gender (IPG)

yaitu yang diukur dengan melihat kesenjangan gender antara perempuan dan laki-laki di bidang pendidikan, kesehatan dan ekonomi, dan Indonesia berada pada urutan ke-92 dunia yang tertinggal jauh dari beberapa negara ASEAN lainnya. Demikian pula halnya dengan Indeks Pemberdayaan Gender (IDG) yang mengukur partisipasi perempuan dalam kegiatan politik dan ekonomi termasuk dalam bidang pengambilan keputusan masih rendah dan menempatkan Indonesia dalam ranking 71 dunia.

Pengaturan Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Istilah reproduksi berasal dari kata “re” yang berarti kembali dan kata “produksi” yang berarti menghasilkan atau membuat, jadi istilah “reproduksi” mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidupnya, sedangkan yang disebut “organ reproduksi” adalah alat tubuh yang digunakan dan berfungsi untuk reproduksi manusia (2000:1).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat, baik secara fisik dan mental dan spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial ekonomi (Pasal 1 ayat 1), sedangkan kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan (Pasal 7 ayat [1]). Definisi kesehatan reproduksi seperti yang dikemukakan oleh WHO yang juga menjadi rujukan oleh ICPD Kairo 1992 yaitu *“keadaan sehat dan sejahtera secara fisik, mental dan sosial bukan karena ketiadaan penyakit dan kecacatan yang berkaitan dengan fungsi, sistem dan proses-prosesnya”*. (Rahman, 2006: 520)

Keputusan ICPD Kairo tahun 1994 memutuskan 10 program kesehatan reproduksi, berupa kesehatan primer yang harus diperhatikan oleh semua negara termasuk Indonesia, sebagai berikut:

- 1) Pelayanan sebelum, semasa kehamilan dan pasca kehamilan
- 2) Pelayanan kemandulan
- 3) Pelayanan KB yang optimal
- 4) Pelayanan dan penyuluhan HIV/AIDS
- 5) Pelayanan aborsi

- 6) Pelayanan dan pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi
- 7) Pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi remaja
- 8) Tanggung jawab keluarga
- 9) Peniadaan sunat dan mutilasi anak perempuan
- 10) Pelayanan kesehatan lansia.

Berkaitan dengan pengaturan kesehatan reproduksi di Indonesia, dapat ditemukan sejumlah payung hukum yang mengatur baik dalam bentuk peraturan perundang-undangan, instrumen internasional dan kebijakan nasional.

a. Peraturan Perundang-Undangan

- (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 H (1), Pasal 34 ayat (2), Pasal 34 ayat (3).
- (2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan Bagian Keenam, Kesehatan Reproduksi, Pasal 71, Pasal 72, Pasal 73, Pasal 74, Pasal 75, Pasal 76, Pasal 77. Bagian Ketujuh, Keluarga Berencana, Pasal 78.
- (3) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga
 - Prinsip, Pasal 3 Bab III Hak dan Kewajiban Penduduk, Pasal 5 huruf c dan huruf l.
 - Keluarga Berencana, Pasal 20, Pasal 21.
 - Penurunan Angka Kematian, Pasal 30, Pasal 31.
- (4) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 45, Pasal 49 Ayat (2), Pasal 49 Ayat (3). 5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan Pasal 82, Pasal 93.

b. Instrumen Internasional

- (1) Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development*), Kairo tahun 1994.
Hal penting dari ICPD Kairo tahun 1994 adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah

kependudukan menjadi pendekatan terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi laki-laki dan perempuan yang berbasis pada kesetaraan dan keadilan gender.

- (2) Deklarasi dan Landasan Aksi Beijing (Declaration and The Beijing Platform for Action) atau BPFA.
Hasil Konferensi Dunia IV tentang Perempuan, Beijing, tahun 1995. Bidang Kritis C, Perempuan dan Kesehatan Sasaran Strategis Butir 95 dan Butir 96.
- (3) Tujuan Pembangunan Millenium (Millennium Development Goals-MDG's) Tahun 2000 Tujuan 5 yaitu Meningkatkan Kesehatan Ibu Target Pencapaian Tahun 2015.

c. Kebijakan Nasional

- (1) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2004-2009 Bab 28 Peningkatan Akses Masyarakat Terhadap Kesehatan yang Berkualitas.
- (2) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014 Buku II Memperkuat Sinergi Antar Bidang Pembangunan. Bab I Kebijakan Pengarusutamaan dan Lintas Bidang.
- (3) Peraturan Presiden Nomor 40 tahun 2004 tentang Rencana Aksi Nasional Hak Asasi Manusia Tahun 2004-2009.
- (4) Peraturan Presiden Nomor 40 tahun 2004 tentang Rencana Aksi Nasional Hak Asasi Manusia Tahun 2011-2014.
- (5) Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat Tahun 2010 dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 574/Men.Kes/SK/IV/2000.
- (6) Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- (7) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131/MENKES/SK/II/2004 tahun 2004 tentang Sistem Ketahanan Nasional.
- (8) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/MENKES/SK/VII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat

2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Propinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat.

Isu Kesehatan Reproduksi dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 Tentang Pelayanan dan Pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) bisa diartikan segala akses informasi, pendidikan dan pengkomunikasian hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban reproduksi, sehingga menimbulkan penghormatan dan tidak lagi diabaikan. Sasaran dari KIE kesehatan reproduksi adalah semua orang yang dalam usia masa reproduksi, baik perempuan maupun laki-laki.

Dalam memenuhi standar tertinggi dalam pemenuhan kesehatan, tidak terlepas dari sejauh mana pemerintah memenuhi kewajiban dalam bidang kesehatan, sebagaimana yang tercantum dalam penjelasan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005, serta tolok ukur kualitas pemberian pelayanan dapat diukur dari indikator yang terdiri dari responsivitas, kesopanan, akses dan komunikasi. Undang-Undang No. 11 Tahun 2005 Tentang Pengesahan *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (Kovenan Internasional Tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya) mengatur mengenai hak atas kesehatan memang tidak diatur secara khusus dalam UU ini, namun tercantum secara jelas pada pasal 12 yang berbunyi:

“hak untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang tertinggi yang dapat dicapai”.

Hak atas kesehatan dijelaskan sebagai hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental.

Dalam penjelasan undang-undang tersebut dikatakan bahwa kewajiban negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan antara lain:

- 1) Kewajiban untuk memperbaiki semua aspek kesehatan lingkungan dan industri;
- 2) Kewajiban untuk melakukan pencegahan, pengobatan, dan pengendalian segala penyakit menular, endemic, penyakit lainnya yang berhubungan dengan pekerjaan;
- 3) Kewajiban untuk menciptakan kondisi yang menjamin semua pelayanan dan perhatian media dalam hal sakitnya seseorang.

Ketiga hal tersebut di atas merupakan hal yang akan menjadi indikator pelaksanaan pemenuhan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan oleh pemerintah. Melihat kenyataan tersebut di atas kebutuhan akan adanya sistem dan mekanisme pelaksanaan implementasi pemenuhan dirasakan sangat mendesak termasuk dalam proses pembentukan peraturan perundang-undangan, pengawasan keuangan negara, dan proses penegakan hukum, pembentukan hukum yang responsif gender (terkait kesehatan reproduksi) melalui proses perencanaan, penyusunan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dalam penegakan peran dan fungsi pada masing-masing lembaga.

Secara nasional telah dirumuskan berbagai kebijakan yang responsif gender, dan ditetapkan prioritas sasaran untuk peningkatan kualitas kehidupan dan peran perempuan serta kesejahteraan dan perlindungan anak. Secara rinci kebijakan pembangunan pemberdayaan perempuan termasuk terkait dengan kesehatan reproduksi diharapkan bertujuan untuk:

- 1) Peningkatan kesadaran gender dalam berbagai bidang pembangunan;
- 2) Peningkatan kualitas kesehatan, pendidikan dan profesionalisme perempuan;
- 3) Peningkatan kualitas dan kuantitas keterwakilan perempuan dalam pengambilan keputusan di pemerintahan, organisasi sosial dan politik;
- 4) Peningkatan kesejahteraan, intelektual, emosional, spiritual anak dalam kehidupan keluarga, bermasyarakat dan bernegara;
- 5) Perlindungan dari tindakan diskriminasi, kekerasan dan eksploitasi terhadap perempuan dan anak;
- 6) Peningkatan koordinasi dan kerja sama dengan lembaga lokal, nasional dan internasional.

Kebijakan nasional tersebut kemudian dijabarkan menjadi kebijakan regional dan lokal, menuju terwujudnya misi:

- 1) Peningkatan kualitas hidup perempuan;
- 2) Peningkatan sosialisasi KKG;
- 3) Penghapusan diskriminasi dan kekerasan terhadap perempuan dan anak;
- 4) Peningkatan HAM perempuan dan anak;
- 5) Peningkatan kesejahteraan dan perlindungan anak;

- 6) Peningkatan kemampuan dan kemandirian lembaga dan peduli terhadap anak

Menurut INPRES Nomor 9 Tahun 2000, kebijakan publik dikatakan berperspektif gender apabila:

- 1) Tujuan dan sasaran kebijakan/program/kegiatan telah dirumuskan/ditetapkan untuk mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender.
- 2) Mendasarkan pada analisis situasi berdasarkan data terpilah menurut jenis kelamin.
- 3) Menetapkan indikator-indikator gender pada setiap kebijakan/program/kegiatan pembangunan.
- 4) Menetapkan rencana aksi yang diajukan untuk mengurangi/menghilangkan kesenjangan gender.

Dalam implementasinya, secara langsung maupun tidak bahwa kesehatan reproduksi perempuan juga dipengaruhi oleh faktor budaya yang berlaku di masyarakat seperti patriarki, kesadaran pendidikan yang masih rendah, diskriminasi gender sehingga menjadi faktor penghambat dalam memperoleh akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi. Sebagai bukti komitmen dan upaya menyejahterakan rakyat khususnya masalah kesehatan (termasuk kesehatan reproduksi) ada beberapa regulasi yang bisa digunakan sebagai pedoman sekaligus upaya preventif dan represif pemenuhan hak-hak kesehatan perempuan.

Implementasi Jaminan Negara Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia: Kasus dan Upaya Penyelesaiannya

Beberapa masalah dalam implementasi jaminan kesehatan reproduksi bagi perempuan di Indonesia berkisar pada sejumlah hal baik berkaitan dengan substansi hukum sebagai pengatur dan berbagai upaya peningkatan kesehatan reproduksi perempuan.

a. Aborsi

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, belum dapat dilaksanakan secara optimal, karena belum ada peraturan pemerintah sebagai peraturan pelaksanaannya khususnya pelaksanaan pasal yang menyangkut diperbolehkannya pengguguran

kandungan belum dapat dioperasionalkan. Permasalahannya adalah, tidak ada ketegasan dengan apa yang dimaksud dengan keadaan darurat yang membolehkan pengguguran kandungan, dan kedua, secara medis belum ada standar tentang tindak aborsi atau pengguguran kandungan untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan/atau janinnya.

Di Indonesia, aborsi masih dianggap sebagai tindakan ilegal, kenyataan menunjukkan bahwa banyak kehamilan yang tidak diinginkan berakhir dengan aborsi yang tidak aman. Berbagai studi menunjukkan bahwa sebagian besar perempuan yang melakukan aborsi ilegal adalah ibu rumah tangga dengan kehamilan yang tidak diinginkan, miskin dan tidak mempunyai akses pada pelayanan kesehatan reproduksi. Tindakan seperti ini yang sebagian besar menimbulkan kematian, dapat dicegah apabila pemerintah dapat menyediakan sarana kontraseptif yang berkualitas, termasuk kondom, bagi seluruh masyarakat. Pada tanggal 13 Oktober 2009 diundangkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Ketentuan-ketentuan tentang aborsi terdapat pada Pasal 75, Pasal 76 dan Pasal 77.

Selanjutnya perlu segera diterbitkan peraturan pemerintah dan peraturan pelaksanaan lainnya, untuk dapat dijadikan pegangan dalam pelaksanaannya. Tidak hanya berkaitan dengan isu aborsi, hingga saat ini belum ada peraturan perundang-undangan atau kebijakan tentang pemberian gizi bagi perempuan hamil dan menyusui. Kebijakan pemerintah yang sudah ada adalah pemberian tablet besi TT (Toxoid Tetanus) bagi ibu hamil, sedangkan pemberian gizi hanya ditujukan untuk balita yang diupayakan oleh Posyandu.

b. HIV/AIDS

Upaya lain yang masih menyisakan pekerjaan rumah adalah belum ada upaya serius untuk mencegah terjadinya penyebaran HIV/AIDS, khususnya bagi perempuan. Data tentang jumlah kasus HIV dan AIDS seringkali tidak dipilah berdasarkan jenis kelamin, sehingga sukar untuk dapat dilakukannya analisis gender, sebab serta langkah-tindak penanggulangannya.

Laporan Singkat Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia 2009, oleh Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas),

khususnya untuk mencapai Tujuan 6 MDGs Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular lainnya. Target 7, Pengendalian Penyebaran HIV/AIDS, memberikan gambaran sebagai berikut:

Target 7: Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada tahun 2015, dan indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian Target 7 adalah jumlah kasus baru (new cases) dan jumlah kumulatif kasus AIDS (*Cumulative* orang ODH) di mana keadaan dan kecenderungan kasus HIV/AIDS di Indonesia terus meningkat cukup signifikan dari tahun ke tahun. Jumlah kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan juga meningkat cukup tajam, yaitu dari 2.682 kasus pada tahun 2004, menjadi 11.141 kasus pada tahun 2007.

Berdasarkan data yang ada pada Kementerian Kesehatan sampai 30 September 2010 secara kumulatif dari tahun 1987 terdapat 22.726 kasus AIDS di 32 provinsi dan 300 kabupaten/kota adalah 4.249 orang meninggal. Saat ini diperkirakan jumlah HIV di Indonesia sekitar 330.000, dan jika tidak ditangani dengan baik diprediksi pada tahun 2020 bisa mencapai 600.000.

Sekretaris Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, menyebut HIV/AIDS seperti fenomena gunung es, karena persoalan sosial, politik dan budaya. Butuh kerelaan semua pemangku kepentingan mengakui HIV/AIDS telah menjadi epidemi. Pendekatan moral saja tidak memadai. Data memperlihatkan perilaku berisiko justru dilakukan laki-laki beristri. Sebanyak 1,6 juta perempuan berisiko tinggi tertular HIV karena menikah dengan laki-laki berisiko tinggi, yaitu yang membeli seks dari perempuan, dan laki-laki serta memakai narkoba suntik. Sebaliknya, pekerja seks juga ada yang tertular pelanggan.

Situasi ini meningkatkan risiko anak terinfeksi dari ibu saat kehamilan dan persalinan. Jumlah yang terinfeksi di Jawa meningkat cepat pada pasangan heteroseksual, antara lain karena pembubaran lokalisasi pelacuran. Akibatnya, pekerja seks dan pelanggannya sulit dijangkau untuk penyampaian informasi, edukasi dan layanan kesehatan, padahal pelacuran terus berjalan. Lebih dari 80 persen yang terinfeksi HIV adalah kelompok usia kerja.

Data Kementerian Kesehatan memperlihatkan kecenderungan meningkatnya kasus baru AIDS pada pasangan heteroseksual (51,3 persen, hingga 30 September 2010), lebih tinggi 11 persen dari pemakaian narkoba

jarum suntik (penasun, 39,6 persen). Sementara pada laki-laki sebesar 3,1 persen, bayi yang terinfeksi dari ibunya 2,6 persen, dan transfusi darah 0,2 persen.

Perubahan itu perlu diwaspadai sebab penularan HIV sudah sampai kepada para istri yang tertular suami. Artinya, meningkatkan risiko transmisi virus dari ibu ke anak. Data Kementerian Kesehatan, hingga Desember 2009, dari 3.525 perempuan dengan kasus AIDS, 1.970 orang (56 persen) di antaranya ibu rumah tangga dan hanya 604 orang (17,1 persen) pekerja seks. Selebihnya anggota TNI/Polri (0,1 persen), tenaga profesional nonmedis (2 persen), PNS (2 persen), petani/peternak/nelayan (3,3 persen), wiraswasta (9,1 persen), serta pekerja nonformal dan buruh (10,4 persen).

Menjawab tantangan tersebut, KPA memakai pendekatan komprehensif. Ukurannya mengikuti Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) untuk penurunan penyebaran HIV/AIDS pada 2014. Itu artinya, meningkatkan pemakaian kondom perempuan dan laki-laki hingga 65 persen (sekarang 30 persen), meningkatkan jumlah remaja dan dewasa muda (usia 15-24 tahun) berpengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS menjadi 95 persen (kini 14,3 persen), dan memastikan semua yang terinfeksi mendapat terapi ARV (antiretroviral).

Mencegah penyebaran HIV/AIDS adalah melalui informasi, pendidikan, konseling dan layanan kesehatan. Membuka seluas-luasnya akses komunikasi, informasi, edukasi tentang pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS adalah jalan menuju harapan.

c. Penggunaan kontrasepsi

Isu penting lainnya berkaitan dengan penggunaan kontrasepsi. Undang-Undang Republik Indonesia No. 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, membuat ketentuan tentang pelayanan kontrasepsi, yaitu pada Ayat (3) yang mengatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggungjawabkan dari segi agama, norma budaya, etika, serta segi kesehatan.

Selain itu pasal 25 Ayat (1): Suami dan/atau istri mempunyai kedudukan, hak dan kewajiban yang sama dalam melaksanakan keluarga berencana dan Ayat (2): Dalam menentukan cara keluarga berencana

sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pemerintah wajib menyediakan bantuan pelayanan kontrasepsi bagi suami dan istri.

Hasil penelitian menunjukkan kontribusi laki-laki dalam menggunakan kontrasepsi masih sangat kecil, hal tersebut terlihat dalam data pemakai alat kontrasepsi. Kontrasepsi laki-laki hanya sebesar 2,5%. Jumlah ini sangat kecil dibandingkan dengan penggunaan kontrasepsi oleh perempuan sebesar 97,5% (SDKI, 2003).

d. *Program Making Pregnancy Safer (MPS)*

Program MPS ini dimaksudkan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), karena program ini ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, dan meningkatkan pelayanan bagi perempuan hamil dan melahirkan. Program ini dilaksanakan karena kenyataan menunjukkan cukup tingginya pelayanan kehamilan dan persalinan oleh tenaga yang tidak terlatih yang dilakukan oleh dukun, terutama di daerah pedesaan.

Data SDKI tahun 2003, memberikan gambaran bahwa jumlah pertolongan persalinan masih banyak dibantu oleh dukun, yaitu sebesar 32%, dan pertolongan oleh tenaga kesehatan 68%. Tingginya bantuan pertolongan persalinan oleh dukun yang tidak terlatih, merupakan salah satu sebab masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Sayang, bahwa program ini tidak dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan, sehingga tidak dapat diukur manfaat dari program ini bagi peningkatan kesehatan reproduksi perempuan.

e. *Perusakan alat kelamin perempuan (female genital mutilation-FGM)*

Seringkali terjadi kesalahpahaman di mana FGM sering dipersamakan dengan sunat perempuan. Dua istilah ini jauh berbeda, sehingga FGM tidak diterjemahkan dengan istilah sunat perempuan. FGM adalah istilah yang dipakai untuk mengacu pada pengangkatan sebagian atau seluruh organ genital perempuan.

Berdasarkan *WHO Information Fact Sheet No. 241 June 2000*, sering dipersamakan dengan sirkumsisi pada perempuan; merupakan semua prosedur termasuk pengangkatan sebagian atau seluruh bagian dari organ genital perempuan, baik untuk alasan budaya, agama, atau alasan

lainnya yang tidak berkaitan dengan penyembuhan. Berdasarkan *fact sheet no.23. Harmful Traditional Practices Affecting The Health of Women and Children* yang dikeluarkan oleh *Office of the High Commissioner for Human Rights*, FGM adalah istilah yang dipakai untuk mengacu pada tindakan pembedahan untuk mengangkat sebagian atau seluruh bagian organ genital perempuan yang paling sensitif.

Perusakan alat kelamin perempuan (FGM) masih banyak dilakukan terutama di Afrika. Kini banyak negara melarang dilakukannya FGM, dan FGM dianggap sebagai suatu tindak pidana. Perundang-undangan yang melarang dilakukannya FGM, antara lain di: Bangladesh, Sudan. Swedia, Inggris, Amerika Serikat, Mesir, Ghana, Selandia Baru, Norwegia, Senegal.

Berbagai penelitian memberikan gambaran bahwa sunat perempuan masih banyak dilakukan di Indonesia, biasanya dilakukan oleh dukun (pemberi pelayanan tradisional), bidan atau petugas kesehatan lainnya. Alat yang digunakan dapat berupa bambu yang ditajamkan, silet, pisau atau gunting. Penelitian juga memberikan gambaran adanya dua jenis sunat perempuan, yaitu:

- Pertama yang bersifat simbolis di mana tidak dilakukan sayatan atau pemotongan, dan
- Kedua yang tergolong bahaya yang meliputi tindakan penyayatan (49%) dan pemotongan (22%).

68% dari kasus yang dilaporkan dilakukan oleh pemberi pelayanan tradisional dan 32% dilakukan oleh bidan atau petugas kesehatan lainnya. Oleh karena itu Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, berdasarkan hasil lokakarya antara Departemen Kesehatan dengan para peneliti tentang sunat perempuan, tokoh agama Islam, akademisi, organisasi profesi dan penegak hukum pada tahun 2005 telah menerbitkan Surat Edaran bagi Petugas Kesehatan tentang Larangan Medikalisasi.

f. *Reproductive Health Commodity Security (RHCS)*

RHCS adalah istilah yang digunakan PBB untuk menjamin bahwa masyarakat mempunyai akses pada sarana kesehatan reproduksi, termasuk obat-obatan dan kontrasepsi. Tujuan RHCS ialah untuk meningkatkan kesehatan perempuan dan mencegah penularan penyakit seksual (*sexual transmitted diseases*) termasuk HIV/AIDS.

Hal ini dikembangkan dalam suatu lokakarya yang diselenggarakan oleh *United Nations Population Fund (UNFPA)* dan *Asian Forum for Parliamentarians in Population Development*, pada tanggal 11-13 Desember 2007 di Bangkok. Lokakarya dihadiri oleh pejabat pemerintah, anggota parlemen (termasuk anggota parlemen dari Indonesia), LSM/NGO dan jurnalis profesional.

Sekarang ini, masalahnya adalah bagaimana pemerintah bisa menyediakan sarana kontrasepsi yang berkualitas dan terjangkau, termasuk kondom, padahal dana untuk membiayai kesehatan reproduksi dan program-program yang relevan sudah berkurang sangat besar. Selama ini, negara-negara berkembang, termasuk Indonesia, mendapat bantuan dana dari lembaga/badan donor internasional atau lembaga/badan donor asing. Harus diupayakan lepasnya ketergantungan pada pendanaan asing, dengan menyediakan dana yang mencukupi untuk meningkatkan kesehatan reproduksi, dan menurunkan AKI yang masih cukup tinggi.

Upaya untuk mewujudkan ketimpangan gender di bidang kesehatan merupakan pekerjaan yang tidak mudah dan harus dilakukan secara terus menerus mengingat kompleksitas penyebab ketidaksetaraan serta implikasinya terhadap kehidupan masyarakat, bangsa dan negara, maka berkaitan dengan itu harus dilakukan upaya sistematis untuk mengatasinya, setidaknya melalui perubahan struktur budaya, isi kebijakan dan tata laksana kebijakan. Upaya untuk mencapai pemenuhan implementasi Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 Tentang Pelayanan dan Pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) terkait masalah reproduksi perlu dilakukan upaya secara kultural dan struktural. Upaya kultural dapat dilakukan dengan menjadikan setiap individu sensitif melalui rekonstruksi nilai dan norma sosial yang bias gender. Sedangkan secara struktural dapat dilakukan dengan pengarusutamaan prinsip-prinsip terkait pemenuhan hak kesehatan reproduksi di semua bidang melalui pembangunan hukum dan kebijakan baik di tingkat nasional maupun di daerah.



BAB 6

Pengaturan Hak Reproduksi Perempuan dalam Kebijakan Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) hingga saat ini merupakan salah satu kebijakan pemerintah Indonesia yang dipandang paling efektif untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk. Tidak dipungkiri pula bahwa melalui program Keluarga Berencana yang sudah berlangsung sejak era orde baru. Pandangan mengenai banyak anak banyak rezeki telah ditinggalkan oleh sebagian masyarakat. Banyak masyarakat semakin menyadari bahwa kebutuhan hidup saat ini semakin mahal, sehingga banyaknya anak akan menambah beban ekonomi tersendiri dalam kehidupan mereka. Sementara kondisi perekonomian saat ini cukup menyulitkan ditambah kebutuhan pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya sangat sulit untuk tercukupi.

Dinamika kebijakan program Keluarga Berencana sering menghasilkan fenomena dilematis dalam realisasi penegakan hak reproduksi sebagai hak dasar yang harus terpenuhi oleh masyarakat kita. Hal ini dapat dilihat dari munculnya ketimpangan dalam merealisasikan kewajiban pengendalian jumlah anak tersebut yang lebih dominan dibebankan pada pihak perempuan (istri). Hingga saat ini, belum ada keseimbangan antara jumlah akseptor KB pria dengan akseptor KB wanita.

Keterlibatan perempuan sebagai akseptor KB yang begitu dominan dalam kebanyakan data dari program KB tersebut sangat dipengaruhi oleh beberapa aspek. Salah satunya, karena alasan ekonomi. Sehingga, bisa diasumsikan bahwa ekonomi juga berperan dalam pengendalian penduduk. Alasan lain mengapa perempuan mau memasang alat kontrasepsi karena merasa jumlah anak yang diinginkan sudah cukup. Selanjutnya faktor

umur, perempuan memiliki batasan umur untuk memiliki anak agar kesehatan anak dan ibu terjamin.²⁹

Di sisi lain, kesediaan perempuan untuk menjadi akseptor KB karena pada dasarnya, karena segala konsekuensi yang terjadi sebagai pertambahan jumlah anak lebih banyak dibebankan pada pundak perempuan. Segala proses reproduksi dari kehamilan, persalinan, menyusui dan merawat anak lebih banyak melibatkan peran istri yang tentunya hal tersebut tidak mudah. Ditambah lagi pandangan masyarakat yang lebih memposisikan perempuan sebagai *contributor* terbesar dalam pendidikan anak tentunya semakin memperpanjang proses yang terjadi sebagai dampak bertambahnya jumlah anak.

Tidak dapat dielakkan pula bahwa umumnya mayoritas perempuan dengan sadar terjebak dalam pemikiran bahwa karena perempuan yang melahirkan anak, mengurus anak, yang memiliki rahim, maka ialah yang melakukan kontrasepsi. Pemikiran inilah yang mengokohkan persepsi perempuan itu sendiri untuk merelakan dirinya sebagai objek kontrasepsi. Pemahaman itu juga didukung dengan konstruksi sosial masyarakat yang beranggapan bahwa kontrasepsi sebagai tanggung jawab perempuan. Kebanyakan kaum pria pun menganggap bahwa kontrasepsi identik diperuntukkan untuk perempuan dan akibatnya keikutsertaan laki-laki dalam melakukan kontrasepsi rendah.

Rendahnya partisipasi laki-laki dalam menggunakan alat kontrasepsi dipengaruhi oleh pengetahuan dan kondisi sosial masyarakat yang menganggap partisipasi pria belum penting. Mayoritas laki-laki tidak memiliki pengetahuan luas tentang kontrasepsi karena sosialisasi keluarga berencana biasanya selalu difokuskan sasarannya pada perempuan. Pandangan itu pun dikukuhkan oleh masyarakat yang menganggap bahwa kontrasepsi adalah kewajiban dan tanggung jawab perempuan terkait dengan kodrat perempuan. Bahkan kalau perempuan sampai melahirkan anak banyak, sering yang dipersalahkan adalah perempuan tersebut, mengapa ia tidak memakai alat kontrasepsi. Sering pihak perempuan dipersalahkan ketika ia membiarkan dirinya untuk hamil lagi karena hal itu akan memperberat tugas nafkah bagi suami. Sebab lainnya adalah karena

²⁹ (<http://rifkaanisa.blogdetik.com/2013/02/07/kontrasepsi-kewajiban-perempuan-atau-laki-laki> unduh pada 20 oktober 2014)

kurangnya akses kepada kontrasepsi sehingga semakin menjauhkan pria dalam program KB.

Peran ini tentunya tidak luput dari pro dan kontra yang terdapat dalam diri perempuan tersebut sebagai pelaku kontrasepsi. Munculnya banyak dampak negatif yang dirasakan oleh pihak istri selama menjalani proses kontrasepsi tentunya menjadi permasalahan yang dilematis yang dihadapi oleh istri. Dari beberapa fenomena yang berkembang di masyarakat, tidak sedikit keluhan yang dirasakan oleh pihak istri sebagai dampak dari penggunaan alat kontrasepsi. Secara medis fenomena ini pun juga tidak diabaikan. Hal ini memang diakui oleh tenaga medis yang bersinggungan dengan masalah kontrasepsi. Efek samping yang terjadi, diakui oleh para ahli tidak bisa dicegah dan setiap perempuan memiliki pengalaman yang berbeda, yang dikaitkan dengan hormon dalam tubuh masing-masing. Namun ironisnya, banyak perempuan yang membiarkan dirinya berada dalam kondisi tidak nyaman tersebut sebagai suatu pilihan. Kondisi tersebut diperparah oleh tidak adanya sosialisasi dari pihak pemerintah terkait tindak lanjut dari program KB maupun tidak adanya komunikasi yang efektif antara pasangan terkait dinamika pelaksanaan kontrasepsi sehingga dampak buruk dari pemakaian alat kontrasepsi tersebut berlarut-larut mengiringi perempuan bahkan hampir dari sebagian perjalanan hidupnya.

Kebijakan program Keluarga Berencana tetap akan berjalan secara dilematis sepanjang tidak ada kesinambungan dalam sosialisasi terkait dampak positif dan negatifnya oleh pemerintah terhadap pasangan baik pada pihak istri maupun suami. Maka dibutuhkan suatu pemahaman dan penyadaran oleh masing-masing pihak baik pemerintah maupun *stakeholder* yang menjadi sasaran dari program Keluarga Berencana. Maka dalam tulisan ini akan dibahas tentang hak reproduksi perempuan serta bagaimana dilema yang terjadi pada mereka sebagai akseptor KB dalam pelaksanaan program Keluarga Berencana, serta kontribusi apa yang dapat diberikan dari pemahaman tentang dinamika KB dalam penegakan hak reproduksi perempuan sebagai bagian dari hak dasar yang harus terpenuhi.

Hak Reproduksi Perempuan

Persoalan reproduksi merupakan persoalan yang masih dikaji secara serius baik terkait eksistensi pemenuhan hak-haknya maupun dinamika kesehatan yang terdapat di dalamnya. Berbagai negara tidak henti-hentinya melakukan forum diskusi baik yang bersifat nasional maupun internasional. Pada Konferensi Kependudukan (International Conference on Population and Development/ICPD di Kairo tahun 1994 juga telah disepakati rencana tindakan yang merupakan *outcome* dari proses perjuangan panjang sejak konferensi Internasional PBB tentang Hak Asasi Manusia di Teheran tahun 1968, Konferensi Perempuan di Meksiko tahun 1975 dan Konferensi Nairobi tahun 1985. Salah satu pasalnya, dalam Pasal 7 yang secara khusus berkenaan dengan hak dan kesehatan reproduksi. Hak dan kesehatan reproduksi ini meliputi hak integritas fisik, hak pemilihan jodoh hak dalam hubungan seksual, hak menentukan kelahiran, hak atas kehamilan dan kelahiran yang aman, hak atas pelayanan reproduksi yang memadai dan lainnya.³⁰

Di Indonesia sendiri adanya isu tentang kesehatan reproduksi masih menjadi agenda yang menyita banyak perhatian dan merupakan isu yang paling *sensitive* terutama jika dikaitkan dengan agama di mana masyarakat Indonesia merupakan masyarakat yang religius. Masalah kesehatan reproduksi boleh dikatakan masih relatif baru bagi masyarakat Indonesia. Faktor pemicunya salah satunya adalah disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan buruknya sistem penyampaian informasi tentang hak dan kesehatan reproduksi. Selain itu, masyarakat Indonesia masih banyak yang memiliki pola pikir negatif tentang perempuan dan pandangan yang diskriminatif terhadap perempuan terutama berkaitan dengan kontrol kehidupan seksual dan reproduksi mereka yang dilegitimasi oleh agama.³¹

Pada dasarnya secara yuridis keberadaan Hak-hak Reproduksi Perempuan telah dijamin dalam perjanjian Internasional seperti termasuk dalam CEDAW, Hasil konferensi ICPD ke-4 di Kairo dan konferensi ke-4 tentang perempuan di Beijing. Dua belas hak tersebut antara lain:

- a. 18 Hak untuk mendapat informasi dan pendidikan. Hak informasi dan pendidikan yang terkait dengan masalah kesehatan reproduksi

³⁰ Ihsanudin, F. L., Saerozi, S., *Perspektif Santri Tentang Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Lembaga Penelitian STIQ An-Nur, 2009, hlm. 2

³¹ Sciortino, *Menuju Kesehatan Madani*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1999, hlm. 255

termasuk jaminan kesehatan dan kesejahteraan seorang maupun keluarga.

- b. Hak untuk kebebasan berpikir termasuk kebebasan dari penafsiran ajaran agama yang sempit, kepercayaan, filosofi dan tradisi yang akan membatasi kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi.
- c. Hak atas kebebasan dan keamanan. setiap individu dipercaya untuk menikmati dan mengatur kehidupan reproduksinya dan tidak seorang pun dapat dipaksa untuk hamil atau menjalani sterilisasi serta aborsi.
- d. Hak untuk hidup setiap perempuan mempunyai hak untuk dibebaskan dari risiko kematian karena kehamilan.
- e. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan termasuk hak atas informasi, keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan, harga diri, kenyamanan, kesinambungan pelayanan dan hak berpendapat
- f. Hak untuk memutuskan kapan dan akan mempunyai anak.
- g. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk hak anak-anak agar dilindungi dari eksploitasi dan penganiayaan seksual serta hak setiap orang untuk dilindungi dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan dan pelecehan seksual
- h. Hak memilih bentuk keluarga dan hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
- i. Hak atas kerahasiaan pribadi pelayanan reproduksi dilakukan dengan menghormati kerahasiaan dan bagi perempuan diberi hak untuk menentukan pilihan sendiri reproduksinya.
- j. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi. Termasuk kehidupan berkeluarga dan reproduksinya.
- k. Hak mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan. Termasuk pengakuan hak bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi dengan teknologi mutakhir yang aman dan dapat diterima.³²

Berdasarkan item-item yang terdapat dalam kesepakatan tentang hak reproduksi perempuan tersebut, maka pada dasarnya perjuangan dalam

³² [http://www.sribd.com/12 hak reproduksi perempuan](http://www.sribd.com/12%20hak%20reproduksi%20perempuan)

pemenuhan hak dasar bagi perempuan tersebut sudah memiliki kekuatan yuridis secara universal. Berbicara tentang hak reproduksi perempuan juga termasuk di dalamnya adalah hak yang menyangkut kesehatan reproduksi perempuan tersebut. Diskusi tentang hak kesehatan dan kewenangan reproduksi perempuan lebih banyak disebabkan karena banyaknya kontroversi tentang otoritas perempuan dalam mengontrol tubuh, seksualitas dan alat serta fungsi reproduksinya. Kewenangan dan hak perempuan untuk mengontrol tubuhnya sendiri banyak dikhawatirkan menyalahi tata aturan cultural, moral dan agama.³³

Ruang lingkup dari hak reproduksi perempuan sangatlah luas yang terkait dengan segala yang menempel pada organ reproduksinya. Pemenuhan terhadap hak reproduksi bagi perempuan adalah rangkaian upaya untuk melepaskan perempuan dari segala bentuk ketakutan, perasaan tertekan dan terbebas dari tindakan kekerasan dan kesempatan untuk menggunakan hak seluas-luasnya untuk menikmati fungsi dan organ reproduksinya secara sehat baik secara fisiologis maupun psikologis.

Ruang lingkup yang terdapat di dalamnya diantaranya bagaimana perempuan dapat merasakan kenikmatan seksual sebagai hak akan keberadaan fungsi organnya. Di dalam hak tersebut berupaya bagaimana menghapus paradigma yang berkembang di masyarakat bahwa persenggamaan hanya sekadar sarana perkembangbiakan bagi manusia. Juga meluruskan pemahaman bahwa perempuan memiliki kewajiban mutlak untuk memenuhi kebutuhan atau hasrat seksual laki-laki sebagai bagian dari kewajibannya sebagai istri. Ketimpangan inilah yang memposisikan seolah perempuan hanya sekadar objek pemuas hasrat biologis laki-laki.

Selain hak terhadap kepuasan kegiatan seksual, hak untuk menentukan jumlah anak merupakan bagian dari perjuangan hak reproduksi. Banyak pandangan masyarakat bahwa perempuan adalah berkewajiban untuk melakukan tugas reproduksi seperti hamil, melahirkan dan menyusui. Pandangan tentang mutlaknya kewajiban bereproduksi tersebut menjadi fenomena yang diskriminatif bagi perempuan di mana ia tidak punya kesempatan untuk melakukan tawar menawar atas posisinya sebagai pengemban fungsi reproduksi. Sebagai konsekuensi dari

³³ Nurhayati, E., *Psikologi Perempuan Dalam Berbagai Perspektif*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2012, hlm. 131

kewajibannya untuk melayani kebutuhan seksual suami, maka kehamilan sulit dihindari. Bila kehamilan telah terjadi, maka kewajiban lain telah menanti di depannya yakni bagaimana ia harus melahirkan dengan normal, menyusui, dan menjalani semuanya di samping tugas-tugas selain reproduksi yang di bebankan di pundaknya, seperti mengurus anak, mengurus rumah, bahkan juga mencari nafkah bagi sebagian perempuan dengan perannya di wilayah publik.

Sebagai konsekuensi dari tugas reproduksinya, perempuan menjadi permisif ketika harus menjadi target dari kebijakan untuk melakukan pengendalian fungsi reproduksinya. Perempuan menjadi objek yang empuk bagi kebijakan program KB dengan metode kontrasepsi yang disertai dengan beragam konsekuensi yang muncul menyertainya. Maka bila dilihat dari realita yang ada saat ini, masih jauh panggang dari api apabila berpijak dari kesepakatan tentang item-item yang terdapat dalam pengembangan makna hak reproduksi yang berkeadilan gender sebagaimana yang terdapat dalam hasil konferensi ICPD.

Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana Nasional merupakan program yang pada awalnya bertujuan untuk menurunkan angka kelahiran dan mengendalikan laju pertumbuhan penduduk. Melalui program KB Nasional tersebut pemerintah mampu menurunkan angka pertumbuhan penduduk di Indonesia. Keberhasilan tersebut ditunjukkan dengan menurunnya tingkat kelahiran atau *Total Fertility Rate* (TFR) yang cukup berarti yaitu turun dari 5,6 anak per Pasangan Usia Subur (PUS) pada tahun 1971 menjadi 2,6 anak per PUS pada SDKI tahun 2007. Penurunan TFR tersebut antara lain disebabkan oleh meningkatnya angka penggunaan kontrasepsi atau *Contraceptive Prevalensi Rate* (CPR).³⁴

Ada beragam definisi tentang keluarga berencana yang pada intinya merupakan suatu usaha untuk menjaga keseimbangan jumlah penduduk dengan kebutuhan hidup mereka agar kehidupan keluarga tetap berjalan secara sehat baik psikis maupun fisik. Menurut WHO (World Health Organisation) (dalam Hartanto, 2004: 26-27), definisi Keluarga berencana adalah tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk:

³⁴ <http://etd.ugm.ac.id/index.php>

- (a) Mendapatkan objek-objek tertentu
- (b) Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan
- (c) Mendapatkan kelahiran yang diinginkan
- (d) Mengatur interval di antara kehamilan
- (e) Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri
- (f) Menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Secara garis besar definisi ini mencakup beberapa komponen dalam pelayanan KB yang dapat diberikan sebagai berikut:

- (1) pertama: komunikasi, informasi dan edukasi (KIE). Tiga elemen tersebut hendaknya harus dipenuhi dalam merealisasikan suatu program KB. Tujuan yang diharapkan melalui keterlibatan komponen ini adalah agar objek KB memiliki pengetahuan dalam menentukan sikap mereka terhadap praktik KB serta dapat memperoleh peningkatan jumlah dari akseptor KB yang baru. Komponen ini dapat terealisasikan melalui pemanfaatan media radio, televisi, mobil unit penerangan dan media cetak yang dipublikasikan.
- (2) *Kedua: konseling*, merupakan tindak lanjut dari KIE bagi seseorang yang telah termotivasi lewat KIE. Dalam konseling diupayakan adanya percakapan dua arah untuk membahas dengan calon peserta mengenai berbagai pilihan kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi pelaku kontrasepsi serta berbagai konsekuensi yang dimungkinkan muncul dari pilihan kontrasepsi tersebut.
- (3) *Ketiga: pelayanan kontrasepsi*, yang bertujuan memberikan dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan KB yaitu dihayatinya NKKBS serta tercapainya penurunan angka kelahiran yang bermakna. Pada komponen ini direalisasikan tiga fase sebagai upaya pencapaian sasaran yang meliputi; fase menunda perkawinan/kesuburan, fase menjarangkan kehamilan, fase menghentikan/mengakhiri kehamilan/kesuburan. Tujuan yang ingin dicapai dari ketiga fase tersebut adalah untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat persalinan di usia terlalu muda, atau karena jarak kehamilan yang terlalu dekat dan persalinan di usia tua.
- (4) *Keempat: pelayanan infertilitas*, dilanjutkan oleh pendidikan seks, konsultasi pra-perkawinan dan konsultasi perkawinan, konsultasi

genetik, test keganasan, dan adopsi. Dari definisi KB beserta komponen-komponen yang mesti terlibat di dalamnya, maka apabila realisasi program KB dapat diterapkan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dengan seimbang terkait dengan konsekuensi-konsekuensi yang dimungkinkan muncul dalam dinamika pelaksanaan program Keluarga Berencana tersebut.³⁵

Pemerintah Indonesia, telah menggalakkan kembali Program Kependudukan dan KB untuk pertumbuhan penduduk yang seimbang, meningkatkan usia harapan hidup, meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup dari setiap penduduk, khususnya perempuan dan remaja. Namun demikian, perubahan sistem pemerintahan di Indonesia dan konstelasi sosial-ekonomi di periode Tahun 2000-2010 telah mempengaruhi efektifitas Program Kependudukan dan KB. Dampaknya, terlihat pada *Total Fertility Rate* (TFR) di mana jumlah anak perempuan usia subur yang stagnan di 2.6 anak per perempuan seperti yang tercatat di Survey Kependudukan dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 dan 2012. Unmet Need untuk kontrasepsi meningkat menjadi 11 persen di 2012 dari 9 persen di Tahun 2007.³⁶

Melalui program Keluarga Berencana angka kesuburan total/total fertility rate di Indonesia mampu turun dari 5,6% pada tahun 1970 menjadi 2,6% ditahun 2003 (BPS, BKKBN, DEPKES 2003). Meskipun terlihat penurunan tajam namun berbagai aspek dari kebutuhan kesehatan reproduksi perempuan belum terpenuhi. Dukungan dan ketersediaan konseling dan pelayanan KB yang memadai masih sangat dibutuhkan.

Metode Kontrasepsi dan Dampaknya Bagi Perempuan

Bila dicermati dari pernyataan diatas, tampak perempuan memiliki peran yang dominan dalam realisasi dari kebijakan Keluarga Berencana. Eksistensi perempuan yang sangat kuat dalam pelaksanaan program ini ditunjukkan dari sasaran semua kegiatan dalam program Keluarga Berencana lebih banyak difokuskan pada perempuan atau istri. Pada 1997, dua pertiga (66,67%) perempuan menikah di Indonesia menggunakan kontrasepsi modern, 28,2 % menggunakan pil dan 35,6% menggunakan

³⁵ Hartanto, *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 2004, hlm. 32-33

³⁶ <http://bali.bkkbn.go.id/Lists/Berita/DispForm>).

suntik. Metode lainnya adalah IUD sebanyak 14,8%, implan sebanyak 11% dan sterilisasi atau MOW 5,5%, dan bagi pria, vasectomy atau MOP 0,7% dan kondom sebesar 1,3%.³⁷

Dari data tersebut tampak nyata bahwa perempuan memiliki andil dari kebijakan Keluarga berencana, dan;; dapat dilihat dari mayoritas alat kontrasepsi ditujukan pada perempuan sebagai pengguna. Padahal, dalam mekanisme kerja dari alat kontrasepsi tersebut banyak menimbulkan masalah atau keluhan-keluhan yang diderita perempuan. Berikut berbagai macam bentuk alat kontrasepsi pada perempuan dan dampak yang ditimbulkan dari penggunaannya:

(a) Kontrasepsi Oral; Pil Oral Kombinasi (POK)

Metode ini merupakan metode KB hormonal di mana dasar dari kerja pil oral ini adalah menekan hormone ovarium (estrogen dan progesterone) selama siklus haid yang normal. Juga mencegah terjadinya ovulasi. Adapun efek samping dari penggunaan pil oral ini adalah:

- Disebabkan oleh estrogen yang berlebihan maka akan berdampak: muntah, sakit kepala/pusing, payudara membesar dan nyeri, retensi cairan tubuh, berat badan bertambah.
 - Disebabkan Progesterin yang berlebihan maka akan berdampak: nafsu makan bertambah, obesitas, rasa lelah, dan depresi
- Penggunaan pil oral kombinasi ini, risiko yang sering dihadapi oleh penggunaannya adalah:
- Sakit abdomen yang hebat dengan kemungkinan: penyakit kandung empedu, Adenoma hepar, bekuan darah, pancreatitis.
 - Sakit dada yang hebat, nafas pendek atau hemeptoe, dengan kemungkinan: bekuan darah di dalam paru-paru, Miokard infark,
 - Sakit kepala hebat dengan kemungkinan: stroke, hipertensi, migrane
 - Gangguan penglihatan dengan kemungkinan: stroke, hipertensi, masalah Vaskuler
 - Sakit tungkai bawah atau betis yang hebat dengan kemungkinan: adanya bekuan darah di tungkai bawah.

³⁷ Widyastuti, dkk., *Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Fitramaya, 2011, hlm. 160

(b) Kontrasepsi Suntikan

Mekanisme metode kontrasepsi ini adalah mencegah ovulasi (primer) dan selain itu berakibat pada pengentalan lendir serviks dan jumlahnya lebih berkurang sehingga merupakan barrier terhadap spermatozoa. Selain itu, dalam mekanismenya juga membuat endometrium menjadi kurang layak untuk implanasi dari ovum yang telah dibuahi. Namun efek samping dari penggunaan alat kontrasepsi ini juga tidak dapat dihindari yang diantaranya adalah:

- Gangguan haid, ini yang paling sering terjadi dan yang paling mengganggu.
- Berat badan yang bertambah
- Sakit kepala
- Akan ada peningkatan jumlah insulin dan penurunan HDL-kolesterol

(c) Kontrasepsi dengan IUD (*Intra Uterine Devices*)

Mekanisme dari alat kontrasepsi ini adalah dengan mendorong timbulnya reaksi radang local yang non spesifik di dalam uteri sehingga implanasi sel telur yang telah dibuahi terganggu. Akan tetapi, efek samping yang tidak dapat dihindari adalah:

- (1) Rasa sakit dan pendarahan
- (2) Embedding dan displacement, di mana IUD tertanam terlalu dalam di endometrium atau myometrium sehingga berbahaya dan harus dikeluarkan
- (3) Infeksi, yang dapat dipicu oleh bertambahnya volume dan darah haid yang disebabkan oleh pemasangan IUD, juga dapat dipicu oleh naiknya kuman-kuman melalui benang ekor IUD, terjadinya kehamilan ektopik.

(d) Kontrasepsi Mantap Wanita (*Medis Operatif Wanita*= MOW)

Mekanisme kerja dari metode kontrasepsi ini adalah untuk mengoklusi tuba falopi dengan mengikat atau memotong atau memasang cincin setelah dilakukan pembedahan sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Efek samping yang muncul dari metode kontrasepsi ini adalah: bahwa dari beberapa penelitian member kesan bahwa kurang lebih 15% menimbulkan gejala seperti pendarahan haid, rasa sakit abdomen atau

pelvis, keluhan ginekologis, sampai pada kenaikan berat badan bahkan penyakit jinak payudara. Peneliti tersebut menyebutnya sebagai Post tubal-ligation syndrome.³⁸

Hipotesisnya menyebutkan bahwa kontap pada wanita secara teoritis dapat menyebabkan efek samping jangka panjang yaitu kerusakan pada tuba fallopi yang berdampak terganggunya suplai darah menuju ke ovarium yang dampaknya terjadi pada perubahan produksi hormone yang selanjutnya menimbulkan efek samping jangka panjang yang berupa: perubahan pola hormonal, pola haid, problem ginekologis, problem psikologis.

(e) Implan

Pemasangannya dilakukan pada bagian dalam lengan dengan menyobek kulit lengan bawah untuk menanam implan sepanjang 6-8 cm yang disebut dengan insersi implan. Seperti alat kontrasepsi lain, alat kontrasepsi ini hanya berisi progestin saja, sehingga mampu mencegah kehamilan melalui pencegahan ovulasi, menurunkan jumlah lendir yang ada di serviks dan mengentalkannya sehingga menghambat pergerakan sperma, dan menghambat siklus endometrium. Namun efek samping yang selalu muncul adalah perubahan pola haid yang terjadi hampir pada 60% akseptor dalam tahun pertama setelah insersi. Efek lain yang paling sering terjadi adalah bertambah panjangnya hari hari pendarahan, adanya bercak (spoting), Selain itu akan juga muncul perubahan-perubahan minor seperti fungsi hepar, metabolisme karbohidrat, pembekuan darah, tekanan darah, berat badan, immunoglobulin, dan sebagainya.

Keadilan dan Profesionalisme sebagai Solusi Penegakan Hak Reproduksi Perempuan dalam Kebijakan KB

Pada masa pemerintahan Soeharto, KB yang dilarang pada masa Soekarno justru dijadikan Program nasional besar. Selama dua dasawarsa penerapan KB di Indonesia, tingkat fertilitas turun total dari 5,5 menjadi 3 kelahiran per perempuan, sementara tingkat kelahiran kasar turun dari 43 menjadi 28 kelahiran per 1000. Hal ini dicatat sebagai keberhasilan

³⁸ Hartanto, *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 2004, hlm. 288

Indonesia dalam menangani masalah kependudukan, bahkan Indonesia dijadikan model teladan negara berkembang.

Angka-angka demografi di atas sejalan dengan kebijakan penduduk yang berorientasi target. Akan tetapi terdapat beberapa permasalahan yang tidak terwakili dalam angka-angka tersebut adalah kebutuhan akan pemenuhan hak reproduksi perempuan yang sering terabaikan. Hal ini dapat kita lihat dari penjelasan sebelumnya bahwa peserta (akseptor) KB lebih dominan ada pada pihak perempuan sehingga perempuan merupakan target utama dari pelaksanaan program ini. Lebih dalam lagi permasalahan yang sering terabaikan diantaranya:

- (a) Pengabaian hubungan gender di mana dengan program KB sering diasumsikan bahwa hal ini menjadi tindakan preventif yang harus dilakukan para perempuan dalam dinamika pelaksanaan kewajiban mereka terhadap pemenuhan hasrat seksual laki-laki yang selalu aktif dan wajib untuk dipenuhi oleh si istri sehingga perempuan atau istri memiliki peluang yang besar untuk hamil sebagai konsekuensi dari kegiatan seksualnya.
- (b) Praktiknya, perempuan sering memiliki keterbatasan dalam keikutsertaan mereka dalam memilih alat kontrasepsi sehingga dapat kita lihat dari penjelasan diatas, bagaimana alat kontrasepsi hormonal (suntik dan pil) lebih mendominasi yang kemudian disusul oleh IUD dan implan dibanding kondom dan vasektomi sebagai alat kontrasepsi laki-laki. Hal ini banyak disebabkan oleh lemahnya informasi yang diberikan pada laki-laki terkait kewajiban mereka juga dalam ikut menjalankan pengendalian jumlah penduduk melalui penggunaan alat kontrasepsi, sekaligus pengetahuan bagi laki-laki atau suami terkait dampak penggunaan alat kontrasepsi yang dimungkinkan menimpa para istri mereka. Keterbatasan informasi juga dirasakan para perempuan dalam hak mereka untuk mengakses informasi tentang beragam bentuk dan dampak dari alat kontrasepsi. Padahal cara seperti ini merupakan intervensi panjang terhadap alat reproduksi perempuan (selama beberapa tahun atau bulan) sedangkan perempuan berpeluang untuk hamil hanya selama beberapa jam dalam setiap siklus haid. Ditambah lagi bila kita mencermati serangkaian dampak dari alat kontrasepsi tersebut menunjukkan beberapa risiko kesehatan seperti tekanan darah

tinggi, terganggunya siklus haid (haid yang tidak teratur), pendarahan, sakit kepala, yang kesemuanya tidak banyak dibicarakan di Indonesia dan beberapa negara berkembang lainnya. Bila kita bandingkan dengan keadaan di negara Barat, mereka secara berimbang memberikan informasi juga terkait alat kontrasepsi lain seperti cara kontrasepsi berjangka-pendek (misalnya pantang sanggama, kondom). Maka ada keseimbangan yang diupayakan dalam menyajikan informasi terkait penggunaan alat kontrasepsi sehingga bukan hanya perempuan saja sebagai objek utama dalam pelaksanaan program ini.

- (c) Makin mahalnya harga alat kontrasepsi. Kondisi perekonomian di Indonesia khususnya, yang tidak pernah stabil sejak tahun 1997 sebagai tahun krisis ekonomi mengakibatkan harga alat kontrasepsi terus bertambah mahal dari tahun ke tahun. Daya beli masyarakat terhadap alat kontrasepsi yang berisiko rendah sering tidak terpenuhi. Maka pilihan alat kontrasepsi hormonal (suntik dan pil) menjadi dominan dibanding alat kontrasepsi lainnya. Bahkan banyak para ibu-ibu lebih memilih menggunakan alat kontrasepsi yang tidak nyaman bagi mereka asal harganya terjangkau. Di sisi lain dalam beberapa alat kontrasepsi juga memiliki risiko kegagalan sehingga banyak ibu yang telanjur hamil bekat melakukan aborsi seperti minum jamu, pijat, bahkan mengkonsumsi obat-obatan yang mampu menggugurkan kandungan dengan segala risiko yang tinggi.
- (d) Pelaksanaan program KB masih lebih mengutamakan pendekatan target. Akibatnya banyak pelayanan KB yang memiliki kinerja yang sembrono, memberikan informasi yang tidak memadai bahkan cenderung asal-asalan khususnya terkait dampak atau efek samping dari masing-masing alat kontrasepsi yang pada dasarnya menjadi hak mutlak para perempuan sebagai akseptor sehingga mereka bisa memilih mana yang paling cocok dengan kondisi tubuhnya.

Membicarakan tentang keadilan tentunya tidak lepas dari bagaimana kita menerjemahkan keseimbangan antara hak dan kewajiban. Demikian juga dalam konteks kegiatan perencanaan keluarga dalam program Keluarga Berencana ini. Diakui atau tidak pada dasarnya keberadaan program ini memberikan indikasi bahwa pemerintah memiliki intervensi dalam mengatur jumlah anak yang dimiliki oleh setiap pasangan suami

istri sebagai bentuk kewenangan negara dalam mengendalikan laju pertumbuhan penduduknya agar seimbang antara SDM dan SDA nya sehingga kesejahteraan masyarakat dapat terpenuhi. Sebagai warga negara yang baik tentunya harus memiliki andil dalam menjalani kehidupannya sesuai dengan aturan yang diberikan oleh pemerintahnya sehingga keikutsertaan mereka dalam penyelenggaraan program ini dapat dimaknai sebagai kewajiban tiap masyarakat dalam mendukung pembangunan. Namun menjadi hak warga negara juga untuk memperoleh hak-hak mereka dalam melaksanakan kewajiban tersebut.

Demikian juga dalam pelaksanaan kewajiban dalam program ini, ada beberapa hak yang harus dipenuhi (dan sering terabaikan) bagi para perempuan sebagai akseptor KB yang sebenarnya merupakan penjabaran dari hak kesehatan reproduksi yang telah di sepakati dalam konferensi Internasional PBB tentang Hak Asasi Manusia di Teheran tahun 1968, Konferensi Perempuan di Meksiko tahun 1975 dan Konferensi Nairobi tahun 1985. Salah satu pasalnya, dalam pasal 7 yang secara khusus berkenaan dengan hak dan kesehatan reproduksi. Hak dan kesehatan reproduksi ini meliputi hak integritas fisik, hak dalam hubungan seksual, hak menentukan kelahiran, hak atas kehamilan dan kelahiran yang aman, hak atas pelayanan reproduksi yang memadai dan lainnya. Maka lebih spesifik hak yang harus ditegakkan dalam pelaksanaan program Keluarga Berencana ini sebagai hak reproduksi perempuan oleh Lusa Rachmawati³⁹ dapat diidentifikasi sebagai hak pasien sebagai calon maupun akseptor KB dengan rincian sebagai berikut:

- (1) Terjaga harga diri dan martabatnya.
- (2) Dilayani secara pribadi (privasi) dan terpeliharanya kerahasiaan.
- (3) Memperoleh informasi tentang kondisi dan tindakan yang akan dilaksanakan.
- (4) Mendapat kenyamanan dan pelayanan terbaik.
- (5) Menerima atau menolak pelayanan atau tindakan yang akan dilakukan.
- (6) Kebebasan dalam memilih metode yang akan digunakan.

Selain hak-hak diatas, dalam upaya penyetaraan akan hak perempuan terhadap reproduksinya, maka harus ada upaya untuk

³⁹ <http://www.kebidanan.org/kie-dalam-pelayanan-kb>

melakukan pembenahan terhadap elemen pendukung lain dari kehidupan perempuan secara keseluruhan yang meliputi:

- (1) Peningkatan kondisi kesehatan perempuan dan peningkatan kesempatan kerja. Hal ini dilakukan dalam upaya untuk meningkatkan usia kawin dan melahirkan, sehingga risiko selama kehamilan akan berkurang.
- (2) Pendekatan target pada program KB harus disertai dengan adanya tenaga dan peralatan medis yang cukup. Hal ini untuk menekan segala risiko yang muncul dari kecerobohan petugas medis terkait pelayanan mereka terhadap kesehatan reproduksi masyarakat khususnya dalam urusan reproduksinya.
- (3) Peningkatan partisipasi laki-laki dalam menurunkan angka kelahiran melalui keikutsertaan mereka untuk menjadi akseptor KB dengan memanfaatkan alat kontrasepsi bagi pria sehingga tidak hanya perempuan yang dituntut untuk mencegah kehamilan, tetapi juga pria, maka sosialisasi yang berimbang antara laki-laki dan perempuan terkait informasi alat kontrasepsi hendaknya dilakukan secara optimal oleh semua unsur yang bergerak di bidang pelayanan program ini.
- (4) Penyadaran akan kesetaraan dalam menentukan hubungan seksual dengan laki-laki. Penyadaran bahwa perempuan berhak menolak berhubungan seksual dengan laki-laki, meskipun laki-laki tersebut suaminya sendiri, bila hal itu membahayakan kesehatan reproduksinya (misalnya laki-laki tersebut mengidap HIV/AIDS).
- (5) Pencabutan sanksi pemberhentian sekolah terhadap remaja perempuan yang hamil di luar nikah. Remaja tersebut cukup dikenakan wajib cuti selama kehamilannya. Dengan memberikan hak bagi perempuan untuk menyelesaikan pendidikannya setelah masa kehamilannya berlalu, akan menekan kebodohan yang ada dikalangan perempuan. Banyak sekali perempuan yang tidak memahami segala informasi tentang kesehatan dan kontrasepsi karena kebodohan yang diakibatkan oleh rendahnya pendidikan mereka. Perlunya para perempuan untuk memperoleh pendidikan yang tinggi karena dengannya melalui pendidikan akan tercapai peningkatan taraf hidup bagi mereka, serta mampu membuat keputusan yang berhubungan dengan kesehatan mereka. Semakin

tinggi tingkat pendidikan mereka maka semakin mampu mereka untuk mandiri dan lebih mudah menerima hal-hal yang baru serta mudah pula melakukan adaptasi dengan masalah-masalah yang baru secara lebih baik. Dengan tingkat pendidikan yang tinggi mereka akan semakin memiliki pengalaman dan wawasan yang luas. Mampu mengambil keputusan dengan baik, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan. Pendidikan dapat meningkatkan status social dan kedudukan perempuan di masyarakat. Namun, menurut profil klasifikasi perempuan di berbagai negara menunjukkan bahwa pendidikan, pekerjaan, dan kesehatan perempuan Indonesia dinilai sangat buruk.⁴⁰

- (6) Penyuluhan tentang jenis alat kontrasepsi, penggunaannya, serta dampaknya merupakan esensi yang harus dikuatkan dalam setiap kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh penyuluh KB dan tenaga kesehatan yang bergerak dalam pelaksanaan program ini. Banyak sekali tenaga PLKB (Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana) yang selama ini hanya berkuat pada data yang berhubungan dengan jumlah partisipan dalam program KB baik, sehingga kegiatan mereka hanya memotivasi masyarakat untuk ikut serta dalam program KB sebagai dampak pendekatan target dan mengabaikan segala kemungkinan yang muncul dibalik pelaksanaan program ini khususnya yang menyangkut kesehatan sebagai hak dasar.
- (7) Penyuluhan tentang HIV/AIDS dan PMS (penyakit menular seksual) kepada perempuan.
- (8) Pendidikan seks pada remaja perempuan dan laki-laki

Hak-hak diatas mustahil akan terpenuhi bila segala pihak yang berhubungan dengan kegiatan pelayanan program keluarga berencana ini tidak memberikan kontribusi yang maksimal dalam kinerja mereka. Dalam pelaksanaan program Keluarga Berencana Nasional, yang diprakarsai oleh BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) terdapat beberapa unsur yang dapat dioptimalkan kinerjanya. Dukungan dan optimalisasi kinerja secara profesional dapat diberikan oleh pihak pemerintah yakni BKKBN yang berfungsi merencanakan, mengarahkan, membimbing, dan mengadakan evaluasi terhadap pelaksanaan program

⁴⁰ Widyastuti, dkk., *Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Fitramaya, 2011, hlm. 162

KB melalui pihak-pihak yang terlibat di dalam kegiatan tersebut.⁴¹ Di lain pihak dukungan non-pemerintah dapat dilakukan dengan mengoptimalkan beberapa lembaga swasta pendukung program ini seperti PKBI, PKMI, Organisasi profesi; seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI), serta institusi penunjang program KB seperti Posyandu, Pos KB Desa, Paguyuban` KB perkotaan, Kelompok Akseptor, dan lain-lain.

Kegiatan yang dapat diberikan oleh elemen-elemen tersebut pada dasarnya berpijak pada beberapa hak reproduksi yang telah disebutkan diatas yang juga mengedepankan komponen yang terdapat dalam pelayanan program KB yang meliputi: KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi), Konseling, Pelayanan kontrasepsi, pendidikan seks, konsultasi pra-perkawinan dan konsultasi perkawinan, konsultasi genetik, test keganasan dan adopsi. Implementasi dari rangkaian layanan tersebut merupakan penerjemahan dari tanggung jawab pemerintah terhadap kebijakan yang diberikan terhadap masyarakat dalam mengendalikan jumlah penduduk melalui pelaksanaan program Keluarga Berencana yang berkeadilan gender.

⁴¹ Hartanto H. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 2004, hlm. 20



BAB 7

Kritik Terhadap Pengaturan Hak Reproduksi Perempuan: Perspektif Hak Asasi Manusia

Kesehatan reproduksi perempuan dan hak asasi manusia (HAM) adalah isu yang bersifat inheren. Perlindungan terhadap kesehatan reproduksi perempuan merupakan tuntutan spesifik dari HAM, khususnya hak perempuan, sehingga perlindungan tersebut mendorong lahirnya konsep hak perempuan atas kesehatan reproduksi sebagai HAM. Hak atas kesehatan reproduksi merupakan hak asasi perempuan dalam kaitannya dengan hak atas kesehatan. Tulisan ini hendak mempertanyakan apakah peraturan perundang-undangan di Indonesia yang mengatur tentang kesehatan reproduksi perempuan sudah konsisten dengan HAM? Dengan demikian *starting point* pembahasan dalam tulisan ini akan difokuskan pada hak asasi perempuan di bidang kesehatan reproduksi untuk mengkritisi apakah produk peraturan perundang-undangan yang ada tentang pengaturan kesehatan reproduksi perempuan sudah konsisten dengan konsepsi hak atas kesehatan reproduksi tersebut. Tulisan ini beranjak dari pemahaman tentang pentingnya perlindungan hukum oleh negara melalui pelembagaan hak-hak perempuan secara umum, dan hak perempuan atas kesehatan reproduksi secara khusus, dalam aturan hukum (peraturan perundang-undangan). Oleh karena itu, asas atau prinsipnya adalah peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang kesehatan reproduksi perempuan harus sesuai dengan HAM, yaitu hak perempuan atas kesehatan reproduksi. Dengan demikian, ketaatan atau konsistensi menjadi isu sangat penting di sini. Atas dasar pra-pemahaman tersebut maka kritik terhadap peraturan perundang-undangan yang ada (*existing laws*) akan dilakukan. Itu artinya, tulisan ini akan mengkritisi konsistensi pengaturan tentang kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia dengan

berbasis pada hak perempuan, dalam hal ini hak perempuan atas kesehatan reproduksi, sebagai standar normatif yang harus dipertimbangkan dalam melakukan pengaturan.

Perempuan dalam Perspektif Hak Asasi Manusia

Hak adalah sesuatu yang melekat pada manusia pada aspek fisik maupun aspek eksistensialnya.⁴² Hak asasi manusia atau HAM adalah seperangkat hak yang melekat pada diri manusia semata-mata karena kodratnya sebagai manusia.⁴³ Perlindungan HAM pada dasarnya dimaksudkan untuk melindungi hak-hak seluruh manusia baik laki-laki maupun perempuan. Tuhan menciptakan perempuan dan laki-laki dalam posisi setara. Oleh karena itu, hak-hak perempuan adalah hak-hak fundamental manusia yang merupakan karunia Tuhan. Pengertian ini dipertegas oleh Pasal 2 Deklarasi Universal tentang HAM (Universal Declaration of Human Rights yang untuk selanjutnya disingkat DUHAM) yang menyatakan:

Setiap orang berhak atas semua hak dan kebebasan yang dinyatakan dalam deklarasi ini, dengan tanpa pembedaan apapun seperti ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, pendapat politik atau pendapat lain, asal-usul kebangsaan, bangsa atau sosial, harta milik, status kelahiran atau *stains* lain. Selanjutnya, tidak boleh dilakukan pembedaan atas dasar status politik, status yurisdiksi atau status internasional negara man wilayah tempat seseorang termasuk di dalamnya, apakah wilayah itu merdeka, perwalian, tidak berpemerintahan sendiri atau di bawah pembatasan kedaulatan lain apapun.

Pernyataan di atas mendeskripsikan apa yang dikenal sebagai asas atau prinsip nondiskriminasi dalam Hukum HAM. Asas atau prinsip ini memiliki kedudukan yang sentral dalam HAM. Asas atau prinsip ini dapat ditemukan dalam setiap instrumen hukum mengenai Hak Asasi Manusia.

Secara prinsip, kewajiban memberikan perlindungan terhadap HAM merupakan tanggung jawab setiap orang, akan tetapi negara dianggap sebagai pihak yang memiliki tanggung jawab utama untuk melindungi dan

⁴² Peter Mahmud Marzuki, *Pengantar Ilmu Hukum*, Jakarta: Kencana Prenada Media 2013, hlm. 148.

⁴³ Titon Slamet Kurnia, *Hak atas Derajat Kesehatan Optimal sebagai HAM di Indonesia*, Bandung: PT. Alumi, 2007, hlm. 10

menjamin terpenuhinya HAM. Pendapat ini dipelopori oleh John Locke yang inti ajaran filsafat politiknya adalah negara didirikan dengan tujuan melindungi hak-hak kodrati manusia. Sebagai konsekuensinya, pemikiran ini menjadikan hak sebagai gagasan utama dalam pengorganisasian negara yang sekaligus membatasi kekuasaan negara.⁴⁴ Setidaknya, dari perspektif Locke, asas yang sangat fundamental bagi sebuah pemerintahan c.q. negara adalah “... *the preservation of society and ... of every person in it.*”⁴⁵

Berdasarkan pengertian di atas, perlindungan terhadap HAM adalah agenda utama dalam kegiatan menyelenggarakan pemerintahan pada suatu negara. Bentuk perlindungan hak yang dilakukan oleh negara dapat dengan cara menahan diri untuk tidak melakukan intervensi dan sekaligus mengusahakan agar tidak terjadi kondisi yang mengakibatkan tidak terpenuhi atau dilanggarnya hak setiap warga negaranya. Dengan demikian sebagai langkah perlindungan oleh negara, negara dianggap perlu untuk mengatur hak ke dalam peraturan perundang-undangan, atau paling tidak setiap pengaturan dalam peraturan perundang-undangan hak selalu dijadikan sebagai dasar pertimbangan.⁴⁶

Dituangkannya HAM dalam peraturan perundang-undangan menggambarkan bentuk perlindungan yang dapat diberikan oleh negara. Berangkat dari pemahaman di atas bahwa HAM adalah hak yang melekat pada manusia berdasarkan eksistensi kemanusiaan yang melekat padanya, maka dari itu pada dasarnya tanpa dituangkan dalam aturan hukum pun (baca: peraturan perundang-undangan) setiap manusia tetap memiliki HAM yang melekat padanya. Atau dengan kata lain, HAM tidak diberikan oleh hukum positif. Yang terjadi adalah sebaliknya, bahwa hukum harus hadir untuk melindungi HAM sehingga penuangannya ke dalam aturan hukum harus dilakukan dengan benar, karena di satu sisi dengan dituangkannya HAM dalam hukum akan memberikan kepastian dalam artian dilindungi oleh negara, akan tetapi sangat penting untuk

⁴⁴ Titon Slamet Kurnia, *Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia: Sang Penjaga HAM (The Guardian of Human Rights)*, Bandung: PT. Alumni, 2013

Lihat juga Titon Slamet Kurnia, ‘*Negara Berbasis Hak sebagai Argumen Justifikasi Pengujian Konstitusionalitas Undang-Undang*’, *Jurnal Konstitusi*, Volume 9, 2012, hlm. 563-582.

⁴⁵ Krishna Djaya Darumurti, ‘*Perspektif Filosofis Konsep Kekuasaan Diskresi Pemerintah*’, *Jurnal Ilmu Hukum: Refleksi Hukum*, Volume 41, 2014, hlm. 54.

⁴⁶ Titon Slamet Kurnia, *Mahkamah ...*, Op.cit., hlm. 21.

diperhatikan bahwa jangan sampai alih-alih melindungi HAM sebuah peraturan malah membatasi HAM itu sendiri. Sekali HAM itu dituangkan dalam aturan hukum maka proses penuangannya harus dilakukan dengan benar secara konseptual. Kekuatan normatif peraturan perundang-undangan adalah konsistensinya dengan nilai yang sedang diemban oleh peraturan tersebut.⁴⁷ Oleh karena itu, penuangan ke dalam peraturan perundang-undangan materi muatan yang bertujuan melindungi serta menjamin terwujudnya HAM sangat penting.

Pada dasarnya, sesuai asas atau prinsip non-diskriminasi, HAM tidak memasalahkan faktor gender. *Beijing Declaration and Platform for Action* dalam *Fourth World Conference of Women* yang dilaksanakan di Beijing pada September 1995 menegaskan: “*Ensure the full implementation of the human rights of women and of the girl child as an inalienable, integral and indivisible part of all human rights and fundamental freedoms.*” Rumusan ini memberikan penjelasan yang cukup memadai bahwa pada dasarnya hak asasi perempuan (*human rights of women*) adalah bagian integral dari HAM itu sendiri. Dengan demikian hak asasi perempuan bukanlah konsep yang berdiri sendiri melainkan merupakan satu bagian integral dalam HAM itu sendiri. Hanya saja konsep hak asasi perempuan dimunculkan dalam konsep tersendiri sebagai upaya untuk mengembalikan HAM sebagai hak yang dasarnya *human dignity* karena selama ini perlindungan HAM cenderung sering mengesampingkan perempuan. Konsepsi HAM yang khusus seperti hak asasi perempuan pada hakikatnya sejalan dengan prinsip-prinsip keadilan yang dikemukakan oleh John Rawls yaitu: (1) Prinsip kebebasan paling luas dan sama bagi semua orang (*the greatest equal liberty principles*); dan (2) Prinsip diferensiasi (*difference*) untuk menjamin terpenuhinya tingkat minimum harapan sosial-ekonomi bagi mereka yang kurang beruntung (*the worse off*) tanpa harus mengorbankan mereka yang lebih beruntung (*the better off*).⁴⁸ Oleh karena itu, hendaknya, dalam mendiskusikan mengenai HAM, yang harus diperhatikan terlebih dahulu adalah kepentingan pihak yang kurang

⁴⁷ Titon Slamet Kurnia, ‘*Hukum dan Keadilan: Isu Bagian Hulu dan Hilir*’ Refleksi Hukum: Jurnal Ilmu Hukum Volume 17, 2010, hlm. 19-25.

⁴⁸ Hilaire McCoubrey & Nigel D. White, *Textbook on Jurisprudence* Blackstone Press Ltd, 1996, hlm. 267

beruntung,⁴⁹ dalam hal ini kaum perempuan, sehingga dimunculkanlah konsep hak asasi perempuan. Setelah itu barulah, sebagai implikasinya, dapat diklaim adanya keadilan dalam perlindungan HAM.

Pembicaraan hak asasi perempuan sebagai hak asasi manusia sebetulnya bukan hal yang relatif baru. Hak asasi perempuan, yaitu hak yang dimiliki oleh seorang perempuan, baik karena ia seorang manusia maupun sebagai seorang perempuan, dalam khasanah Hukum HAM dapat ditemui pengaturannya dalam berbagai sistem hukum. Yang sangat mendasar bagi upaya untuk memperoleh hak adalah pengetahuan dasar tentang hak tersebut dan jaminannya ada di mana. Seseorang yang menjadi korban tidak lagi hanya akan cukup menerima bahwa ia memiliki hak, namun ia akan mulai mencari di mana letak jaminan akan hak tersebut dan bagaimana caranya agar hak tersebut dapat diperoleh.

Di tingkat internasional, beberapa hak perempuan telah dirumuskan sejak tahun 1918 oleh ILO, yang di antaranya adalah: hak persalinan buruh perempuan (*maternity rights*), perlindungan buruh perempuan di perkebunan, hak perlindungan dari perdagangan. Pada tahun 1947 muncul pengakuan hak perempuan sebagai HAM yang kemudian dijadikan dasar rujukan HAM yaitu, DUHAM yang disahkan oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada 10 Desember 1948. Deklarasi ini merupakan kodifikasi tentang standar pengakuan hak manusia yang di dalamnya termasuk hak perempuan. DUHAM diakui sebagai standar umum bagi semua masyarakat dan semua bangsa untuk berjuang bagi kemajuan martabat manusia.⁵⁰ Di antara hak-hak yang dideklarasikan adalah hak atas persamaan, kebebasan, dan keamanan setiap orang, kebebasan dari perbudakan, siksaan atau perlakuan yang merendahkan martabat manusia, pengakuan sebagai seorang pribadi di depan hukum dalam mencari keadilan, dan kebebasan untuk berekspresi dan partisipasi politik.⁵¹ Di samping pasal-pasal tersebut ada berbagai hak yang relevan dengan perempuan, misalnya: hak memilih pasangan, melangsungkan perkawinan dan mempunyai hak yang sama dalam perkawinan, dan di saat

⁴⁹ Bandingkan dengan Andre Ata Ujan, *Keadilan dan Demokrasi: Telaah Filsafat Politik John Rawls*, Yogyakarta: Kanisius, 2001, hlm. 73 & 79

⁵⁰ Julie Mertus, et.al., *Hak Asasi Manusia Kaum Perempuan: Langkah Demi Langkah*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan 2001, hlm. 13.

⁵¹ *Ibid.*, hlm. 14.

perceraian,⁵² memiliki harta sendiri,⁵³ hak atas upah yang sama,⁵⁴ hak perawatan dan bantuan istimewa.⁵⁵

Pada 1967, PBB telah mengeluarkan Deklarasi mengenai Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan. Deklarasi tersebut memuat hak dan kewajiban berdasarkan persamaan hak dengan pria dan menyatakan agar diambil langkah-langkah seperlunya untuk menjamin pelaksanaan Deklarasi tersebut. Oleh karena Deklarasi itu tidak bersifat mengikat, maka Komisi PBB tentang Kedudukan Wanita, berdasarkan Deklarasi tersebut, menyusun rancangan Konvensi tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW). Pada 18 Desember 1979, Majelis Umum PBB telah menyetujui Konvensi tersebut. Oleh karena ketentuan konvensi pada dasarnya tidak bertentangan dengan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD NRI 1945) maka Pemerintah Indonesia dalam Konferensi Sedunia Dasawarsa PBB bagi Perempuan di Kopenhagen, Denmark, pada 29 Juli 1980, telah menandatangani Konvensi tersebut. Penandatanganan itu merupakan penegasan sikap Indonesia yang telah dinyatakan pada 18 Desember 1979, dan mulai berlaku tahun 1981.

Perjanjian-perjanjian dalam bentuk Konvensi yang ada pada umumnya mengatur tentang pengakuan hak, kewajiban negara sebagai sandaran pelaksanaan dan mekanisme pelaporan dan pemantauannya. Perjanjian ini mengikat jika sudah diratifikasi oleh negara, yang berarti negara wajib mengakui hak, melaksanakan perlindungan sebagaimana diatur dalam Konvensi dan terikat pada sistem pemantauan dan pelaporan internasional. Konvensi ini telah diratifikasi oleh Indonesia melalui UU

⁵² Pasal 16 DUHAM: (1) Laki-laki dan perempuan yang sudah dewasa, dengan tidak dibatasi kebangsaan, kewarganegaraan atau agama, berhak untuk menikah dan untuk membentuk keluarga. Mereka mempunyai hak yang sama dalam perkawinan, di dalam masa perkawinan dan di saat perceraian. (2) Perkawinan hanya dapat dilaksanakan berdasarkan pilihan bebas dan persetujuan penuh oleh kedua mempelai.

⁵³ Pasal 17 DUHAM: (1) Setiap orang berhak memiliki harta, baik sendiri maupun bersama-sama dengan orang lain.

⁵⁴ Pasal 23 DUHAM: (2) Setiap orang tanpa diskriminasi, berhak atas pengupahan yang sama untuk pekerjaan yang sama

⁵⁵ Pasal 25 DUHAM: (2) Ibu dan anak-anak berhak mendapat perawatan dan bantuan istimewa. Semua anak-anak, baik yang dilahirkan di dalam maupun di luar perkawinan, harus mendapat perlindungan sosial yang sama.

No. 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita.⁵⁶

Selain CEDAW, dalam upaya melindungi hak asasi perempuan, instrumen hukum internasional yang disebut Deklarasi Milenium PBB Nomor 55/2 ditandatangani di New York pada tanggal 18 September tahun 2000, yang salah satu materi muatannya adalah tentang penghormatan atas persamaan derajat tanpa membedakan suku bangsa, jenis kelamin, bahasa atau agama.⁵⁷ Dalam Deklarasi tersebut para kepala negara bersepakat untuk mempertahankan nilai-nilai yang mengedepankan persamaan antara laki-laki dan perempuan yang di antaranya adalah kebebasan dan persamaan:

Kebebasan: Kaum laki-laki dan perempuan mempunyai hak hidupnya masing-masing dan hak membesarkan anak-anaknya dengan kemuliaan, bebas dari kelaparan dan segala bentuk ketakutan akan siksaan, penekanan atau ketidakadilan. Pemerintah yang demokratis dan partisipatoris berdasarkan kehendak rakyat merupakan jaminan terbaik bagi hak-hak ini. Persamaan: tak seorang pun dapat dicegah menikmati hasil-hasil pembangunan yang dicapai. Kesempatan yang sama harus diberikan kepada semua orang, pria maupun wanita.⁵⁸

Jenis-Jenis Hak Atas Kesehatan Reproduksi

Masalah kesehatan perempuan yang utama adalah masalah kesehatan reproduksinya.⁵⁹ Kesehatan reproduksi dalam the International United Nations Conference on Population and Development yang dilaksanakan di Kairo 1994 didefinisikan sebagai berikut: “*Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes.*” Tidak sebatas itu selanjutnya ditambahkan dalam konferensi ini bahwa: “*Reproductive*

⁵⁶ Mengenai implikasi dari ratifikasi perjanjian internasional ke dalam hukum nasional atau domestik lihat Ninon Melatyugra, ‘*Teori Internasionalisme dalam Sistem Hukum Nasional*’, (2015) Refleksi Hukum: Jurnal Ilmu Hukum, Volume 9, 2015, hlm. 199-208.

⁵⁷ Hata, *Hukum Internasional: Sejarah dan Perkembangan Hingga Pasca Perang Dingin*, Malang: Setara Press, 2015, hlm. 45-46.

⁵⁸ *Ibid.*, 47

⁵⁹ Kartono Mohamad, ‘*Kesehatan Perempuan dalam Undang-Undang Kesehatan*’, Jurnal Perempuan Volume 49, 2006, hlm. 88

health [...] also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted diseases.”

Pada konferensi tersebut, 179 negara sepakat bahwa kependudukan dan pembangunan terkait erat, dan bahwa pemberdayaan perempuan dan pemenuhan kebutuhan masyarakat untuk pendidikan dan kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi, diperlukan untuk kemajuan individu dan pembangunan yang seimbang. Konferensi ini sangat penting dalam menetapkan kerangka kerja internasional yang lebih jelas untuk hak atas kesehatan reproduksi. Konferensi ini sangat penting dalam mendesain kerangka internasional yang jelas tentang kesehatan dan hak reproduksi. Dalam kesempatan ini pemimpin-pemimpin dunia, badan-badan PBB dan wakil-wakil lembaga swadaya masyarakat (LSM) menyepakati Rencana Aksi yang memasukkan bab tentang kesehatan dan hak reproduksi. Dalam Bab VII bahkan ada satu bagian khusus tentang *adolescent*, kelompok umur remaja yang selama ini masih diabaikan, khususnya dalam pelayanan kesehatan reproduksinya.⁶⁰ Ini adalah untuk pertama kalinya sebuah perjanjian internasional mengenai kependudukan memfokuskan kesehatan reproduksi dan hak-hak perempuan sebagai tema sentralnya.

Kesehatan reproduksi perempuan adalah kesehatan perempuan atas fungsi untuk melanjutkan keturunan. Dengan maknanya seperti ini maka kesehatan reproduksi mencakup setiap tindakan baik pemeliharaan, pencegahan maupun pengobatan atas sistem-sistem organ tubuh yang berkaitan dengan fungsi melanjutkan keturunan bagi perempuan. Pentingnya jaminan serta pemenuhan akan hak kesehatan reproduksi sama pentingnya dengan memperhatikan kelangsungan generasi mendatang. Sebagaimana diketahui bahwa sistem reproduksi yang baik dari seorang perempuan akan menghasilkan generasi yang baik pula pada masa mendatang. Sebagai contoh, kesehatan wanita yang hamil akan sangat mempengaruhi kualitas tingkat kepintaran bayi yang dikandungnya. Jika perkembangan otak anak berlangsung secara cepat semasa dalam kandungan, perkembangan watak anak akan terjadi terutama dalam lima sampai delapan tahun pertamanya.⁶¹ Dengan kata lain, anak yang sehat dan mempunyai otak yang berkembang baik hanya dapat dilahirkan dari ibu

⁶⁰ Ibid

⁶¹ Ibid., hlm. 87-88.

yang sehat; atau dapat dikatakan bahwa generasi yang bermutu hanya dapat dilahirkan dari ibu yang sehat sejak sebelum melahirkan.⁶²

Kesehatan reproduksi juga berkaitan erat dengan kesehatan seksual atau kehidupan seks yang sehat karena proses reproduksi memang sebagian besar dilakukan melalui proses hubungan seks antara laki-laki dan perempuan. “Sebagian besar”, karena sekarang sudah ada teknologi reproduksi dengan bantuan seperti inseminasi buatan, bayi tabung, Gamet Intra-Fallopian Transfer (GIFT: pencampuran sel telur dengan sperma yang diambil dari vagina setelah berhubungan seks, penanaman gamet dalam saluran telur) dan kloning. Tidak mungkin proses reproduksi berlangsung sehat tanpa kehidupan seksual yang sehat. Pengertian kehidupan seksual yang sehat itu sendiri adalah jika hubungan seks dilakukan secara sukarela (tanpa paksaan atau ancaman), jika ia dapat dinikmati oleh kedua belah pihak, jika ia tidak menimbulkan ketakutan akan risiko yang dapat terjadi (kehamilan yang tidak diinginkan, kerusakan organ reproduksi dan penyakit), dan jika ia tidak menjadi penyebab penularan penyakit.⁶³ Berikut adalah jenis-jenis dari hak atas kesehatan reproduksi:

1. Hak atas Informasi Seksual.

Untuk mencegah agar hal-hal yang negatif dari seluruh masalah kesehatan reproduksi diperlukan pendidikan kesehatan reproduksi yang sebaiknya diberikan sejak remaja, sejak sebelum memasuki kehidupan berkeluarga. Pendidikan kesehatan reproduksi ditujukan untuk mempersiapkan mereka menjadi pasangan suami istri yang sehat dan orang tua yang bertanggung jawab. Perlindungan atas kesehatan reproduksi perempuan seyogianya dimulai sejak dini dengan memberikan informasi berupa pendidikan kepada anak agar sebelum tiba waktunya mereka sudah mengetahui bahaya akan penyalahgunaan alat reproduksinya serta bagaimana menggunakannya dengan benar. Di sinilah makna pengaturan kesehatan reproduksi dalam Undang-Undang Kesehatan untuk menjadi payung hukum bagi pemerintah.

⁶² *Ibid*

⁶³ *Ibid.*, hlm. 90

2. Hak atas Hubungan Seksual yang Sehat.

Sebagaimana tertuang dalam Konferensi tentang Kependudukan dan Pembangunan di Kairo, hak atas hubungan seksual yang sehat didasari oleh *“the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes the right of all to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence as expressed in human rights documents.”* Ketentuan di atas mengindikasikan bahwa hak reproduksi pada dasarnya juga mencakup pengakuan hak dasar setiap orang baik itu secara berpasangan atau individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab jumlah, jarak dan waktu anak-anak mereka dan untuk memiliki informasi dan sarana untuk dapat memenuhi hal tersebut, dan hak untuk mencapai standar tertinggi seksual dan kesehatan reproduksi. Selain itu, ketentuan ini memberikan hak kepada mereka untuk membuat keputusan mengenai reproduksi yang bebas diskriminasi, paksaan dan kekerasan seperti yang diungkapkan dalam dokumen hak asasi manusia, dengan kata lain bahwa kesehatan reproduksi termasuk di dalamnya bagaimana orang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman.

3. Hak atas Perlindungan Fungsi Reproduksi.

Sebagaimana dikemukakan dalam Pasal 11 ayat (1) huruf (f) CEDAW: *“States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of employment in order to ensure, on a basis of equality of men and women, the same rights, in particular: ... (f) The right to protection of health and to safety in working conditions, including the safeguarding of the function of reproduction.”* Rumusan ini memiliki makna bahwa perlindungan kesehatan dan keselamatan seorang wanita yang sedang bekerja harus mencakup di dalamnya pengamanan fungsi reproduksi sehingga seorang wanita yang sedang hamil dilarang untuk diberikan pekerjaan yang dapat membahayakan kehamilannya dan negara diharuskan untuk menjamin terpenuhinya hak-hak tersebut. Selanjutnya untuk menjamin terpenuhinya ketentuan di atas, pada Pasal 11 ayat (2) CEDAW diletakkan ketentuan

sebagai berikut: *In order to prevent discrimination against women on the grounds of marriage or maternity and to ensure their effective right to work, States Parties shall take appropriate measures: (a) To prohibit, subject to the imposition of sanctions, dismissal on the grounds of pregnancy or of maternity leave and discrimination in dismissals on the basis of marital status; (b) To introduce maternity leave with pay or with comparable social benefits without loss of former employment, seniority or social allowances; (c) To encourage the provision of the necessary supporting social services to enable parents to combine family obligations with work responsibilities and participation in public life, in particular through promoting the establishment and development of a network of child care facilities; (d) To provide special protection to women during pregnancy in types of work proved to be harmful to them.*

4. Hak atas Pelayanan Kesehatan Khusus.

Pasal 12 CEDAW menentukan bahwa: “(1) *States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of health care in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to health care services, including those related to family planning.*” Terkait dengan ketentuan tersebut maka pada ketentuan selanjutnya dinyatakan bahwa: “(2) ... *States Parties shall ensure to women appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post-natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation.*” Negara-negara Pihak harus mengambil semua langkah yang tepat untuk menghapus diskriminasi terhadap perempuan di bidang pelayanan kesehatan untuk menjamin, atas dasar kesetaraan laki-laki dan perempuan, akses ke layanan kesehatan, termasuk yang berhubungan dengan keluarga berencana. Negara pihak harus menjamin untuk wanita layanan yang tepat sehubungan dengan kehamilan, persalinan dan periode pasca-natal, pemberian gratis layanan di mana diperlukan, serta gizi yang cukup selama kehamilan dan menyusui.

5. Hak untuk Melakukan Aborsi.

Tanggapan atas aborsi masih kontroversial, terutama terkait isu apakah aborsi identik dengan pembunuhan atau tidak. Dengan perkembangan di bidang ilmu kedokteran, perdebatan masih akan terus berlanjut menyangkut kapan upaya itu secara medis masih *legitimate* untuk dilakukan.⁶⁴ Perbedaan itu rupanya masih belum menyinggung bahwa aborsi juga merupakan isu kesehatan reproduksi perempuan. Aborsi, baik yang disengaja maupun yang spontan dapat membawa risiko perdarahan, meninggal, atau cacat pada organ reproduksi. Di sisi lain tidak setiap kehamilan datang sesuai dengan keinginan atau kesiapan si ibu, sehingga tidak semua kehamilan disambut dengan gembira, bahkan dapat menimbulkan gangguan kesehatan pada perempuan yang bersangkutan. Bahkan yang mengejutkan, dari penelitian yang dilakukan di Indonesia, diperoleh temuan bahwa sebagian besar (sekitar 60% dari kehamilan yang tidak diinginkan) terjadi akibat kegagalan kontrasepsi.⁶⁵

Sikap hukum, meskipun belum dirumuskan secara formal, dan sikap agamawan maupun para dokter, adalah adakalanya aborsi memang perlu dilakukan dan adakalanya harus dilarang. Untuk memberikan batasan kapan dibolehkan dan kapan dilarang perlu adanya pengaturan hukum dengan tujuan untuk menjaga kesehatan perempuan dan juga janin yang ada dalam kandungan. Seandainya dibolehkan, aborsi perlu pula diatur materi muatannya untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan krusial yang tidak boleh dikesampingkan seputar aborsi seperti: di mana hal itu dibolehkan; sampai batas usia kehamilan ke berapa; alasan-alasan apa yang secara sah diakui sebagai hal yang membolehkan aborsi; siapa yang diperbolehkan melakukan; apa persyaratan dari institusi dan tenaga yang diizinkan untuk melakukan; bagaimana proses tindakan itu dilakukan; apa yang harus dilakukan jika terjadi komplikasi; bagaimana melakukan pengawasan terhadap semua itu; dan apa sanksinya jika menyimpang dari ketentuan.

Adalah hal yang keliru ketika pembolehan aborsi dianggap sebagai membebaskan aborsi tanpa batas dan hanya akan memacu terjadinya hubungan seks di luar perkawinan. Justru karena tidak ada aturan itulah maka terjadi situasi yang sangat liberal pada saat ini. Siapa pun dapat

⁶⁴ *Ibid.*, hlm. 91

⁶⁵ *Ibid.*, hlm. 92

meminta aborsi dan dalam usia kehamilan yang berapa pun, asal mampu membayar mahal karena dilakukan secara ilegal. Dengan adanya aturan maka keinginan untuk aborsi dengan alasan yang benar-benar dapat diterima dapat dilakukan secara sah dan terawasi. Dan yang lebih penting lagi adalah perlu dilakukan program edukasi dan motivasi agar hal itu tidak dilakukan lagi di kemudian hari.⁶⁶ Di situlah makna aborsi sebagai isu kesehatan masyarakat seperti yang digemakan dalam kesepakatan yang ditandatangani oleh 179 negara di Konferensi Kairo waktu itu. Fokus utamanya adalah mengatasi masalah kesehatan, sosial ekonomi dan tingkat pendidikan yang disebabkan membludaknya populasi sebuah negara. Tanpa pengaturan, kesehatan kaum perempuan, terutama kesehatan reproduksinya, menjadi taruhan dan selanjutnya juga kesehatan keluarganya serta masyarakat secara keseluruhan akan terganggu.⁶⁷

Anotasi terhadap Pengaturan mengenai Hak Perempuan atas Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Bagian ini akan menjelaskan lebih lanjut tentang pengaturan mengenai hak perempuan atas kesehatan reproduksi di Indonesia dan kemudian memberikan anotasi apakah pengaturan itu sudah konsisten dengan hakikatnya sebagai hak asasi perempuan yang harus dijamin secara hukum melalui peraturan perundang-undangan yang ada. Sifat pembahasan ini adalah deskriptif dan evaluatif. Deskriptif adalah langkah pertama dalam pembahasan, sementara evaluatif adalah langkah selanjutnya yang ditujukan pada hasil dari proses deskripsi tersebut.

Hak atas Informasi dan Edukasi

Pasal 7 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) menentukan: “Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab.” Dari ketentuan tersebut dapat diidentifikasi adanya perlindungan atas hak untuk mendapatkan informasi dalam bidang kesehatan. Bentuk bentuk informasi yang menjadi hak tersebut yaitu: informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun

⁶⁶ *Ibid.*, hlm. 93

⁶⁷ *Ibid*

yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.⁶⁸ Lebih lanjut ditentukan dalam Pasal 73 Undang-Undang Kesehatan menyebutkan bahwa “Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana.” Selain hak atas informasi kesehatan yang bersifat umum, Undang-Undang Kesehatan juga telah secara spesifik mengatur mengenai hak atas informasi seksual secara gamblang dan membebaskan kewajibannya pada negara.

Hak atas Perlindungan Fungsi Reproduksi

Hak ini dijamin dalam Pasal 71 sampai dengan Pasal 77 UU Kesehatan. Pasal 71 ayat (1) UU Kesehatan mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai: “keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.” Kesehatan reproduksi tersebut mencakup:

- saat sebelum hamil,
- hamil,
- melahirkan, dan
- sesudah melahirkan;
- pengaturan kehamilan,
- alat kontrasepsi, dan kesehatan seksual; dan
- kesehatan sistem reproduksi (Pasal 71 ayat (2) UU Kesehatan).

Lebih lanjut, pelaksanaan dari kesehatan reproduksi tersebut melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Pasal 71 ayat (3) UU Kesehatan).

Masih dalam kaitan dengan hak atas perlindungan fungsi reproduksi, UU Kesehatan juga memberikan perlindungan dalam hal pelayanan kesehatan dalam keluarga berencana yang dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas, di mana pemerintah bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan pelayanan keluarga berencana yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat.⁶⁹

⁶⁸ Undang-Undang Kesehatan Pasal 8

⁶⁹ Undang-Undang Kesehatan Pasal 78

Hak atas Kehidupan Seksual yang Sehat

Pasal 72 UU Kesehatan menentukan bahwa setiap orang berhak:

- (a) menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah;
- (b) menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama;
- (c) menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama;
- (d) memperoleh informasi, edukasi dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Beberapa pokok pikiran yang diamanatkan dalam perlindungan terhadap hubungan seksual yang sehat sebagaimana dijamin dalam ketentuan di atas ialah bahwa setiap orang berhak menentukan sendiri pilihan dalam kehidupan reproduksinya. Hak atas hubungan seksual yang sehat dengan embel-embel harus dengan pasangan yang sah, sehingga menurut penulis perlu untuk menjadi catatan bahwa “kalimat setiap orang” dalam Pasal ini, dalam konteks hak perempuan, harus dimaknai “setiap istri” bukan “setiap perempuan”. Pemahaman secara tekstual atas ketentuan ini justru sangat membatasi cakupan hak perempuan atas kesehatan reproduksi, dalam hal ini hak atas kehidupan seksual yang sehat.

Hak atas Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Secara keseluruhan “setiap pelayanan kesehatan reproduksi yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif, termasuk reproduksi dengan bantuan, dilakukan secara aman dan sehat dengan memperhatikan aspek-aspek yang khas, khususnya reproduksi perempuan yang dilakukan dengan tidak bertentangan dengan nilai agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.”⁷⁰

Hak untuk Melakukan Aborsi. Ketentuan mengenai hak untuk melakukan aborsi diberikan secara terbalik, yaitu pada dasarnya dalam Pasal 75 dan 76 UU Kesehatan dikatakan bahwa setiap orang dilarang

⁷⁰ Undang-Undang Kesehatan Pasal 74

untuk melakukan aborsi akan tetapi terdapat pengecualian atas larangan tersebut, sehingga pengecualian inilah yang kemudian dapat dimaknai sebagai hak untuk melakukan aborsi dengan memenuhi syarat-syarat tertentu. Pasal 75 ayat (2) UU Kesehatan menentukan pengecualian larangan untuk melakukan aborsi sebagai berikut: “indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan; atau kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.” Lebih lanjut pada ayat (3)-nya diatur mengenai tata laksana tindakan aborsi yang mensyaratkan bahwa tindakan tersebut hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling dan/atau penasehatan pra tindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor yang kompeten dan berwenang. Sementara mengenai indikasi kedaruratan medis dan perkosaan sebagaimana dimaksud masih diatur dengan Peraturan Pemerintah sesuai dengan ketentuan dalam ayat (4).

Selanjutnya adalah ketentuan mengenai kondisi di mana tindakan aborsi tersebut dapat dilakukan. Pasal 76 UU Kesehatan menentukan bahwa aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 hanya dapat dilakukan:

- (a) sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis;
- (b) oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang memiliki sertifikat yang ditetapkan oleh menteri;
- (c) dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan;
- (d) dengan izin suami, kecuali korban perkosaan; dan
- (e) penyedia layanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh Menteri.

Adalah tanggung jawab pemerintah untuk melindungi dan mencegah perempuan dari aborsi yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab serta bertentangan dengan norma agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Secara positif dalam aturannya memang sekilas dapat dilihat bahwa dalam bidang kesehatan khususnya dalam UU Kesehatan yang merupakan payung utama pengaturan kesehatan di Indonesia telah memiliki

konsistensi dengan hak-hak kesehatan reproduksi perempuan, akan tetapi penulis belum dapat mengklaim bahwa pengaturan tersebut sudah konsisten dengan HAM. Hal ini dikarenakan, menurut hemat penulis, ketentuan dalam UU Kesehatan ini tidak memandang perempuan secara sepenuhnya sebagai perempuan akan tetapi sebagai istri. Hal ini tersirat dalam Pasal 72 UU Kesehatan yang menyangkut tentang hak atas kehidupan seksual yang sehat. Dengan pengertian lain, a contrario, perempuan yang belum kawin berada di luar jangkauan perlindungan dari UU Kesehatan berkenaan dengan hak atas kehidupan seksual yang sehat tersebut. Konsep yang dikemukakan di atas memang sudah memberikan jaminan hak dalam memilih dan menjalani kehidupan reproduksinya, tetapi pasal ini hanya mengatur kesehatan perempuan dengan “pasangan yang sah” atau dengan kata lain setelah ia melangsungkan perkawinan. Perempuan yang belum kawin, tidak kawin, dan janda tidak tercakup dalam ketentuan tersebut.

A fortiori, Undang-Undang Kesehatan menempatkan perempuan tidak sebagai individu manusia yang mempunyai hak untuk mencapai tingkat kesehatan yang setinggi-tingginya, yang setara dengan hak laki-laki. Perempuan baru mendapat perhatian kalau ia sudah menjadi istri, itu pun tidak secara jelas menjamin apakah seorang istri mempunyai hak atas tubuhnya sendiri dan hak untuk menentukan apakah ia siap hamil atau tidak. Dalam bidang ini perempuan masih belum dianggap sebagai individu yang memiliki eksistensinya sendiri, tetapi individu yang eksistensinya akan diakui dengan bergantung pada laki-laki yaitu setelah ia melangsungkan perkawinan dengan laki-laki. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa hal ini bertentangan dengan prinsip HAM yaitu asas atau prinsip non-diskriminasi.

Pengaturan tentang Perkawinan

Berbicara mengenai perkawinan dalam kaitan dengan isu kesehatan reproduksi memiliki relevansi dengan pengaturan mengenai batas umur seseorang dapat melangsungkan perkawinan. Hal ini diatur dalam Pasal 7 UU No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan. Pengaturan tersebut menentukan:

- (1) Perkawinan hanya diizinkan jika pihak pria sudah mencapai umur 19 (sembilan belas) tahun dan pihak wanita sudah mencapai umur 16 (enam belas) tahun;
- (2) Dalam hal penyimpangan terhadap ayat (1) Pasal ini dapat meminta dispensasi kepada Pengadilan atau Pejabat lain yang ditunjuk oleh kedua orang tua pihak pria maupun pihak wanita.

Telah diamanatkan bahwa perkawinan hanya diizinkan bila pihak pria mencapai umur sembilan belas tahun dan pihak wanita sudah mencapai usia enam belas tahun. Dengan pengecualian bahwa harus ada dispensasi dari pengadilan dalam hal dilangsungkannya perkawinan di bawah dari umur yang ditetapkan dalam ketentuan tersebut. Secara implisit, ketentuan ini dapat diidentifikasi elah memberikan perlindungan terhadap hak atas kesehatan reproduksi perempuan, karena ketentuan ini melindungi seorang perempuan untuk tidak melangsungkan perkawinan sebelum ia benar-benar dewasa, baik secara mental maupun fisiknya, bahwa seorang perempuan yang mengalami kehamilan dalam hal organ reproduksinya belum cukup matang akan sangat rentan akan bahaya yang berhubungan dengan fungsi organ reproduksinya.

Pengaturan di Bidang Pendidikan dan Pengajaran

Dalam bidang pendidikan dan pengajaran dapat diidentifikasi bahwa perlindungan yang relevan terhadap hak kesehatan reproduksi perempuan adalah hak atas informasi seksual. Hak ini bahkan dijamin sejak masih anak dengan dasarnya secara umum adalah Pasal 10 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak yang menyatakan: bahwa “Setiap anak berhak menyatakan dan didengar pendapatnya, menerima dan mencari informasi sesuai dengan tingkat kecerdasan dan usianya demi pengembangan dirinya sesuai dengan nilai-nilai kesusilaan dan kepatutan.” Memang ketentuan ini hanya mengatur tentang anak akan tetapi perlindungan atas kesehatan reproduksi memang sebaiknya diberikan sejak dini, khususnya sejak masa kanak-kanak. Selanjutnya lebih spesifik mengenai kesehatan Pasal 7 UU Kesehatan menyatakan: “Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab.” Selanjutnya diatur dalam Pasal 73 UU Kesehatan: “Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana

informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana.”

Pengaturan di Bidang Ketenagakerjaan

Pasal 28D ayat (2) UUD NRI 1945 menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk bekerja serta mendapat imbalan dan perlakuan yang adil dan layak dalam hubungan kerja. Hal ini kemudian diatur dalam undang-undang, yaitu Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (UU Ketenagakerjaan). Pasal 5 UU Ketenagakerjaan menentukan: “Setiap tenaga kerja memiliki kesempatan yang sama tanpa diskriminasi untuk memperoleh pekerjaan.” Ketentuan tersebut menjamin bahwa tidak terdapat pengecualian atau perbedaan antara pekerja laki-laki dan pekerja perempuan.

Dalam Undang-Undang Ketenagakerjaan telah banyak diatur mengenai hak-hak perempuan yang melakukan tindakan di bidang ketenagakerjaan atau dengan kata lain perempuan yang bekerja. Dalam kasus demikian maka pertanyaannya ialah seperti apakah jaminan terhadap hak-hak perempuan yang berhubungan dengan perlindungan atas kesehatan reproduksinya tersebut Perempuan dan anak adalah salah satu kelompok yang rentan terhadap tidak kekerasan dan diskriminasi di bidang ketenagakerjaan. Beberapa contoh tindakan diskriminasi antara lain:

- hak pekerja perempuan ketika sedang masa haid,
- hamil,
- melahirkan dan menyusui serta tempat khusus yang seharusnya disediakan oleh pemberi kerja bagi pekerja perempuan dalam menyusui.

Untuk itu telah diatur dalam Pasal 6 UU Ketenagakerjaan bahwa “setiap pekerja/buruh berhak memperoleh perlakuan yang sama tanpa diskriminasi dari pengusaha.”

Di bidang ketenagakerjaan, isu yang krusial ialah hak atas perlindungan khusus terhadap fungsi melanjutkan keturunan dalam bentuk:

- tidak diberhentikan dari pekerjaan atas dasar kehamilan atau atas dasar status perkawinan;
- pengadaan cuti hamil dengan bayaran;
- pengadaan pelayanan sosial dalam bentuk tempat penitipan anak;
- pemberian pekerjaan yang tidak berbahaya bagi kehamilan.

Hak-hak demikian nampak dalam pasal-pasal sebagai berikut:

Pasal 76 ayat (1) UU Ketenagakerjaan menentukan bahwa Pekerja/buruh perempuan yang berumur kurang dari 18 (delapan belas) tahun dilarang dipekerjakan antara pukul 23.00 sampai dengan pukul 07.00.

Pasal 76 ayat (2) UU Ketenagakerjaan melarang pengusaha mempekerjakan pekerja/buruh perempuan hamil yang menurut keterangan dokter berbahaya bagi kesehatan dan keselamatan kandungannya maupun dirinya apabila bekerja antara pukul 23.00 sampai dengan pukul 07.00. Dalam hal pengusaha mempekerjakan pekerja/buruh perempuan maka, berdasarkan Pasal 76 ayat (3) UU Ketenagakerjaan, pengusaha diwajibkan untuk memberikan makanan dan minuman bergizi serta menjaga kesusilaan dan keamanan selama di tempat kerja. Pengusaha juga wajib, berdasarkan Pasal 76 ayat (3) UU Ketenagakerjaan, menyediakan angkutan antar jemput bagi pekerja/buruh perempuan yang berangkat dan pulang bekerja antara pukul 23.00 sampai dengan pukul 05.00.

Bentuk perlindungan yang telah lazim di bidang ketenagakerjaan adalah hak untuk memperoleh atau menjalani cuti haid. Pasal 81 UU Ketenagakerjaan menentukan bahwa pekerja atau buruh perempuan yang di masa haid merasakan sakit dan memberitahukan kepada pengusaha tidak wajib bekerja pada hari pertama dan kedua pada waktu haid.

Dalam ketentuan selanjutnya yaitu Pasal 93 UU Ketenagakerjaan juga diatur bahwa pekerja perempuan tidak mendapatkan pemotongan upah kerja karena tidak dapat melakukan pekerjaan pada hari pertama dan kedua masa haidnya tersebut. Dengan kata lain mereka tetap mendapatkan upah penuh.

Ketentuan hampir senada adalah mengenai perlindungan terhadap hak untuk memperoleh atau menjalani cuti hamil dan melahirkan. Mengenai cuti hamil dan melahirkan telah diatur dalam Pasal 82 ayat (1) Undang-Undang Ketenagakerjaan bahwa pekerja/buruh perempuan berhak memperoleh istirahat selama 1,5 bulan sebelum saatnya melahirkan anak dan 1,5 bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter kandungan/bidan. Ketentuan ini secara nyata merupakan bentuk perlindungan kepada perempuan dalam hal haknya terhadap fungsi melanjutkan keturunan atau hak reproduksi. Pengusaha juga wajib memberikan Jamsostek dan uang cuti hamil, dan bahkan setelah

melahirkan seorang pekerja perempuan yang masih menyusui anaknya juga harus diberikan hak untuk menyusui anaknya walaupun harus dilakukan selama waktu kerja sesuai dengan ketentuan Pasal 84 Undang-Undang Ketenagakerjaan.

Selain itu sorang pekerja perempuan yang hamil juga dilindungi haknya dalam Pasal 153 ayat (1) huruf (a) UU Ketenagakerjaan yang rumusan ketentuannya menyatakan: “Pengusaha dilarang melakukan pemutusan hubungan kerja dengan alasan:

- (1) pekerja/buruh perempuan hamil,
- (2) melahirkan,
- (3) gugur kandungan, atau
- (4) menyusui bayinya.”

Bentuk perlindungan lainnya terhadap perempuan yang sedang hamil adalah tidak dibenarkannya pengusaha melakukan pemutusan hubungan kerja kepada pekerja perempuan yang sedang mengalami kehamilan.

Terakhir adalah pengaturan dalam rangka perlindungan terhadap perempuan yang mengalami keguguran dalam bentuk hak untuk menjalani cuti karena keguguran kandungan. Buruh perempuan yang mengalami keguguran kandungan berhak memperoleh istirahat dalam waktu tertentu atau sesuai dengan surat keterangan dokter kandungan atau bidan sebagaimana dijamin dalam Pasal 82 ayat (2) UU Ketenagakerjaan yang menyatakan: “Pekerja/buruh perempuan yang mengalami keguguran kandungan berhak memperoleh istirahat 1,5 (satu setengah) bulan atau sesuai dengan surat keterangan dokter kandungan atau bidan.”



BAB 8

Pembaruan Hukum Perlindungan Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia

Pemahaman akan kesehatan digolongkan sebagai bagian dari hak asasi manusia (HAM) yang telah berkembang seiring dengan sejarah perkembangan HAM di dunia. Hak kesehatan dilindungi oleh berbagai instrumen HAM seperti *Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia* (DUHAM),⁷¹ *preamble konstitusi WHO*,⁷² serta dijamin pula dalam Pasal 12 *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (ICESCR) dan Pasal 11 *European Social Charter* (ESC).

Di Indonesia, kesehatan juga menjadi bagian dari hak konstitusional sejak masa berlakunya Konstitusi RIS 1949, kemudian ketentuan mengenai hal ini diadopsi pula pada UUDS 1950⁷³ sampai UUD NRI 1945 pasca amandemen. Dengan demikian, makna kesehatan tidak lagi terbatas sebagai ilmu kedokteran (medicine)⁷⁴ semata, tapi juga telah menjadi bagian dari HAM yang wajib dijamin oleh negara.

Di Indonesia, kesehatan reproduksi merupakan bagian dari penyelenggaraan upaya kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 48 ayat (1) UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Oleh karena itu,

⁷¹ B. Toebe, et. al, "Health and Human Rights in Europe", (Cambridge: Intersentia, 2012), hlm. 3

⁷² Constitution of the World Health Organization, Preamble, para. 3.

⁷³ Pasal 40 Konstitusi RIS menyatakan, "Penguasa senantiasa berusaha dengan sungguh-sungguh memajukan kebersihan umum dan kesehatan rakyat." Ketentuan ini kemudian diadopsi ke dalam Pasal 42 UUDS setelah Indonesia kembali ke bentuk negara kesatuan. Lihat Indra Perwira, *Memahami Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia*, Koleksi Pusat Dokumentasi ELSAM, 2014 (online) https://referensi.elsam.or.id/wpcontent/uploads/2014/12/Kesehatan_Sebagai_Hak_Asasi_Manusia.pdf

⁷⁴ Jonathan M Mann, "Health and Human Rights," *British Medical Journal*, Vol. 312, 1996, hal. 924.

kesehatan reproduksi pun menjadi bagian tak terpisahkan dari jaminan hak atas kesehatan oleh negara, namun pengaturan mengenai Hak Atas Kesehatan Reproduksi (HAKR) di Indonesia tersebar dalam berbagai peraturan perundang-undangan dan produk hukum, dengan kata lain, tidak diatur secara tersendiri dalam satu peraturan perundang-undangan dan produk hukum.

Pengaturan ini antara lain terdapat dalam UU Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan; PP No 61 Tahun 2014; PP No 87 Tahun 2014; PP No 11 Tahun 2017; Permenkes No 97 Tahun 2014; Pemenkes No 3 Tahun 2016; dan Permenkes No 4 Tahun 2014. Permasalahannya adalah peraturan perundang-undangan serta produk hukum tentang HAKR perempuan tersebut masih mengandung berbagai ketidakjelasan atau kekaburan norma, inkonsistensi antar satu regulasi dengan lainnya, dan belum dapat menjamin HAKR bagi perempuan di Indonesia. Hal ini dapat dikarenakan peraturan perundang-undangan tidak tegas menjamin HAKR perempuan dan tidak menyediakan mekanisme pengawasan yang memadai. Masing-masing produk hukum ini juga belum mengatur tentang HAKR perempuan secara khusus dan komprehensif.

Selain itu, mengingat ketentuan mengenai pembentukan peraturan perundang-undangan, produk hukum HAKR yang mayoritas berbentuk PP dan Permenkes ini juga tidak dapat memberikan sanksi tegas dan mekanisme pertanggungjawaban bagi pelanggar HAKR. Tidak dijaminnya HAKR bagi perempuan, selain dapat dianggap sebagai pelanggaran HAM, juga membahayakan masa depan bahkan nyawa mereka. Bahaya ini dapat meliputi meningkatnya Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD), meningkatnya angka penderita Penyakit Menular Seksual (PMS), praktik aborsi tidak aman, dan meningkatnya angka kematian ibu.⁷⁵ Oleh karena

⁷⁵ Contohnya, hasil penelitian Saptarini dan Suparmi (2016) menunjukkan bahwa rendahnya tingkat pendidikan (yang meliputi akses informasi atas kesehatan reproduksi dan alat kontrasepsi, serta cara menangkap informasi tersebut) serta kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi, merupakan dua di antara determinan KTD. Selain itu, Miswanto (2014) mengatakan bahwa rendahnya pengetahuan kesehatan reproduksi dan seksualitas menjadi menyebabkan remaja tidak siap mengalami perubahan biologis dalam tubuh dan akhirnya ‘terjerumus’ dalam perilaku seks berisiko yang dapat berujung pada PMS seperti HIV. Kemudian, tingginya angka kematian ibu dipengaruhi kondisi kesehatan ibu saat kehamilan serta aborsi tidak aman. Lihat Ika Saptarini dan Suparmi, *Determinan Kehamilan Tidak Diinginkan di Indonesia (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2013)*, “Jurnal Kesehatan Reproduksi”, 2016, hal. 18 ; Miswanto, *Pentingnya Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas pada*

itu, keberadaan pengaturan yang lebih jelas dan tegas mengenai perlindungan HAKR perempuan di Indonesia yang berangkat dari perspektif HAM menjadi sangat krusial. Perlu pula untuk memperjelas ruang lingkup HAKR yang harus dijamin oleh negara untuk menggarisbawahi upaya berkelanjutan yang fokus pada perbaikan kesehatan reproduksi dalam kerangka HAM di Indonesia.

Tinjauan Kritis Pengaturan Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia: Sebuah Paradigma Atas Kesehatan Reproduksi dan Ketimpangan Gender

UUD NRI tahun 1945 dan serangkaian ketentuan hukum HAM, baik di level internasional maupun nasional telah menegaskan bahwa kesehatan merupakan hak setiap orang yang wajib dijamin pemerintah melalui pemberian layanan kesehatan dan jaminan kesehatan. Kesehatan ini meliputi pula kesehatan reproduksi. Jaminan dan layanan kesehatan reproduksi sudah dipertegas pula dalam kerangka regulasi di atas agar memperhatikan kekhususan yang dimiliki perempuan mengingat isu-isu seperti Angka Kematian Ibu (AKI) dan ketidakadilan gender lainnya yang dialami perempuan. Akan tetapi, berbagai ketentuan peraturan perundang-undangan dan produk hukum dalam pembahasan di atas masih menunjukkan adanya ketabuan dalam diskusi mengenai kesehatan reproduksi di Indonesia.

Ketentuan-ketentuan tersebut banyak diberi rambu-rambu seperti harus diperhatikannya norma agama dan nilai-nilai luhur, frasa ‘pasangan yang sah’ bahkan potensi keterlibatan tokoh agama dalam pendampingan korban perkosaan. Lebih lanjut, pengaturan tentang HAKR dapat dilihat melalui tabel berikut:

Remaja,” Jurnal Studi Pemuda”, Vol. 3, No. 2, 2014, 112-113; Siti Uswatun Chasanah, Peran Petugas Kesehatan Masyarakat Dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Pasca MDGs 2015,” Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas”, Vol. 9, No. 2, hal.75; Maisuri T. Chalid, Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu: Peran Petugas Kesehatan. <http://gakken-idn.id/topics/files/upaya-menurunkan-kematian-ibu-peran-petugas-kesehatan-summary-full-teks-pdf>.

Tabel 1.

Ketentuan beberapa peraturan yang menunjukkan stigma ketabuan HAKR

Substansi	Keterangan
UU Kesehatan no 36 tahun 2009 Pasal 72 huruf a mengatur hak reproduksi dengan: a. menyertakan frasa ‘dengan pasangan yang sah’ b. adanya frasa ‘sesuai dengan norma agama’ dan ‘tidak bertentangan dengan agama’	Berisiko tidak dapat menjamin hak kesehatan reproduksi secara memadai dan inklusif sesuai dengan rights-based approach karena: a. Diskriminatif, karena yang berhak atas kehidupan reproduksi hanyalah orang-orang yang menikah saja. b. Ketidakjelasan standar norma yang diterapkan akan mempersulit
Pasal 22 ayat (2) PP No 61 Tahun 2014 dikatakan bahwa metode kontrasepsi harus disesuaikan dengan pilihan pasangan suami istri. Dan indikator kehidupan seksual yang ‘sehat’ adalah “sesuai dengan etika dan moralitas.”	Standar moral, agama, dan ‘keluhuran’ yang belum jelas tolak ukurnya ini dikhawatirkan akan menjadi penghalang bagi perempuan untuk mendapatkan jaminan HAKR dengan standar tertinggi dan tidak diskriminatif
Regulasi yang ada juga masih dipengaruhi oleh budaya patriarki seperti syarat izin suami untuk dilakukannya aborsi	Hal ini menafikkan kenyataan bahwa banyak perempuan yang hamil dengan kondisi tidak menikah dan dapat pula mengalami kondisi darurat medis.
Regulasi kesehatan reproduksi perempuan juga masih dititikberatkan terhadap kehamilan dan melahirkan.	Mengesampingkan banyak HAKR lain yang sama pentingnya seperti soal menstruasi, pencegahan infeksi saluran reproduksi dan penyakit lain seperti kanker rahim dan serviks. Tidak ada pula ketentuan mengenai penanganan keguguran.
Masih adanya aturan yang mempersempit otonomi perempuan dalam membuat keputusan dan justru membebankan moral seperti pasal 26 ayat (1) PP no 61 tahun 2014	Hal ini juga membuat perempuan memiliki beban moral yang lebih besar dari laki-laki dalam hal reproduksi dan seksualitas, sebagai hasil dari budaya patriarki: perempuan dituntut untuk lebih ‘menjaga diri dan perilaku.’
UU Kesehatan tidak mengatur secara tegas bahwa pendidikan kesehatan remaja meliputi kespro meski hal itu urgensinya tinggi.	Stigma tabunya diskusi mengenai kespro dan seksualitas ini berdampak pada minimnya regulasi yang menjamin terlaksananya seks edukasi bagi remaja.

Substansi	Keterangan
Kekosongan regulasi terhadap pelarangan FGM (Female Genital Mutilation) sehingga FGM masih dapat dipraktikkan tanpa ada konsekuensi hukum.	Padahal FGM sendiri merupakan praktik yang dikecam oleh hukum HAM internasional. ⁷⁶

Sumber: Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 dan PP Nomor 61 Tahun 2014

Selain itu, permasalahan ruang lingkup kespro perempuan ini tidak terlepas dari kultur patriarki yang ada di Indonesia, sebagaimana telah disebutkan di atas.

Patriarki menciptakan standar-standar tertentu yang harus dipenuhi dan hal ini masuk ke ranah seksualitas, kesehatan reproduksi dan seksual yang kemudian dirumuskan dalam regulasi. Standar tersebut meyakini bahwa perempuan dipandang dari segi kapasitas-kapasitas biologisnya yakni hamil dan melahirkan anak.⁷⁷ Hal ini berkontribusi dalam apa yang disebut Bennett dengan ‘ideologi kesehatan negara’ (*state health ideology*) di mana kesehatan perempuan disamakan dengan ‘kesehatan ibu’ yang kemudian disamakan dengan ‘kesehatan reproduksi’.⁷⁸ Akibatnya, akses terhadap layanan kesehatan ibu ditentukan oleh status keibuan dari perempuan tersebut, yang mana keabsahannya (secara hukum maupun sosial) ditentukan oleh status perkawinannya.⁷⁹

Perempuan yang tidak menikah akhirnya kesulitan untuk mengakses layanan-layanan yang masuk dalam ruang lingkup ‘kesehatan ibu’, terlebih lagi, perempuan dalam kasus KTD yang statusnya lajang, karena

⁷⁶ CEDAW dan CRC mengemukakan bahwa FGM mengandung berbagai risiko di antaranya infeksi dan komplikasi saat melahirkan, fistula, dan dampak-dampak psikologis. Lihat CRC dan CEDAW, Joint general recommendation No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women/general comment No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on harmful practices CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18 (14 November 2014), para.19. Lihat juga CEDAW, GENERAL RECOMMENDATIONS ADOPTED BY THE COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN, Ninth session (1990), General recommendation No. 14: Female circumcision, Preamble, Recommendation (a). 7 Saptandari, Pinky, Beberapa pemikiran tentang perempuan dalam tubuh dan eksistensi, Biokultural 2, no. 1, 2013, 53-71, hal. 66

⁷⁷ Saptandari, Pinky, Beberapa pemikiran tentang perempuan dalam tubuh dan eksistensi, Biokultural 2, no. 1, 2013, 53-71, hal. 66.

⁷⁸ Bennett, Linda Rae. Women, Islam and modernity: Single women, sexuality and reproductive health in contemporary Indonesia. (Routledge, 2005), hal. 83.

⁷⁹ *Ibid*

mengalami stigmatisasi sosial yang berat.⁸⁰ Hal ini akhirnya menjadi *barrier* bagi perempuan untuk mengakses layanan kespro dan seksual secara nondiskriminatif. AKI yang menjadi masalah sentral dalam kespro perempuan pun tak dapat diturunkan, sebab kespro yang masih dirumuskan dalam kacamata patriarki meningkatkan kerentanan perempuan dan membuat HAKR perempuan belum terpenuhi secara optimal.⁸¹ Oleh karena itu, *rights-based approach* dan pendekatan feminisme membantu menyadari pentingnya penegakan hak reproduksi perempuan.⁸²

Makna Kesehatan Seksual

Ketabuan pun selanjutnya muncul dalam pengaturan mengenai kesehatan seksual. Meski termasuk dalam ruang lingkup pengaturan kespro pada peraturan perundang-undangan, tidak ada penjelasan lengkap mengenai ‘kesehatan seksual’ itu sendiri. Oleh karena itu, sulit untuk dibedakan antara konsep serta pengertian kespro dan kesehatan seksual meski kedua hal tersebut selalu diatur dalam pasal yang berbeda. Dalam Pasal 1 angka 9 PP Kespro, hanya disebutkan bahwa Pelayanan Kesehatan Seksual adalah “setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada kesehatan seksualitas.” Selanjutnya, dalam Pasal 26 ayat (2) PP Kespro dikemukakan bahwa yang dimaksud dengan ‘kehidupan seksual yang sehat’ yakni meliputi kehidupan seksual yang salah satunya adalah terbebas dari disfungsi dan gangguan orientasi seksual, yang tercermin dari hal ini adalah bahwa di Indonesia kesehatan seksual sangat erat kaitannya dengan etika dan moralitas ketimbang aspek kesehatan itu sendiri.

⁸⁰ *Ibid.*, hlm. 83-84

⁸¹ Saptandari, 2013, no 3, hal. 67.

⁸² Rights-based approach ini memberikan sudut pandang yang berbeda dalam pembuatan kebijakan, yakni bahwa berbagai kebijakan yang ditargetkan kepada individu, seperti layanan HAKR bukan merupakan kerja bakti sosial (*charity*) yang dilakukan oleh pemerintah, tapi merupakan hak individu dan karena itu pemerintah berkewajiban untuk memenuhinya. Yang dimaksud pendekatan feminisme dalam konteks ini yakni bagaimana membuat hukum yang dapat mengakui kemajemukan perempuan dan masyarakat, agar struktur sosial yang meliputi sektor publik menjadi cocok atau akomodatif bagi perempuan. Pendekatan ini didasarkan pada aliran feminisme yang berkembang dalam filsafat hukum atau yang disebut dengan *feminist jurisprudence*. 13 United Nations, Beijing Declaration and Platform for Action on The Fourth World Conference on Women, Beijing (4-15 September 1995), para. 96.

Hal ini dapat dilihat dari disebutkan kedua hal tersebut secara langsung dalam pasal-pasal dan cita-cita kesehatan seksual yang berupa terbebasnya perempuan dari ‘gangguan orientasi seksual.’ Selain itu, patut dipertanyakan mengenai niat pembentuk peraturan perihal pengkhususan aturan mengenai Pasal 26 ayat (1) bagi perempuan, sebab tentu kesehatan seksual harus dijamin bagi perempuan maupun laki-laki. Apabila dikaitkan dengan Paragraf 96 *Beijing Platform of Action* (PoA) yang ditetapkan oleh *Fourth World Conference on Women*, memang disebutkan hak-hak perempuan yang meliputi “hak untuk mengontrol dan memutuskan secara bebas dan bertanggungjawab hal-hal terkait seksualitas mereka, termasuk hak asasi kesehatan reproduksi yang bebas dari paksaan, diskriminasi, dan kekerasan,”⁸³ namun rumusan Pasal 26 ayat (1) berbeda konteks dari Beijing PoA karena di dalamnya disebutkan “tanpa rasa malu dan rasa bersalah” dan berlanjut ke ayat (2) yang mensyaratkan kesesuaian dengan etika dan moralitas.

Selain itu, penyebutan hak perempuan dalam PoA tersebut memang sesuai konteks karena memang *Conference* yang bersangkutan khusus membahas hak-hak perempuan. Ini berbeda dengan PP Kespro yang bertujuan untuk mengatur kespro secara umum. Oleh karena itu, ketentuan-ketentuan yang memiliki kekhususan terhadap suatu jenis kelamin harus jelas konteksnya, dan kejelasan itu tidak ditemukan dalam Pasal 26. Apabila ini diniatkan untuk memperhatikan *gender sensitivity* yang juga merupakan bagian dari pendekatan feminisme, ini merupakan langkah yang tidak sesuai sebab *gender sensitivity* memperhatikan hal-hal yang khusus dimiliki gender tertentu, misalnya perbedaan sistem dan fungsi reproduksi laki-laki dan perempuan (perempuan bisa hamil, laki-laki tidak). Sementara itu, huruf a, b, c, dan e pada Pasal 26 ayat (2) merupakan hal yang tidak bersifat khusus bagi laki-laki maupun perempuan, namun diatur hanya bagi perempuan.

Substansi pengaturan seperti ini dapat mengacu pada apa yang disebut oleh Bennett dan Nurmila sebagai “moralisasi kesehatan seksual yang berlebihan.”⁸⁴ Fenomena ini, pada tataran empirisnya, telah menjadi

⁸³ United Nations, *Beijing Declaration and Platform for Action on The Fourth World Conference on Women*, Beijing (4-15 September 1995), para. 96

⁸⁴ Bennet, Linda Rae, *Moralitas Seksual dan Pembungkaman tentang Kesehatan Seksual dalam Perawatan Infertilitas di Indonesia*, dalam Bennett, Linda Rae, Graham Sharyn

penghambat dalam pemberian layanan kesehatan seksual dan reproduksi, misalnya dalam hal komunikasi antara dokter dan pasien dalam konsultasi seputar kesehatan seksual.⁸⁵ Moralisasi ini pun berdasarkan standar yang berlaku pada kultur patriarki sebagaimana telah dijelaskan di atas. Konsekuensinya, selain kurang lengkap dan jelasnya konsep serta pengaturan mengenai kesehatan seksual, ada standar yang berbeda yang ditetapkan terhadap laki-laki dan perempuan yang berpotensi menjadi diskriminatif.

Permasalahan Aborsi

Aborsi telah mendapatkan payung hukum dalam UU Kesehatan dan PP Kespro. Namun masih terdapat berbagai isu, seperti ketentuan-ketentuan yang mengharuskan adanya berbagai tahapan dan analisis, ketentuan yang bersifat birokratis (seperti dibutuhkannya surat keterangan dokter, keterangan penyidik) dan ketentuan-ketentuan yang justru dikhawatirkan akan merugikan korban perkosaan seperti batas usia kehamilan maksimal enam minggu.⁸⁶ Permasalahan lain yakni dibolehkannya pihak-pihak yang belum tentu kompeten sebagai konselor untuk memberikan konseling. Keberpihakan ketentuan ini terhadap perempuan juga patut diperdebatkan akibat adanya persyaratan izin yang harus diberikan oleh suami dan anggota keluarga kecuali untuk korban perkosaan (Pasal 35 ayat 2 dan 3).

Secara keseluruhan, ketentuan mengenai aborsi lebih berfokus mengenai batasan-batasan dapat dilakukannya aborsi ketimbang merumuskan standar aborsi yang aman.

Davies, and Martua Irwan Hidayana (eds). "Seksualitas di Indonesia." (Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2018). Hal. 230.

⁸⁵ Para dokter bahkan tak terkecualikan dari fenomena moralisasi ini. Menurut Bennett dan Nurmila, mereka justru merupakan 'penjaga moral.' Sikap konservatif para dokter yang berujung pada moralitas seksual yang sempit ini mempersulit pasien untuk melakukan konsultasi secara terbuka, khususnya dalam permasalahan infertilitas dan PMS. Lihat Ibid, hlm. 229.

⁸⁶ Ketentuan ini pun masih belum konsisten antara UU Kesehatan dan PP Kespro. Meski perbedaannya merupakan perbedaan redaksional dan hanya berselisih dua hari, tetap ini merupakan inkonsistensi yang harus diperjelas.

Tabel 2.
Beberapa aturan yang mengandung ketentuan mengenai aborsi.

Substansi Aturan	Keterangan
UU No. 26 tahun 2009 a. Pasal 75 ayat (2) b mengecualikan larangan aborsi berdasarkan adanya trauma psikologis bagi korban perkosaan. b. Pasal 75 ayat (3) mengatur bahwa aborsi hanya dapat dilakukan setelah “konseling dan/atau penasehatan pra tindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor yang kompeten dan berwenang.” c. Pasal 75 ayat (2) huruf a di mana aborsi dapat dilakukan dalam hal kedaruratan medis	a. Terkesan menyepelekan efek dari perkosaan terhadap korban, karena trauma psikologis tidak mungkin tidak dialami oleh korban perkosaan. b. Problematik mengingat tidak ada penekanan bahwa hanya konselor yang kompeten dan kredibel. c. Kedaruratan itu sendiri tidak selalu terjadi di usia kehamilan dari enam minggu. Ketentuan ini harusnya didasarkan pada keselamatan perempuan.
Pasal 76 a UU Kesehatan: “aborsi dapat dilakukan sebelum kehamilan berusia enam minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis, atau persisnya sama dengan 42 hari.” Ps. 31 ayat (2) PP ini: “tindakan aborsi akibat perkosaan hanya dapat dilakukan apabila usia kehamilan paling lama berusia 40 hari dihitung sejak hari pertama haid terakhir.”	Antara kedua peraturan tersebut terdapat perbedaan redaksional dan perbedaan penentuan usia maksimal kehamilan untuk dapat dilakukan aborsi.
Dalam PP No. 61 tahun 2014, Ketentuan mengenai syarat birokratis yang harus dipenuhi untuk dapat melakukan aborsi, seperti Pasal 33 yang mengatur tentang harus adanya surat keterangan kelayakan aborsi dari dokter. Pasal 34 ayat (2) huruf b, tentang syarat harus adanya bukti keterangan dari penyidik, psikolog, dan/atau ahli lain	Minimnya batas usia kehamilan untuk syarat aborsi dalam PP ini dapat mempersulit korban perkosaan karena banyak kehamilan baru diketahui di atas usia enam minggu bahkan hingga di atas 10 minggu. Cenderung berfokus pada batasan sejauh mana dapat dilakukan aborsi ketimbang standar pelaksanaan aborsi yang aman bagi perempuan.

Sumber: Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 dan PP Nomor 61 Tahun 2014

Pentingnya Kesehatan Reproduksi (Kespro) dalam Ketenagakerjaan dan Kepegawaian

Ketentuan mengenai HAKR perempuan sudah ditemukan pula dalam UU Ketenagakerjaan dan PP tentang manajemen kepegawaian negara. Namun aturan yang ada masih belum dapat mengakomodir kondisi-kondisi pada sistem dan kesehatan reproduksi perempuan. Dalam UU Ketenagakerjaan misalnya, banyak ketentuan terkait kesehatan reproduksi perempuan yang masih banyak celah hukum seperti dalam tabel berikut:

Tabel 3.
Ketentuan mengenai kesehatan reproduksi perempuan dalam UU Ketenagakerjaan.

Perihal	Substansi Aturan	Analisis
Cuti Haid	Pasal 81 ayat (1): “pekerja/buruh perempuan yang dalam masa haid merasakan sakit dan memberitahukan kepada pengusaha, tidak wajib bekerja pada hari pertama dan kedua pada waktu haid.” Selanjutnya, pengusaha atau pemberi kerja tetap diwajibkan membayar upah di hari di mana perempuan tersebut tidak bekerja karena haid berdasarkan Pasal 93	Cuti haid dalam pasal tersebut tidak dirumuskan sebagai hak bagi setiap perempuan dan masih dapat memberikan banyak celah bagi pengusaha/pemberi kerja untuk tidak mengizinkan perempuan tersebut cuti.
Cuti Hamil atau Melahirkan	Pasal 82 ayat (1): “pekerja/buruh perempuan berhak memperoleh istirahat selama 1,5 (satu setengah) bulan sebelum saatnya melahirkan anak dan 1,5 (satu setengah) bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter kandungan atau bidan.” Pasal 153 ayat (1) huruf e menyatakan bahwa pengusaha dilarang memutus hubungan kerja karena alasan pekerja perempuan hamil dan melahirkan.”	Ketentuan cuti melahirkan selama total tiga bulan perlu ditinjau ulang. Banyak negara menerapkan cuti melahirkan lebih lama dari itu. Semestinya ketentuan ini juga dipertegas sebagai bagian dari kewajiban perusahaan/pemberi kerja, mengingat dalam praktik pelanggaran atas hak tersebut masih terjadi.

Perihal	Substansi Aturan	Analisis
Jam Kerja bagi Perempuan Hamil	Pasal 76 ayat (2) menyatakan bahwa perusahaan dilarang mempekerjakan mereka di antara pukul 23.00 hingga 07.00, apabila menurut dokter berbahaya bagi kesehatan dan keselamatan kandungannya maupun dirinya	Ketentuan ini juga berpotensi memberikan celah, karena terdapat klausa 'keterangan dokter' sehingga dapat dimaknai sesuai keuntungan perusahaan.
Cuti Keguguran	Pasal 82 ayat (2) juga memberikan hak bagi perempuan yang mengalami keguguran untuk istirahat selama 1,5 bulan atau sesuai keterangan dokter kandungan atau bidan.	Sebagaimana ketentuan mengenai cuti melahirkan, pasal ini juga perlu dipertegas sebagai kewajiban perusahaan/pemberi kerja.
Hak Menyusui	Pasal 83: "pekerja/buruh perempuan yang anaknya masih menyusu harus diberi kesempatan sepatutnya untuk menyusui anaknya jika hal itu harus dilakukan selama waktu kerja."	Ketentuan ini memberikan celah bagi pengusaha/pemberi kerja untuk tidak memberikan hak tersebut kepada si perempuan karena frasa 'kesempatan sepatutnya' berdasarkan penjelasan pasal 83 dapat ditafsirkan untuk keuntungan perusahaan semata.

Sumber: Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa masih banyak aturan yang kurang tegas, banyak celah, sehingga pemberi kerja/perusahaan masih menyepelekan kondisi-kondisi tersebut dan pentingnya penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan HAKR. Contohnya dalam ketentuan mengenai cuti haid, yang tidak dirumuskan sebagai hak dan dikembalikan kepada peraturan perusahaan serta kontrak.

Hal ini mengabaikan kenyataan bahwa kondisi-kondisi haid tertentu betul-betul menyakitkan dan mempersulit perempuan untuk bekerja. Ketentuan hak cuti melahirkan bagi PPPK pun juga harus diperbarui karena tidak dijamin secara setara dengan PNS.⁸⁷ Sesuai standar ILO, ketentuan cuti 12 minggu harus dijadikan standar minimal, bukannya

⁸⁷ Lihat PP Nomor 11 Tahun 2017, Pasal 325-327; PP Nomor 49 Tahun 2018, Pasal 88-90

maksimal. Kemudian meski sudah ada ketentuan yang mengatur tentang pemberian kesempatan menyusui, ini masih tidak dirumuskan sebagai hak dan karenanya tidak memberi jaminan yang kuat bagi perempuan, terlihat dari belum diakomodirnya pemberian ruang laktasi di berbagai perusahaan dan instansi. Selain itu, berbagai data yang menunjukkan pelanggaran hak cuti haid, melahirkan, dan menyusui oleh perusahaan menunjukkan adanya regulasi serta sistem pengawasan yang kurang kuat.⁸⁸

Standarisasi Kesehatan Reproduksi dan Kredibilitas Tenaga Kesehatan

Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang diatur dalam Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 nyatanya tidak cukup menjamin pemenuhan pelayanan hak reproduksi dengan baik. Hal ini dikarenakan tidak ada klausa yang menaruh perhatian khusus terhadap kesehatan reproduksi secara holistik dalam PMK tersebut. Melainkan hanya parsial berupa adanya standar pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan ibu bersalin yang diatur dalam pasal 2 ayat (3). Padahal banyak layanan kesehatan reproduksi yang memerlukan standar pelayanan minimum yang baku seperti pelayanan keguguran, pelayanan aborsi dengan indikasi medis tertentu dan pelayanan antenatal lainnya. Selain itu, standar yang diatur tersebut cenderung hanya berfokus pada standar jumlah dan kualitas barang atau jasa, SDM kesehatan dan petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar. Ketiga cakupan tersebut melupakan urgensi adanya standar teknis kualitas dan kuantitas minimum sarana prasarana atau infrastruktur kesehatan.

Kemudian terkait dengan problematika kualifikasi dan kredibilitas tenaga kesehatan juga penting untuk disoroti. Salah satu contohnya yakni pada kualifikasi konselor dalam pelayanan aborsi. Ketentuan ini dalam UU Kesehatan problematik karena tidak ada penekanan bahwa hanya konselor

⁸⁸ Pelanggaran ini pada umumnya berupa praktik perusahaan dengan memberikan intensif sebagai pengganti cuti haid yang mana merupakan bentuk “penekanan” secara halus kepada perempuan agar tidak mengambil cuti. Ketentuan yang mengharuskan perempuan yang sedang haid memberitahukan dulu kepada atasannya pun dalam praktiknya banyak kondisi-kondisi yang mempersulit perempuan memperoleh cuti haid, seperti prosedur administratif yang memberatkan, bahkan di antaranya meminta perempuan tersebut membuktikan haidnya dengan cara yang melecehkan

yang kredibel (telah menerima pendidikan dan pelatihan secara akademis untuk melakukan konseling), yang dapat melakukan konseling tersebut.⁸⁹ Penjelasan pasal ini justru memberikan peluang kepada pihak lain yang belum tentu kompeten sebagai konselor yakni tokoh masyarakat, tokoh agama serta setiap orang yang mempunyai minat dan memiliki keterampilan untuk itu. Ini akan sangat berbahaya bagi si perempuan apabila ternyata ketentuan ini tidak dipraktikkan secara bijak dan tidak benar-benar mengutamakan kepentingan si perempuan.

Sinkronisasi Antar Aturan

Pengaturan mengenai kesehatan reproduksi yang tersebar dalam berbagai bentuk peraturan memungkinkan adanya ketidaksinambungan ataupun tumpang tindih antar regulasi. Salah satu contoh ketidaksinambungannya dapat dilihat dari aturan mengenai urusan kesehatan sebagai bagian dari wewenang Pemda dalam Undang-Undang Kesehatan yang masih mengacu pada Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, padahal UU Pemda tersebut sudah tidak berlaku lagi dan diganti dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 sehingga perlu untuk disesuaikan kembali.

Tumpang tindih aturan juga terlihat antara Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 dengan PP Nomor 61 Tahun 2014 yang mengatur perihal usia kandungan maksimum yang disyaratkan dalam aborsi, ternyata kedua peraturan tersebut memiliki rumusan yang berbeda. Selain itu, aturan mengenai upaya penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi korban kekerasan seksual ternyata juga ditemukan adanya pertentangan. Negara telah berkomitmen untuk tanggung jawab dalam penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan.

Hal ini diatur dalam UUD NRI Pasal 34 ayat (3) dan selanjutnya dilakukan melalui sistem jaminan sosial dalam Pasal 34 ayat (2), namun ternyata dalam Pasal 52 Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, disebutkan soal deretan manfaat kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan, di mana ternyata layanan kesehatan tidak berlaku bagi korban kekerasan seksual. Artinya

⁸⁹ Lihat Penjelasan pasal 75 ayat (3) UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

layanan aborsi yang tercakup dalam BPJS tidak dapat digunakan oleh para korban pemerkosaan.

Pembaharuan Hukum Hak Asasi Manusia Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia: Substansi dan Formil

A. Substansi

Penguatan Perspektif Gender dan HAM dalam Pembaruan Hukum Hak Atas Kesehatan Reproduksi

Adanya ketimpangan gender dalam regulasi mengenai HAKR menunjukkan pentingnya penguatan perspektif gender dalam pembentukan peraturan perundang-undangan dan produk hukum. Regulasi yang ada, walau sudah menunjukkan perkembangan daripada regulasi sebelumnya,⁹⁰ tetapi masih menunjukkan adanya bias gender serta pemahaman yang kurang memadai akan berbagai kebutuhan perempuan dalam hal kespro dan seksual, yang pemenuhannya terhalangi oleh ketabuan dan stigma. Tujuan dari diterapkannya perspektif gender adalah keadilan gender, di mana tidak ada subordinasi terhadap satu gender tertentu yang disebabkan oleh struktur sosial yang ada.⁹¹

Selain melakukan integrasi, dilakukan pula advokasi, di mana dikaji akar persoalan yang ada dalam masyarakat, yang melibatkan identifikasi apakah permasalahan yang ada terletak pada substansi hukum, struktur hukum, atau kultur hukum yang ada.⁹² Mengintegrasikan gender ke dalam hukum tidak dapat melewatkan yang disebut ‘teori hukum feminis’ (*feminist legal theory*) atau FLT. Bagi teori hukum feminis, persoalan utama adalah bagaimana membuat hukum yang dapat mengakui kemajemukan perempuan dan masyarakat, agar struktur sosial yang meliputi sektor-sektor publik menjadi cocok atau akomodatif bagi perempuan.⁹³ Kondisi-kondisi yang dialami perempuan (seperti haid dan

⁹⁰ Sebelum berlakunya UU No. 36 Tahun 2009, aborsi secara mutlak dilarang di Indonesia dan diancam hukuman pidana. Ruang lingkup pengaturan UU No. 23 Tahun 1992 sebagai UU kesehatan yang berlaku sebelumnya bahkan tidak menyebutkan kesehatan reproduksi.

⁹¹ Fakih, Mansour, Analisis gender & transformasi sosial, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2013), Hal. 73, 165.

⁹² *Ibid*, hlm. 164.

⁹³ Donny Danardono, Teori Hukum Feminis: Menolak Netralitas Hukum, Merayakan Difference dan AntiEsensialisme dalam Irianto, Sulistyowati. (ed.) Perempuan dan

hamil) tidak dilihat sebagai ‘kelainan’ atau bahkan penyakit, tetapi merupakan kenyataan biologis yang membedakan laki-laki dan perempuan, sehingga hak-hak perempuan yang terkait atas kondisi tersebut harus dijamin.⁹⁴ Dengan kata lain, hak tersebut bukanlah sebuah *affirmative action* tetapi merupakan pengakuan dan penghormatan atas kenyataan tersebut.

Hukum yang berperspektif feminis dibuat dengan menggunakan metode pengkajian FLT, yang menggabungkan antara metode yang digunakan oleh ahli hukum pada umumnya (menganalisis fakta dari masalah hukum, mengidentifikasi prinsip hukum yang dapat menjadi pemecah masalah, dan lain sebagainya) dan metode yang digunakan para feminis yakni *asking woman question*, *feminist practical reasoning*, dan *consciousness-raising*.⁹⁵ *Asking woman question* menelaah bagaimana hukum telah gagal mempertimbangkan pengalaman perempuan, nilai-nilai yang dianut perempuan, dan bagaimana standar serta konsep hukum yang ada telah merugikan perempuan.⁹⁶

Feminist practical reasoning merupakan penalaran hukum yang mencoba mengidentifikasi perspektif yang tidak terwakili, yakni perspektif perempuan dalam budaya yang didominasi laki-laki, dan menunjukkan bahwa hukum merefleksikan struktur kekuasaan.⁹⁷ Kemudian, *consciousness raising* digunakan untuk meningkatkan pemahaman atau pemberdayaan suatu kelompok masyarakat yang selama ini tidak terwakili oleh metode penalaran hukum konvensional.⁹⁸ Pada akhirnya, fokus utama FLT adalah untuk memberikan pendekatan yang berbeda dalam hukum dan memperbaiki hukum yang meminggirkan serta merugikan perempuan,

hukum: menuju hukum yang berperspektif kesetaraan dan keadilan: 22 tahun Konvensi CEDAW di Indonesia. (Yogyakarta: Yayasan Obor Indonesia, 2006), hlm. 12

⁹⁴ Finley (dalam Danardono, 2006) mencontohkan masalah cuti melahirkan. Ia menyatakan bahwa memperlakukan hak cuti melahirkan sebagai perlakuan setara atau istimewa merupakan hal yang keliru sebab ini justru membuktikan adanya kekeliruan dikotomi publik-privat, di mana sektor publik dianggap domain pria dan privat/rumah tangga dianggap domain perempuan. *Ibid*, hlm. 13.

⁹⁵ *Ibid*, hal. 49

⁹⁶ Niken Savitri, *Feminist Legal Theory dalam Teori Hukum*, dalam Irianto, Sulistyowati. *Perempuan dan hukum: menuju hukum yang berperspektif kesetaraan dan keadilan: 22 tahun Konvensi CEDAW di Indonesia*. (Yogyakarta: Yayasan Obor Indonesia, 2006), hal. 50.

⁹⁷ *Ibid*.

⁹⁸ *Ibid*, hlm. 51

oleh karena hukum tersebut dirumuskan dan diterapkan dari sudut pandang patriarki.⁹⁹

Metode-metode di atas sangat penting dalam melakukan pembaruan hukum HAKR perempuan di Indonesia. Untuk membentuk regulasi dan kebijakan yang akomodatif terhadap kebutuhan perempuan, diperlukan identifikasi yang sungguh-sungguh dari pengalaman dan kebutuhan perempuan yang beragam dari berbagai kelas sosial dan latar belakang. Hal ini dapat dilakukan dengan mengadakan survey, dengar pendapat, dan FGD secara luas, yang hasilnya dihimpun dalam data yang akurat dan dianalisis secara objektif, yakni menghindari adanya subjektivitas berdasarkan standar moral atau hal yang kabur lainnya, yang dapat menghalangi dihapuskannya subordinasi perempuan. Data-data yang penting tersebut antara lain:

- a. tingkat pemahaman dan kesadaran perempuan dari segala kelompok usia akan kesehatan reproduksi dan seksual;
- b. kekhawatiran (*concern*) dan kebutuhan informasi perempuan dari segala kelompok usia akan kesehatan reproduksi dan seksual;
- c. perempuan pengguna KB;
- d. penerapan KIE serta konseling kespro dan seksualitas di lembaga pendidikan formal, mulai jenjang pendidikan dasar hingga menengah atas/kejuruan;
- e. praktik aborsi yang tidak aman dan dampak-dampaknya (komplikasi, kematian, dll);
- f. penderita IMS berikut disparitas gender;
- g. penderita kanker serviks, kanker rahim, dan infeksi saluran reproduksi lainnya;
- h. pelayanan kespro dan seksual di fasilitas kesehatan; dan
- i. aturan dan kebijakan cuti haid dan melahirkan, serta pemenuhan hak menyusui di instansi pemerintahan dan perusahaan.

Data-data yang didapatkan ini dianalisis menggunakan penalaran feminisme di mana faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang mempengaruhi data tersebut diperhatikan dalam proses analisis dan keberagaman kebutuhan serta kondisi perempuan diperhatikan. Faktor-faktor ini di antaranya:

⁹⁹ Ibid, hlm. 55.

- a. status perkawinan, agama/kepercayaan, latar belakang budaya (apakah faktor-faktor ini mempengaruhi cara pandang perempuan terhadap reproduksi dan seksualitas, serta aktivitas seksual yang dilakukan);
- b. lokasi tempat tinggal (berhubungan dengan akses terhadap layanan kesehatan serta faktor budaya di lokasi tersebut);
- c. tingkat pendidikan (sejauh mana mempengaruhi pemahaman perempuan terhadap kespro); dan
- d. mata pencaharian (sejauh mana keadaan ekonomi perempuan mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap kespro dan seksual serta akses terhadap layanan).

Hasil analisis data tersebut didokumentasikan dan ditulis dengan baik, untuk digunakan sebagai bahan untuk pembaruan hukum HAKR sekaligus menjadi sarana peningkatan *awareness* terhadap perempuan itu sendiri, yang dapat diwujudkan baik dalam Naskah Akademik UU atau Perda, maupun dalam bentuk publikasi ilmiah. Terakhir, pendekatan HAM dalam pembaruan hukum HAKR juga diperkuat dengan menjadikan standar AAAQ (*Availability, Accessibility, Acceptability, Quality*) hak atas kesehatan sebagai tolak ukur. *Elemen availability* meliputi fasilitas layanan kesehatan, jasa, barang, dan program-program yang cukup dalam jangkauan populasi yang bersangkutan, beserta hal-hal penentu yang mendasar (*underlying determinants*) dari hak atas kesehatan reproduksi. Elemen *accessibility* yakni dapat diaksesnya fasilitas kesehatan, barang, informasi, dan jasa terkait layanan kesehatan reproduksi. Elemen *acceptability* berarti bahwa fasilitas, informasi, dan layanan kesehatan reproduksi dapat diterima dari segi budaya dan memperhatikan gender, usia, disabilitas, keragaman seksual. Elemen *quality* berarti bahwa fasilitas, barang-barang, informasi dan jasa terkait kesehatan seksual dan reproduksi harus berkualitas baik.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, 2 May 2016, para. 1.

Perubahan Paradigma Kesehatan Reproduksi

Untuk melakukan pembaruan terhadap hukum HAKR perempuan, perlu adanya perubahan terlebih dahulu terhadap paradigma dasar kespro di Indonesia. Adanya ketentuan-ketentuan yang kabur, mengandung standar moral yang tidak jelas, serta rambu-rambu yang berpotensi menjadi *barrier* bagi perempuan untuk mendapatkan jaminan HAKR menggambarkan bagaimana pandangan masyarakat Indonesia mengenai HAKR. Untuk itu, para pembentuk undang-undang dan peraturan pelaksanaannya harus terlebih dulu mengubah cara berpikir mengenai sistem reproduksi dan seksualitas.

(1) Ruang lingkup kesehatan reproduksi

Perubahan paradigma ini selanjutnya akan berpengaruh terhadap ruang lingkup dari kespro dalam peraturan perundang-undangan. Kespro harus diatur dan dilindungi dalam lingkup yang seluas-luasnya. Dalam hal ini pedoman yang ideal untuk menentukan ruang lingkup adalah Paragraf 7.6 ICPD *Report* yang menguraikan tujuh hal yang menjadi ruang lingkup layanan kesehatan reproduksi, meliputi:

- 1) konseling, informasi, edukasi, komunikasi, dan layanan perencanaan keluarga (*family-planning*);
- 2) layanan sebelum dan sesudah melahirkan;
- 3) pencegahan dan pengobatan ketidaksuburan;
- 4) aborsi (dengan catatan tidak dipromosikan sebagai salah satu metode *family-planning*), yang meliputi pencegahan dan manajemen konsekuensi dari aborsi;
- 5) pengobatan infeksi saluran reproduksi, penyakit menular seksual (PMS), dan kondisi kesehatan reproduksi lainnya;
- 6) informasi, edukasi, dan konseling mengenai seksualitas manusia, kesehatan reproduksi, dan hal-hal tentang menjadi orang tua secara memadai; dan
- 7) tidak didukungnya (*discouragement*) praktik-praktik yang berbahaya seperti sunat perempuan (*female genital mutilation/FGM*).¹⁰¹

¹⁰¹ UN Population Fund (UNFPA), Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994, 1995, A/CONF.171/13/Rev.1., para. 7.6

Di antara ruang lingkup tersebut, terdapat beberapa yang belum diatur dalam hukum mengenai kespro perempuan di Indonesia, yaitu:

- a. ketentuan khusus mengenai pencegahan dan pengobatan infeksi saluran reproduksi dan penyakit yang khusus bagi sistem reproduksi perempuan yakni kanker serviks dan kanker rahim;
- b. KIE dan konseling mengenai seksualitas manusia dalam sistem pendidikan;
- c. KIE dan konseling dalam kondisi-kondisi kesehatan reproduksi perempuan lainnya seperti siklus menstruasi;
- d. pelarangan praktik yang berbahaya seperti FGM.

- Kesehatan perempuan, bukan kesehatan ibu saja
Agar menjadi hukum yang inklusif, ruang lingkup ‘kesehatan ibu’ dalam PP Kespro semestinya diganti menjadi ‘kesehatan reproduksi perempuan’ atau apabila terkait dengan kehamilan, khusus diatur dalam bab yang dinamakan ‘kehamilan.’ Ketentuan mengenai kespro perempuan tersebut harus menyebutkan pula kondisi-kondisi kespro lainnya, agar tidak hanya terbatas pada hal-hal terkait dengan kehamilan atau fungsi prokreasi perempuan semata.
- Perluasan akses terhadap layanan kontrasepsi
Kespro perempuan semestinya tidak lagi dikonstruksikan sebagai jaminan kesehatan bagi perempuan yang telah menikah dan sedang hamil atau merencanakan kehamilan saja, melainkan merupakan hak setiap perempuan. Oleh karena itu, akses terhadap kontrasepsi juga menjadi hal yang krusial bagi perempuan. Setiap perempuan harus dijamin haknya dalam mengakses kontrasepsi yang aman tanpa stigma dan diskriminasi. Pengaturan mengenai kontrasepsi semestinya menguraikan berbagai pilihan kontrasepsi dan menjamin keamanannya bagi perempuan ketimbang membatasi perempuan untuk hanya menerapkan metode-metode atau menentukan tujuan kontrasepsi tertentu saja sesuai usianya. Kalaupun, misalnya, terdapat risiko-risiko tertentu yang berkaitan dengan usia perempuan dan kehamilan, hal tersebut harus diperjelas agar ketentuan yang ada tidak terkesan membatasi pilihan dan keputusan perempuan untuk

memiliki anak.¹⁰² Selain itu, ketentuan mengenai kontrasepsi darurat bagi korban perkosaan semestinya diatur secara lengkap dalam Permenkes sebagai bentuk perlindungan kespro yang non-diskriminatif dan berpihak kepada perempuan, terutama yang menjadi korban kekerasan seksual.

- Memperjelas makna dan pengaturan mengenai kesehatan seksual
Selanjutnya, konsep kesehatan seksual dalam regulasi yang ada perlu diperjelas: apakah memiliki makna yang sama dengan kespro, atau berbeda. Apabila berbeda, perlu diperjelas pula apa yang membedakan kespro dan kesehatan seksual. Dalam regulasi yang ada, kedua hal tersebut diatur dalam pasal yang berbeda, namun ketentuan mengenai kesehatan seksual sangat sedikit dan tidak jelas apa maknanya. Ketentuan tersebut juga justru menunjukkan titik berat pada aspek moral, ketimbang aspek kesehatan sendiri. Berdasarkan *framework* WHO, kesehatan seksual diadopsi dari definisi kesehatan, yang berarti kesehatan seksual adalah keadaan sejahtera lahir batin, mental, dan sosial yang berhubungan dengan seksualitas, [yang] tidak terbatas pada tiadanya penyakit, disfungsi, atau kecacatan.¹⁰³

Sementara itu, konsep seksualitas sendiri menurut WHO “meliputi jenis kelamin (*sex*), identitas dan peran gender, orientasi seksual, erotisme, kenikmatan, keintiman dan reproduksi.”¹⁰⁴ Paul Hunt mengemukakan bahwa kesehatan seksual tidak tepat dimasukkan dalam konsep kesehatan reproduksi, mengingat banyak ekspresi seksual yang tidak dimaksudkan untuk tujuan reproduksi (*non-reproductive*).¹⁰⁵ Dengan demikian, secara konseptual, kesehatan seksual memang merupakan hal yang berbeda dari kesehatan reproduksi, sehingga istilah yang sering digunakan dalam literatur adalah *sexual and reproductive health and rights* (SRHR).

¹⁰² Lihat Peraturan Menteri Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014, Pasal 22 ayat (2).

¹⁰³ World Health Organization, *Sexual health, human rights, and law*. World Health Organization, 2008. Hlm. 5

¹⁰⁴ *Ibid*

¹⁰⁵ United Nations, Economic and Social Council, *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt E/CN.4/2004/49* (16 February 2004), para. 55.

- Larangan praktik berbahaya dan diskriminatif

Jaminan kespro perempuan harus pula mengatur larangan praktik-praktik yang membahayakan. Sebab praktik-praktik tersebut menjadi barrier bagi perempuan untuk mendapatkan standar tertinggi kespro. Di antara berbagai praktik yang diskriminatif terhadap perempuan, pemotongan alat kelamin atau sunat perempuan/*female genital mutilation* (FGM) berdampak langsung pada sistem dan kespro perempuan. Dalam peraturan perundang-undangan dan produk hukum di Indonesia, tidak ada ketentuan yang melarang praktik berbahaya ini, sehingga hingga sekarang FGM masih dapat dipraktikkan tanpa konsekuensi hukum. Di samping itu, mengingat ajaran agama, tradisi, dan norma-norma sosial hingga saat ini memiliki legitimasi yang kuat di Indonesia, tak menutup kemungkinan prevalensi praktik ini masih tinggi hingga beberapa tahun ke depan.

Dalam ICPD Report, negara-negara didorong untuk melarang praktik FGM.¹⁰⁶ FGM juga menjadi salah satu isu kespro di Indonesia yang dikritik oleh Komite CEDAW dalam Concluding Observations laporan Indonesia di tahun 2012 atas implementasi CEDAW,¹⁰⁷ yang digarisbawahi adalah diizinkannya praktik sunat perempuan yang oleh tenaga kesehatan melalui Permenkes No. 1636/MENKES/PER/XI/2010. Oleh karena itu, agar dapat memberikan perlindungan yang lebih kuat terhadap perempuan, FGM harus dilarang oleh hukum dan institusi atau perorangan yang melayani praktik FGM harus dikenakan konsekuensi hukum tertentu.

(2) Meninjau ulang aturan yang tidak jelas

Selain meninjau kembali ruang lingkup kespro dengan memperhatikan hal-hal di atas, selanjutnya diperlukan pula meninjau aturan-aturan yang tidak jelas, baik dari segi perumusannya, urgensi, maupun substansinya. Ini meliputi aturan-aturan yang juga berisiko menjadi diskriminatif terhadap perempuan. Salah satunya misalnya aturan mengenai ‘peran pasangan yang sah’ dalam Pasal 10 PP Kespro.

¹⁰⁶ UN Population Fund (UNFPA), op.cit., para. 4.22, 5.5, 7.6.

¹⁰⁷ CEDAW, op.cit., para. 21.

Ketentuan ini perlu dievaluasi, yang pertama dari segi substansi serta urgensinya, yang kedua dari segi formal atau pengaturannya dalam PP. Ketentuan ini tidak mengandung urgensi yang jelas, terutama, dalam ayat (2)-nya, sebab substansinya merupakan norma yang bersifat umum dan sudah jelas: hal-hal yang disebutkan dalam poin a sampai h merupakan hal yang sudah semestinya dilakukan seorang suami.

Suami-istri sudah semestinya saling mendukung dalam penggunaan kontrasepsi, suami jelas harus memperhatikan kesehatan istri dan janinnya saat hamil serta mendampingi dan memastikan keamanan proses persalinan. Baik suami maupun istri juga sudah jelas-jelas dilarang melakukan kekerasan dalam rumah tangga yang di Indonesia dilarang oleh hukum pidana. Selain itu, pengaturan hal-hal ini dalam PP tidak cocok sebab sebagai aturan pelaksana, substansi PP adalah pengaturan lebih lanjut dari ketentuan dalam UU, baik yang secara langsung mendelegasikan pada PP atau tidak.¹⁰⁸

Dalam UU Kesehatan, tidak ditemukan ketentuan yang memerlukan pengaturan lebih lanjut yang substansinya seperti Pasal 10 tersebut. Lain halnya apabila substansi pengaturan adalah pelaksanaan edukasi kesetaraan gender dalam rumah tangga terkait dengan kespro, yang menjadi tugas dan wewenang lembaga tertentu, yang memang cocok dengan substansi pengaturan PP. Oleh karena itu, ketentuan seperti ini sebaiknya dihapus atau diperbarui dengan substansi yang tepat.

Standarisasi Kesehatan Reproduksi Perempuan

Luasnya lingkup pengaturan perlindungan HAKR perempuan serta berbagai isu yang ada menunjukkan dibutuhkan standarisasi agar terdapat pedoman yang jelas dan berlaku di seluruh Indonesia, sebagai perlindungan yang lebih kuat terhadap HAKR perempuan. Adanya standarisasi ini, selain untuk menjamin kualitas pelayanan kespro, juga diperlukan mengingat Indonesia menerapkan desentralisasi, di mana urusan kesehatan, sesuai UU Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah, dibagi antara pemerintah pusat dan pemerintahan daerah, sehingga setiap daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota membentuk peraturan dan kebijakan terkait dengan kesehatan.

¹⁰⁸ Indrati, Maria Farida, Ilmu Perundang-Undangan: Jenis, Fungsi, dan Materi Muatan, (Yogyakarta: Kanisius 2007), Hal. 221-222.

Standarisasi ini perlu diwujudkan dalam sebuah regulasi agar memberikan perlindungan yang kuat bagi perempuan. Dalam hal ini, bentuk pengaturan yang cocok dapat berupa Permenkes, sebab di satu sisi standarisasi ini perlu diatur secara luas terkait segala standar-standar kespro perempuan berperspektif gender, tapi di sisi lain juga meliputi hal-hal yang sifatnya teknis. Berikut adalah hal-hal yang perlu dimasukkan dalam peraturan mengenai standarisasi.

- a) standar KIE dan konseling kespro yang berbasis gender berdasarkan *life-cycle approach*, yang meliputi usia anak-anak, remaja, dewasa, hingga lanjut usia;¹⁰⁹
- b) standar layanan kontrasepsi;
- c) standar layanan kehamilan, yang meliputi masa sebelum hamil/perencanaan kehamilan dan masa hamil;
- d) standar layanan melahirkan;
- e) standar layanan untuk ibu menyusui;
- f) standar layanan penanganan keguguran;
- g) standar aborsi aman, yang meliputi standarisasi kompetensi konselor;
- h) standar layanan IMS;
- i) standar layanan infeksi saluran reproduksi dan penyakit-penyakit lainnya;
- j) perlindungan hak atas kesehatan reproduksi perempuan dalam ketenagakerjaan dan kepegawaian, bekerja sama dengan kementerian lain yang terkait dan pemerintahan daerah;
- k) pendidikan kesetaraan gender dalam keluarga sebagai upaya meningkatkan kesehatan reproduksi;
- l) pengumpulan data secara berkala oleh Kemenkes;
- m) partisipasi masyarakat, baik dalam bentuk kerja sama dengan Kemenkes maupun atas inisiatif sendiri oleh organisasi atau lembaga-lembaga swadaya masyarakat, terutama dalam penelitian, kampanye, dan edukasi; dan
- n) sistem pengawasan.

¹⁰⁹ Bagi anak-anak dan remaja perempuan, harus ditetapkan standar KIE dan konseling mengenai seksualitas, sistem reproduksi, yang meliputi siklus menstruasi dan Kehamilan Tidak Direncanakan (KTD).

Poin-poin di atas telah disesuaikan dengan ruang lingkup berdasarkan ICPD Report dan evaluasi dari regulasi yang ada, kemudian ditambahkan dengan hal-hal yang masih perlu diatur lebih lanjut.

Hal-hal tersebut di antaranya adalah penanganan keguguran (belum ada pengaturan yang jelas), pendidikan kesetaraan gender dalam keluarga (berdasarkan evaluasi Pasal 10 PP Kespro), dan kespro dalam ketenagakerjaan dan kepegawaian (perlu diatur mengenai kewajiban pemberian hak cuti haid, melahirkan, dan menyusui oleh instansi dan perusahaan). Dalam standarisasi, perhatian secara khusus perlu diberikan kepada upaya penurunan AKI. Standarisasi tersebut harus memperhatikan AAAQ. Contoh dapat diambil dari salah satu dari negara yang AKI-nya terendah di dunia dan kebijakan HAKR-nya juga merupakan salah satu yang terbaik, yakni Norwegia. Berikut adalah beberapa poin penting dalam kebijakan kespro Norwegia:

- a) profesi bidan menempati posisi yang sangat penting dalam menangani kelahiran, bahkan dalam kelahiran normal bidan lebih diutamakan dari dokter, sehingga tingkat kesejahteraan bidan juga tinggi;
- b) layanan perawatan masa hamil dan melahirkan diberikan secara gratis;
- c) aborsi atas permintaan dilakukan maksimal usia kehamilan 12 minggu, di atasnya ditentukan oleh komite medis;
- d) insentif tinggi bagi dokter umum yang memberikan konsultasi kontrasepsi; dan
- e) cuti melahirkan dan cuti ayah selama 10 bulan dengan gaji penuh atau 12 bulan dengan gaji 80 persen.¹¹⁰

Poin-poin ini menunjukkan terpenuhinya elemen AAAQ dalam kespro. Misalnya, gratisnya biaya perawatan masa kehamilan dan melahirkan tentu sangat berpengaruh dalam penurunan AKI, karena setiap perempuan memiliki akses (*accessibility*) atas layanan yang berkualitas (*quality*). Demikian pula dengan konsultasi kontrasepsi oleh dokter umum (*availability, quality*), tenaga bidan (*availability, quality*), dan cuti yang dijamin (*accessibility* terutama subkomponen *non-discrimination*).

¹¹⁰ Austveg, Berit, and Johanne Sundby. "Norway at ICPD+ 10: international assistance for reproductive health does not reflect domestic policies." *Reproductive health matters* 13, no. 25 (2005): 23-33. hlm. 24-27.

Dalam penentuan standarisasi juga harus dikaji mengenai ketentuan cuti melahirkan yang lebih lama dan juga cuti ayah, yang juga sekaligus menjadi acuan dalam pembaruan hukum ketenagakerjaan. Standar-standar yang telah ditetapkan dalam hukum internasional, yang meliputi CEDAW, ICESCR, dan Konvensi ILO No. 103 harus diperhatikan, di mana cuti melahirkan merupakan hak bagi setiap pekerja perempuan dan wajib diberikan minimal selama 12 minggu, sehingga pada dasarnya dapat diberikan lebih dari itu. Indonesia juga harus segera meratifikasi Konvensi ILO tersebut sebagai bagian dari regulasi perlindungan hukum HAKR perempuan. Selanjutnya, mengenai pengumpulan data telah disinggung dalam Concluding Observations Komite CEDAW atas laporan Indonesia tahun 2012, di mana Indonesia kekurangan data atas praktik aborsi tidak aman.¹¹¹

Untuk itu, Kemenkes dan instansi lain yang terkait juga harus mengumpulkan data praktik aborsi tidak aman dan data lainnya yang penting seperti AKI, KTD, dan IMS yang dikategorikan berdasarkan lokasi dan usia, sebagai bagian dari standarisasi kespro di Indonesia. Data tersebut penting agar secara berkala dapat dilakukan pemetaan isu-isu kespro perempuan yang ada dan upaya penyelesaiannya diintegrasikan dalam program-program kementerian dan pemerintahan daerah.

Menjadikan Standarisasi Pendidikan Kespro dan Seksual pada Anak-anak dan Remaja sebagai Prioritas

Kespro dan seksual tidak bisa dijamin tanpa pendidikan yang memadai. Hal ini disebabkan, perkembangan fungsi reproduksi dan seksual merupakan bagian dari pertumbuhan dan pendewasaan diri setiap manusia. Perkembangan yang sehat ini tidak hanya berkaitan dengan aspek fisik, tapi juga “pemahaman akan perilaku seksual yang sehat dan perasaan yang positif akan kesejahteraan seksual (*sexual well-being*).”¹¹²

Pendidikan kespro dan seksual yang diterapkan dengan baik juga akan berdampak positif pada pencegahan kekerasan seksual, IMS, KTD,

¹¹¹ Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Fifty-second session 9-27 July 2012, Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW/C/IDN/CO/6-7, 27 July 2012, Para. 41.

¹¹² U.N. Gen. Ass. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Human Rights Council's Thirty-second session (4 April 2016) A/HRC/32/32, Para. 83.

aborsi tidak aman, dan pada akhirnya penurunan AKI namun dalam regulasi yang ada, tidak ada penekanan terhadap wajibnya diberikan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi, sehingga untuk ke depannya perlu ditambahkan dalam ketentuan yang sudah ada atau diatur dalam peraturan tersendiri, mengingat keterlibatan lembaga pendidikan dan pengubahan sistem pendidikan. Pendidikan seksualitas ini harus diberikan sesuai usia (*age-appropriate*), komprehensif, dan inklusif, serta berbasis sains dan HAM, yang dijadikan pelajaran wajib dalam kurikulum pendidikan formal.¹¹³ Pendidikan dimaksud meliputi pemahaman akan:

- a) hubungan antar manusia;
- b) seksualitas;
- c) kesetaraan dan identitas gender;
- d) perilaku orang tua dan perilaku seksual yang bertanggungjawab (*responsible parenthood and sexual behavior*); dan
- e) pencegahan kehamilan dini dan infeksi menular seksual.¹¹⁴

Aborsi Aman

Pengaturan mengenai aborsi sebagaimana telah dibahas di atas masih belum menunjukkan prioritas terhadap kepentingan perempuan, namun lebih mengutamakan standar-standar moral yang tidak jelas tolak ukurnya. Aborsi bagi korban perkosaan pun juga hanya dibatasi dapat dilakukan pada usia kehamilan enam minggu meski hal ini akan menyulitkan banyak perempuan korban perkosaan yang baru mengetahui kehamilannya di atas usia enam minggu.

Terlebih lagi, tidak ada pula ketentuan mengenai jaminan akses kontrasepsi darurat bagi korban perkosaan, yang ini akan menambah kemungkinan dilakukannya aborsi tidak aman. Selain itu, ketidakberpihakan terhadap kepentingan perempuan nampak juga pada pengaturan mengenai konseling yang dapat diberikan oleh pihak selain konselor profesional. Ketentuan yang ada juga masih menunjukkan corak patriarki di mana dibutuhkan izin suami sebagai aborsi berdasarkan kedaruratan medis.

Pembaruan pengaturan harus dititikberatkan pada standar aborsi yang aman, melalui ketentuan standarisasi sebagaimana dibahas di atas,

¹¹³ Ibid, para. 91, 113(d).

¹¹⁴ Ibid, para. 91.

serta pada pencegahan aborsi tidak aman. Pencegahan praktik aborsi tidak aman karena itu juga tak dapat dipisahkan dari pencegahan KTD, di mana KIE, konseling, serta akses terhadap kontrasepsi dan pendidikan seksualitas dan reproduksi bagi sangatlah krusial.¹¹⁵ Oleh karena itu, berikut yang dapat dijadikan acuan bagi pembaruan aturan mengenai aborsi aman berdasarkan Komentar Umum CESCR:

- a) menjamin akses layanan aborsi dan pasca-aborsi yang aman bagi remaja dan perempuan dewasa, yang meliputi pelatihan bagi tenaga medis;
- b) meniadakan aturan yang memidana perempuan yang melakukan aborsi; dan
- c) menghormati hak perempuan untuk membuat keputusan secara mandiri mengenai hal-hal terkait kesehatan seksual dan reproduksinya.¹¹⁶

Dengan demikian, pencegahan aborsi tidak aman sangat erat kaitannya dengan aksesibilitas sebagai salah satu unsur hak atas kesehatan.

Pengaturan-pengaturan yang menjadi penghalang perempuan untuk mengakses layanan kesehatan harus dihapus, seperti ketentuan yang membatasi korban perkosaan untuk melakukan aborsi maksimal usia enam minggu kehamilan dan izin suami sebagai syarat aborsi indikasi kedaruratan medis. Pihak yang dapat menilai apakah perempuan tersebut aman melakukan aborsi atau tidak, dengan melihat usia kehamilan bersamaan faktor-faktor lainnya haruslah pihak yang kompeten, misalnya tim dokter dan/atau konselor. Dengan mempertimbangkan etika terhadap keluarga si perempuan, kewajiban tim medis dapat diatur berupa mengkomunikasikan kepada pihak pasangan atau keluarga, ketimbang mendapatkan izin sebagai syarat hukum.

B. Formil

Bentuk Peraturan

Beragamnya substansi pengaturan perlindungan HAKR perempuan yang memerlukan peninjauan dan pengubahan menunjukkan luasnya lingkup pembaruan yang perlu dilakukan. Akan tetapi, pembaruan dengan

¹¹⁵ CESCR, General Comment art. 22, para. 28

¹¹⁶ *Ibid*

cara membentuk UU yang baru akan memakan waktu yang cukup lama dan terlebih lagi, masih diperlukan waktu juga untuk masuk ke dalam Program Legislasi Nasional (Prolegnas) DPR-RI. Oleh karena itu, ketimbang membentuk UU baru, terdapat beberapa bentuk pembaruan pengaturan perlindungan HAKR perempuan yang dapat dilakukan.

(1) Amandemen Undang-Undang Kesehatan, Undang-Undang Ketenagakerjaan, dan Peraturan Pemerintah Kesehatan Reproduksi

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan, terhadap beberapa ketentuan dalam UU yang telah ada, yakni UU Kesehatan dan UU Ketenagakerjaan yang dapat diamandemen dengan memperhatikan perspektif HAM dan gender. Dalam perubahan tersebut, yang dapat dilakukan adalah menguatkan perspektif HAM dan gender, yakni dengan merumuskan norma di mana klaim atas HAKR perempuan dapat diakui dan dimintakan pertanggungjawaban kepada pemerintah selaku aktor utama HAM, melalui mekanisme yang konkret dan aksesibel.¹¹⁷

Selanjutnya yaitu meniadakan ketentuan yang menunjukkan standar-standar tertentu yang tolak ukurnya tidak jelas seperti ‘etika dan moralitas’ dan mengandung standar moral yang subjektif serta tidak berpihak kepada perempuan, serta lebih memperjelas mekanisme-mekanisme perlindungan, di mana konten normatif HAM itu dirumuskan pula sebagai kewajiban-kewajiban pemerintah dan pemerintah daerah. Selain itu bagi kedua Undang-Undang tersebut, penambahan sanksi, baik administratif maupun pidana, dapat dikaji bagi pelanggaran ketentuan-ketentuan yang berkaitan dengan HAKR perempuan.

(2) Permenkes

Fungsi peraturan Menteri adalah sebagai berikut:

- a) menyelenggarakan pengaturan secara umum dalam rangka penyelenggaraan kekuasaan pemerintahan di bidangnya;
- b) menyelenggarakan pengaturan lebih lanjut ketentuan dalam Peraturan Presiden;

¹¹⁷ Gable, L, Reproductive Health as a Human Right, “Case Western Reserve Law Review”, Vol. 60, No 4. 2011, hal. 992

- c) menyelenggarakan pengaturan lebih lanjut ketentuan dalam UU yang tegas-tegas menyebutnya; dan
- d) menyelenggarakan pengaturan lebih lanjut ketentuan dalam Peraturan Pemerintah yang tegas-tegas menyebutnya.¹¹⁸

Oleh karena itu, pengaturan mengenai standarisasi tepat apabila diatur dengan Permenkes, sebab pengaturan mengenai standarisasi sifatnya lebih rinci daripada PP, dan banyak mengatur hal-hal lebih lanjut dari ketentuan yang sudah diatur di dalam PP.

Permenkes standarisasi kespro ini juga dapat menjadi produk hukum yang mengatur secara menyeluruh dan menggabungkan berbagai ketentuan mengenai HAKR perempuan yang tersebar di berbagai Permenkes lainnya sebagaimana telah dibahas di atas.

(3) Kerja sama dengan Kemendikbud

Perlindungan HAKR dalam bentuk pendidikan kespro dan seksual tidak dapat dilaksanakan sendiri oleh Kemendikbud, tapi juga membutuhkan kerja sama dengan Kemendikbud sebagai Kementerian yang bertugas menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan. Terlebih lagi, apabila akan dilakukan perubahan terhadap kurikulum, hal ini hanya dapat dilakukan melalui Permendikbud. Selama ini, pendidikan kespro dan seksual tidak diberikan sebagai mata pelajaran wajib yang tersendiri di sekolah, melainkan diintegrasikan dengan mata pelajaran lainnya, sebagai muatan lokal, kokurikuler, ekstrakurikuler, bimbingan dan konseling, atau sebagai pengayaan.¹¹⁹ Ke depannya dapat dikaji Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas dalam kurikulum pendidikan dasar dan menengah sebagai mata pelajaran tersendiri yang sifatnya wajib, agar siswa mendapatkan pemahaman yang lebih baik.

(4) Pengaturan di level daerah

Pembaruan hukum perlindungan HAKR perempuan harus pula memerhatikan pembagian urusan pemerintahan berdasarkan sistem desentralisasi yang diterapkan di Indonesia. Kespro, yang berdasarkan UU

¹¹⁸ Maria Farida Indrati... op.cit. hlm. 225-227.

¹¹⁹ Modul Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja, Tingkat SD/MI, http://uks.dikdasmen.kemdikbud.go.id/uks_page/assets/media/linkProgram/BUKU%20FINAL%20MODUL%20PENDIDIKAN%20KESPRO%20REMAJA%20SD-MI_1528089393.pdf, Hal. 12-14.

Kesehatan merupakan salah satu dari Upaya Kesehatan, dengan demikian dapat pula diatur di level daerah provinsi maupun daerah kabupaten kota. Hal ini dikarenakan pengelolaan Upaya Kesehatan dilaksanakan di level pusat maupun level daerah provinsi dan kabupaten/kota.¹²⁰

Selain sebagai upaya kesehatan, kolaborasi dengan Pemerintah Daerah dilakukan pula dalam hal pengawasan ketenagakerjaan, sebagai upaya perlindungan hak-hak pekerja perempuan yang meliputi cuti haid, cuti melahirkan, dan hak menyusui di tempat kerja dan jam kerja.¹²¹ Dalam bidang pendidikan, daerah provinsi dapat pula memasukkan Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksual sebagai bagian dari kurikulum muatan lokal pendidikan menengah dan pendidikan khusus, dan bagi daerah kabupaten kota dalam kurikulum pendidikan dasar, pendidikan anak usia dini, dan pendidikan non-formal.¹²²

Pengawasan

Agar hukum HAKR perempuan dapat berlaku secara efektif dan betul-betul melindungi serta meningkatkan kondisi kesehatan reproduksi perempuan, harus ada pengawasan dari hukum yang berlaku. Pengawasan hukum merupakan upaya dalam mengawal jalannya pemerintahan dan memastikan terwujudnya tujuan negara hukum. Makmur memetakan tipe-tipe pengawasan yang ideal sebagai berikut:

- a) Pengawasan pendahuluan: pengawasan ini diproyeksikan untuk pengawasan awal untuk meminimalisir terjadinya penyimpangan dari standar atau tujuan awal, sehingga memungkinkan untuk dilakukan penyesuaian;
- b) Pengawasan bersamaan dengan pelaksanaan: pengawasan ini menjadi suatu tahapan untuk menjamin terpenuhinya aspek yang menjamin ketetapan pelaksanaan suatu hukum; dan
- c) Pengawasan umpan balik: pengawasan ini merupakan evaluasi untuk mengukur hasil dari terlaksananya suatu hukum apakah sudah sesuai dengan rencana yang ditentukan.

¹²⁰ Indonesia, Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah, Lampiran I.B.

¹²¹ Ibid, Lampiran I.G.

¹²² Ibid, Lampiran I.A.

Oleh karena itu, suatu pemerintahan harusnya melakukan pengawasan dengan memperhatikan proses pelaksanaan hukum itu berlaku dan disesuaikan dengan capaian yang diharapkan. Pengawasan dapat mengutamakan pengawasan secara internal Kementerian dan Pemerintah Daerah, serta melibatkan masyarakat, yang dapat melaporkan kepada Ombudsman (apabila indikasi pelanggaran terjadi dalam konteks pelayanan publik, misalnya oleh faskes pemerintah) ataupun Komnas Perempuan, Komnas HAM, dan lembaga-lembaga swadaya masyarakat lainnya. Ketentuan mengenai pengawasan harus ditambahkan di dalam peraturan perundang-undangan dan produk hukum hasil pembaruan.

Sanksi

Ketentuan mengenai sanksi dapat diberikan dalam suatu peraturan perundang-undangan, terutama yang mengandung norma dalam bentuk larangan, perintah, atau kewajiban.¹²³ Penegakan norma-norma tersebut akan sulit apabila tidak dilengkapi sanksi.¹²⁴ Oleh karena itu, sanksi dapat diberikan dengan beberapa tujuan, antara lain:

- a) upaya penegakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b) sebagai hukuman bagi siapapun yang melakukan pelanggaran atas suatu norma peraturan perundang-undangan;
- c) membuat jera seseorang untuk melakukan kembali pelanggaran hukum; dan
- d) mencegah pihak lain untuk melakukan pelanggaran hukum.¹²⁵

Sanksi dapat diberikan dalam bentuk sanksi administratif atau sanksi pidana terhadap pemberi kerja atau atasan, kepada tenaga kesehatan, maupun kepada fasilitas kesehatan.

Sanksi administratif maupun pidana bagi pelaku usaha pada dasarnya telah diatur secara tersentral pada UU No 13 tahun 2003 atau yang biasa disebut UU ketenagakerjaan. Sanksi administratif dalam UU ini berupa teguran, somasi dalam bentuk peringatan tertulis, pembatasan dan pembekuan usaha, dibatalkannya persetujuan dan pendaftaran, hingga diberhentikannya sebagian atau seluruh alat produksi sementara, bahkan sampai adanya pencabutan izin usaha. Dalam UU ini sanksi pidana juga

¹²³ *Ibid.*, hlm. 606

¹²⁴ *Ibid.*, hlm. 606-607.

¹²⁵ *Ibid.*

telah diatur bagi pengusaha yang tidak memberikan cuti melahirkan. Ke depannya penambahan ketentuan sanksi dapat dikaji dan bagi pengusaha/pemberi kerja atau atasan yang melanggar hak cuti haid dan hak menyusui.

Sanksi administratif bagi atasan dalam instansi pemerintahan juga dapat diberikan apabila melanggar ketentuan hukum terkait HAKR pegawai perempuan, terutama hak-hak cuti. Sanksi bagi atasan diberikan dengan berpedoman kepada PP No. 48 tahun 2016 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pejabat Pemerintahan.

Sementara itu, dalam peraturan perundang-undangan juga diatur sanksi bagi tenaga kesehatan baik berupa sanksi administratif maupun pidana, dan sanksi administratif bagi rumah sakit. Dalam UU Kesehatan, diatur sanksi bagi tenaga kesehatan dan pimpinan faskes yang sengaja tidak memberikan pertolongan medis terhadap pasien dalam kondisi gawat darurat. Kemudian dalam UU Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, sanksi pidana bagi tenaga kesehatan diberikan bagi setiap tenaga kesehatan yang tidak STR namun sengaja menjalankan praktik medis, kemudian dapat diperberat bila pasien mendapatkan luka berat hingga kematian. Permenkes No. 4 tahun 2018 juga mengatur tentang kewajiban rumah sakit dan kewajiban pasien, di mana pada Pasal 30 diatur pengenaan sanksi administratif bagi rumah sakit sebagai instansi faskes apabila melanggar ketentuan hak-hak pasien sebagaimana yang diatur dalam Pasal 2 hingga Pasal 25. Sanksi administratif ini berupa teguran lisan maupun tertulis, pemberhentian sementara kegiatan rumah sakit, pengenaan denda hingga pencabutan izin operasional rumah sakit.¹²⁶

Dalam hukum HAKR, sanksi bagi tenaga kesehatan dan faskes dapat diberikan dalam bentuk sanksi administratif maupun pidana pula bila mereka melanggar ketentuan-ketentuan mengenai HAKR pasien. Sanksi terutama juga dapat diberikan bila tenaga kesehatan menolak melayani pasien perempuan yang membutuhkan layanan HAKR, dengan alasan yang tidak dapat dibenarkan, misalnya karena perempuan tersebut belum menikah, atau dengan kata lain melakukan diskriminasi. Sanksi juga dapat diberikan apabila tenaga kesehatan dan faskes menolak melakukan aborsi indikasi kedaruratan medis atau bagi korban perkosaan yang telah memenuhi semua syarat yang ditentukan peraturan perundang-undangan.

¹²⁶ Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018, Pasal 32.



BAB 9

Penutup

Norma gender yang tidak setara tidak menguntungkan posisi perempuan dalam bernegosiasi seputar pemanfaatan reproduksi yang mereka miliki. Hal ini tentunya tidak menguntungkan posisi perempuan dalam bernegosiasi seputar pemanfaatan organ reproduksi yang mereka miliki. Norma yang menentukan sikap, peran, dan relasi antar anggota dari struktur masyarakat ini bersifat relatif, bukan hukum baku tetapi karena sifatnya hierarki sehingga ada kedudukan yang terpinggirkan dari sistem itu, dan perempuan yang merupakan pusat reproduksi justru terkesan dipisahkan dari tubuhnya. Sistem reproduksi yang mereka miliki diatur oleh orang lain. Relasi kuasa akan berpengaruh pada pengambilan keputusan. Perempuan (istri) dalam budaya patriarki seringkali ditempatkan di kedudukan yang lebih rendah dari suami.¹²⁷

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera secara kompleks, di mana tolok ukur yang digunakan bukan hanya dari segi fungsi biologis semata melainkan aspek sosial dan mental yang kadang kala justru dipinggirkan ketika menilai status kesehatan. Sementara norma gender mengatur bagaimana seseorang bertindak, memahami, bahkan berperasaan tumbuh dari unit sosial terkecil yaitu keluarga sampai unit besar di lingkungannya yaitu teman, masyarakat, tempat kerja, bahkan media dan kebijakan pemerintah.

World Health Organization telah mencanangkan tiga faktor penentu status kesehatan reproduksi, diantaranya:

- (1) perbedaan biologis yaitu anatomis, fisiologi, genetik, dan sistem imunitas
- (2) perbedaan sosial budaya seperti peran dan tanggung jawab, serta norma yang berlaku di masyarakat

¹²⁷ Aristiana Prihatining Rahayu dan Waode Hamsia, 2018; International Centre for Research on Women and Girls Not Brides, 2015

- (3) akses dan kontrol terhadap sumber daya kesehatan: ekonomi, sosial, politik; ketersediaan dan kualitas informasi dan edukasi tentang kesehatan reproduksi; ketersediaan waktu untuk berpartisipasi dalam program kesehatan reproduksi; ketersediaan dan kualitas layanan; keterbatasan sumber daya internal; otoritas terhadap tubuh sendiri untuk memilih layanan yang diinginkan; kontrol antara pengambilan keputusan dan keterampilan mencegah komplikasi penyakit.

Sustainable Development Goals atau SDGs yang merupakan kelanjutan *Millennium Development Goals* (MDGs) berlaku dari tahun 2016-2030 menegaskan bahwa salah satu poin penting pada ‘Tujuan 3’ (Goals III) yaitu menargetkan akses layanan untuk perawatan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk di dalamnya adalah keluarga berencana, informasi dan pendidikan, serta adanya integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional. Lebih lanjut di ‘Tujuan 5’ (Goals V), menempatkan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan sebagai poin utama. Selain terbebas dari diskriminasi dan kekerasan, perempuan berhak mendapatkan edukasi dan akses terhadap kesehatan reproduksi dan seksual.

Kaitan antar norma gender dan status kesehatan reproduksi perempuan sangat nampak ketika menganalisis faktor-faktor penyebab masalah kesehatan reproduksi yang terjadi. Akan tetapi sayangnya, meskipun menimbulkan morbiditas sampai mortalitas pada perempuan, belum ada perhatian penuh yang berperspektif gender untuk menanganinya, karena norma masyarakat yang dinaturalisasi sehingga dianggap bukan persoalan krusial.

Banyak perempuan yang masuk dalam kategori *unmet need*, yakni kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi. Meskipun perempuan tersebut secara sadar melakukan program kehamilan, namun sebagai perempuan yang memiliki kehendak atas pusat reproduksinya, perempuan tetap memerlukan kontrasepsi. Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa *unmet need* disebabkan oleh tidak adanya dukungan suami untuk mengakses kontrasepsi meskipun fasilitas kesehatan sudah memadai. Biasanya, perspektif suami dipengaruhi oleh kepercayaan budaya yang dianut. Suami yang berperan sebagai pemimpin dalam rumah tangga mendapat posisi istimewa ketika bernegosiasi. Karena kepemimpinan yang dijalankan adalah sebagai ‘pengatur’ bukan ‘pelindung’ bagi keluarganya.

Jika suami berperan sebagai ‘pelindung’ maka mereka akan memikirkan risiko-risiko kesehatan yang akan menimpa anggota keluarganya sebelum mengambil keputusan.

Edukasi mengenai alat kontrasepsi lebih banyak menysasar perempuan ketimbang laki-laki. Alat-alat kontrasepsi dari bahan kimia banyak mengakibatkan efek negatif untuk tubuh perempuan jika yang berpengaruh terhadap sistem tubuhnya: sakit kepala, muntah, haid tidak teratur, bintik-bintik hitam pada kulit atau, kesakitan di bagian lengan yang disisipi implan. Padahal efek negatif dari alat kontrasepsi pada laki-laki justru sangat minim.

Berbagai keyakinan akan tafsir agama juga memengaruhi norma gender dan keputusan. Kita pernah mendengar perihati syahidnya seorang perempuan jika meninggal dalam persalinan. Kematian ibu yang tidak memperlihatkan penurunan signifikan sebetulnya bisa diminimalisir melalui pemeriksaan kehamilan rutin untuk menganalisis faktor-faktor risiko berbahaya jika melahirkan atau mendeteksi penyakit/kemungkinan sakit sebelum kehamilan sehingga hal-hal negatif bisa diminimalisir. Kesakitan seperti itu ditempatkan sebagai takdir yang tidak bisa diubah, padahal ada usaha preventif yang bisa dilakukan, bukan hanya pasrah dan ikhlas kemudian berharap diberikan pahala sebagai *impact* dari kesakitan yang telah dijalaninya.

Praktik merugikan lainnya yang berkaitan erat dengan norma gender adalah perkawinan anak dan Female Genital Mutilation. Namun norma gender biasanya tidak berdiri sendiri dalam memengaruhi status kesehatan reproduksi, melainkan memiliki faktor pendukung seperti kebijakan politik, ekonomi, pendidikan, akses fasilitas, dan lain-lain.

Meningkatkan Hak Reproduksi Perempuan Demi Populasi yang Lebih Tangguh

Pada November 2022, PBB mengumumkan bahwa populasi dunia mencapai 8 miliar, yang perlu digarisbawahi, populasi bukanlah soal angka semata. Ada berbagai faktor yang perlu diperhatikan untuk membentuk penduduk yang lebih sejahtera, antara lain dengan mendorong hak-hak reproduksi perempuan. Laporan Keadaan Populasi Dunia 2023 memberikan wawasan tentang keadaan hak reproduksi perempuan saat ini dan hubungannya dengan ketahanan populasi.

Populasi Dunia Saat Ini

Laporan Keadaan Populasi Dunia 2023 disusun oleh penasihat eksternal, peneliti dan penulis, serta staf teknis dan editor UNFPA. Laporan tersebut menemukan bahwa pemahaman yang memadai tentang populasi dapat menuntun kita untuk menghasilkan solusi bagi masalah ketahanan demografis dan membantu kita membentuk masa depan yang lebih sejahtera.

Secara umum, angka 8 miliar menunjukkan bahwa banyak orang hidup lebih lama karena peningkatan layanan kesehatan dan perkembangan lainnya. Namun, fakta bahwa angka tersebut dicapai di tengah berbagai krisis dapat menimbulkan kecemasan bagi mereka yang menganggap angka tersebut terlalu tinggi. Pada saat yang sama, ada juga kasus negara dengan tingkat kesuburan yang rendah, yang seringkali menunjukkan minimnya kelahiran namun, perspektif di atas sebagian besar masih terfokus pada jumlah, bukan kehidupan manusia.

Ketika fokus hanya berpusat pada angka, berbagai masalah nyata penduduk Bumi menjadi rentan terabaikan, termasuk hak reproduksi perempuan. Laporan tersebut mengemukakan bahwa mengadvokasi keadilan seksual dan reproduksi dapat menciptakan populasi yang tangguh di masa depan.

Hak Reproduksi Perempuan

SDGs 5 bertujuan untuk mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan. Indikator 5.6.1 secara khusus mengukur proporsi perempuan usia 15-49 tahun yang mengambil keputusan yang tepat terkait hubungan seksual, penggunaan kontrasepsi, dan kesehatan reproduksi namun, sejumlah penelitian menunjukkan bahwa jalan untuk mencapai tujuan tersebut masih panjang. Laporan UNFPA menunjukkan bahwa 44% mitra perempuan di 68 negara tidak dapat menjalankan otonomi tubuh mereka sebagaimana diukur dengan indikator SDG 5.6.1. Selain itu, hampir setengah dari seluruh kehamilan tidak tepat waktu atau tidak diinginkan. Ada juga kasus perkawinan anak, dengan hampir sepertiga dari semua perempuan di negara berpenghasilan rendah dan menengah telah menjadi ibu di usia remaja.

Fakta di atas sering diabaikan dalam kebijakan demi mendapatkan tingkat kesuburan yang ‘tepat’. Secara global, banyak negara telah menerapkan kebijakan dan langkah untuk mengatasi tingkat kesuburan yang rendah. Ini termasuk peraturan untuk layanan kesehatan reproduksi dan seksual, mulai dari perawatan persalinan hingga layanan KB hingga akses kontrasepsi dan aborsi. Namun, laporan tersebut mengindikasikan bahwa ketika layanan kesehatan seksual dan reproduksi dipandang sebagai alat untuk mencapai tujuan fertilitas, hasilnya bisa menjadi kontraproduktif.

Menempatkan tingkat fertilitas sebagai tujuan reproduksi seringkali sama artinya dengan menempatkan rencana reproduksi perempuan sebagai prioritas kedua. Mengingat reproduksi setiap perempuan berbeda-beda dan kondisi ideal kesuburan mereka dapat berubah seiring waktu sesuai dengan keadaan, maka pemenuhan hak dan pilihan masyarakat harus menjadi aspek utama dalam membentuk populasi yang sehat, tangguh, dan berkembang di masa depan.

Kerja Sama Mewujudkan Populasi yang Tangguh

Pada tahun 1994, pemerintah dunia mengadopsi Program Aksi dari Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan. Kesepakatan tersebut memuat prinsip, komitmen, dan rencana aksi tentang hak asasi manusia, populasi, kesehatan seksual dan reproduksi, kesetaraan gender, dan pembangunan berkelanjutan.

Bertahun-tahun telah berlalu sejak perjanjian tersebut diadopsi, dan dunia telah melihat sejumlah perkembangan penting dalam kesetaraan gender. Jalan masih panjang untuk mencapai masyarakat di mana hak-hak reproduksi perempuan dihargai dan menjadi pertimbangan utama dalam pengambilan kebijakan, terutama menyangkut masalah populasi.

Laporan tersebut mengajak kita untuk mengajukan pertanyaan yang lebih baik mengenai populasi kita. Fokus untuk mendukung hak-hak lansia, mendorong hak-hak reproduksi perempuan, dan mengantisipasi perubahan populasi mesti mendapat perhatian yang lebih dari sekadar soal angka fertilitas. Demografi yang tangguh akan menghasilkan ketahanan populasi, terlepas dari tingkat kesuburan atau migrasi. Hal ini tentunya membutuhkan kerja sama dengan masyarakat sipil, sektor swasta, dan keluarga untuk mengadopsi kebijakan holistik untuk penuaan yang sehat

dan aktif, reformasi pasar tenaga kerja dan pensiun, kehangatan keluarga, dan [manajemen migrasi] yang lebih baik serta mempromosikan hak dan pemberdayaan reproduksi,

DAFTAR PUSTAKA

- Andre Ata Ujan, *Keadilan dan Demokrasi: Telaah Filsafat Politik John Rawls*, Yogyakarta: Kanisius, 2001
- Arigan NP, *Masalah Kusta dan Diskriminasi Serta Stigmatisasinya di Indonesia*, Jurnal Humaniora. Vol 4 (1), 2013
- Aripurnami, S, *Hak Reproduksi antara Kontrol dan Perlawanan: Wacana tentang Kebijakan Kependudukan Indonesia*. Jakarta: Kalyanamitra, 1999
- Aristiana Prihatining Rahayu dan Waode Hamsia, 2018; International Centre for Research on Women and Girls Not Brides, 2015
- Austveg, Berit, and Johanne Sundby. "Norway at ICPD+ 10: international assistance for reproductive health does not reflect domestic policies." *Reproductive health matters* 13, no. 25 (2005): 23-33
- Baso dan Raharjo, *Kesehatan Reproduksi. Panduan bagi Perempuan*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.1999
- B. Toebes, et. al, "Health and Human Rights in Europe", Cambridge: Intersentia, 2012
- Bennett, Linda Rae, Graham Sharyn Davies, and Martua Irwan Hidayana (eds). *"Seksualitas di Indonesia."* Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2018
- Bennett, Linda Rae. *Women, Islam and modernity: Single women, sexuality and reproductive health in contemporary Indonesia*. Routledge, 2005
- CEDAW, *General Recommendations Adopted By The Committee On The Elimination Of Discrimination Against Women*, Ninth session (1990), General recommendation No. 14: Female circumcision, Preamble, Recommendation (a).
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, 2 May 2016, para. 1.

- Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Fifty-second session 9-27 July 2012, Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW/C/IDN/CO/6-7, 27 July 2012, Para. 41.
- Constitution of the World Health Organization, Preamble, para. 3.
- CRC dan CEDAW, *Joint general recommendation No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women/general comment No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on harmful practices* CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18 (14 November 2014), para.19.
- Donny Danardono, *Teori Hukum Feminis: Menolak Netralitas Hukum, Merayakan Difference dan AntiEsensialisme*, <http://repository.unika.ac.id/id/eprint/22090>
- Evy Apriani. *Pengalaman perempuan berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi di Lembaga Pemasarakatan Cilacap* [Internet]. 2012 Available from: <http://lib.ui.ac.id>
- Fakih, Mansour, *Analisis Gender & Transformasi Sosial*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2013.
- Fitria M, Helmi AF. *Keadilan Gender dan Hak-hak Reproduksi di Pesantren*. J Psikol. 2011;38(1):1–16.
- Gable, L, *Reproductive Health as a Human Right*, “Case Western Reserve Law Review”, Vol. 60, No 4. 2011
- Hartanto H. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 2004
- Hata, *Hukum Internasional: Sejarah dan Perkembangan Hingga Pasca Perang Dingin*, Malang: Setara Press, 2015
- Hilaire McCoubrey & Nigel D. White, *Textbook on Jurisprudence* Blackstone Press Ltd, 1996, hlm. 267
- <http://bali.bkkbn.go.id/Lists/Berita/DispForm>).
- <http://etd.ugm.ac.id/index.php>
- <http://rifkaanisa.blogdetik.com/2013/02/07/kontrasepsi-kewajiban-perempuan-atau-laki-laki-unduh-pada-20-oktober-2014>
- <http://www.kebidanan.org/kie-dalam-pelayanan-kb>
- [http://www.sribd.com/12 hak reproduksi perempuan](http://www.sribd.com/12-hak-reproduksi-perempuan)
- <https://dataindonesia.id/ragam/detail/jumlah-kematian-ibu-di-indonesia-meningkat-5969-pada-2021>

- <https://komnasperempuan.go.id/siaran-pers-detail/siaran-pers-komnas-perempuan-tentang-peringatan-kampanye-internasional-hari-16-anti-kekerasan-terhadap-perempuan-25-november-10-desember-2022#:~:text=Komnas%20Perempuan%20pada%20Januari%20s.d%2C899%20kasus%20di%20ranah%20personal.>
- [https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/4243/saatnya-laki-laki-terlibat-untuk-cegah-dan-turunkan-angka-kematian-ibu-aki#:~:text=Jakarta%20\(24%2F11\)%20%E2%80%934.197%20kematian%20ibu%20tahun%202019.](https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/4243/saatnya-laki-laki-terlibat-untuk-cegah-dan-turunkan-angka-kematian-ibu-aki#:~:text=Jakarta%20(24%2F11)%20%E2%80%934.197%20kematian%20ibu%20tahun%202019.)
- <https://ykp.or.id/datainfo/materi/18#:~:text=Setiap%20perempuan%20mempunyai%20hak%20untuk%20bebas%20dari%20risiko%20kematian%20karena%20kehamilan.&text=Setiap%20individu%20berhak%20untuk%20menikmati,hamil%2C%20menjalani%20sterilisasi%20dan%20aborsi.>
- Ihsanudin, F. L., Saerozi, S., *Perspektif Santri Tentang Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Lembaga Penelitian STIQ An-Nur, 2009
- Ika Saptarini dan Suparmi, *Determinan Kehamilan Tidak Diinginkan di Indonesia (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2013)*, “Jurnal Kesehatan Reproduksi”, 2016.
- Indonesia, Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah, Lampiran I.B.
- Indra Perwira, *Memahami Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia*, Koleksi Pusat Dokumentasi ELSAM, 2014
https://referensi.elsam.or.id/wpcontent/uploads/2014/12/Kesehatan_Sebagai_Hak_Asasi_Manusia.pdf
- Indrati, Maria Farida, *Ilmu Perundang-Undangan: Jenis, Fungsi, dan Materi Muatan*, Yogyakarta: Kanisius 2007
- Irianto, Sulistyowati. (ed.) *Perempuan dan hukum: menuju hukum yang berperspektif kesetaraan dan keadilan: 22 tahun Konvensi CEDAW di Indonesia*. Yogyakarta: Yayasan Obor Indonesia, 2006.
- Jonathan M Mann, *Health and Human Rights*,” British Medical Journal”, Vol. 312, 1996
- Julie Mertus, et.al., *Hak Asasi Manusia Kaum Perempuan: Langkah Demi Langkah*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan 2001
- Kartono Mohamad, ‘Kesehatan Perempuan dalam Undang-Undang Kesehatan’, Jurnal Perempuan Volume 49, 2006

- Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018, Pasal 32.
- Komnas Perempuan. Catatan Tahunan Komnas Perempuan Tahun 2020. Vol. 4. 2021.
- Krishna Djaya Darumurti, *'Perspektif Filosofis Konsep Kekuasaan Diskresi Pemerintah'*, Jurnal Ilmu Hukum: Refleksi Hukum, Volume 41, 2014
- Maisuri T. Chalid, *Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu: Peran Petugas Kesehatan*. <http://gakken-idn.id/topics/files/upaya-menurunkan-kematian-ibu-peran-petugas-kesehatan-summary-full-teks-pdf>.
- Mas'udi. F.M. *Islam dan Hak-hal Reproduksi Perempuan. Dialog Fiqih dan Pemberdayaan*. Bandung: Mizan, 1997
- Miswanto, *Pentingnya Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas pada Remaja*," Jurnal Studi Pemuda", Vol. 3, No. 2, 2014, 112-113
- Modul Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja, Tingkat SD/MI, http://uks.dikdasmen.kemdikbud.go.id/uks_page/assets/media/linkProgram/BUKU%20FINAL%20MODUL%20PENDIDIKAN%20KESPRO%20REMAJA%20SD-MI_1528089393.pdf, Hal. 12-14.
- Muthmainnah, Yulianti. 2006. *3 M (Mengandung, Melahirkan, dan Menyusui) Ini Hak Siapa? Di mana Hak Reproduksi Perempuan*. Suara APIK, Edisi 32. Jakarta: LBH APIK.
- N. Umar, *Teologi Reproduksi. Bias Gender dalam Pemahaman Islam*. Yogyakarta: Gama Media. 2002
- Naimah N. *Perlindungan Hukum Terhadap Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Dari Kekerasan Berbasis Gender*. Egalita. 2015;10(1-10).
- Niken Savitri, *Feminist Legal Theory dalam Teori Hukum*, Bandung: Refika Aditama, 2008.
- Ninon Melatyugra, *'Teori Internasionalisme dalam Sistem Hukum Nasional'*, (2015) Refleksi Hukum: Jurnal Ilmu Hukum, Volume 9, 2015
- Ninsiima AB, Leye E, Michielsen K, Kemigisha E, Nyakato VN, Coene G. *Girls have more challenges; they need to be locked up": A*

- qualitative study of gender norms and the sexuality of young adolescents in Uganda*, Int J Environ Res Public Health, Vol. 15 (2), 2018
- Nurhayati. E., *Psikologi Perempuan Dalam Berbagai Perspektif*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2012
- Peraturan Bupati Bondowoso Nomor 78 Tahun 2018.
- Peraturan Menteri Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014, Pasal 22 ayat (2).
- Peter Mahmud Marzuki, *Pengantar Ilmu Hukum*, Jakarta: Kencana Prenada Media 2013
- PP Nomor 11 Tahun 2017, Pasal 325-327; PP Nomor 49 Tahun 2018, Pasal 88-90
- S. Federici, *Reproduksi dan Perjuangan Feminis dalam Pembagian Kerja International Baru*, Jakarta: Kalyanamitra. 2000
- Saptandari, Pinky, *Beberapa pemikiran tentang perempuan dalam tubuh dan eksistensi*, Biokultural 2, no. 1, 2013, 53-71
- Sciortino, *Menuju Kesehatan Madani*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1999
- Siti Uswatun Chasanah, *Peran Petugas Kesehatan Masyarakat Dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Pasca MDGs 2015*,” Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas”, Vol. 9, No. 2
- Sobary, M. *Perempuan dalam Budaya: Dominasi Simboisis dan Aktual Kaurm Laki-Laki* Dalam Hasyim, S. (Editor). *Menakar Harga Perempuan*: Bandung: Mizan. 1999
- Titon Slamet Kurnia, *‘Hukum dan Keadilan: Isu Bagian Hulu dan Hilir’ Refleksi Hukum*: Jurnal Ilmu Hukum Volume 17, 2010
- Titon Slamet Kurnia, *‘Negara Berbasis Hak sebagai Argumen Justifikasi Pengujian Konstitusionalitas Undang-Undang’*, Jurnal Konstitusi, Volume 9, 2012
- Titon Slamet Kurnia, *Hak atas Derajat Kesehatan Optimal sebagai HAM di Indonesia*, Bandung: PT. Alumni, 2007
- Titon Slamet Kurnia, *Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia: Sang Penjaga HAM (The Guardian of Human Rights)*, Bandung: PT. Alumni, 2013
- U.N, Gen, Ass, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and

- mental health, Human Rights Council's Thirty-second session (4 April 2016) A/HRC/32/32, Para. 83.
- UN Population Fund (UNFPA), Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994, 1995, A/CONF.171/13/Rev.1., para. 7.6
- United Nations, Beijing Declaration and Platform for Action on The Fourth World Conference on Women, Beijing (4-15 September 1995), para. 96.
- United Nations, Beijing Declaration and Platform for Action on The Fourth World Conference on Women, Beijing (4-15 September 1995), para. 96
- United Nations, Economic and Social Council, The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt E/CN.4/2004/49 (16 February 2004), para. 55.
- Wajidi, F. *Perempuan dan Agama: Sumbangan Riffaat Hassan*. Dalam Ridjal, F dkk (Editor). *Dinamika Gerakan Perempuan di Indonesia*. Yogyakarta: Tiara Wacana Yoryakarta. 1993
- Widyastuti, dkk., *Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Fitramaya, 2011
- World Health Organization, Sexual health, human rights, and law. World Health Organization, 2008
- Yulianti Muthmainnah, *3 M (mengandung, Melahirkan, dan Menyusui) Ini Hak Siapa? Di mana Hak Reproduksi Perempuan*. Suara APIK, Edisi 32. Jakarta: LBH APIK. 2006

PROFIL PENULIS



Anggreany Haryani Putri, dosen tetap di Program Studi Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Bhayangkara Jakarta Raya. Latar belakang akademik; lulus Doktor Ilmu Hukum tahun 2023 dari Universitas Krisnadwipayana. Menyelesaikan Program Magister Ilmu Hukum tahun 2013 di Universitas Bhayangkara Jakarta Raya dan memperoleh gelar Sarjana Hukum dari Fakultas Hukum Universitas Bhayangkara Jakarta Raya pada tahun 2006.

Penulis, juga aktif sebagai Pembicara dalam berbagai Diskusi Publik dan Seminar tentang Hukum Pidana Hukum Acara Pidana dan Perlindungan Anak Perempuan, serta seringkali diminta untuk memberikan keterangan sebagai Ahli, baik dalam tingkat penyidikan maupun dalam proses pemeriksaan perkara di Pengadilan. Penulis juga telah menghasilkan Buku tentang dan Kriminologi yang memberikan bahasan terkait sebab-sebab dan faktor-faktor kejahatan, Monograf “Perlindungan Hukum Bagi Anak Jalanan Di Masa Pandemi Covid-19”, Buku yang berjudul “Perempuan dalam Lingkaran Prostitusi” dan Buku “Stop Perkawinan Anak Pelaminan Bukan Tempat Bermain Anak”. Penulis juga aktif dalam menulis karya ilmiah lainnya terkait dengan perlindungan terhadap perempuan dan anak.

Tubuhku, Otoritasku:

Hak Atas Kesehatan Reproduksi Perempuan
sebagai Hak Dasar Perempuan



Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera secara kompleks, di mana tolok ukur yang digunakan bukan hanya dari segi fungsi biologis semata melainkan aspek sosial dan mental yang kadang kala justru dipinggirkan ketika menilai status kesehatan. Sementara norma gender mengatur bagaimana seseorang bertindak, memahami, bahkan berperasaan tumbuh dari unit sosial terkecil yaitu keluarga sampai unit besar di lingkungannya yaitu teman, masyarakat, tempat kerja, bahkan media dan kebijakan pemerintah.

SDGs 5 bertujuan untuk mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan. Indikator 5.6.1 secara khusus mengukur proporsi perempuan usia 15-49 tahun yang mengambil keputusan yang tepat terkait hubungan seksual, penggunaan kontrasepsi, dan kesehatan reproduksi namun, sejumlah penelitian menunjukkan bahwa jalan untuk mencapai tujuan tersebut masih panjang.

Penerbit Deepublish (CV BUDI UTAMA)

Jl. Kaliurang Km 9,3 Yogyakarta 55581

Telp/Fax : (0274) 4533427

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

✉ cs@deepublish.co.id

📘 Penerbit Deepublish

📧 @penerbitbuku_deepublish

🌐 www.penerbitdeepublish.com

