

3-31-2022

PEMBARUAN HUKUM PERLINDUNGAN HAK ATAS KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DI INDONESIA

Aulia Nabila

Fakultas Hukum Universitas Brawijaya, aulia.nabila@ub.ac.id

Yunita Desmawati

Fakultas Hukum Universitas Brawijaya

Follow this and additional works at: <https://scholarhub.ui.ac.id/jhp>



Part of the [Administrative Law Commons](#), [Comparative and Foreign Law Commons](#), [Constitutional Law Commons](#), [Criminal Law Commons](#), and the [Natural Resources Law Commons](#)

Recommended Citation

Nabila, Aulia and Desmawati, Yunita (2022) "PEMBARUAN HUKUM PERLINDUNGAN HAK ATAS KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DI INDONESIA," *Jurnal Hukum & Pembangunan*: Vol. 52: No. 1, Article 2.

DOI: <https://doi.org/10.21143/jhp.vol52.no1.3322>

Available at: <https://scholarhub.ui.ac.id/jhp/vol52/iss1/2>

This Article is brought to you for free and open access by the Faculty of Law at UI Scholars Hub. It has been accepted for inclusion in Jurnal Hukum & Pembangunan by an authorized editor of UI Scholars Hub.

PEMBARUAN HUKUM PERLINDUNGAN HAK ATAS KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DI INDONESIA

Aulia Nabila* & Yunita Desmawati**

* Dosen Fakultas Hukum Universitas Brawijaya

** Mahasiswa Fakultas Hukum Universitas Brawijaya

Korespondensi: aulia.nabila@ub.ac.id

Naskah dikirim: 15 Oktober 2020

Naskah diterima untuk diterbitkan: 21 Januari 2022

Abstract

The right to reproductive health is a part of the human rights regime that must be guaranteed by states. Provisions of women's right to reproductive health in Indonesia are found separately in various legal instruments. However, the regulations are not comprehensive, vague, and gender-biased. Using human rights and feminist perspective, this article analyses the issues relating to women's right to reproductive health in statutes and other legal instruments, as well as formulates a concept of revision of the law of women's right to reproductive health. This article concludes that regulations regarding women's right to reproductive health contain provisions that are vague and inconsistent with one another, are gender-biased, and are not human rights-based. The revision of regulations on the protection of women's right to reproductive health can be conducted substantially and formally.

Keywords: the right to reproductive health; women's rights; human rights; human rights approach; feminist approach

Abstrak

Hak atas kesehatan reproduksi (HAKR) perempuan merupakan bagian tak terpisahkan dari rezim HAM yang harus dijamin oleh negara. Pengaturan mengenai HAKR perempuan di Indonesia tersebar dalam berbagai instrumen hukum. Akan tetapi, regulasi HAKR perempuan yang ada saat ini tidak lengkap, kabur norma, dan bias gender. Dengan menggunakan perspektif hak asasi manusia dan feminisme, artikel ini ditulis untuk meninjau ulang dan menganalisis permasalahan-permasalahan dalam peraturan perundang-undangan dan produk hukum terkait HAKR perempuan dan untuk menghasilkan konsep pembaruan hukum perlindungan HAKR. Artikel ini menyimpulkan bahwa pengaturan HAKR perempuan masih mengandung ketentuan yang bersifat kabur dan inkonsisten antara satu dengan lainnya, serta bias gender dan tidak berbasis HAM. Pembaruan hukum perlindungan HAKR perempuan yang dapat dilakukan yakni pembaruan secara substantif dan secara formal.

Kata Kunci: hak atas kesehatan reproduksi; hak perempuan; hak asasi manusia; pendekatan HAM; pendekatan feminisme

I. PENDAHULUAN

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)¹, preambule konstitusi WHO², 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 1950³ sampai UUD NRI 1945 pasca amandemen. Dengan demikian, makna kesehatan tidak lagi terbatas sebagai ilmu kedokteran (*medicine*)⁴ 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, 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.

Yang menjadi permasalahan 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.⁵

¹ B. Toebes, *et. al*, "Health and Human Rights in Europe", (Cambridge: Intersentia, 2012), hal. 3.

² *Constitution of the World Health Organization, Preamble*, para. 3.

³ 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/wp-content/uploads/2014/12/Kesehatan_Sebagai_Hak_Asasi_Manusia.pdf, diakses tanggal 17 Maret 2020.

⁴ Jonathan M Mann, *Health and Human Rights*, "British Medical Journal", Vol. 312, 1996, hal. 924.

⁵ 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 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

Oleh karena 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.

Berangkat dari berbagai permasalahan tersebut, artikel ini ditulis berdasarkan penelitian hukum normatif dengan menggunakan pendekatan perundang-undangan dan pendekatan konseptual yang berorientasi pada dihasilkannya pengaturan tegas yang dapat menjamin HAKR perempuan dan memperhatikan kekhususan yang dimiliki perempuan dalam masalah kesehatan reproduksi. Menggunakan perspektif hak asasi manusia dan feminisme, artikel ini meninjau ulang dan menganalisis berbagai peraturan perundang-undangan di Indonesia yang berkaitan dengan HAKR perempuan, untuk mengevaluasi apa saja isu hukum dan regulasi yang ada serta untuk menghasilkan konsep serta rekomendasi bagi pembaruan hukum hak asasi kesehatan reproduksi di Indonesia.

II. PEMBAHASAN

2.1 Tinjauan Kritis Pengaturan Perlindungan HAKR Perempuan di Indonesia

2.1.1 Paradigma terhadap 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:

Tabel 1.

Ketentuan beberapa peraturan yang menunjukkan stigma ketabuan HAKR.

| No | Substansi aturan | Keterangan |
|----|---|--|
| 1. | UU Kesehatan no 36 tahun 2009 Pasal 72 huruf a mengatur hak reproduksi dengan: a. menyertakan frasa ‘dengan pasangan yang sah’ | 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. adanya frasa ‘sesuai dengan norma agama’ dan ‘tidak bertentangan dengan agama’ | b.Ketidakjelasan standar norma yang diterapkan akan mempersulit |
| 2. | 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 |
| 3. | 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. |
| 4. | 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. |
| 5. | 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.’ |
| 6. | UU Kesehatan tidak diatur 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. |
| 7. | Kekosongan regulasi terhadap pelarangan FGM (<i>Female Genital Mutilation</i>) sehingga FGM masih dapat dipraktikkan tanpa ada konsekuensi hukum. | Padahal FGM sendiri merupakan praktik yang dikecam oleh hukum HAM internasional. ⁶ |

Sumber : UU No. 36 tahun 2009 dan PP no 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.⁷ Hal ini berkontribusi dalam apa yang disebut Bennett dengan ‘ideologi kesehatan negara’ (*state health ideology*) di mana kesehatan perempuan disamakan dengan

⁶ 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.

‘kesehatan ibu’ yang kemudian disamakan dengan ‘kesehatan reproduksi’.⁸ Akibatnya, akses terhadap layanan kesehatan ibu ditentukan oleh status keibuan dari perempuan tersebut, yang mana keabsahannya (secara hukum maupun sosial) ditentukan oleh status perkawinannya.⁹

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 mengalami stigmatisasi sosial yang berat.¹⁰ Hal ini akhirnya menjadi *barrier* bagi perempuan untuk mengakses layanan kespro dan seksual secara non-diskriminatif. AKI yang menjadi masalah sentral dalam kespro perempuan pun tak dapat diturunkan, sebab kespro yang masih dirumuskan dalam kaca mata patriarki meningkatkan kerentanan perempuan dan membuat HAKR perempuan belum terpenuhi secara optimal.¹¹ Oleh karena itu, *rights-based approach* dan pendekatan feminisme membantu menyadari pentingnya penegakan hak reproduksi perempuan.¹²

2.1.2 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. 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. 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.”¹³ Namun rumusan Pasal 26 ayat (1) berbeda konteks dari *Beijing PoA* karena di dalamnya

⁸ Bennett, Linda Rae. *Women, Islam and modernity: Single women, sexuality and reproductive health in contemporary Indonesia*. (Routledge, 2005), hal. 83.

⁹ *Ibid*.

¹⁰ *Ibid*, hal. 83-84.

¹¹ Saptandari, 2013, no 3, hal. 67.

¹² *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.

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. 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.”¹⁴ Fenomena ini, pada tataran empirisnya, telah menjadi penghambat dalam pemberian layanan kesehatan seksual dan reproduksi, misalnya dalam hal komunikasi antara dokter dan pasien dalam konsultasi seputar kesehatan seksual.¹⁵ Moralitas 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.

2.1.3 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.¹⁶ 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.

Tabel 2.

Beberapa aturan yang mengandung ketentuan mengenai aborsi.

| No. | Substansi Aturan | Keterangan |
|-----|------------------|------------|
|-----|------------------|------------|

¹⁴ Bennet, Linda Rae, *Moralitas Seksual dan Pembungkaman tentang Kesehatan Seksual dalam Perawatan Infertilitas di Indonesia*, dalam Bennett, Linda Rae, Graham Sharyn Davies, and Martua Irwan Hidayana (eds). "Seksualitas di Indonesia." (Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2018). Hal. 230.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

| | | |
|----|---|--|
| 1. | <p>UU No. 26 tahun 2009 :</p> <p>a. Pasal 75 ayat (2) b mengecualikan larangan aborsi berdasarkan adanya trauma psikologis bagi korban perkosaan.</p> <p>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.”</p> <p>c. Pasal 75 ayat (2) huruf a di mana aborsi dapat dilakukan dalam hal kedaruratan medis</p> | <p>a. Terkesan menyepelekan efek dari perkosaan terhadap korban, karena trauma psikologis tidak mungkin tidak dialami oleh korban perkosaan.</p> <p>b. Problematik mengingat tidak ada penekanan bahwa hanya konselor yang kompeten dan kredibel.</p> <p>c. Kedaruratan itu sendiri tidak selalu terjadi di usia kehamilan dari enam minggu. Ketentuan ini harusnya didasarkan pada keselamatan perempuan.</p> |
| 2. | <p>Pasal 76 a UU Kesehatan:</p> <p>“aborsi dapat dilakukan sebelum kehamilan berusia enam minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, <i>kecuali dalam hal kedaruratan medis</i>, atau persisnya sama dengan 42 hari.”</p> <p>Sedangkan, Ps. 31 ayat (2) PP ini:</p> <p>“tindakan aborsi <i>akibat perkosaan</i> hanya dapat dilakukan apabila usia kehamilan paling lama berusia 40 hari dihitung sejak hari pertama haid terakhir.”</p> | <p>Antara kedua peraturan tersebut terdapat perbedaan redaksional dan perbedaan penentuan usia maksimal kehamilan untuk dapat dilakukan aborsi.</p> |
| 3. | <p>Dalam PP No. 61 tahun 2014, Ketentuan mengenai syarat syarat birokratis yang harus dipenuhi untuk dapat melakukan aborsi, seperti Pasal 33 yang mengatur tentang harus adanya surat keterangan kelayakan aborsi dari dokter. Dan Pasal 34 ayat (2) huruf b, tentang syarat harus adanya bukti keterangan dari penyidik, psikolog, dan/atau ahli lain.</p> | <p>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.</p> <p>Cenderung berfokus pada batasan sejauh mana dapat dilakukan aborsi ketimbang standar pelaksanaan aborsi yang aman bagi perempuan.</p> |

Sumber : UU No. 36 tahun 2009 dan PP no 61 tahun 2014

2.1.4 Pentingnya jaminan 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.

| No . | Perihal | Substansi aturan | Analisis |
|------|--|---|---|
| 1. | Cuti Haid | <p>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</p> | <p>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.</p> |
| 2. | Cuti Hamil atau Melahirkan | <p>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.”</p> <p>Pasal 153 ayat (1) huruf e menyatakan bahwa pengusaha dilarang memutus hubungan kerja karena alasan pekerja perempuan hamil dan melahirkan.”</p> | <p>Ketentuan cuti melahirkan selama total tiga bulan perlu ditinjau ulang. Banyak negara menerapkan cuti melahirkan lebih lama dari itu.</p> <p>Semestinya ketentuan ini juga dipertegas sebagai bagian dari kewajiban perusahaan/pemberi kerja, mengingat dalam praktik pelanggaran atas hak tersebut masih terjadi.</p> |
| 2. | Jam kerja bagi pekerja yang hamil | <p>Pasal 76 ayat (2) menyatakan bahwa perusahaan dilarang mempekerjakan mereka di antara pukul 23.00 hingga 07.00, <u>apabila menurut dokter berbahaya bagi kesehatan dan keselamatan kandungannya maupun dirinya.</u></p> | <p>Ketentuan ini juga berpotensi memberikan celah, karena terdapat klausa ‘keterangan dokter’ sehingga dapat dimaknai sesuai keuntungan perusahaan.</p> |
| 3. | Cuti keguguran | <p>Pasal 82 ayat (2) juga memberikan hak bagi perempuan yang mengalami keguguran untuk istirahat selama 1,5 bulan atau sesuai</p> | <p>Sebagaimana ketentuan mengenai cuti melahirkan, pasal ini juga perlu dipertegas sebagai kewajiban perusahaan / pemberi kerja.</p> |

| | | | |
|----|---------------------|--|---|
| | | keterangan dokter kandungan atau bidan. | |
| 4. | Hak menyusui | Pasal 83: “pekerja/buruh perempuan yang anaknya masih menyusu harus <u>diberi kesempatan sepatutnya</u> 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 : UU no 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.¹⁷ Sesuai standar ILO, ketentuan cuti 12 minggu harus dijadikan *standar minimal*, bukannya 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.¹⁸

2.1.5 Standarisasi mutu pelayanan kespro & 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.

¹⁷ Lihat PP Nomor 11 Tahun 2017, Pasal 325-327; PP Nomor 49 Tahun 2018, Pasal 88-90.

¹⁸ 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. (FONT DISESUAIKAN)

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 yang kredibel (telah menerima pendidikan dan pelatihan secara akademis untuk melakukan konseling), yang dapat melakukan konseling tersebut.¹⁹ 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.

2.1.6 Sinkronisasi Antar Regulasi

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 UU Kesehatan yang masih mengacu pada UU no. 32 tahun 2004, padahal UU Pemda tersebut sudah tidak berlaku lagi dan diganti dengan UU no. 23 tahun 2014 sehingga perlu untuk disesuaikan kembali. Tumpang tindih aturan juga terlihat antara UU no. 36 tahun 2009 dengan PP no. 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 layanan aborsi yang tercakup dalam BPJS tidak dapat digunakan oleh para korban pemerkosaan.

2.2 Pembaruan Hukum Hak Asasi Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia

2.2.1 Substantif

A. Penguatan Perspektif Gender dan HAM dalam Pembaruan Hukum HAKR

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,²⁰ 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.²¹ Selain melakukan integrasi, dilakukan pula

¹⁹ Lihat Penjelasan pasal 75 ayat (3) UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

²⁰ 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.

²¹ Fakih, Mansour, *Analisis gender & transformasi sosial*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2013), Hal. 73, 165.

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.²²

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.²³ Kondisi-kondisi yang dialami perempuan (seperti haid 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.²⁴ 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*.²⁵ *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.²⁶

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.²⁷ Kemudian, *consciousness raising* digunakan untuk meningkatkan pemahaman atau pemberdayaan suatu kelompok masyarakat yang selama ini tidak terwakili oleh metode penalaran hukum konvensional.²⁸ Pada akhirnya, fokus utama FLT adalah untuk memberikan pendekatan yang berbeda dalam hukum dan memperbaiki hukum yang meminggirkan serta merugikan perempuan, oleh karena hukum tersebut dirumuskan dan diterapkan dari sudut pandang patriarki.²⁹

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

²² *Ibid*, hlm. 164.

²³ Donny Danardono, Teori Hukum Feminis: Menolak Netralitas Hukum, Merayakan *Difference* dan Anti-Esensialisme dalam Irianto, Sulistyowati. (ed.) *Perempuan dan hukum: menuju hukum yang berperspektif kesetaraan dan keadilan: 22 tahun Konvensi CEDAW di Indonesia*. (Yogyakarta: Yayasan Obor Indonesia, 2006), Hal. 12

²⁴ 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*, Hal. 13.

²⁵ *Ibid*, hal. 49.

²⁶ 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.

²⁷ *Ibid*.

²⁸ *Ibid*, hlm. 51.

²⁹ *Ibid*, hlm. 55.

adanya subjektifitas 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:

- 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 baik³⁰

³⁰ 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.

B. 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.

i. 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*).³¹ 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.

1. 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.

2. 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

³¹ 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

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.³² 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.

3. 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.³³ Sementara itu, konsep seksualitas sendiri menurut WHO “meliputi jenis kelamin (*sex*), identitas dan peran gender, orientasi seksual, erotisisme, kenikmatan, keintiman dan reproduksi.”³⁴ 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*).³⁵ 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).

4. 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.

³² Lihat Peraturan Menteri Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014, Pasal 22 ayat (2).

³³ World Health Organization, *Sexual health, human rights, and law*. World Health Organization, 2008. Hlm. 5

³⁴ *Ibid*.

³⁵ 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.

Dalam ICPD Report, negara-negara didorong untuk melarang praktik FGM.³⁶ 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.³⁷ Yang digarisbawahi adalah diizinkan 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.

ii. 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. 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.³⁸ 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.

C. Standarisasi Kespro 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. 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

³⁶ UN Population Fund (UNFPA), *op.cit.*, para. 4.22, 5.5, 7.6.

³⁷ CEDAW, *op.cit.*, para. 21.

³⁸ Indrati, Maria Farida, *Ilmu Perundang-Undangan: Jenis, Fungsi, dan Materi Muatan*, (Yogyakarta: Kanisius 2007), Hal. 221-222.

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;³⁹
- 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 kerjasama dengan Kemenkes maupun atas inisiatif sendiri oleh organisasi atau lembaga-lembaga swadaya masyarakat, terutama dalam penelitian, kampanye, dan edukasi; dan
- n) sistem pengawasan.

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.⁴⁰

³⁹ 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).

⁴⁰ 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.

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*).

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 Obseervations* Komite CEDAW atas laporan Indonesia tahun 2012, dimana Indonesia kekurangan data atas praktik aborsi tidak aman.⁴¹ 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.

D. 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*).”⁴² Pendidikan kespro dan seksual yang diterapkan dengan baik juga akan berdampak positif pada pencegahan kekerasan seksual, IMS, KTD, 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.⁴³ Pendidikan dimaksud meliputi pemahaman akan:

- a) hubungan antar manusia;
- b) seksualitas;
- c) kesetaraan dan identitas gender;

⁴¹ 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.

⁴² 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.

⁴³ *Ibid*, para. 91, 113(d).

- d) perilaku orang tua dan perilaku seksual yang bertanggungjawab (*responsible parenthood and sexual behavior*); dan
- e) pencegahan kehamilan dini dan infeksi menular seksual.⁴⁴

E. 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, 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.⁴⁵ 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.⁴⁶

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.

2. 1.1 Formal

a. Bentuk Peraturan

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

⁴⁴ *Ibid*, para. 91.

⁴⁵ CESCR, General Comment art. 22, para. 28.

⁴⁶ *Ibid*.

terdapat beberapa bentuk pembaruan pengaturan perlindungan HAKR perempuan yang dapat dilakukan.

i. Amandemen UU Kesehatan, UU Ketenagakerjaan, dan PP Kespro

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.⁴⁷ 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 UU tersebut, penambahan sanksi, baik administratif maupun pidana, dapat dikaji bagi pelanggaran ketentuan-ketentuan yang berkaitan dengan HAKR perempuan.

ii. 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;
- 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.⁴⁸

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.

iii. Kerjasama dengan Kemendikbud

Perlindungan HAKR dalam bentuk pendidikan kespro dan seksual tidak dapat dilaksanakan sendiri oleh Kemendikbud, tapi juga membutuhkan kerjasama 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.⁴⁹ Ke depannya dapat dikaji Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas dalam kurikulum pendidikan dasar

⁴⁷ Gable, L, *Reproductive Health as a Human Right*, “Case Western Reserve Law Review”, Vol. 60, No 4. 2011, hal. 992.

⁴⁸ Maria Farida Indrati... *op.cit.* hlm. 225-227.

⁴⁹ 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.

dan menengah sebagai mata pelajaran tersendiri yang sifatnya wajib, agar siswa mendapatkan pemahaman yang lebih baik.

iv. 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 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.⁵⁰ 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.⁵¹ 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.⁵²

b. 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 aspek yang menjamin ketetapan pelaksanaan suatu hukum; dan
- c) Pengawasan umpan balik: pengawasan ini merupakan evaluasi untuk mengukur hasil hasil dari terlaksananya suatu hukum apakah sudah sesuai dengan rencana yang ditentukan.

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.

c. Sanksi

Ketentuan mengenai sanksi dapat diberikan dalam suatu peraturan perundang-undangan, terutama yang mengandung norma dalam bentuk larangan, perintah, atau

⁵⁰ Indonesia, Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah, Lampiran I.B.

⁵¹ *Ibid*, Lampiran I.G.

⁵² *Ibid*, Lampiran I.A.

kewajiban.⁵³ Penegakan norma-norma tersebut akan sulit apabila tidak dilengkapi sanksi.⁵⁴ 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.⁵⁵

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 ijin usaha. Dalam UU ini sanksi pidana juga 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.⁵⁶

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.

III. KESIMPULAN

⁵³ Hlm. 606.

⁵⁴ Hlm. 606-607.

⁵⁵ Hlm. 606-607.

⁵⁶ Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018, Pasal 32.

HAKR perempuan merupakan hak yang dijamin dalam UUD 1945 dan ketentuan hukum lainnya baik di level internasional di mana HAKR merupakan bagian dari hak atas kesehatan dan ditegaskan bahwa kesehatan merupakan hak setiap orang yang wajib dijamin pemerintah melalui pemberian layanan kesehatan dan jaminan kesehatan. Namun dalam kerangka regulasi HAKR di Indonesia, yang meliputi UUD, UU, PP, dan Permenkes, pengaturan HAKR perempuan masih mengandung ketentuan yang bersifat kabur dan inkonsisten antara satu dengan lainnya, serta bias gender dan tidak berbasis HAM. Ketentuan-ketentuan ini di antaranya: (a) ketentuan yang mencerminkan paradigma ‘kesehatan ibu’ sehingga mempersempit pandangan tentang kespro perempuan; (b) ketentuan yang mencerminkan ketabuan dan memberikan rambu-rambu yang tolak ukurnya tidak jelas, seperti ‘etika dan moralitas’; (c) ketentuan yang berpotensi diskriminatif terhadap perempuan atau menjadi penghalang (barrier) bagi perempuan dalam mengakses layanan kespro, dan ketentuan aborsi yang menitikberatkan pada batasan ketimbang standar praktik aborsi aman bagi indikasi kedaruratan medis dan korban perkosaan; (d) kurangnya standarisasi; dan (e) tidak adanya ketentuan yang melarang praktik berbahaya dan diskriminatif seperti FGM.

Pembaruan hukum perlindungan HAKR perempuan dilakukan secara substantif dan formal. Secara substantif, yang pertama, yaitu menguatkan perspektif gender dan HAM dalam peraturan perundang-undangan, di mana harus diidentifikasi berbagai kebutuhan, kondisi, dan pengalaman perempuan serta menerapkan standar AAAQ yang dirumuskan CESCRC untuk menjamin HAKR. Yang kedua, mengubah paradigma terhadap kespro, yang terdiri dari meninjau ulang ruang lingkup kespro serta aturan yang tidak jelas. Secara formal yakni dapat melalui amandemen UU dan PP, menyusun standarisasi melalui Permenkes, bekerjasama dalam kerangka regulasi dengan Kemendikbud, pengaturan di level daerah, serta memperbaiki sistem pengawasan dan mempertegas sanksi bagi pihak yang melanggar ketentuan perlindungan HAKR perempuan.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU

- B. Toebes, *et. al*, *Health and Human Rights in Europe*, Cambridge : Intersentia, 2012.
- Linda Rae dan Bennett. *Women, Islam and modernity: Single women, sexuality and reproductive health in contemporary Indonesia*, Routledge, 2005.
- Linda Rae dan Bennet, *Moralitas Seksual dan Pembungkaman tentang Kesehatan Seksual dalam Perawatan Infertilitas di Indonesia*, dalam Bennett, Linda Rae, Graham Sharyn Davies, dan Martua Irwan Hidayana(eds), *Seksualitas di Indonesia*, Jakarta : Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2018.
- Mansour Fakih, *Analisis gender & transformasi sosial*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2013.
- Donny Danardono, *Teori Hukum Feminis: Menolak Netralitas Hukum*, Merayakan *Difference* dan Anti-Esensialisme dalam Irianto, Sulistyowati. (ed.) *Perempuan dan hukum: menuju hukum yang berperspektif kesetaraan dan keadilan: 22 tahun Konvensi CEDAW di Indonesia*, Yogyakarta : Yayasan Obor Indonesia, 2006.
- 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.
- Maria Farida Indrati, *Ilmu Perundang-Undangan: Jenis, Fungsi, dan Materi Muatan*, Yogyakarta: Kanisius, 2007.

JURNAL

- 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
- Jonathan M Mann, "*Health and Human Rights*", *British Medical Journal*, Vol. 312, 1996.
- Saptarini, Ika dan Suparmi. "Determinan Kehamilan Tidak Diinginkan di Indonesia (Analisis Data Sekunder Riskedas 2013)". *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 2016.
- Miswanto. "Pentingnya Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas pada Remaja". *Jurnal Studi Pemuda*, Volume 3, Nomor 2, 2014.
- Siti Uswatun Chasanah. "Peran Petugas Kesehatan Masyarakat Dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Pasca MDGs 2015". *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. Volume 9, Nomor 2.
- Pinky Saptandari, "Beberapa pemikiran tentang perempuan dalam tubuh dan eksistensi", *Jurnal Biokultural* Vol. 2, No. 1, 2013.
- L Gable, *Reproductive Health as a Human Right*, *Case Western Reserve Law Review*, Vol. 60, No 4. 2011.

UNDANG UNDANG

- Indonesia, Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- Indonesia, Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah, Lampiran I.B.

Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia
 Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan
 Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
 Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan
 Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014
 Menteri Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2016 Tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi Atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan
 Peraturan Perundang-undangan jo. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;
 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi

DOKUMEN

Constitution of the World Health Organization, Preamble.

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.

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).

World Health Organization, Sexual health, human rights, and law, 2008.

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.

UN Population Fund (UNFPA), Report of the International Conference on Population and Development, A/CONF.171/13/Rev.1.,Cairo, (5-13 September 1994, 1995), para. 4.22, 5.5, 7.6.

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

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.

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.

Committee on the Elimination of Discrimination against Women, para. 21

CESCR, General Comment art. 22, para. 28

INTERNET

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, diakses tanggal 17 Maret 2020.

Maisuri T Chalid, "Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu: Peran Petugas Kesehatan", <<https://gakken-idn.id/topics/files/upaya-menurunkan-kematian-ibu-peran-petugas-kesehatan-summary-full-text.pdf>>. Diakses 18 Maret 2020.

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, diakses tanggal 2 September 2020.