

# 15 Tahun Setelah Kairo: Inventarisasi, Melangkah Maju di Asia dan Pasifik<sup>1</sup>

Lima belas tahun setelah Kairo, kita perlu mengetahui paradigma sosial politik yang mempengaruhi realisasi hak seksual dan hak reproduksi (SRHR) seluruh umat manusia, khususnya yang miskin dan terpinggirkan.

Dalam 15 tahun terakhir, pelaksanaan Program Aksi Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development Programme of Action* atau ICPD PoA) telah banyak mengalami pasang surut: tertepiskan ke pinggir oleh Sasaran Pembangunan Milenium (MDG), terhalang oleh *Global Gag Rule* dan terintangi oleh sikap permusuhan terhadap beberapa dimensi SRHR di banyak negara. Meskipun dalam banyak hal dianggap merupakan dokumen hasil kompromi, Program Aksi ICPD tersebut merupakan satu-satunya dokumen lengkap dan menyeluruh tentang hak seksual dan hak kesehatan reproduksi yang secara internasional sudah disepakati. Yang lebih mengkhawatirkan adalah kenyataan banyaknya pemangku kepentingan yang



Adaptasi dari Arnoano lewat Flickr Creative Commons

berpendapat agar dokumen itu sendiri hendaknya tidak dibuka untuk dinegosiasikan kembali di tahun 2015 hanya karena kalimat-kalimat yang kelak muncul dikhawatirkan akan lebih tidak dapat dikendalikan atau dipertanggung-jawabkan daripada kalimat-kalimat yang dewasa ini digunakan, yang lebih merupakan hasil kompromi. Ini sendiri sudah berbicara banyak tentang hasil-hasil yang telah dicapai sehubungan dengan hak kami

sebagai perempuan untuk memiliki otonomi terhadap tubuh kami sendiri serta hak kami sebagai perempuan atas hak seksual dan reproduksi kami sendiri dalam 15 tahun terakhir ini.

Yang juga tidak kalah pentingnya adalah memperhatikan perkembangan-perkembangan yang mempengaruhi pelaksanaan Program Aksi seperti reformasi sektor kesehatan dan berbagai bentuk swastanisasi pelayanan kesehatan beserta dampaknya terhadap hak seksual dan hak kesehatan reproduksi perempuan; arsitektur bantuan yang baru dan mekanisme pendanaan untuk pemerintah serta

pengaruhnya terhadap sektor kesehatan; juga diberlakukannya desentralisasi pemerintahan beserta dampaknya terhadap perumusan kebijakan di bidang kesehatan, pelaksanaan program maupun pemberian pelayanan. Pemberdayaan perempuan juga merupakan faktor penting. Dewasa ini, ukuran-ukuran standar pemberdayaan perempuan, seperti Indeks

Pembangunan Gender (*Gender-related Development Index* atau GDI) dan Ukuran Pemberdayaan Gender (*Gender Empowerment Measure* atau GEM), tidak diperhitungkan sebagai faktor dalam aspek-aspek hak seksual dan reproduksi yang begitu penting bagi otonomi dan integritas tubuh perempuan. Di samping itu, faktor-faktor dan capaian-capaian seperti tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) diskriminasi gender, gagalnya sistem kesehatan dan kemiskinan di kalangan perempuan perlu dimasukkan dan diperhitungkan dalam indikator-indikator

pembangunan yang ada. Dinamika gender dan penampang kemiskinan amat penting diperhitungkan dalam mengembangkan ukuran-ukuran standar pemberdayaan perempuan yang sesungguhnya.

Pengakuan terhadap SRHR sebagai kerangka konseptual isu sosial, ekonomi dan politik masih belum diarusutamakan dalam 15 tahun ini. Pemerintah tidak diharuskan melaporkan secara berkala kemajuan yang dicapai dalam pelaksanaan Program Aksi, bahkan juga tidak dalam sesi tahunan Komisi Kependudukan dan Pembangunan (*Commission on Population and Development* atau CPD) sekalipun. Ini menyebabkan

momentum yang ada menjadi tertangguhkan sehingga kader baru pembuat kebijakan pemerintah tidak terbiasa dengan dokumen ICPD dan tidak mengetahui apa yang sebelumnya telah disepakati pemerintah yang sudah menandatangani dokumen ICPD tersebut. Selain itu, pelaporan masing-masing negara kerja yang dewasa ini sedang berlaku ditulis berdasarkan kerangka Sasaran

Pembangunan Milenium (MDG) yang tidak mengakui hak sebagai dasar pencapaian dari beberapa target pembangunan yang diinginkan. MDG menggunakan indikator-indikator yang sangat terbatas. Padahal pendekatan yang berlandaskan hak sangatlah penting agar hak seksual dan hak kesehatan reproduksi dapat sepenuhnya direalisasikan. Di samping itu, hak dari berbagai kelompok rentan serta marjinal terpinggirkan dan sama sekali telah ditinggalkan dalam pendekatan MDG ini yang hanya dikendalikan berdasarkan pemenuhan

target-target yang sangat terbatas. Ini terutama relevan dengan negaranegara yang dianggap sudah mencapai Sasaran Pembangunan Milenium, namun tetap saja masih memperlihatkan kesenjangan di antara kelompok-kelompok yang terpinggirkan. Dengan bergesernya agenda dari ICPD menjadi MDG, maka tekanan dari pihak donor terhadap pemerintah untuk mengadopsi hak-hak perempuan, hak reproduksi dan hak seksual ikut menjadi lemah.

Namun demikian, meskipun telah terjadi kemunduran, ada juga kemajuan signifikan yang sudah dicapai. Penting untuk diketahui bahwa, pada saat yang

**Upaya advokasi dan bantuan guna memungkinkan terwujudnya hak seksual dan hak kesehatan reproduksi bagi mereka yang berada di pinggiran rencana dan agenda pembangunan — yang antara lain meliputi kaum [perempuan] miskin, kaum [perempuan] muda, orang-orang [perempuan] yang tidak menikah, [perempuan] penyandang cacat, orang-orang [perempuan] yang tinggal di daerah konflik/ bencana/ terpencil dan daerah-daerah lainnya yang terpinggirkan, [perempuan] pekerja seks dan orang-orang dari berbagai orientasi seksual dan identitas gender — adalah mutlak diperlukan untuk menetapkan universalitas hak seksual dan reproduksi [yaitu bahwa hak seksual dan reproduksi adalah hak semua orang], yang menjadi tumpuan agenda kita..**

sama, gerakan yang kuat seputar hak-hak seksual telah mengemuka di berbagai wilayah. Hak-hak seksual, meskipun tidak secara eksplisit dicantumkan dalam Program Aksi ICPD, namun merupakan paradigma pokok dalam pemenuhan Program Aksi.<sup>3</sup> Program Aksi sendiri mengakui hak atas “kehidupan seks yang aman dan memuaskan,”<sup>4</sup> dan himbauan kepada pemerintah untuk memberdayakan perempuan agar dapat mengambil keputusan sendiri dalam hal seksualitas dan reproduksi<sup>5</sup> dan juga untuk menetapkan hak-hak yang saat ini mungkin belum ada, guna memungkinkan terwujudnya kemampuan perempuan untuk mengambil keputusan sendiri tersebut.<sup>6</sup> Di banyak negara Asia- Pasifik, di mana tantangan SRHR tepat terletak pada bergesernya perdebatan dari reproduksi ke seksualitas, dan konsep hak-hak seksual merupakan konsep penting yang dapat membantu memperluas akses layanan bagi kelompok-kelompok terpinggirkan dengan mengarusutamakannya dalam proses pembuatan kebijakan maupun pengembangan program, seperti kaum remaja yang belum menikah, pekerja seks, kaum lesbian, serta homoseks, kaum transgender dan kelompok-kelompok lain. Dalam skenario seperti itu, perlu dipertanyakan bagaimana kedepannya? Meskipun kemajuan di bidang ini di Asia Pasifik tidak merata dan lambat dalam kaitannya dengan SRHR, laporan pemantauan ARROW ICPD+15 di 12 negara di Asia menunjukkan bahwa komitmen politik pemerintah bersifat menentukan dalam memastikan capaian-capaian SRHR. Menurunnya angka kematian ibu di Malaysia dan Thailand; tersedianya pelayanan aborsi yang aman di China dan Vietnam; penanganan kanker reproduksi di Malaysia; diresmikannya undang-undang yang mengakui hubungan seksual sesama jenis serta transgenderisme di Nepal merupakan contoh-contoh kongkret dari komitmen politik menuju pemenuhan SRHR. Secara umum keberhasilan yang telah dicapai di semua negara, adalah disahkannya undang-undang anti kekerasan terhadap perempuan dan tersedianya pelayanan konseling dan pemeriksaan HIV/ AIDS bagi mereka yang dengan sukarela bersedia memeriksakan diri dan tersedianya terapi anti-retroviral merupakan contoh upaya pemerintah yang sesuai dengan standar

internasional sebagaimana yang dilaksanakan di tingkat nasional maupun regional. Akan tetapi, meskipun keberhasilan-keberhasilan besar sebagaimana dituturkan di atas sudah berhasil diperoleh, akses bagi berbagai kelompok perempuan yang terpinggirkan masih menjadi masalah di seluruh negara Asia dan Pasifik: yaitu antara lain perempuan miskin, kurang berpendidikan, berusia muda, tinggal di daerah pedalaman terpencil dan/ atau pedesaan, dari kelompok etnis dan kelompok agama minoritas, dari kasta bawah, berada di lembah hitam, penyandang cacat, dan berada dalam tahanan, ataupun pengungsian, hidup di negara asing sebagai pengungsi atau migran, yang semuanya menghadapi kesulitan besar untuk mendapatkan pelayanan dan merealisasikan otonomi atas tubuh mereka sendiri. Ini tanpa memandang apakah pelayanan-pelayanan yang diinginkan tersebut berupa pelayanan kontrasepsi, pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan melahirkan, pelayanan aborsi secara aman, atau pencegahan dan pengobatan penyakit menular seksual.

Tinjauan ulang ARROW terhadap pelaksanaan ICPD di 12 negara Asia menunjukkan bahwa kebijakan kependudukan di sembilan dari ke-12 negara tersebut memandang bahwa tingkat kesuburan perempuan “terlalu tinggi,” yang karena alasan demografis pemakaian alat kontrasepsi sebagian besar dibebankan hanya pada perempuan. Namun, apa yang terjadi. Sekalipun terjadi penurunan angka kesuburan yang signifikan, perempuan tetap saja melahirkan anak lebih banyak daripada yang sesungguhnya mereka inginkan; hal ini menunjukkan tingginya kebutuhan akan alat kontrasepsi yang tidak terpenuhi di negara-negara tersebut. Masalah ini masih diperparah lagi dengan tidak diberikannya informasi secara jelas dan tuntas tentang pilihan alat kontrasepsi yang ada beserta keuntungan dan kerugiannya kepada calon pemakai, termasuk tidak diberinya kesempatan untuk memilih metode kontrasepsi yang ingin digunakan.

Kesehatan seksual, terutama dengan masuknya “berisiko tinggi” mengalami kesulitan untuk mendapatkan berbagai layanan. Meskipun secara luas diakui adanya hubungan persinggungan dan kesalingterkaitan yang dalam antara HIV/AIDS dan

SRHR, namun keduanya tetap saja saling terpisah dan tetap merupakan program paralel menurut sudut pandang donor dan juga dari sudut pandang sistem kesehatan nasional.

Di samping itu, wacana dan rekomendasi kebijakan seputar seksualitas tetap terbatas pada fungsi reproduksi, dan tetap saja sangat sulit melakukan pergeseran paradigma untuk memasukkan fungsi non-reproduksi dan ini adalah tantangan terbesar. Hal ini paling jelas terlihat dari tidak adanya kesempatan untuk mendapatkan pendidikan seks yang lengkap dan menyeluruh bagi remaja; masih terbatasnya diskusi seputar seksualitas dan kenikmatan sebagai suatu hak; dan tidak adanya pengakuan terhadap konsep perkosaan dalam perkawinan serta pelecehan seksual, peran seks sebagai pekerjaan, dan juga hak seksual dan reproduksi dari kaum LGBTIQ.

Setelah 15 tahun, sudah saatnya kita meningkatkan upaya-upaya selanjutnya. Perubahan kebijakan yang ditopang oleh komitmen terhadap Program Aksi ICPD dan pengakuan terhadap hak atas standar tertinggi yang dapat dicapai di bidang kesehatan seksual dan reproduksi dan atas otonomi seksual dan reproduksi seluruh umat manusia, baik selaku warga negara maupun selaku warga dunia, sangatlah dibutuhkan. Penciptaan kebijakan baru dan tinjauan ulang terhadap kebijakan yang berlaku perlu dilakukan di ruang-ruang sekuler yang bebas dari pengaruh fundamentalisme dan doktrin agama yang membatasi hak asasi manusia. Selain itu, kita perlu mengubah norma-norma maskulinitas, dan memastikan agar kebijakan publik mempertanyakan dan mengoreksi definisi budaya mengenai maskulinitas dan femininitas tradisional yang menghalangi kesetaraan gender dan penghapusan kekerasan berbasis gender serta hak seksual LGBTIQ.

Reformasi kebijakan harus didukung oleh system kesehatan yang berfungsi dengan baik, anggaran yang memadai, sumber daya manusia yang terlatih dan pelatihan yang berkualitas dengan menggunakan kurikulum terkini.

Lebih dari sekedar kebijakan, ada kebutuhan mendesak untuk memastikan universal akses yang

terjangkau, berkualitas, sensitif gender, tersedia kesempatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang terjangkau serta lengkap melalui sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik dan terintegrasi. Pelayanan-pelayanan ini harus mulai dari tingkat perawatan kesehatan dasar, dan tersedia kapan saja, termasuk pada saat terjadinya konflik maupun bencana. Pelayanan SRH yang lengkap dan menyeluruh hendaknya terdiri dari: seluruh jenis metode kontrasepsi (termasuk kondom dan kontrasepsi darurat), seluruh jenis pelayanan aborsi (termasuk *manual vacuum aspiration* dan *medication abortion*) serta perawatan pasca aborsi, bidan terampil saat persalinan, Pelayanan Kebidanan Darurat, pelayanan untuk menanggulangi kekerasan berbasis gender, pelayanan-pelayanan untuk mengobati/ menangani penyakit menular seksual dan HIV/AIDS, dan juga pelayanan konseling dan informasi. Setiap saat dan dalam setiap kesempatan, penyedia layanan hendaknya senantiasa memberikan pelayanan yang tidak bersifat menghakimi dan sensitif gender, termasuk pengakuan terhadap hak-hak remaja, pekerja seks serta kaum LGBTIQ.

Pemerintah (baik pusat maupun daerah), donor serta lembaga-lembaga internasional dan regional perlu memastikan adanya investasi yang memadai dan berkelanjutan dalam SRHR perempuan. Dana tambahan sebesar \$24,4 milyar diproyeksikan sebagai persyaratan untuk tahun 2015, agar setiap orang dapat memperoleh informasi dan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi sebagaimana telah disepakati dalam ICPD, di luar HIV/AIDS dan komponen-komponen lainnya. Pengeluaran aktual layanan SRH di tingkat pusat dan daerah perlu dilacak melalui penciptaan sub-sub rekening SRH. Mekanisme pendanaan untuk pelayanan SRH, termasuk HIV/AIDS, perlu diintegrasikan dalam berbagai jenis layanan kesehatan.

Di samping itu, mengingat hak asasi manusia, hak seksual dan hak reproduksi merupakan hak semua orang, maka pemangku kepentingan harus mengupayakan agar kaum remaja, kelompok dana untuk penanggulangan masalah HIV, yang terus dibingkai dalam paradigma pencegahan penyakit. Individu-individu yang tidak termasuk kategori

kelompok perempuan yang terpinggirkan, dan juga kaum LGBTIQ mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk mendapatkan informasi dan pelayanan SRH.

Program Aksi ICPD telah menetapkan tahun 2014 sebagai batas terakhir untuk mencapai pelaksanaan secara penuh. Akan tetapi, tidaklah salah untuk mengatakan bahwa batas terakhir ini tidak akan terpenuhi. Oleh karena itu, dibutuhkan suatu proses di tingkat internasional yang menuntut pemerintah melaporkan pelaksanaan

Program Aksi ICPD, seiring dengan laporan bayangan organisasi non pemerintah, untuk menilai kemajuan. Pemerintah harus dituntut untuk mempertanggungjawabkan apa yang sudah ditandatangani dan melihat POA ICPD kembali saat memutuskan kebijakan yang akan diambil sebagai langkah ke depan. Bagaimanapun juga, pemerintah dan lembaga-lembaga internasional sama sekali tidak boleh dibiarkan lepas tangan atau menghindar dari tanggung jawab mereka terhadap pemenuhan standar minimum yang telah ditetapkan dalam Program Aksi ICPD 15 tahun yang lalu.

Kita perlu memosisikan kembali agenda SRHR dalam kerangka politik dan ekonomi di tingkat global, regional dan nasional, dengan menggunakan pendekatan hak asasi manusia, keadilan sosial dan pendekatan kesehatan masyarakat untuk mendorong tercapainya hak atas standar tertinggi yang dapat dicapai dalam kesehatan seksual dan reproduksi dan dalam otonomi seksual dan reproduksi. Kita perlu berusaha agar pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang anggarannya sepenuhnya terpenuhi, berkualitas, sensitif gender, serta komprehensif dan tersedia bagi semua orang melalui sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik dan terintegrasi mulai dari tingkat perawatan kesehatan dasar, dan dapat diakses kapan saja bahkan saat konflik atau bencana, apabila kita ingin mencapai standar tertinggi yang dapat dicapai dalam kesehatan seksual dan reproduksi.

Akhirnya, kita perlu merangkul semua pihak dan memperluas konstituen kita dalam menetapkan agenda agar hak kesehatan seksual dan reproduksi bagi semua

orang dapat sepenuhnya diwujudkan selepas tahun 2015. Upaya advokasi dan bantuan guna memungkinkan terwujudnya hak seksual dan hak kesehatan reproduksi bagi mereka yang ditempatkan di pinggiran rencana maupun agenda pembangunan — yang antara lain meliputi kaum [perempuan] miskin, kaum [perempuan] muda, orang-orang [perempuan] yang tidak menikah, [perempuan] penyandang cacat, orang-orang [perempuan] yang tinggal di daerah konflik/ bencana/ terpencil dan daerah-daerah lainnya yang terpinggirkan, [perempuan] pekerja seks dan kelompok LGBTIQ adalah mutlak diperlukan untuk menetapkan universalitas hak seksual dan reproduksi karena hak seksual dan hak reproduksi adalah hak semua orang dan merupakan tumpuan agenda kita.

#### Catatan Kaki

1. Editorial ini sebagian besar merupakan ringkasan dari beberapa publikasi, seperti: *Thanenthiran, S. & Racherla, S. 2009. Reclaiming and Redefining Rights- ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia. Kuala Lumpur, Malaysia: The Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). [http://arrow.org.my/home/index.php?option=com\\_content&view=article&id=51&Itemid=108](http://arrow.org.my/home/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=108) The countries covered are Bangladesh, Cambodia, China, India, Indonesia, Laos, Malaysia, Nepal, Pakistan, Philippines, Thailand and Vietnam*
2. Dokumen Program Aksi ICPD (1994) ini memang merupakan dokumen kompromi dari Negara-negara yang terlibat, khususnya dalam pengakuan untuk pemberian layanan aborsi, jika memang dilegalkan juga ditandaskan bahwa aborsi tidak boleh digunakan sebagai metode keluarga berencana; jika belum dilegalkan, maka upaya advokasi ditujukan untuk penanganan komplikasi dari tindakan aborsi yang tidak aman. Akses layanan aborsi juga tidak disebutkan sebagai bagian dari hak reproduksi. Dokumen ini walaupun mengakui adanya berbagai bentuk keluarga, tetap saja tidak secara eksplisit menyebutkan tentang hak seksual. Selain itu, dokumen ICPD ini tetap menggunakan paradigma model pembangunan yang lama (mainstream) dan ini menjadi batu sandungan bagi terealisasinya SRHR secara utuh.
3. Indikator dari hak seksual, seperti batasan umur nikah yang sab, keberadaan budaya kawin paksa atau perjudoban, kekerasan seksual terhadap perempuan, sebenarnya semua saling terkait dalam merealisasikan otoritas perempuan terhadap tubuhnya serta hak reproduksi dan kesehatannya.
4. ICPD POA para 7.2
5. ICPD POA para 7.34 dan 7.36
6. ICPD POA para 4.4 (c)
7. Analisis ini diambil dari informasi yang didiseminasikan oleh United Nation World Population Policies 2007. Ada 9 negara yang masuk kategori fertilitas yang "terlalu tinggi" adalah : Bangladesh, Cambodia, India, Indonesia, Laos, Pakistan, Filipina dan Vietnam; sedangkan fertilitas di China, Malaysia dan Thailand masuk dalam kategori "memuaskan"
8. Seperti yang disebut sebagai fertilitas yang diinginkan versus angka fertilitas total.

Oleh: **Sivananthi Thanenthiran**, Programme Manager, & **Sai Jyothirmai Racherla**, Programme Officer, ARROW.  
E-mail: [siva@arrow.org.my](mailto:siva@arrow.org.my) & [sai@arrow.org.my](mailto:sai@arrow.org.my)

# Bogor, Indonesia:

## Janji-janji Desentralisasi yang Tidak Dipenuhi

Program Aksi Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan Tahun 1994 (*International Conference on Population and Development Programme of Action*, disingkat ICPD PoA) menganjurkan desentralisasi fungsi-fungsi pemerintah, agar “tercipta lingkungan yang kondusif bagi pembangunan” sekaligus “mempromosikan perlunya peningkatan partisipasi masyarakat yang jauh lebih besar dalam kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi.”<sup>1</sup> Pihak-pihak yang mendukung anjuran itu mengatakan bahwa dengan adanya desentralisasi fungsi-fungsi pemerintah maka kemampuan sistem kesehatan dalam merespon kebutuhan penduduk setempat akan meningkat dan dengan demikian memperbaiki kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan. Sudah saatnya, lima belas tahun setelah ICPD (Kairo, 1994), kelompok perempuan mengkaji ulang dampak desentralisasi terhadap hak dan akses perempuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi. Artikel ini khusus akan mengkaji kasus desentralisasi keluarga berencana di Indonesia.

Antara tahun 1970 dan 1998, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menjadi birokrasi yang kuat dan tidak saja memiliki kantor di semua provinsi, kabupaten/ kota dan bahkan di tingkat kecamatan di seluruh Indonesia, namun juga kekuasaan mutlak yang dikendalikan dengan ketat dari kantor pusat di Jakarta. Memang BKKBN dapat melakukannya karena dukungan pinjaman dan luar negeri yang cukup besar. Namun situasi itu mulai berubah sejak diadakan reformasi tahun 1998-1999. Indonesia menempuh desentralisasi radikal, dan di bulan Januari tahun 2004, BKKBN memutuskan kendali pusat dan mendelegasikan wewenangnya dalam menetapkan kebijakan dan pelaksanaan Program KB kepada pemerintah daerah, pemerintah kabupaten dan pemerintah kota. Desentralisasi juga menggeser

kendali staf ke tingkat kabupaten, termasuk petugas KB lapangannya, yang banyak dialihtugaskan menjadi pegawai Pemda dan melepas tugasnya untuk urusan KB. Pada akhirnya jumlah petugas KB di lapangan menciut drastis.

Setelah lima tahun, tujuan yang diklaim sebagai tujuan desentralisasi tidak tercapai: desentralisasi tidak membuat kualitas pelayanan keluarga berencana menjadi lebih baik dan juga tidak membuat sistem kesehatan menjadi lebih bertumpu pada hak klien/pasien atau lebih responsif terhadap kebutuhan daerah setempat, khususnya kebutuhan perempuan yang berasal dari kelompok berpenghasilan rendah atau dari daerah pedesaan (setengah dari kabupaten Bogor masih merupakan daerah pedesaan). Setidaknya, itulah hasil temuan Yayasan Kesehatan Perempuan dalam studi yang dirancang untuk mengkaji dampak desentralisasi terhadap akses untuk mendapatkan kontrasepsi dan kualitas pelayanan di Kabupaten Bogor, Jawa Barat, Indonesia (yang berpenduduk 4,3 juta jiwa).<sup>2</sup>

Studi tersebut mengungkapkan bahwa setelah desentralisasi, anggaran untuk keluarga berencana di Kabupaten Bogor terkena berbagai pemotongan. Hanya 50% pasokan alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN, sementara sisa yang setengahnya harus dibeli oleh pemerintah daerah. Akan tetapi, konservatisme agama mempunyai dampak negatif terhadap pembiayaan program KB. Pembuat kebijakan yang baru dilantik, beberapa di antaranya dari golongan konservatif merasa bahwa negara tidak selayaknya menyediakan alat kontrasepsi modern, mempengaruhi keputusan pemerintah daerah untuk tidak memprioritaskan KB. Persoalan lainnya adalah bahwa pemerintah daerah menggunakan alokasi anggaran saat ini untuk mendanai pemakaian alat kontrasepsi di masa yang akan datang. Kebijakan ini tidak memberi jaminan atas keberadaan jumlah alat kontrasepsi

seperti yang dibutuhkan; apabila permintaan akan alat kontrasepsi meningkat, akan terjadi kehabisan stock dan orang tidak akan memiliki akses untuk mendapatkan alat kontrasepsi dasar yang mereka perlukan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Studi tersebut juga mengungkapkan bahwa meskipun desentralisasi atau otonomi daerah sudah berjalan beberapa tahun ternyata, kebijakan Kabupaten Bogor di bidang kesehatan reproduksi (termasuk KB) masih saja bertumpu pada pendekatan yang diwariskan oleh BKKBN lama. Di Bogor, pendekatan yang bersifat otoriter untuk “mengendalikan jumlah penduduk”, baik dalam kebijakan maupun praktik, masih lebih sering dijumpai daripada pendekatan hak asasi manusia yang dipromosikan dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan tahun 1994. Petugas lapangan KB masih dipaksa untuk mencapai target peserta KB sesuai angka [jumlah] yang telah ditetapkan. Untuk memenuhi target yang telah dipatok, mereka sering mengambil jalan pintas dengan menyelenggarakan kampanye massal penanaman susuk KB, spiral atau sterilisasi (yang lebih difokuskan pada tubektomi daripada vasektomi), di mana sekitar 300 peserta dilayani oleh hanya empat orang dokter dalam sehari. Kampanye massal ini, yang dilakukan setiap tiga bulan sekali menggunakan fasilitas kesehatan milik angkatan bersenjata, membawa implikasi yang serius terhadap hak perempuan [sangat merugikan hak perempuan] dan menurunkan kualitas pelayanan. Protokol kesehatan yang harus ditaati sering diabaikan; beberapa perempuan dilaporkan menderita komplikasi dan mengeluh karena tidak adanya pelayanan konseling sebelum dan sesudahnya, juga layanan tindak lanjut yang memadai.

Selain itu, pilihan alat kontrasepsi yang beragam tidak lagi ditawarkan di pusat-pusat

kehatan masyarakat (puskesmas). Di luar kampanye massa tersebut praktis tidak ada upaya yang dilakukan untuk menjangkau masyarakat agar menjadi peserta KB. Penyedia layanan kesehatan puskesmas tidak melakukan pendekatan terhadap perempuan di wilayah kerjanya dan hanya menunggu perempuan yang mencari pelayanan KB di Puskesmas yang letaknya sangat jauh dari tempat tinggal mereka. Sementara itu, seperti di pemerintah daerah lainnya, setelah desentralisasi, petugas KB lapangan di Bogor dipindahtugaskan ke sektor-sektor lain; akibatnya,

jumlah petugas KB berkurang menjadi hampir setengahnya sehingga seorang pekerja harus menangani dua atau tiga desa sekaligus. Petugas KB lapangan tidak lagi dibekali dengan persediaan alat-alat

kontrasepsi dan sepeda motor untuk menjangkau desa-desa. Oleh karena itu, petugas KB harus mengandalkan kader atau para relawan kesehatan untuk merekrut calon peserta KB yang bersedia ikut program KB dengan metode sterilisasi dan penanaman susuk KB melalui kampanye sterilisasi secara massal.

Kenyataannya, kampanye KB secara massal, dan tidak adanya persediaan pilihan alat kontrasepsi yang lengkap dan menyeluruh di puskesmas, bukan satu-satunya contoh penurunan kualitas pelayanan. Hampir semua Puskesmas hanya buka dari pukul 8 pagi hingga pukul 1 siang; sementara itu, bidan dan dokter, meskipun bekerja di puskesmas pada pagi hari, diperbolehkan membuka praktik sendiri di sore dan malam hari. Hal ini mengakibatkan buruknya pelayanan yang ditawarkan di puskesmas, karena dengan menawarkan pelayanan yang lebih baik di praktek swasta mereka ini, berarti juga lebih banyak penghasilan baginya. Oleh karena itu, tidak mengherankan ketika statistik Kabupaten Bogor menunjukkan bahwa 43,5% perempuan yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana pergi ke dokter praktik swasta, dan hanya 56,5% pergi ke

**Kampanye massal ini, yang dilakukan setiap tiga bulan sekali menggunakan fasilitas kesehatan milik angkatan bersenjata, membawa implikasi yang serius terhadap hak perempuan [sangat merugikan hak perempuan] dan menurunkan kualitas pelayanan**

fasilitas milik pemerintah. Hal ini mengakibatkan tidak adanya akses bagi mereka yang paling membutuhkannya. Perempuan dari kelompok berpenghasilan paling rendah ternyata tidak dapat memperoleh pelayanan karena mereka sedang bekerja ketika *puskesmas* membuka layanannya. Mereka juga tidak mampu membayar biaya di beberapa praktek swasta yang buka di malam hari. Kenyataannya, perempuan kelas menengah memetik manfaat terbesar dari pelayanan di Puskesmas karena mereka sanggup membayar biayanya, mempunyai hubungan sosial yang lebih kuat dengan para penyedia, layanan setempat, dan diketahui beberapa kali diberi perhatian dan keistimewaan untuk mendapatkan persediaan obat-obatan yang langka.

Studi tersebut mengungkapkan tingginya kebutuhan alat-alat kontrasepsi yang tidak terpenuhi di Kabupaten Bogor: dua per lima responden (n=500) yang diwawancara ingin punya lebih banyak anak, sementara dua per lima sisanya ingin menunda punya anak. Tidak terpenuhinya kebutuhan akan alat-alat kontrasepsi modern paling banyak dialami oleh perempuan dari golongan ekonomi lemah dan yang tempat tinggalnya jauh dari *puskesmas* oleh karena tingginya biaya transportasi, dan juga biaya jasa pelayanannya (misalnya, sekalipun spiral diberikan secara cuma-cuma, untuk insersi spiral tetap dikenakan biaya). Studi ini juga menemukan bahwa mayoritas peserta KB metode spiral yang menjadi klien puskesmas adalah perempuan yang termasuk kelompok berpenghasilan tinggi. Kebutuhan yang tidak terpenuhi (*unmet need*) kabupaten Bogor mencapai 9,1%, sedangkan tingkat prevalensi alat kontrasepsi berkurang dari 57,5% pada tahun 2004 menjadi 56,5% pada tahun 2008.

Temuan lain studi tersebut adalah kurang atau tidak adanya integrasi pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi di kabupaten. Karena tidak ada satu institusi tunggal yang bertanggung jawab atas kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk KB, di kabupaten tersebut, maka tidak ada kejelasan mengenai bagaimana berbagai institusi atau unit yang ada harus bekerja sama melaksanakan program

kesehatan seksual dan reproduksi serta program KB. Misalnya, Surat Keputusan Bupati tentang Pengurangan Tingginya Angka Kematian Ibu Bersalin tidak sekalipun menyebutkan tentang perlunya Program KB atau ketentuan tentang kontrasepsi dalam surat keputusan tersebut, padahal ikut menjadi peserta KB dapat memungkinkan penjarangan dan pembatasan kelahiran, dan mencegah terlalu seringnya atau terlalu dininya suatu kehamilan, dan mengurangi kebutuhan untuk melakukan aborsi dengan cara yang tidak aman, yang semuanya itu membantu mengurangi risiko kematian ibu bersalin.

Studi tersebut menyoroti perlunya komitmen politik yang lebih kuat terhadap kesehatan serta hak seksual dan reproduksi, dan juga perlunya sumber daya yang memadai dalam jumlah yang cukup dan kompeten serta memastikan adanya persediaan alat-alat kontrasepsi. Upaya proaktif para bidan dan perawat untuk mendatangi masyarakat yang tinggal di wilayah pedesaan guna memastikan adanya pelayanan bagi mereka yang paling membutuhkan. Ketersediaan alat kontrasepsi hendaknya diintegrasikan dalam program-program kesehatan ibu dan anak termasuk program HIV. Studi tersebut juga membahas perlunya memastikan agar unsur agama tidak dilibatkan dalam proses politik dan pengambilan keputusan, dan memastikan partisipasi kelompok dan masyarakat perempuan dalam program-program perencanaan dan pelaksanaan yang berkaitan dengan hak seksual dan hak kesehatan reproduksi. Sebagai bagian dari pertanggungjawaban pemerintah, perlu diterapkan mekanisme pengaduan oleh masyarakat. Yang paling penting, pelayanan KB serta kesehatan seksual dan reproduksi hendaknya dijamin melalui kerangka kerja berbasis hak yang peka gender.

**Catatan Kaki**

1. ICPD PoA paragraph 9.4 dan 7.9
2. Tulisan ini merupakan ringkasan hasil penelitian yang berjudul "Dampak Desentralisasi terhadap akses kontrasepsi di Kabupaten Bogor, Indonesia", yang dipimpin oleh penulis. Studi ini juga merupakan bagian dari proyek Monitoring, Riset dan Advokasi ICPD +15 yang dikoordinasi oleh ARROW dan mengambil 12 negara di Asia Selatan dan Tenggara. Dapat diakses juga di email [arrow@arrow.org.my](mailto:arrow@arrow.org.my)

Oleh: **Atashendartini Habsjah**, Women's Health Foundation  
E-mail: [atashabsjah@yahoo.com](mailto:atashabsjah@yahoo.com)



# Pelayanan Aborsi di Malaysia: Legal tetapi Masih Tidak Dapat Diperoleh

Meskipun sudah dihasilkan kesepakatan dalam konferensi Kairo (1994) dan Beijing 15 tahun yang lalu di Malaysia, akses bagi perempuan untuk mendapatkan pelayanan aborsi yang aman masih belum secara luas diakui sebagai hak asasi manusia maupun hak reproduksi bahkan tidak dilihat sebagai isu penting kesehatan masyarakat setelah dibentuk Aliansi Advokasi Hak Reproduksi Malaysia (*Reproductive Rights Advocacy Alliance Malaysia* atau RRAAM) pada tahun 2007 akses terhadap layanan aborsi bagi perempuan Malaysia mulai dipermudah. RRAAM percaya bahwa meskipun liberalisasi Kitab Undang-Undang Hukum Pidana Malaysia pada tahun 1989 membolehkan aborsi karena alasan kesehatan fisik dan mental, hukum tersebut tetap tidak dikenal secara luas.

Pada tahun 2007, RRAAM, aliansi organisasi perempuan non pemerintah yang multi-sektoral, Federasi Asosiasi Kesehatan Reproduksi Malaysia (*Federation of Reproductive Rights Association of Malaysia / FRHAM*), sekelompok ahli kebidanan, para spesialis, ahli hukum dan peneliti feminis, mulai mengumpulkan bukti tentang faktor-faktor yang menghalangi perempuan untuk mendapatkan pelayanan aborsi baik halangan yang berasal dari lingkungan sistem kesehatan maupun bukti dari pengalaman perempuan yang bersangkutan. Proyek pemantauan dan advokasi ICPD + 15 dari ARROW memberi kesempatan pada RRAAM dan FRHAM untuk mengumpulkan lebih banyak bukti sekaligus melakukan berbagai advokasi dengan pembuat kebijakan. Artikel ini membahas temuan dan rekomendasi pokok dari studi pemantauan ini.<sup>1</sup>

Studi RRAAM-FRHAM menemukan sangat terbatasnya kemungkinan seorang perempuan mengakses layanan aborsi di sebagian besar rumah sakit pemerintah. Pelayanan aborsi yang diberikan di

rumah sakit pemerintah secara ketat harus berdasarkan alasan medis saja, padahal diluar alasan medis seperti alasan mental sebenarnya diperbolehkan sebagaimana yang diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana Malaysia.<sup>2</sup> Beberapa perempuan korban perkosaan dan perempuan yang janinnya mengalami kelainan bawaan dilaporkan telah ditolak untuk mendapatkan pelayanan aborsi di rumah sakit pemerintah untuk kemudian dirujuk ke rumah sakit lain. Salah satu rumah sakit pemerintah di Kuala Lumpur dilaporkan sangat berkeberatan melakukan segala jenis aborsi yang sah menurut hukum. Di samping itu, dari pengalaman mendampingi perempuan yang mencari bantuan dari organisasi non pemerintah diketahui bahwa beberapa perempuan muda berpenghasilan rendah yang tidak menikah dan juga perempuan miskin yang termarginalkan mengalami penolakan saat datang untuk mendapatkan pelayanan aborsi yang aman, sah secara hukum dan terjangkau biayanya dari rumah sakit pemerintah di Kuala Lumpur.

Sementara itu, kenyataannya pelayanan aborsi tersedia di sektor swasta, namun biayanya mahal, dilakukan dengan sembunyi-sembunyi tidak ada yang mengatur maupun mengawasi standar pelayanannya. Biaya aborsi [gelap] dilaporkan dapat mencapai RM2,000 (US\$588), sedangkan rata-rata biaya aborsi pada saat umur kehamilan masih sangat awal diperkirakan oleh RRAAM kira-kira sebesar RM300 (US\$88) sehingga tidak terjangkau oleh perempuan muda migran yang miskin dan berpenghasilan rendah.

Studi tersebut juga menemukan faktor penghalang utama yang membatasi perempuan mengakses layanan aborsi adalah persepsi yang salah di kalangan dokter, juru rawat, perempuan, media massa dan masyarakat umum yang mengira aborsi di Malaysia tidak sah menurut hukum. Survei RRAAM

menunjukkan bahwa dari 120 dokter dan jururawat yang diwawancarai, 43% menjawab salah tentang sahnya aborsi secara hukum di Malaysia. Sama halnya dengan survei terhadap klien kesehatan reproduksi yang telah melakukan aborsi sah di klinik swasta menunjukkan bahwa 41% tidak mengetahui secara benar substansi pasal-pasal tentang aborsi dalam Kitab Hukum Pidana. Pernyataan-pernyataan yang tidak tepat tentang legalitas aborsi juga ditemukan dalam beberapa publikasi pemerintah maupun situs internet beberapa organisasi non pemerintah, bahkan juga dalam Kode Etik Dewan Kedokteran Malaysia (Malaysian Medical Council Code of Ethics) dan beberapa artikel di media massa.

Penghalang lainnya adalah sikap tidak simpatik dan sikap menghakimi yang ditunjukkan oleh banyak dokter pemerintah maupun jururawat. Di saat wawancara RRAAM bertanya: "Menurut Anda apa yang sebaiknya dilakukan oleh perempuan hamil akibat perkosaan?" 38% dari 120 dokter dan jururawat

menjawab bahwa perempuan korban perkosaan itu harus meneruskan kehamilannya dan setelah melahirkan harus mengasuh sendiri bayi itu atau menyerahkannya untuk diadopsi orang lain daripada melakukan aborsi. Penghalang lainnya adalah persepsi yang salah di kalangan tenaga kesehatan mengenai fatwa Islam tentang aborsi dan larangan aborsi oleh Vatikan. Fatwa di Malaysia,<sup>3</sup> seperti halnya di banyak negara Islam lainnya dari 57 negara Islam yang ada di dunia, membolehkan aborsi karena alasan kesehatan dan kesejahteraan hingga kandungan berusia empat bulan. Akan tetapi, hal ini tidak banyak diketahui. Terlepas dari itu, tanpa memandang keyakinan pribadi ataupun kepercayaan agama, penyedia pelayanan perlu menghormati hukum sipil dan pilihan perempuan. Tak ada panduan untuk persoalan-persoalan etika ini.

**Fatwa di Malaysia membolehkan aborsi karena alasan kesehatan dan kesejahteraan hingga kandungan berusia empat bulan. Akan tetapi, tanpa memandang keyakinan pribadi dan kepercayaan agama, penyedia pelayanan perlu menghormati hukum sipil dan pilihan perempuan.**

Di samping itu, tidak ada pedoman praktis klinik dari Kementerian Kesehatan tentang penyediaan pelayanan aborsi; akibatnya, pelayanan aborsi yang tersedia dilaporkan sangat bervariasi tergantung interpretasi kepala Bagian Kebidanan masing-masing rumah sakit pemerintah. Masalah lainnya yang ditemukan studi RRAAM-FRHAM ini adalah terbatasnya jenis pelayanan aborsi yang ditawarkan di masing-masing rumah sakit pemerintah. Metode utama aborsi yang digunakan di rumah sakit pemerintah masih berupa *dilation* dan *curettage* atau pengkuretan, yang memerlukan pembiusan dan rawat inap yang berakibat pada biaya yang lebih tinggi, relatif lebih berisiko<sup>4</sup> dan kurang nyaman bagi

perempuan, dibandingkan dengan prosedur rawat jalan aspirasi vakum manual atau *manual vacuum aspiration* (MVA) yang lebih murah, lebih aman, dan lebih singkat. Aborsi medikasi (medication abortion) ternyata juga tidak ditawarkan meskipun mifepristone dan misoprostol sudah 15 tahun secara global sudah tersedia, bahkan baru-

baru ini sudah dimasukkan oleh WHO dalam daftar obat-obatan esensial bagi kesehatan perempuan. Ditemukan juga bahwa mifepristone ternyata belum didaftarkan sebagai obat di Malaysia, sedangkan misoprostol telah didaftarkan untuk pengobatan lambung (*gastric ulcer*) dan, oleh karena itu, tidak digunakan di rumah sakit untuk aborsi.

Kurikulum pendidikan medis untuk mahasiswa di tiga universitas negeri, yang diteliti, ternyata tidak memberikan informasi mutakhir tentang legalitas aborsi. Pelatihan praktis tentang aborsi juga tidak tersedia bagi mahasiswa dengan alasan sangat sedikitnya kasus aborsi yang dilakukan di rumah sakit pemerintah.

Studi ini antara lain ingin membuktikan bahwa kebutuhan perempuan Malaysia untuk mendapatkan akses terhadap layanan aborsi sangat tinggi. Hal ini

terjadi karena beberapa faktor seperti: tingginya kebutuhan perempuan akan alat-alat kontrasepsi yang tidak terpenuhi (unmet need); dua puluh empat persen (24%) perempuan menikah pada tahun 2004 tidak ingin mempunyai anak lebih banyak tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun, dan ini dilaporkan oleh studi terbaru keluarga dan kependudukan nasional.<sup>5</sup> Di samping itu, kaum muda (yang tidak diikutsertakan dalam survei ini) yang sebagian sudah aktif berhubungan seks namun kebanyakan tidak menggunakan alat kontrasepsi. Memang, laju pemakaian alat kontrasepsi di Malaysia hanya berjalan di tempat selama 20 tahun, yaitu hanya sekitar 50% untuk pasangan yang sudah menikah dan ini mengindikasikan rendahnya prioritas pemerintah dalam urusan pemenuhan alat-alat kontrasepsi ini. Kenyataannya, data tahun 2004 menunjukkan bahwa hanya 32% yang menggunakan metode kontrasepsi modern. Memang kebutuhan akan aborsi diketahui lebih tinggi di negara-negara dengan tingkat pemakaian kontrasepsi yang rendah. Akses terhadap pelayanan aborsi yang aman dan sah menurut hukum dan juga pemenuhan berbagai alat kontrasepsi merupakan hak reproduksi perempuan.

Rendahnya pemakaian alat kontrasepsi dan terbatasnya akses terhadap layanan aborsi telah mengakibatkan mortalitas dan morbiditas yang tinggi, dan ini termasuk kematian karena aborsi yang tidak aman, serta angka bunuh diri di kalangan kaum muda bahkan juga penelantaran bayi. Morbiditas meliputi penderitaan psikologi (kejiwaan) karena melahirkan bayi yang tidak diinginkan, menelantarkan bayi bahkan dipaksa mengandung bayi hasil perkosaan atau hubungan sedarah (inses) juga bayi dengan kelainan bawaan. Meskipun morbiditas sampai saat ini belum dinyatakan dalam angka dinyatakan dalam angka, studi RRAAM sudah mulai mengumpulkan bukti untuk hal ini.

Rekomendasi dari studi ini sudah ditindaklanjuti. Oleh Kementerian Kesehatan yang saat ini sedang menyusun kebijakan serta pedoman tentang aborsi. Sejak tahun 2009, Kementerian Kesehatan mulai bekerja sama dengan RRAAM dalam

serangkaian seminar tingkat negara bagian khususnya dalam memberikan pendidikan kepada seluruh penyedia layanan aborsi baik sektor swasta maupun pemerintah, termasuk tentang hukum aborsi maupun pelayanan aborsi yang mengedepankan pemenuhan hak asasi perempuan. Asosiasi Obstetri dan Ginekologi Malaysia juga ikut dalam gerakan ini bahkan mengundang RRAAM pada tahun 2009 untuk memberikan presentasinya dalam simposium tentang aborsi dan hak reproduksi yang untuk pertama kalinya tema ini diusung dalam musyawarah nasional tahunan mereka. Sementara itu, RRAAM juga telah menyerahkan isi rancangan kebijakan maupun pedoman terbarunya tentang legalitas aborsi di akhir tahun 2009 untuk kemudian dikaji ulang oleh Dewan Kode Etik Kedokteran Malaysia karena kesimpangsiuran interpretasi pasal-pasal hukum akan membingungkan para dokter.

Rekomendasi yang masih perlu segera ditindaklanjuti adalah tentang penetapan prioritas dalam kebijakan peningkatan akses terhadap program keluarga berencana serta memutakhirkan kurikulum mahasiswa kedokteran yang mengakomodir penjelasan pasal-pasal hukum yang tepat tentang aborsi serta memberikan pelatihan praktis untuk pelayanan aborsi yang mengedepankan etika serta berperspektif HAM dan juga tidak lupa memberikan pendidikan bagi penggiat media.

#### Catatan Kaki

1. Abdullah Rashidah (dengan berbagai masukan dari organisasi FRHAM) 2009. Juga merupakan bagian dari laporan ICPD +15 dari 12 negara di Asia Selatan dan Tenggara, ARROW, Malaysia (tidak dipublikasi)
2. "Di Malaysia aborsi diperbolehkan dalam beberapa kondisi seperti yang tercantum dalam KUHP Pasal 312 yang merupakan amandemen di tahun 1989, seperti untuk: a) menyelamatkan nyawa perempuan yang bersangkutan, b) melindungi kesehatan fisik perempuan yang bersangkutan, c) melindungi kebebasan mental perempuan yang bersangkutan", RRAAM, 2010 "10 Mitos tentang aborsi".
3. "Di tahun 2002, Komite Fatwa Nasional di Malaysia menerbitkan pernyataan bahwa aborsi di atas 120 hari umur kehamilan adalah pembunuhan kecuali jika perempuan yang bersangkutan jiwanya terancam atau ada kerusakan pada janinnya" RRAAM 2010. "10 Mitos tentang aborsi".
4. Tindakan aborsi yang aman sebenarnya lebih tidak beresiko ketimbang persalinan. RRAAM 2010. "10 Mitos tentang aborsi".
5. Lembaga Penduduk and Pembangunan Keluarga Negara (LPPKN). 2009. Laporan Kajian Penduduk Dan Keluarga Malaysia 2004. Malaysia: LPPKN, Kementerian Pembangunan Wanita & Keluarga dan Masyarakat. [National Population and Family Development Board (NPFDB). 2009. Malaysian Population and Family Study 2004. Malaysia: NPFDB, Ministry of Women, Family and Community.]

Oleh: **Rashidah Abdullah**, Co-Chair, RRAAM  
E-mail: rashidahabd@yahoo.com

# Swastanisasi dalam SRHR:

## Gambaran Sekilas Pandangan dari Beberapa Negara Asia Selatan dan Tenggara<sup>1</sup>



Foto oleh Paul Stevenson lewat Flickr Creative Commons

Di Laos, perempuan desa harus menempuh jarak yang jauh untuk memperoleh fasilitas perawatan kesehatan, ongkos transportasi dan ongkos penggunaan—semua ini menjadi penyebab tingginya angka kematian perempuan pada waktu kehamilan dan melahirkan

Privatisasi dapat didefinisikan sebagai penetapan kebijakan dan mekanisme yang secara disengaja diambil oleh pemerintah pusat dan/ atau beberapa lembaga keuangan internasional maupun beberapa donor bilateral untuk memperluas peran sektor swasta. Privatisasi di sektor sosial ada yang hanya sebatas bidang pembiayaan, atau penyediaan

pelayanan, namun bisa juga sekaligus kedua bidang tersebut.

Privatisasi di sektor kesehatan, seringkali merupakan bagian dari proses privatisasi sektor ekonomi skala yang lebih besar, yang saat ini memang sedang berlangsung di hampir seluruh negara Asia Selatan dan Asia Tenggara, termasuk negara-negara yang dulu dikenal sebagai negara yang memiliki perekonomian yang kuat. Artikel ini akan menggali proses privatisasi yang berlangsung di 3 negara yang berbeda latar belakangnya seperti — Republik Rakyat Demokratik Laos, Pakistan dan Thailand— beserta implikasi positif maupun negatif dari proses privatisasi ini yang semula dimaksudkan agar kesempatan mendapatkan keadilan dalam mengakses pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi (SRH) bisa terwujud.

Dari ketiga negara tersebut, Republik Rakyat Demokratik Laos dan Pakistan termasuk negara yang sektor kesehatannya mengalami kekurangan sumber daya (*lihat* Tabel 1). Peran sektor swasta di Republik Rakyat Demokratik Laos masih sangat terbatas; di negara itu hanya ada segelintir klinik dan apotik milik swasta walaupun perekonomian negara itu mulai beralih ke perekonomian pasar. Pakistan mempunyai sektor swasta yang lebih besar bahkan cukup

berperan kuat di bidang kesehatannya. Sebaliknya, Thailand memiliki sektor kesehatan publik maupun swasta yang dibekali dengan sumber daya yang baik, bahkan sebagian besar pengeluaran Thailand di bidang kesehatan adalah dari sumber-sumber pemerintah.

**Republik Rakyat Demokratik Laos.** Privatisasi sektor kesehatan di Laos terutama terjadi melalui sektor pembiayaan yang memberi kesempatan pada pihak swasta untuk masuk ke dalam berbagai fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, atau klinik, dll. yang dijalankan oleh pemerintah, yaitu, dengan memungut biaya dari para pengguna/ pasien yang menggunakan fasilitas-fasilitas kesehatan tersebut. Pemungutan biaya untuk suatu pelayanan kesehatan tersebut pertama kali dilakukan pada tahun 1995 dengan diberlakukannya tagihan untuk obat-obatan yang diberikan kepada para pasien (Dana Obat Bergilir). Pada tahun 2005, pemungutan biaya tersebut diperluas lagi sehingga meliputi seluruh barang maupun jasa yang ditawarkan di fasilitas-fasilitas pemerintah.

Meskipun ada peraturan yang terkait dengan kelompok berpenghasilan rendah ataupun siswa/ mahasiswa yang akan dikecualikan dari pemungutan biaya tersebut, namun dalam implementasinya ini ternyata gagal. Sebenarnya di tahun 2003, *Health Equity Funds* [Dana-Dana *Equity* Kesehatan] sudah mulai memberikan kompensasi kepada fasilitas-fasilitas kesehatan yang bersedia memberikan pelayanan gratis kepada “penduduk miskin.” Akan tetapi, dana-dana tersebut kenyataan tetap saja hanya dapat dinikmati oleh sebagian kecil penduduk miskin dan tetap saja tidak memberikan kompensasi untuk upah yang hilang [karena sakit] ataupun biaya transportasi – yang biasanya sangat besar mengingat sebagian besar penduduk tinggal di wilayah pegunungan yang berbukit-bukit dan pola pemukiman yang jarang-jarang sehingga letaknya

saling berjauhan satu sama lain.

Ketersediaan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi terkendala oleh sedikitnya distribusi fasilitas pelayanan kesehatan — baik publik maupun swasta. Di daerah pedesaan tanpa jalan beraspal, 43% penduduknya tinggal di rumah-rumah yang berjarak lebih dari 10 km jauhnya dari pusat kesehatan dan 70% tinggal di rumah-rumah yang berjarak lebih dari 10 km jauhnya dari rumah sakit.<sup>2</sup> Apalagi bagi perempuan hamil atau siap bersalin yang harus menempuh perjalanan jauh untuk mendapatkan perawatan persalinan darurat atau perawatan

komplikasi kehamilan yang tidak tersedia di wilayahnya karena di seluruh negeri hanya ada sejumlah kecil rumah sakit provinsi.

Persalinan di rumah sakit bagi perempuan

yang akan melahirkan juga terkendala oleh biaya yang langsung harus mereka bayar. Pada tahun 2003, diketahui perempuan yang melahirkan di rumah sakit di desa-desa yang ternyata tidak termasuk kategori miskin mencapai sekitar 35% sedangkan di desa-desa miskin hanya 15%.<sup>2</sup> Biaya transportasi yang harus dikeluarkan oleh perempuan yang ingin melahirkan di rumah sakit ternyata tidak terjangkau, yaitu berkisar dari US\$100 hingga US\$700 pada tahun 2000; biaya ini terlalu tinggi, bahkan juga bagi perempuan yang bertempat tinggal tidak terlalu jauh dari rumah sakit provinsi sekalipun.<sup>3</sup> Dengan demikian jelaslah mengapa biaya transportasi merupakan salah satu penyebab utama tingginya angka kematian ibu (AKI) di Laos yang pada tahun 2005 mencapai 660 per 100.000 kelahiran hidup.

Tingginya biaya perawatan dan pengobatan juga ikut menyebabkan merebaknya kematian akibat penyakit kelamin serta gangguan reproduksi lainnya, yang pada akhirnya tidak diobati sebagaimana seharusnya. Contohnya, rumah sakit pemerintah dikabarkan memungut biaya pemeriksaan darah dan air seni sebesar 100,000 kips (US\$12); biaya sebesar ini

### **Tingginya biaya perawatan dan pengobatan juga ikut menyebabkan merebaknya kematian akibat penyakit kelamin serta gangguan reproduksi lainnya, yang pada akhirnya tidak diobati sebagaimana seharusnya**

berada di luar kemampuan banyak perempuan.

Contoh lain:

*“Di wilayah Luang Prabang, seorang ibu muda dengan bayi berusia sembilan bulan yang suaminya tidak memiliki pekerjaan mengalami pendaraban selama tiga bulan. Keluarga ini sudah meminjam uang sebesar 100.000 kips dari tetangga yang mengambil riba 30.000 kips. Beban pengembalian pinjaman yang begitu berat pada akhirnya membuat keluarga ini tidak lagi mampu meneruskan pengobatannya.”<sup>4</sup>*

**Pakistan.** Di Pakistan, peraturan perundang-undangan yang disahkan antara tahun 1998 dan 2002 mengakibatkan kenaikan biaya yang harus dibayar pasien di rumah sakit tertier, yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan dokter spesialis di Provinsi Perbatasan Utara Selatan (*North West Frontier Province*) dan di seluruh institusi kesehatan sektor publik di Provinsi Punjab. Pada tahun 2003, seluruh unit kesehatan dasar (BHU) milik pemerintah di 12 distrik di Provinsi Punjab tidak lagi dijalankan oleh pemerintah tetapi diserahkan pengelolaannya kepada suatu organisasi non pemerintah yang dikontrak oleh pemerintah, yaitu Program Bantuan Pedesaan Punjab (*Punjab Rural Support Programme* atau PRSP). Ada dua proyek besar waralaba sosial yang sedang dioperasikan: *Green Star Marketing* (GSM) dan *Key Social Marketing* (KSM). Di samping itu, ada pula kemitraan pemerintah dengan pihak swasta yang melibatkan organisasi non pemerintah internasional, seperti Prakarsa Pakistan untuk Ibu dan Anak Baru Lahir (*Pakistan Initiative for Mothers and Newborn* atau PAIMAN), yang didanai oleh USAID. PAIMAN berusaha menaikkan permintaan akan perawatan/pengobatan kesehatan ibu dan anak dengan tujuan dapat memperkuat fasilitas kesehatan masyarakat di 10 distrik yang terletak di empat provinsi.

Privatisasi di Pakistan membawa akibat yang berbeda-beda dalam mengakses pelayanan yang berkualitas di bidang kesehatan seksual dan reproduksi khususnya bagi kelompok ekonomi tidak mampu. Beberapa di antaranya ada yang positif namun juga banyak yang negatif.

Ditinjau dari segi terjangkau tidaknya pelayanan/perawatan persalinan bagi golongan miskin serta besarnya biaya yang dipungut dari pasien yang ingin mendapatkan perawatan tersebut maka pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan tertier di 10 distrik tersebut ternyata kebanyakan tidak terjangkau bagi sebagian besar masyarakatnya. Klinik waralaba yang memberikan pelayanan kesehatan ternyata cenderung terkonsentrasi di daerah perkotaan, sehingga tidak dapat dinikmati oleh mayoritas perempuan yang tinggal di daerah pedesaan; dan menurut suatu kajian, klinik waralaba tersebut kelihatannya lebih memilih untuk menerima pasien yang relatif mampu. Intervensi PAIMAN dilaporkan memang telah meningkatkan keterjangkauan pelayanan perawatan pra-persalinan di fasilitas pemerintah atau fasilitas-fasilitas waralaba tersebut, namun karena biaya masuk (uang muka) untuk mendapatkan pertolongan persalinan dan biaya operasi sesar di 31 pusat kesehatan (yang sebenarnya sudah diperkuat oleh proyek tersebut) tetap saja masih tinggi, sehingga jumlah perempuan yang dilayani dari kelompok miskin relatif sangat sedikit jika dibandingkan dengan jumlah perempuan hamil yang ada di wilayah tersebut.

Ketersediaan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi melalui GSM dan KMS juga masih sangat terbatas, yaitu hanya sebatas penyediaan alat kontrasepsi dan perawatan pra persalinan, dan sangat sedikit layanannya untuk kontrasepsi yang memerlukan tindakan medis (sterilisasi, implan, dll) maupun pelayanan persalinan. Unit kesehatan dasar yang dijalankan oleh organisasi non pemerintah yang dikontrak oleh pemerintah ini kenyataannya memang mengalami kesulitan dalam memberikan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang memerlukan tindakan pembedahan atau operasi karena memerlukan tenaga ahli dan keperluan khusus lainnya.

Laporan evaluasi terhadap klinik waralaba ini menimbulkan keprihatinan serius tentang kualitas pelayanan yang diberikan pada pasiennya. Penyedia layanan di banyak klinik waralaba ini tampaknya lebih

memilih IUD daripada pil kontrasepsi. Juga di saat pemberian pil tanpa melakukan skrining sebelumnya dan petugas tidak tertib mengikuti prosedur medisnya agar pasien justru tidak terinfeksi penyakit menular saat pemasangan alat kontrasepsi atau pembedahan lainnya. Berikut ini adalah uraian yang diberikan oleh pihak evaluator yang mengamati kegiatan sepanjang hari di satu klinik (GSM) waralaba tersebut khususnya pada hari yang memberikan layanan keluarga berencana secara gratis dan diselenggarakan 6 bulan sekali. Pada hari tersebut semua perempuan dari berbagai wilayah yang ingin mendapatkan layanan KB diundang untuk mendapatkannya. Di bawah ini hanya satu pernyataan yang dilontarkan oleh pihak tersebut, yang kenyataannya cukup kecewa dengan kualitas layanan KB gratis yang diberikan oleh petugas klinik tersebut :

**Tabel 1:**  
sumber pembiayaan kesehatan : Laos, Pakistan dan Thailand

Negara	Republik Rakyat Demokratik Laos	Pakistan	Thailand
Total pengeluaran di bidang Kesehatan (Total health expenditure )	78	49	346
Total pengeluaran di bidang kesehatan terhadap persentase PDB (total health expenditure as % of GDP)	3.6	2.1	3.5
Pendanaan publik terhadap persentase total pengeluaran di bidang kesehatan (Public Expenditures % of total health expenditure)	20.6	17.5	63.9
Pendanaan eksternal terhadap persentase total pengeluaran di bidang kesehatan (external funding as % of total health expenditure)	11.3	3.6	0.2
Pengeluaran pribadi terhadap persentase total pengeluaran di bidang kesehatan (private expenditure as % of total health expenditure)	79.4	82.5	36.1

Sumber: World Health Organisation (WHO) 2008 World Health Statistics 2008, Geneva: WHO

*“Karena dokter sedang sibuk ... (maka paramedis dipanggil untuk) melakukan insersi IUCD (spiral) pada rahim seorang klien KB. Setelah memeriksa peserta KB tersebut, paramedis mencari spiral di troli [kereta dorong tempat menaruh alat-alat kedokteran] tetapi tidak ada. ..(maka paramedis itu) mulai mencari spiral di lemari dengan tetap memakai sarung tangan. Sementara itu, klien KBnya masih dibiarkan berbaring terlentang di dipan dengan*

*bagian tubuh yang akan dimasuki spiral dalam keadaan tersingkap sehingga ia menarik syalnya untuk menutupi badannya yang tidak tertutup kain karena malu. ....Spiral yang dicari-cari akhirnya dapat ditemukan dalam keadaan terendam air di mangkok yang biasa digunakan untuk meletakkan peralatan medis. ... Pada saat itu paramedis sedang menyesuaikan ukuran Multiload (merek spiral tersebut), tiba-tiba keluar benang sehingga tabung penyesuai serta Multiload dan benang tersebut berada di tangan paramedis tersebut yang sebenarnya sudah tercemar dan tidak steril lagi. Ketika disarankan agar menggunakan Multiload yang baru, paramedis mengabaikan saran tersebut dan spiral yang sama diinsersi ke rahim perempuan tersebut.”<sup>77</sup>*

**Thailand.** Periode terjadinya ledakan pertumbuhan ekonomi Thailand (1986-1996) adalah juga periode yang menandai pesatnya perekonomian negara itu, terutama di sektor kesehatan. Selama kurun waktu tersebut, jumlah tempat tidur dan jumlah dokter di sektor swasta mengalami kenaikan sampai tiga kali lipat. Banyak dokter yang semula bekerja sebagai pegawai negeri di wilayah pedesaan pindah menjadi dokter swasta di wilayah perkotaan.

Namun perlu dicatat, bahwa selama periode privatisasi tersebut, bahkan juga disaat krisis ekonomi tahun 1997, tetap saja pengeluaran sektor publik pemerintah Thailand di bidang kesehatan meningkat terus, baik secara mutlak maupun peningkatan dari proporsi total pengeluaran di bidang kesehatan.

Memang krisis ekonomi tahun 1997 berdampak sangat negatif terhadap jumlah perawatan medis di rumah sakit swasta. Salah satu respon menyiasati dampak negatif krisis tersebut, banyak rumah sakit swasta menjalin kontrak dengan pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan (termasuk rawat inap) bagi karyawan sektor formal (beserta tanggungannya) yang sudah menjadi peserta Jamsostek. Sementara itu, rumah sakit swasta lainnya, terutama yang dibangun dengan investasi besar, beralih ke pariwisata medis untuk menerima pasien asing yang membutuhkan penanganan super spesialis. Daya tarik pariwisata medis di Thailand ditunjang oleh

beberapa faktor seperti : rendahnya biaya operasi besar; meningkatnya permintaan dari pasien Timur Tengah setelah 11 September 2001 ketika visa Amerika Serikat sulit didapat; terakreditasinya rumah-rumah sakit di Thailand sesuai dengan standar internasional seperti ISO 900:2000; dan adanya dukungan berbagai kebijakan dari pemerintah. Sebagian terbesar wisatawan medis yang datang ke Thailand berasal dari Jepang, sesama negara Asia Tenggara lainnya dan Timur Tengah (60%). Kelompok kedua terbesar (30%) adalah warga negara asing yang tinggal di Thailand.

Parawisata medis berdampak pada tarif perawatan medis swasta yang meningkat drastis sehingga juga tidak terjangkau bagi kelas menengah Thailand yang sebelumnya tidak mau menggunakan fasilitas kesehatan sektor publik yang sudah kewalahan. Hengkangnya dokter-dokter spesialis dan super spesialis serta profesional medis lainnya dari rumah sakit pemerintah ke rumah sakit swasta meningkat tajam karena gaji yang jauh lebih tinggi dan kondisi kerja yang lebih baik dapat diberikan oleh rumah sakit swasta besar 'bintang lima' yang melayani wisatawan asing.

Krisis ekonomi tahun 1997 juga telah mendorong Thailand menganut prinsip yang berusaha menemukan keseimbangan antara pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di lapisan bawah dan pemenuhan berbagai persyaratan yang diajukan dalam ekonomi global.<sup>9</sup> Mungkin sebagai konsekuensi dari hal ini, dan juga untuk menanggapi tekanan dari organisasi masyarakat sipil, Thailand berusaha

menyeimbangkan pertumbuhan sektor swasta yang sedang menanjak di bidang kesehatan dengan meningkatkan terus investasi publik dan juga sekaligus, memperjuangkan kebijakan untuk mewujudkan *universal coverage* (pencakupan universal di bidang kesehatan), yaitu tersedianya pelayanan kesehatan dan perawatan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, dan juga adanya perlindungan sosial bagi penduduk miskin.

Kebijakan pencakupan universal di bidang kesehatan di Thailand diperkenalkan pada tahun 2001; kebijakan ini memastikan tercakupnya semua orang

yang tidak terasuransi ketika sakit; dan juga mereka yang tercakup dalam asuransi khusus bagi penduduk miskin maupun yang memiliki asuransi bagi yang tergolong tidak miskin. Dana Jaminan Kesehatan Nasional telah dibentuk, dengan pendanaan yang diambil dari penghasilan pajak. Dana ini digunakan untuk penggantian biaya fasilitas kesehatan yang telah diterima anggota keluarga penduduk miskin. Pelayanan disediakan oleh semua fasilitas kesehatan milik pemerintah dan sejumlah kecil fasilitas kesehatan

milik swasta yang sudah terakreditasi.

Pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi sudah merupakan komponen pokok dari semua paket pelayanan kesehatan yang diperuntukkan bagi seluruh lapisan masyarakat yang dikenal dengan sebutan *universal coverage* / pencakupan universal. Secara keseluruhan, yang tercakup dalam pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi berkisar dari pendidikan seks, keluarga berencana, konseling bagi

**Privatisasi yang dilakukan di suatu wilayah yang buruk prasarana kesehatan dan rendahnya tingkat pembiayaan kesehatan sektor publik sebenarnya bertentangan dengan komitmen Konferensi Internasional tentang Pembangunan dan Kependudukan karena hal itu menyebabkan tidak tersedianya pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi bagi semua orang.... (Republik Rakyat Demokratik Laos dan Pakistan), sedangkan Thailand tampaknya berhasil menjaga keseimbangan yang baik antara ketidakberpihakan dan keadilan sosial di satu sisi dan kemampuan mendapatkan laba dan kelangsungan ekonomi di sisi lain, menantang kita untuk melakukan penggalan yang lebih dalam daripada sekedar perdebatan seputar "pemerintah versus swasta".**



perempuan yang mengalami kekerasan dan skrining untuk mengetahui ada tidaknya infeksi menular seksual serta penyakit kanker yang terkait dengan organ reproduksi sampai pada pertolongan persalinan, termasuk operasi sesar. Pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi juga meliputi pengobatan kanker alat reproduksi, pemeriksaan kondisi sistem reproduksi perempuan dan pengobatan penyakit perempuan. Akan tetapi, yang masih mengganjal adalah adanya pembatasan ketentuan dalam pemberian bantuan untuk mendapatkan pelayanan aborsi aman. Untuk mendapatkannya diperlukan perjuangan yang besar agar perubahan terjadi di bidang peraturan perundang-undangan yang tidak bisa menghalangi perempuan mengakses pelayanan aborsi aman.

**Kesimpulan.** Paparan dari berbagai proses privatisasi yang telah berlangsung di ketiga negara tersebut dapat dijadikan bahan pelajaran yang menarik. Pengalaman Republik Rakyat Demokratik Laos mengkonfirmasi bahwa privatisasi pembiayaan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi menyebabkan kelompok-kelompok paling rentan berisiko tidak bisa mendapatkan pelayanan justru ketika mereka dalam kondisi sangat membutuhkan pelayanan tersebut, sehingga menyebabkan peningkatan kematian yang sebenarnya dengan mudah dapat dicegah. Di Pakistan, kita menyaksikan kasus klasik semakin berkurangnya tanggung jawab yang diambil pemerintah dalam pelayanan kesehatan. Kontribusi pemerintah dalam pembiayaan kesehatan sangat kecil dan menyerahkan penyediaan pelayanan kepada pihak swasta. Jumlah penduduk yang tercakup dalam layanan kesehatan publik maupun kisaran pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang tersedia sangat terbatas, dan dalam banyak hal, terjadi kompromi dalam kualitas pelayanannya. Privatisasi yang dilakukan di suatu wilayah yang buruk prasarana kesehatan serta sistem rujukannya tidak berfungsi serta rendah tingkat pembiayaan sektor kesehatannya sebenarnya bertentangan dengan komitmen Konferensi Internasional tentang Pembangunan dan Kependudukan karena hal itu menyebabkan tidak

tersedianya pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi bagi semua orang.

Pengalaman di Thailand justru sebaliknya karena berhasil menjaga keseimbangan yang baik antara pemerataan serta keadilan sosial di satu sisi dengan kemampuan untuk tetap mendapatkan laba di sektor kesehatan swasta dan tetap dapat mempertahankan kelangsungan ekonominya walaupun masih dalam situasi krisis ekonomi. Pengalaman ini menantang kita untuk melakukan penggalan yang lebih dalam daripada sekedar berdebat seputar “publik versus swasta”. Bagi mereka yang mengadvokasikan akses universal bagi semua tanpa kecuali untuk mendapatkan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi maka eksperimen Thailand dalam memperjuangkan ‘universal access’ ternyata bisa juga dicontoh karena tanpa sepenuhnya mengharamkan privatisasi di sebagian sektor kesehatannya. Eksperimen ini patut diambil hikmahnya sebagai suatu pelajaran.

#### **Catatan Kaki**

1. *Artikel ini merupakan ringkasan hasil penelitian studi kasus tentang privatisasi pelayanan SRHR yang dilakukan oleh penulis dalam rangka proyek ARROW ICPD +15: Monitoring, Riset dan Advokasi. Tidak semua hasil penelitian ini dapat disajikan dalam artikel ini karena keterbatasan tempat di rubrik ini. Referensi yang utuh dapat diakses melalui arrow@arrow.org.my*
2. *Gender Resource Information and Development Centre (GRID). 2005. Lao PDR Gender Profile. Vientiane, Laos: GRID.*
3. *Asian Development Fund Grant: Lao People's Democratic Republic Health Systems Development Project. Manila: ADB.*
4. *Paphassarang C. et al. 2002. "Equity, privatisation and cost recovery in urban health care: The case of Lao PDR. Health Policy and Planning. Vol. 17 (Suppl 1), hal.72-84.*
5. *PPP adalah singkatan dari purchasing power parity yang terjemahan aslinya berarti...*
6. *Midterm assessment of social marketing program (2003-2008). 2006. Report submitted by Grant Thornton, Chartered Accountants to the United States Agency for International Development.*
8. *Harryono M., et al. 2006, May 5. "Microeconomics of competitiveness." Cambridge: Thailand Medical Tourism Cluster, Cambridge, Harvard Business School.*
9. *UNDP. 2007. Thailand Human Development Report 2007: Sufficiency economy and human development. Thailand: United Nations Development Programme.*
10. *Menurut peraturan perundang-undangan Thailand pelayanan aborsi banya dibolehkan jika kehamilannya bisa membahayakan kesehatan fisik maupun mental perempuan yang bersangkutan atau karena hasil perkosaan atau inses. Perjuangan mereformasi peraturan tentang aborsi ini sudah berlangsung sejak 1973 namun tetap saja masih mengalami banyak kendala khususnya dari pihak oposisi. Pada tahun 2000, jaringan advokasi yang baru sudah terbentuk dan meneruskan perjuangan untuk mendapatkan legalisasi layanan aborsi di Thailand.*

Oleh: **T.K. Sundari Ravindran**, Honorary Professor,  
Achutha Menon Centre for Health Science Studies, Sree Chitra  
Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology,  
Trivandrum, India.  
E-mail: ravindrans@usa.net



Foto oleh Indira Maya Ganesh

Mengibarkan bendera pelangi sebagai simbol seksualitas dan perbedaan gender, di Bombay Pride 2009, India

# Terlupakan dan Terabaikan dalam Aksi Bersama: Hak Seksual dan Hak Reproduksi Transgender

Program Aksi ICPD sangat maju dalam mengedepankan hak dan kesehatan seksual serta hak reproduksi. Akan tetapi, dokumen bersejarah ini melupakan satu kelompok populasi yang sering kali secara politik, sosial, ekonomi bahkan juga secara budaya sangat terpinggirkan, sekalipun mereka memiliki kebutuhan yang sangat spesifik kesehatan seksual dan reproduksi — yaitu kelompok transgender<sup>1</sup>.

Dengan beberapa pengecualian, berbagai peraturan perundang-undangan maupun kebijakan negara masih sering mengabaikan kebutuhan serta hak-hak kelompok transgender. Tanpa adanya peraturan perundang-undangan maupun kebijakan yang melindungi hak mereka, anggota kelompok transgender harus menghadapi berbagai pelanggaran terhadap hak-hak dasar mereka, antara lain, hak atas kehidupan, keamanan, pekerjaan, kesehatan, kesetaraan, perlakuan non-diskriminasi,<sup>2</sup> bahkan juga hak untuk bebas mengeluarkan pikiran ataupun hak

menyatakan pendapat, hak untuk bebas dari penyiksaan serta hak untuk membangun keluarga. Misalnya, di banyak negara Asia, kaum transgender yang sudah menjalani operasi ganti kelamin tetap saja secara hukum tidak diakui dalam dokumen identitas. Mereka juga terhalangi jalannya untuk mendapatkan pendidikan, pekerjaan, bahkan pelayanan kesehatan seperti perawatan ataupun pengobatan, perumahan, hak untuk menikah, menjadi orang tua, dan lain-lain. Undang-undang perkawinan tetap saja hanya membolehkan perkawinan antara laki-laki dan perempuan, dan dengan demikian mengabaikan kelompok transgender, atau orang-orang yang ingin mengawini sesama jenis juga. Undang-undang yang mengatur perkosaan di sebagian besar negara Asia tidak mengakui bahwa perempuan transeksual juga dapat diperkosa, sehingga dengan demikian membiarkan mereka tanpa perlindungan hukum.

Beberapa undang-undang masih saja secara aktif mendiskriminasi kaum transgender, misalnya

hukum *sharia* di Malaysia yang mengharamkan laki-laki berpakaian perempuan dan sebaliknya serta operasi ganti kelamin, meskipun hal ini diperbolehkan untuk orang-orang interseks<sup>4</sup>. Undang-undang di beberapa negara Asia, termasuk Bangladesh, Malaysia dan Pakistan, mempidanakan segala perbuatan seks yang bertentangan dengan “tatanan alam” yang ditafsirkan sebagai semua jenis perbuatan seks selain persetubuhan dengan masuknya batang zakar ke liang sanggama. Persetubuhan lewat dubur dan persetubuhan lewat mulut bisa dipidanakan. Dengan UU itu kaum transgender termasuk golongan yang dapat dipidanakan. Selain itu, karena berbagai alasan, banyak orang-orang transgender yang berprofesi sebagai pekerja seks. Di beberapa negara, termasuk Kamboja, China, Laos, Pakistan dan Thailand, undang-undang yang melarang orang menjadi pekerja seks mempidanakan pekerjaan pokok yang mereka lakukan untuk mencari nafkah.

Studi yang dilakukan ARROW dalam rangka pemantauan ICPD+15 di 12 negara di Asia<sup>5</sup> menemukan bahwa sikap negatif masyarakat, ditambah tidak terlihatnya keberadaan mereka dalam mekanisme hukum negara [tidak adanya peraturan perundang-undangan yang secara khusus memberikan perlindungan kepada mereka], membuat aparat negara masih dapat bertindak seenaknya melanggar hak kaum transgender. Temuan menunjukkan bahwa aparat penegak hukum, termasuk polisi dan militer, masih sering melakukan penangkapan dengan semena-mena terhadap mereka. Mereka sering disakiti dan dianiaya secara verbal maupun fisik. Selain itu

*Dalam keadaan darurat medis, ketika seorang perempuan transgender dilarikan ke rumah sakit, staf rumah sakit memandangi wajah dan tubuhnya; mereka menjadi bingung dan justru mengolok-oloknya dan tidak segera memberikan pertolongan kepadanya.*

- Bhoomika Sreshtha, Transwoman, Nepal

pelecehan seksual, perkosaan bahkan pembunuhan juga dialami kaum transgender. Petugas kesehatan yang bekerja dalam sistem perawatan kesehatan milik pemerintah juga sering mengolok-olok, atau

menghina, bahkan menolak memberikan pengobatan kepada kaum transgender ini.

Perlu diingat, semua orang adalah setara di hadapan hukum, dan kaum transgender juga memiliki hak yang sama dengan orang lain yang bukan tergolong transgender. Tindakan mendesak, baik jangka pendek maupun juga jangka panjang yang berkelanjutan perlu diambil guna melindungi, meningkatkan dan memenuhi hak kaum transgender, serta memberdayakan mereka agar berani menuntut untuk mendapatkan hak-haknya dan ini termasuk:

### Negara

- ❖ Mengambil aksi afirmatif untuk mengedepankan hak kaum transgender. Tamil Nadu di India memberikan teladan dengan menerima mahasiswa yang tergolong sebagai gender ketiga<sup>6</sup> di akademi seni dan ilmu pengetahuan milik pemerintah dan khusus menyediakan jatah kartu tanda pengenal sebagai dokumen identitas bagi mahasiswa yang tergolong dalam kategori gender ketiga sesuai dengan kategori gendernya.
- ❖ Mereformasi undang-undang yang mendiskriminasikan sekaligus meniadakan keberadaan kaum transgender serta, memberlakukan undang-undang anti diskriminasi dan menciptakan undang-undang yang melindungi hak orang tanpa memandang identitas gendernya atau orientasi seksualnya mereka. **Di Nepal**, keputusan Mahkamah Agung tahun 2008 menetapkan bahwa kaum transgender serta orang yang termasuk dalam kategori gender ketiga memiliki hak yang sama dan tidak dibedakan dengan yang lain, **di Fiji**, keputusan Pengadilan Tinggi tahun 2005 menyatakan bahwa pembedaan hubungan seks yang dilakukan secara tertutup atas dasar suka sama suka di antara orang dewasa tidaklah konstitusional; dan **di Delhi**, keputusan Pengadilan Tinggi tahun 2009 menghapus klausul pembedaan hubungan seks yang dilakukan secara tertutup atas dasar suka sama suka di antara orang dewasa yang sebelumnya dimasukkan kedalam kategori “hubungan seks yang tidak alami.”
- ❖ Memberikan pelatihan sensitivitas gender dan

seksualitas pada aparat penegak hukum, kesehatan dan guru, termasuk tentang semua kebutuhan serta hak-hak kaum gender ketiga .

- ❖ Melakukan penelitian terhadap kebutuhan kesehatan khususnya kesehatan seksual dan reproduksi kaum transgender dan bagaimana memberikan tanggapan serta layanan yang tepat, juga memasukkan hal ini dalam kurikulum kedokteran.
- ❖ Memberikan pendidikan gender dan seksualitas yang komprehensif kepada semua anak dan remaja, baik di dalam maupun di luar sistem pendidikan formal, termasuk didalamnya mendiskusikan tentang keberagaman seksual dan gender serta hak-hak seksual setiap orang.
- ❖ Melibatkan kaum transgender dalam merumuskan peraturan perundang-undangan serta kebijakan bahkan juga dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program yang bisa berdampak pada mereka. Misalnya, dengan mengajak kaum transgender untuk ikut menyusun pedoman medis sekitar gangguan identitas dan permohonan penggantian jenis kelamin sehingga petugas kesehatan bisa menjadi lebih responsif atau cepat tanggap pada kebutuhan mereka dan tidak lagi akan melakukan stigmatisasi pada mereka.

### Masyarakat sipil

- ❖ Membangun secara internal pemahaman sosial tentang gender, seksualitas, hak-hak seksual, serta reproduksi dan kaitannya dengan seluruh konsep hak asasi manusia, termasuk persoalan transgender. Dengan kata lain, pola pikir 'hitam putih' yang memandang bahwa di dunia ini hanya ada dua jenis kelamin (laki-laki dan perempuan) harus bisa dihapuskan; sekaligus juga menghapuskan hirarki seksual yaitu pandangan bahwa beberapa perilaku seksual dianggap lebih dapat diterima daripada yang lain.
- ❖ Memastikan agar organisasi, jaringan dan kemitraan kita sendiri memiliki kebijakan afirmatif dan non-diskriminatif, termasuk terhadap kaum transgender.

- ❖ Mengadvokasikan peraturan perundang-undangan serta berbagai, kebijakan maupun program yang mengedepankan perlindungan maupun pemenuhan hak kaum transgender.
- ❖ Membantu dalam mobilisasi, pengorganisasian dan penguatan kapasitas kaum transgender untuk kepentingan politik mereka.
- ❖ Bekerja menjalin kemitraan dengan berbagai gerakan sosial lainnya menuju keadilan sosial dan pemenuhan hak asasi manusia bagi semua.

### Lembaga donor

- ❖ Bekerja menjalin kemitraan bersama dengan negara dan masyarakat sipil untuk mengedepankan hak kaum transgender melalui berbagai kegiatan seperti pengorganisasian, penguatan kapasitas, advokasi dan penyediaan layanan pendukung, serta penelitian tentang kebutuhan kesehatan, pendidikan publik, dan juga berbagai pelatihan sensitivitas untuk kalangan aparaturnegara dan lainnya.

Ikut membangun berbagai gerakan wacana dan berjejaring dengan gerakan identitas gender, gerakan orientasi seksual dan gerakan lainnya yang mengedepankan hak-hak seksual.

### Catatan Kaki

1. *Transgender merupakan kondisi di mana cara seseorang mengidentifikasi gendernya sendiri tidak merujuk salah satu gender yang sudah terkonstruksi oleh masyarakat pada umumnya. Setiap orang yang berpenampilan dan berperilaku tidak selaras dengan norma budaya yang berlaku untuk penetapan gender seseorang di saat lahir diartikan sebagai transgender.*
2. *Kesetaraan berarti memiliki hak yang sama dan setara dalam semua aspek kehidupan; sedangkan non-diskriminasi berarti pelarangan untuk bertindak diskriminatif secara aktif pada setiap orang atas suatu alasan.*
3. *Transseksual merujuk pada seseorang yang mengidentifikasi dirinya pada seks fisik yang tidak sama dengan seksnya saat dia dilahirkan, dan kemungkinan sudah melalui tindakan perawatan hormonal dan/atau operasi untuk mengubah ciri2 seksual primer dan/atau sekundernya.*
4. *Interseks merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan berbagai jenis kondisi dari seorang di mana kromosom seks, genitalia dan/atau ciri2 seks sekundernya ditetapkan bukan eksklusif "perempuan" ataupun "laki-laki."*
5. *Sood, Neha. 2009. "Transgender people's access to sexual health and rights: A study of law and policy in 12 Asian countries." ARROW. Unpublished paper. For a copy, email arrow@arrow.org.my. The countries covered are Bangladesh, Cambodia, China, India, Indonesia, Laos, Malaysia, Nepal, Pakistan, the Philippines, Thailand and Vietnam.*
6. *Gender ketiga merujuk pada seseorang yang mengakui dirinya sendiri bukan sebagai laki-laki maupun perempuan namun di antara keduanya. Contob: hijra di India dan Pakistan, dan kathoey di Thailand. Istilah ini tidak dimaksudkan untuk menunjukkan hierarki gender.*

Oleh: **Neha Sood**, Researcher, India; Youth Activist, ARROW Programme Advisory Committee Member  
E-mail: nesahood01@gmail.com



Para remaja dan anak muda Thailand menerima pendidikan seksualitas di sekolah, tetapi masih banyak yang belum dilakukan secara komprehensif dan didasarkan atas hak-haknya, juga masih banyak kekurangan dalam menjangkau kelompok anak muda yang rentan.

# Pendidikan Seksualitas di Thailand:

## Seberapa Jauh Kita Perlu Mengembangkannya?

**Thailand dan Kaum Mudanya.** Thailand merupakan negara yang sedang berkembang dan memasuki fase perubahan ekonomi, sosial dan budaya yang pesat. Konsumerisme, materialisme dan media massa sangat berperan dalam membentuk norma dan nilai-nilai yang baru. Perilaku seksual di kalangan remaja/ dewasa muda telah berubah dengan cepat, dan meskipun remaja/ dewasa muda cenderung berhubungan seks pada usia lebih muda, kenyataannya tingkat penggunaan kondom masih rendah; 85% laki-laki tidak menggunakan kondom dan perempuan hanya mengandalkan kontrasepsi darurat yaitu pil sesudah berhubungan. Usia tengah (median) pertama kali berhubungan seks di kalangan remaja, baik yang berada di luar sistem pendidikan maupun yang di sekolah rata-rata sekitar 16 tahun.<sup>2,3</sup> Hubungan seks atas dasar suka sama suka merupakan hal yang lumrah di kalangan remaja perempuan pada saat mereka mulai mengenal seks, sama lumrahnya dengan berganti pasangan seks di kalangan remaja laki-laki.<sup>4</sup> Jumlah kasus baru HIV di kalangan kaum muda juga

terus meningkat, terutama di kalangan perempuan muda yang sebelumnya tidak mendapatkan pendidikan seks maupun pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi.<sup>5</sup> Data di atas menyiratkan adanya kebutuhan mendesak akan pendidikan seks komprehensif yang berbasiskan hak dan harus diberikan secara menyeluruh di seluruh negeri.

**Pendidikan seksualitas di Thailand.** Di Thailand, kebijakan nasional pertama tentang pendidikan seks di sekolah-sekolah sebenarnya sudah diumumkan pada tahun 1938, namun pada kenyataannya pendidikan seks tidak diajarkan di sekolah-sekolah hingga tahun 1978. Pendidikan seks saat itu hanya diajarkan di sekolah-sekolah yang terbuka terhadap konsep ini dan yang dianggap siap untuk atau memadukan pendidikan seks dengan mata pelajaran lainnya, seperti pendidikan kesehatan dan juga sosiologi. Dikenal dengan sebutan “Studi Kehidupan dan Keluarga,” yang berisikan berbagai materi yang hanya terkait dengan sistem reproduksi dan higiene pribadi.<sup>6</sup>

Dari tahun ke tahun, pendidikan seks mulai direvisi dan secara bertahap diterima sebagai alat pemecah masalah bagi persoalan kesehatan seksual dan reproduksi kaum remaja dan dewasa muda. Ini merupakan konsekuensi dari diberlakukannya reformasi pendidikan yang menerbitkan Undang-Undang Pendidikan Nasional B.E. 2542 yang menegaskan perlunya peningkatan kesadaran terhadap masalah-masalah yang berkaitan dengan perilaku seksual di kalangan remaja dan juga munculnya gerakan perempuan, seksualitas dan 'queer'. Di samping itu, kampanye pendidikan seksualitas juga digulirkan oleh berbagai organisasi perempuan maupun organisasi AIDS yang cukup banyak mendapatkan bantuan keuangan dan bantuan teknis dari organisasi internasional, khususnya Dana Global (Global Fund) untuk Memerangi AIDS, Tuberculosis dan Malaria, yang juga berperan dalam proses akseptasi pendidikan seks di sekolah-sekolah. Faktor-faktor ini yang mendorong dilakukannya revisi terhadap kurikulum dan memperluas kerja sama antara organisasi pemerintah dengan organisasi non pemerintah.

Pendekatan baru yang paling spektakuler dalam pengembangan kurikulum pendidikan seksualitas adalah *Proyek Teenpath* yang dikembangkan oleh Program bagi Teknologi Terapan di bidang Kesehatan (*Program for Appropriate Technology di Health* atau PATH), suatu organisasi internasional non-pemerintah yang berkantor pusat di Bangkok. PATH telah berhasil melembagakan kurikulum pendidikan seksualitas ke sekolah-sekolah sejak tahun 2003.<sup>7</sup> Muatan kurikulum

**...sebagian besar pendidikan seksualitas masih tidak terfokus pada hak seksual dan hak reproduksi, baik dari segi substansi maupun dari segi pedagogi. Pendidikan seksualitas yang diberikan hampir seluruhnya difokuskan pada pengendalian perilaku seksual remaja atau, setidaknya, pada upaya memasyarakatkan pentingnya hubungan seks yang aman guna mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, aborsi dan infeksi menular seksual di kalangan remaja. Tidak ada yang difokuskan pada hak-hak seksual kaum muda. Persoalan-persoalan yang berkaitan dengan pemahaman terhadap nafsu, kenikmatan dan cinta serta semua aspek positif lainnya dari seksualitas sering kali terabaikan.**

pendidikan seksualitas yang diperluas telah diusulkan oleh PATH dengan mengikuti konsep enam dimensi Dewan Informasi dan Pendidikan Seksualitas Amerika Serikat (*Sexuality Information dan Education Council of the United States / SIECUS*), yaitu tentang pembangunan manusia, pergaulan, keterampilan pribadi, perilaku seksual, kesehatan seksual serta

masyarakat dan budaya). Kurikulum ini juga membekali kaum muda dengan informasi kesehatan dasar seperti infeksi menular seksual, HIV/AIDS dan kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), agar para remaja benar-benar menyadari potensi risiko kegiatan seks yang tidak sehat, tidak aman dan tidak terlindungi.

PATH juga mengusulkan penggunaan metode baru dalam mengajarkan pendidikan seksualitas. Sebelumnya, pendidikan seksualitas diajarkan melalui model perkuliahan. Sekarang, pendidikan seksualitas diberikan melalui proses pembelajaran yang berpusat pada siswa, dengan tujuan mengubah sikap siswa sekaligus meningkatkan kesadaran yang terkait dengan seksualitas positif, kesehatan seksual dan hak reproduksi dalam bentuk permainan, kegiatan kelompok ataupun analisa studi kasus.

**Kesenjangan yang Masih Tersisa.** Sekalipun keberhasilan sudah dapat diraih sebagaimana digambarkan di atas, tetap saja dirasakan masih jauh dari sempurna. Meskipun Thailand sudah mempunyai kebijakan nasional tentang pendidikan seksualitas yang lengkap dan menyeluruh, beberapa masalah yang terkait dengan pelaksanaan tetap saja masih ada.

Dengan tidak adanya kemauan politik untuk mewajibkan pendidikan seksualitas di sekolah-sekolah dengan mengedepankan pendekatan hak, maka tidak ada komitmen kebijakan yang jelas di tingkat Kementerian Pendidikan maupun tingkat sekolah. Akibatnya, pendidikan seksualitas yang lengkap dan menyeluruh tetap saja tidak diajarkan di semua sekolah di seluruh Thailand. Jumlah sekolah yang mengajarkan kurikulum baru pendidikan seksualitas dengan pendekatan baru masih sangat sedikit, bagaikan setitik ember. Meskipun pendidikan seksualitas diajarkan di berbagai tingkatan (dari sekolah dasar hingga universitas), hanya 4% dari semua sekolah yang ada sudah mengajarkan kurikulum pendidikan seksualitas berdasarkan proyek PATH. Pendidikan seksualitas diajarkan hanya di 0,44% sekolah dasar, 11,74% sekolah menengah pertama, 60% sekolah menengah atas, 5,4% sekolah kejuruan dan 25% sekolah guru.<sup>8</sup> Sementara itu, kurikulum yang dikeluarkan Kantor Komisi Pendidikan Dasar (*Office of the Basic Education Commission* atau OBEC), terdiri dari kurikulum pendidikan seksualitas yang berasal dari berbagai lembaga termasuk muatan komprehensif yang mencakup keenam dimensi pendidikan seksualitas dari PATH sampai saat ini hanya diprakarsai 21 dari 76 provinsi di Thailand, sebagai proyek percontohan.<sup>9</sup>

Di samping itu, pendidikan seksualitas tidak pernah ditetapkan sebagai satu mata pelajaran tersendiri sebagaimana mata pelajaran lainnya, kecuali di sekolah-sekolah kejuruan, dengan alasan karena statistik menunjukkan bahwa tingkat hubungan seks di kalangan siswa kejuruan adalah yang paling tinggi dibandingkan siswa lain pada usia yang sama, sehingga siswa kejuruan berada pada kategori “berisiko tinggi”.

Selain itu, dalam praktiknya, sebagian besar pendidikan seksualitas masih tidak terfokus pada hak seksual dan hak reproduksi, baik dari segi substansi maupun dari segi pedagogi. Pendidikan seksualitas yang diberikan hampir seluruhnya difokuskan pada pengendalian perilaku seksual remaja atau, setidaknya, pada upaya memasyarakatkan pentingnya hubungan seks yang aman guna mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, aborsi dan infeksi menular seksual di kalangan remaja. Tidak ada yang difokuskan pada hak-hak seksual kaum muda.

Persoalan-persoalan yang berkaitan dengan pemahaman terhadap nafsu, kenikmatan dan cinta serta semua aspek positif lainnya dari seksualitas sering kali terabaikan. Hal ini mencerminkan perspektif umum masyarakat Thailand yang masih berpendapat bahwa

**... proses penyesuaian sikap bagi guru yang terlibat dalam kurikulum seksualitas dengan pendekatan baru kenyataannya tidak selalu berhasil. Sikap konservatif mereka dan juga pengalaman pribadi disertai sosialisasi di rumah menyebabkan cukup banyak guru belum bisa membuka dirinya terhadap kurikulum baru yang memiliki pendekatan khusus dalam mengajar**

pendidikan seksualitas tidak perlu diajarkan dan melihat seks sebagai hal yang menjijikkan dan tidak senonoh untuk dibicarakan. Persoalan-persoalan yang berkaitan dengan gender, keberagaman seksual, orientasi seksual serta homoseksualitas sering kali diabaikan oleh guru, termasuk hak-hak seksual kaum LGBTI (lesbi, laki-laki homoseks, biseks, transgender, dan interseks). Substansi dan metode pengajaran yang diberikan pada para siswa kelihatannya masih bersifat diskriminatif, khususnya dalam menitikberatkan hanya pada pendekatan untuk berpantang dalam berhubungan seks dan menganggap homoseksualitas sebagai sesuatu yang abnormal atau tidak wajar. Selain itu terlihat adanya bias gender dalam pengajaran karena guru lebih menekankan pada para siswi agar bisa melindungi diri sendiri dari jerat hasrat seksual lawan jenisnya dan juga dari kehamilan maupun penyakit, sementara itu pengajaran tentang pentingnya tanggung jawab perilaku seksual para siswa hanya diberikan sepintas saja.

Di samping itu, proses penyesuaian sikap bagi guru yang terlibat dalam kurikulum seksualitas dengan pendekatan baru kenyataannya tidak selalu berhasil. Sikap konservatif mereka dan juga pengalaman pribadi disertai sosialisasi di rumah menyebabkan cukup banyak guru belum bisa membuka dirinya terhadap kurikulum baru yang memiliki pendekatan khusus dalam mengajar.<sup>10</sup> Beberapa guru tetap saja menghindari untuk memberikan pelajaran tentang pendidikan seksualitas, atau mengajarkannya dengan cara tradisional tanpa mendengarkan pendapat siswa, atau berdialog dengan mereka bahkan banyak diantara guru mengajarkannya tanpa kegiatan tambahan.

Pendidikan seksualitas di luar sekolah, tetap saja tidak dikembangkan padahal kaum dewasa muda yang “rentan” seperti kaum buruh, pengungsi atau yang tergusur dari tempat tinggalnya, remaja penyandang cacat, remaja di panti asuhan anak yatim piatu, di penjara, di pusat-pusat rehabilitasi, yang hidup dengan HIV sangat memerlukan pendidikan seksualitas juga..

**Rekomendasi.** Untuk mengatasi berbagai kesenjangan yang disebutkan di atas, pemerintah Thailand hendaknya dengan tegas menegakkan kebijakan yang mewajibkan pendidikan seksualitas standar yang lengkap dan menyeluruh untuk siswa-siswi di semua sekolah. Pemerintah juga perlu memastikan agar pendidikan seksualitas yang diberikan merupakan proses pembelajaran yang terus-menerus dan mata pelajaran pendidikan seksualitas ini akan diajarkan secara terpisah dari mata pelajaran lainnya, bahkan muatannya harus sesuai dengan kaum remaja dari berbagai kelompok usia. Di samping itu, kompetensi guru juga harus ditingkatkan sehingga mengerti tentang fokus pendidikan seksualitas yang mengajarkan hak-hak seksual, gender dan keberagaman seksual serta memberdayakan siswa maupun siswi untuk mengembangkan keterampilan berpikir kritis. Program yang kokoh di bidang pelatihan guru yang akan membuat sikap guru yang konservatif menjadi lebih sensitif dan lebih menghormati hak-hak seksual remaja. Pendidikan seks

yang lengkap dan menyeluruh untuk kelompok kaum remaja luar sekolah yang rentan sebagaimana disebutkan di atas perlu dilaksanakan. Pada akhirnya, harus dipastikan adanya partisipasi secara penuh dari seluruh pemangku kepentingan, khususnya dari pembuat kebijakan, orang tua, guru, masyarakat maupun para siswa dan siswi, yang semuanya mendukung agenda pendidikan seksualitas yang lengkap dan menyeluruh dan memahami keberagaman gender dan orientasi seksual, termasuk penghormatan terhadap hak perempuan serta hak LGBT yang juga harus dijunjung martabat dan hak asasinya.

**Catatan Kaki**

1. Thai Rath. 2001, July 21.
2. Raks Thai Foundation. (Forthcoming). The Study of Societal and Individual Factors that Affect Condom Use among The Youth in Trat and Phthalung Provinces. Thailand: Raks Thai Foundation. [In Thai.]
3. Youth Team ( merupakan proyek yang memfasilitasi partisipasi aum muda-mudi dalam mencari solusi dalam mengatasi berbagai masalah sekitar kesehatan reproduksi, termasuk HIV dan AIDS serta melakukan studi assessment dari situasi Kesehatan Reproduksi secara nasional untuk dijadikan suatu kerangka kerja bagi institusi PBB. Evaluative Report on the Reproductive Health and HIV/AIDS Situation in Thailand. Mimeograph. [In Thai.]
4. Archavanitkul K., Kanchanchitra, C., and Im-Em, W. 2005. Kekerasan terhadap teman intim dan kesehatan perempuan di Thailand. IPSR Publication No. 272. Nakhon Pathom, Thailand: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
5. Chonwilai S., Boonmongkon, P. & Samakkeekarom, R. 2009. “Feminisasi AIDS: Penularan dari suami atau patner dan relasi sero-discordant.” Makalah dipresentasikan pada 12<sup>th</sup> National AIDS Conference, 27th May 2009, Mungthong Thani, Nonthaburi, Thailand (in Thai).
6. Panjapong, C., Kanjanawong, S. and Naviroj, J. 1981. Modern sex education. Bangkok: Odian Store.
7. Na Ayuthaya, Wararun. 2008. Opening Speech by the Secretariat of the Office of the Basic Education Commission on The 4th Conference on Sex Education for Youths. 13-15 October 2008, Bangkok, Thailand. [In Thai.]
8. Teenpath. 2008. Kaoyang yangkaojai: Covera. January 13. Available at [www.teenpath.net/teenpath/database/Map.asp](http://www.teenpath.net/teenpath/database/Map.asp). (in Thai). [Accessed on 10 October 2008]
9. Torranin, C. 2006. “So Thoa’s initiative in implementing sexuality education in 80 schools within 21 province, which has high prevalence HIV rate, education section.” Available at [www.naewna.com/news.asp?ID=39158](http://www.naewna.com/news.asp?ID=39158) [In Thai.] Accessed on 5 October 2008.
10. Lapimon, M., Boonmongkon, P., Singthongwun, S., Nbayai, U. & Samakkeekarom, R. 2008. *Sexual Discourse in New Approach of Sex Education Curriculums: Perspective, Negotiations and Applications. Nakhonpathom, Thailand: Women’s Health Advocacy Foundation and Institute for Population and Social Research, Mahidol University. [In Thai.]*

Oleh: **Pimpawun Boonmongkon, PhD.**, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Thailand & **Suchada Thaweessit, PhD.**, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thailand  
E-mails: [pimpawun@gmail.com](mailto:pimpawun@gmail.com) & [suchadean@gmail.com](mailto:suchadean@gmail.com)



## Internasional

Pada tanggal 2-4 September 2009, sekitar 400 peserta dari seluruh dunia berkumpul di Berlin dalam Mitra Global dalam Aksi: Forum Organisasi non Pemerintah tentang Kesehatan Seksual dan Reproduksi dan Pembangunan – Investasi dalam Hak, Kesehatan dan Masa Depan (*Global Partners di Action: NGO Forum on Sexual and Reproductive Health and Development—Invest di Rights, Health and Future*). Didanai oleh UNFPA dan Pemerintah Jerman, forum tersebut merupakan satu-satunya pertemuan global yang diselenggarakan untuk memperingati dirgahayu ke-15 ICPD PoA, yang diprakarsai oleh organisasi non pemerintah untuk organisasi non pemerintah, dan mengedepankan partisipasi yang signifikan dari para peserta yang berasal dari belahan bumi selatan dan juga dari kaum muda.

ARROW memainkan peran penting dalam Forum Organisasi Non Pemerintah ini bahkan menjadi salah satu ketua Kelompok Pengarah. Dalam forum tersebut, ARROW memfasilitasi pertemuan Asia-Pasifik, yang dihadiri oleh peserta dari seluruh wilayah ini dan membahas berbagai isu penting yang pada akhirnya mendapatkan kesepakatan untuk diadopsi dalam dokumen akhir pertemuan tersebut. ARROW juga menyelenggarakan dua sesi satelit. Satu difokuskan pada fundamentalisme agama sedangkan yang kedua pada advokasi memobilisasi sumber daya untuk pemenuhan hak kesehatan seksual dan reproduksi bersama. Kedua sesi ini diselenggarakan bersama Aliansi Asia Pasifik (Asia Pacific Alliance). ARROW juga menjadi ko-fasilitator komite perancang naskah Himbuan Berlin untuk Bertindak (*Berlin Call to Action*), salah satu dokumen hasil akhir Forum NGO ini yang memuat capaian maupun kesenjangan yang belum tercapai sebagai bahan visualisasi untuk digunakan dalam kegiatan advokasi organisasi non pemerintah, juga untuk berbagi dengan pemerintah maupun penyandang dana setelah pertemuan tersebut. *Berlin Call to Action* membawa agenda ICPD maju ke depan dengan: a) menggeser agenda SRHR dari perspektif kesehatan masyarakat menjadi

perspektif hak asasi manusia; b) memastikan agar SRHR digarisbawahi dan diakui dalam arsitektur bantuan yang baru, dan rangkaian pelayanan SRHR diberikan/ disediakan di seluruh tingkatan sistem perawatan kesehatan; c) menjawab kebutuhan kaum muda; d) mengupayakan terwujudnya kemitraan yang berarti di antara organisasi non pemerintah, pemerintah dan penyandang dana; dan e) mensosialisasikan pentingnya pengalokasian dana bagi SRHR melalui lembaga pemerintah di tingkat nasional maupun lembaga-lembaga internasional.

## Regional (Pacific)

Untuk menandai dirgahayu ke-15 Program Aksi ICPD, UNFPA dan Universitas Pasifik Selatan (*University of the South Pacific*) bersama-sama menyelenggarakan simposium tiga hari di bidang kependudukan dan pembangunan (*Pacific Regional Symposium on Population dan Development*) di Suva, Fiji pada bulan November 2009. Dihadiri oleh wakil-wakil pemerintah, organisasi non pemerintah, organisasi regional, berbagai lembaga internasional, kalangan akademisi dan juga beberapa organisasi yang memperjuangkan hak perempuan, simposium tersebut bertujuan untuk meninjau kembali kemajuan yang telah terselenggara di Pacific dalam menuju pencapaian Program Aksi ICPD, sekaligus mengkonsolidasikan berbagai pelajaran sukses yang dapat dijadikan contoh serta berbagai mengidentifikasi tantangan yang masih ada dan merumuskan rekomendasi kebijakan untuk mempercepat kemajuan.

Meskipun simposium tersebut membahas beragam bidang tematis dalam berbagai sesi pleno, namun simposium tersebut tidak berhasil menarik peserta untuk mengangkat isu diskriminasi gender dan berbagai bentuk/ lapisan diskriminasi lainnya yang dihadapi perempuan, khususnya perempuan muda dan anak perempuan, di Pasifik. Bagi para feminis, Program Aksi ICPD bersifat monumental karena Program Aksi ini melegitimasi konsep hak seksual dan hak reproduksi (SRR), dan dengan demikian

menggeser paradigma dari sebelumnya pengendalian penduduk kepada SRHR yang selalu dengan mempertimbangkan realita perempuan. Program aksi tersebut juga mempertegas perlunya komitmen negara untuk memenuhi kebutuhan SRHR tersebut dan mengakui peran penting perempuan dan kaum muda dalam proses pembangunan.

Hal ini sebenarnya sulit dilakukan di wilayah Pasifik karena banyak negara-negara kecil kepulauan ini letaknya secara geografis sangat terpencil, khususnya infrastruktur yang buruk berbagai pelayanan publiknya. Selain itu, wilayah Pasifik sangat beraneka ragam dari segi bahasa dan budaya. Budaya tradisional yang berpusat pada keluarga luas (extended family) tetap bertahan dan dalam banyak hal juga, gereja Kristen. Dalam masyarakat Pasifik, status masih dikaitkan dengan umur. Bagi seorang perempuan muda, yang tumbuh dan beranjak menjadi dewasa di Pasifik merupakan pengalaman yang indah namun sekaligus juga menantang. Budaya menempatkan berbagai nilai pada perempuan mengandung anak namun sekaligus merawat seluruh anggota keluarga. Hal ini juga membatasi otoritas perempuan karena menempatkan perempuan hanya berdasarkan peran tersebut. Hal ini terutama berlaku untuk perempuan muda yang hanya kemolekannya dipuja tetapi tidak diharapkan untuk didengar pendapatnya/ atau aspirasinya. Orang muda, apalagi berjenis kelamin perempuan adalah identik dengan tidak memiliki hak suara ataupun kekuasaan.

Dengan demikian, tinjauan ulang terhadap Program Aksi ICPD di Pacific perlu merefleksikan berbagai identitas dan realita perempuan agar perempuan dapat sepenuhnya merealisasikan hak seksual dan hak kesehatan reproduksinya. Dalam hal ini termasuk penanganan persoalan-persoalan seperti aborsi yang masih dianggap tabu dan tidak bermoral, namun tetap konsisten memberikan pelayanan aborsi yang aman dan terjangkau, sekaligus terus berupaya menciptakan kesadaran pada publik untuk tidak mengkriminalkan aborsi.

Tinjauan ulang Sub-Regional Pasifik terhadap pelaksanaan Program Aksi ICPD dengan jelas mengindikasikan beberapa tantangan,<sup>1</sup> seperti akses universal atas kesehatan reproduksi yang tetap masih jauh dari yang dicita-citakan khususnya bagi sebagian besar masyarakat yang tinggal di wilayah pedesaan. Tidak terpenuhinya kebutuhan akan alat kontrasepsi bagi kaum muda tetap merupakan masalah besar. Di sebagian besar negara di wilayah Pasifik, tingkat pemakaian alat kontrasepsi (CPR= Contraceptive Prevalence Rate) masih di bawah 50%. Perempuan dengan kebutuhan alat kontrasepsi yang tidak terpenuhi di Pasifik kira-kira berjumlah 650,000 orang. Hak seksual dan hak reproduksi para remaja tetap merupakan konsep yang berbenturan dengan budaya di Pasifik; sementara itu, para remaja dan kaum muda di daerah pedesaan tidak memiliki akses pada informasi sekitar hak seksual dan hak reproduksi demikian juga akses pada konseling dan pelayanannya. Kekerasan berbasis gender terus berkembang di Pacific. Kaum LGBT tetap terpinggirkan dan terstigmatisasi dan tidak diberi bantuan atau akses secara luas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan seksual maupun reproduksi, termasuk infeksi menular seksual.

Organisasi feminis dan juga organisasi yang memperjuangkan hak perempuan di Pasifik perlu berperan aktif untuk menuntut pemerintah mereka masing-masing agar mematuhi prinsip-prinsip ICPD. Kepatuhan harus difokuskan pada empat prinsip, yaitu kesetaraan, keberagaman, otoritas atas diri sendiri dan integritas tubuh yang harus ditempatkan dalam “kerangka yang lebih besar yang juga mencakup aspek kecukupan gizi, perumahan, pekerjaan dan bantuan sosial.”<sup>2</sup>

*Sumber: Michelle Reddy, Fiji Women's Right Movement  
Email: info@furm.org.fj atau reddymich@gmail.com*

**Catatan Kaki**

1. Hayes, George. 2009. UNFPA Pacific Sub-Regional Office, Suva.
2. Correa, Sonia. Sexual and Reproductive Rights – Historical Trends. [www.dawnnet.org](http://www.dawnnet.org)

## India

**Program Aksi ICPD merupakan salah satu dokumen awal** yang secara spesifik menyebutkan perlunya melibatkan dan bekerja sama dengan laki-laki untuk mencapai kesetaraan gender, gagasan ini sekali lagi dipertegas dalam Konferensi Perempuan Dunia yang Keempat di Beijing tahun 1995.

Sebagai bagian dari proses kajian ulang selama setahun untuk memahami pelaksanaan Program Aksi ICPD di India, Kesenjangan dan Pencapaian: ICPD+15, Kajian Ulang dari Perspektif Masyarakat Sipil berhasil menyelenggarakan *Konsultasi Nasional yang bertepatan Di mana Kita Berada : Laki-laki, Maskulinitas dan Kesetaraan Gender* pada tanggal 10 Februari tahun 2010 di New Delhi. Pertemuan tersebut, yang diselenggarakan atas kerjasama dengan Pusat Penelitian Internasional tentang Perempuan (*International Centre of Research on Women*), serta Kantor Regional Asia Selatan Federasi Keluarga Berencana Internasional (*International Planned Parenthood Federation/South Asia Regional Office*) dan Forum untuk Melibatkan Laki-laki (*Forum to Engage Men*), menghadirkan berbagai organisasi masyarakat sipil, pembuat kebijakan, media, akademisi, organisasi internasional dan berbagai kelompok perempuan.

Diresmikan oleh feminis terkemuka Kamla Bhasin, konsultasi tersebut berakhir dengan suatu pernyataan bersama yang berisikan keprihatinan karena sekalipun VAW, HIV/AIDS dan SRH sudah diakui sebagai masalah penting di India, namun tanggapan pemerintah, baik dari segi kebijakan maupun program (kesehatan dan lainnya) masih sangat terbatas. Meskipun perlu terus diwaspadai agar berbagai sumber daya yang dibutuhkan untuk mengedepankan isu perempuan tidak berkurang atau hilang tetap saja semua upaya untuk bekerja dengan laki-laki dan anak laki-laki juga perlu terus ditingkatkan dan ini tidak saja untuk mencegah kekerasan berbasis gender dengan melakukan pendekatan terhadap mereka yang berpotensi menjadi pelaku kekerasan, namun juga untuk mengubah paradigma mereka yang masih bersifat patriarkis dan

mengedepankan “maskulinitas.”

Dengan saling berbagi hasil penelitian maupun pengalaman bekerja dengan laki-laki di India, maka terungkap bahwa ternyata anak laki-laki dan laki-laki dewasa sebenarnya sadar bahwa mereka dapat segera bertindak untuk menghentikan kekerasan berbasis gender dan upaya ini harus diawali pada perubahan dalam perilaku agresif laki-laki. Dari berbagai studi diketahui bahwa laki-laki merasa kesulitan untuk beradaptasi dengan realita, maupun relasi dengan kaum perempuan karena adanya ketentuan peran sosial dan ekonomi yang berubah dengan pesat, sehingga rasa frustrasi ini terlampaikan melalui berbagai pola kekerasan perilaku laki-laki. Tinjauan ulang terhadap berbagai kebijakan yang berkaitan dengan laki-laki dan kesetaraan gender menunjukkan bahwa pembuatan kebijakan yang terinformasikan atau atas dasar pada informasi dari pihak yang berkepentingan karena akan terkena dampak dari kebijakan tersebut. Oleh karena itu kajian ulang terhadap kebijakan yang sudah ada adalah penting dan bukan hanya simbolis belaka.

Konsultasi tersebut menghasilkan catatan positif tentang adanya kebutuhan yang semakin mendesak bagi masyarakat sipil untuk bekerja dengan laki-laki maupun anak serta remaja laki-laki karena kegiatan-kegiatan ini akan memberikan nilai tambah pada upaya untuk mewujudkan kesetaraan gender. Di saat melakukan kegiatan dengan laki-laki maupun anak serta remaja laki-laki, sebaiknya sekaligus juga diangkat tentang keberagaman identitas seksual serta keanekaragaman kelas, kasta, ras, agama, minoritas bahasa, maupun pengucilan kategori sosial lainnya. Di samping itu, kekhawatiran dari kaum laki-laki tentang perempuan melalui berbagai gerakan bisa jadi bergerak menggeser status mereka yang selama ini memang mendapatkan hak istimewa dalam kategori sosial manapun, dan mengapa ini menjadi suatu tantangan yang harus dicarikan solusinya dan harus dibahas bersama-sama.

*Sumber: Jayashree Velenkar, Secretariat, Gaps and Gains: ICPD+15: A Civil Society Review. Emails: jayavelankar@gmail.com*

## Filipina

**“Perbaikan Kebijakan untuk mendapatkan akses yang lebih luas bagi perempuan miskin dan Kaum Muda khususnya untuk Mendapatkan Pelayanan Persalinan dan Keluarga Berencana Secara Aman”** merupakan tema diskusi meja bundar tentang keunggulan dan kelemahan serta implikasi dari dua penelitian merupakan tema diskusi meja bundar yang diselenggarakan dalam rangka diseminasi dua hasil penelitian aksi yang dilakukan pada tahun 2008 oleh *Linangan ng Kababaiban (Likbaan)* dan Pusat Studi dan Pelatihan Etika, Hak, dan Kesehatan Reproduksi (*Reproductive Health, Rights and Ethics Center for Studies and Training / ReproCen*) untuk menilai kemajuan Filipina dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi seperti yang dimandatkan Program Aksi ICPD yang sudah memasuki tahun ke-15.

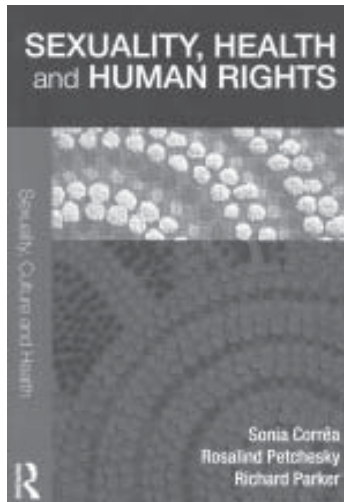
Penelitian kualitatif Likhaan ini difokuskan pada kelangsungan hidup ibu hamil saat persalinan dan memahami mengapa perempuan Filipina dari dua kuintil termiskin tidak lagi secara aktif mengandalkan tiga pelayanan pokok yang secara efektif dapat menghindarkan mereka dari kematian akibat persalinan yaitu: status keluarga berencana, pertolongan dari bidan terampil maupun perawatan obstetri darurat atau *emergency obstetric care* (EmOC). Masalah ini lebih parah dijumpai di kalangan perempuan miskin dan termarginalkan, seperti perempuan miskin di ibukota Manila yang tidak mendapatkan pelayanan KB dari pemerintah sejak tahun 2000, dan perempuan Basilan, yang sebagian besar adalah perempuan Muslim, yang secara geografis dan politik sangat terisolasi. Dari sudut pandang perempuan, faktor-faktor sosial-budaya-ekonomi — termasuk pasien dan penyedia layanan — merupakan faktor penghambat bagi perempuan untuk mendapatkan informasi tentang kespro agar mampu menjalankan perilaku reproduksi yang sehat termasuk cara-cara mencari pelayanan persalinan yang aman dan sangat penting bagi mereka.

Hasil studi ReproCen tentang pemakaian alat kontrasepsi di kalangan kaum muda berusia antara 12 hingga 21 tahun di lima komunitas miskin perkotaan

yang Metro Manila menyebutkan bahwa tingkat pemakaian alat kontrasepsi masih sangat rendah diakibatkan oleh kurang atau tidak adanya informasi, adanya kekhawatiran terjadi efek samping dari pemakaian alat tersebut, maupun biaya yang harus dikeluarkan untuk mendapatkan alat kontrasepsi. Kaum muda mendapatkan alat kontrasepsi dari apotik/ toko obat, klinik kesehatan masyarakat, toko kelontong, rumah sakit pemerintah, bahkan bisa langsung dari pekerja kesehatan masyarakat, dokter swasta atau dari beberapa organisasi non pemerintah. Sebagian besar dari kaum muda masih menggunakan metode pantang berkala untuk mencegah terjadinya kehamilan. Dari studi ini terungkap bahwa hanya 10% yang akan menggunakan metode pantang berkala jika mereka diberi kesempatan untuk memilih atau memiliki uang untuk membeli alat kontrasepsi. Juga jika mereka menerima cukup informasi untuk memutuskan alat kontrasepsi yang mana yang sebaiknya dapat digunakan. Studi tersebut menyimpulkan bahwa tidak adanya jalan atau sarana yang efektif untuk mendapatkan informasi dan pelayanan keluarga berencana dan tidak terpenuhinya kebutuhan akan alat kontrasepsi dikarenakan tidak adanya kebijakan pemerintah untuk memberikan alat kontrasepsi kepada semua, termasuk kepada remaja putra dan putri yang belum menikah tetapi sudah aktif berhubungan seks.

Kira-kira 45 orang dari instansi pemerintah, organisasi non pemerintah, universitas dan pusat kesehatan masyarakat maupun swasta ikut hadir dalam diskusi yang khusus diselenggarakan tanggal 29 Oktober 2009 di Quezon City untuk melengkapi studi ini. Seleksi dan komposisi panelis dan peserta cukup bagus, karena terdiri dari berbagai disiplin ilmu sehingga diskusi tersebut memberikan pendalaman-pendalaman dari berbagai aspek yang sangat berharga untuk memberi masukan serta rekomendasi yang bisa berimplikasi pada perubahan terhadap kebijakan maupun program kesehatan reproduksi di Filipina.

*Sumber: Likbaan, Quezon City, Philippines*  
*Emails: office@likbaan.org, likbaan.mail@gmail.com*



**Correa, Sonia; Petchesky, Rosalind; & Parker, Richard.** 2008. *Sexuality, Health and Human Rights (Seksualitas, Kesehatan dan Hak Asasi Manusia)*. New York: Routledge. 312 halaman.

Dipuji sebagai karya yang berpotensi menjadi karya klasik,

buku ini menggali betapa perubahan pesat yang terjadi pada awal abad ke-21 di bidang sosial, budaya, politik dan ekonomi berdampak pada seksualitas, kesehatan dan hak asasi manusia. Buku ini dibagi menjadi tiga bagian: a) perang “jenis kelamin’ global,” yang membahas konsep seksualitas, situasi politiknya secara internasional, dan kembalinya fanatisme dan ekstremisme agama; b) “Tantangan-tantangan epistemologis dan agenda penelitian,” yang mengkaji pemahaman “ilmiah” modern terhadap seksualitas, sejarahnya dan cara HIV dan AIDS menarik perhatian pada seksualitas; dan c) “janji dan batas hak-hak seksual,” yang membahas pendekatan hak asasi manusia terhadap seksualitas, kekuatan dan keterbatasannya, dan cara baru mengangankan keadilan erotis. Publikasi ini bermanfaat bagi para profesional, pelaku advokasi dan peneliti kebijakan, dan tepat untuk berbagai macam kursus termasuk tentang studi gender, seksualitas manusia, kesehatan masyarakat dan kebijakan sosial.

**DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era).** 2009. *DAWN Informs: “ICPD+15 Supplement.”* [DAWN menginformasikan Tambahan ICPD+15]. 8 halaman. DAWN (Alternatif Pembangunan dengan Perempuan untuk Era Baru) adalah jaringan cendekiawan, peneliti dan aktivis feminis dari perekonomian di belahan bumi Selatan. Dapat dilihat di [www.dawnnet.org/uploads/newsletters/2009-October.pdf](http://www.dawnnet.org/uploads/newsletters/2009-October.pdf)

Tambahan mengenai artikel hasil analisa tentang ICPD+15 dari tiga feminis DAWN. Tulisan Carol Ruiz Austria berjudul “ICPD+15 di persimpangan jalan: kesehatan, hak dan kewarganegaraan” melaporkan tren pendahuluan dari penelitian DAWN mengenai kesehatan dan hak seksual dan reproduksi (SRHR) dan Sasaran Pembangunan Milenium, yang menggali hubungan/kaitan antara kebijakan negara tentang kesejahteraan warga negara dan SRHR di India, Meksiko dan Nigeria. Tulisan Angela Collet berjudul “Mengadvokasikan kesehatan dan hak seksual dan reproduksi secara penuh: masih merupakan perjuangan yang berat” memberikan informasi terkini tentang resolusi yang dihasilkan dari sesi ke-42 Komite Kependudukan dan Pembangunan (CPD). Akhirnya, tulisan Gita Sen yang berjudul “Kesehatan dan hak seksual dan reproduksi dan keuangan global: Krisis atau peluang?” membahas potensi dampak krisis keuangan global terhadap pembiayaan kesehatan, yang pada gilirannya akan berdampak pada agenda SRHR.

**Family Planning International, dengan Sekretariat Pasifik Community dan Population Action International.** 2009. *A Measure of the Future: Women’s Sexual dan Reproductive Risk Index for the Pasifik 2009 [Ukuran Masa Depan: Risiko Seksual dan Reproduksi Perempuan Wilayah Pasifik Tahun 2009]*. New Zealand: Family Planning International. 27 halaman. Ada di [www.fpi.org.nz/LinkClick.aspx?fileticket=eks301tHhg%3d&tabid=446](http://www.fpi.org.nz/LinkClick.aspx?fileticket=eks301tHhg%3d&tabid=446)

Laporan regional ini mempresentasikan indeks risiko seksual dan reproduksi perempuan di Kepulauan Pasifik, meliputi sepuluh indikator yang mengukur status kesehatan perempuan pada empat tahap — seks, kehamilan, persalinan dan kelangsungan hidup — di 21 negara dan teritori di Kepulauan Pasifik. Naratif yang menyertainya menggarisbawahi persoalan-persoalan hak dan kesehatan reproduksi dan seksual yang dihadapi perempuan Pasifik — termasuk kontrasepsi, aborsi yang tidak aman, infeksi menular seksual dan HIV, kematian anak, kematian akibat persalinan dan kekerasan gender — dan juga mengkontekstualisasikannya melalui suatu uraian

tentang Pasifik, faktor-faktor penentu sosial kesehatan dan sistem kesehatan di wilayah tersebut. Beberapa bab juga secara spesifik difokuskan pada penyandang cacat, perempuan muda, laki-laki dan anak laki-laki dan perempuan dengan HIV. Laporan ini dimaksudkan untuk membekali para pembuat kebijakan dan pelaku advokasi SRHR di Pasifik dengan sarana untuk memahami dan mengatasi hal-hal yang menghambat kesehatan perempuan di Kepulauan Pasifik, agar tujuan ICPD dan Sasaran Pembangunan Milenium dapat tercapai.

**Germain, Adrienne; Dixon-Mueller, Ruth & Sen, Gita.** 2009. "Back to basics: HIV/AIDS belongs with sexual and reproductive rights." [Kembali ke Pokok: HIV/ AIDS termasuk dengan Hak Seksual dan Reproduksi] *Bulletin of the World Health Organization. Buletin WHO*. Vol. 87, pp. 840–845.

Lebih dari sekedar mengeluarkan himbauan untuk "menjembatani kesenjangan," "bekerja sama" atau "mempertegas kaitan" antara HIV/AIDS dan SRHR, artikel ini menyarankan digunakannya kerangka kerja ICPD secara lengkap dan menyeluruh untuk mencapai SRHR, termasuk pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS. Artikel ini menelusuri sejarah yang menyebabkan terpisahnya kedua program tersebut, yang menurut artikel tersebut, justru menghalangi pencapaian kedua himpunan sasaran dan tujuan tersebut. Artikel tersebut menyarankan lima prinsip penetapan prioritas untuk menangani fragmentasi: a) komitmen kelembagaan untuk mencapai Program Aksi ICPD; b) investasi dalam penguatan kapasitas sistem kesehatan dengan perhatian prioritas diberikan pada pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang lengkap dan menyeluruh dan dapat diperoleh oleh semua orang; c) pemrioritasan program pencegahan di sekolah-sekolah, masyarakat dan sistem kesehatan; d) memasukkan SRHR sepenuhnya ke dalam program HIV nasional, kabupaten dan lokal, dan sebaliknya, memasukkan pencegahan dan pengobatan HIV ke dalam semua informasi dan pelayanan SRH; dan e) amendemen kebijakan dan anggaran HIV/AIDS donor

bilateral dan multilateral agar melakukan investasi dalam SRHR.

**Koalisi Internasional Kesehatan Perempuan / International Women's Health Coalition (IWHC).** 2009. Pokok-Pokok dan Analisa Resolusi Konferensi Kependudukan dan Pembangunan (CPD) Tahun 2009 / "2009 CPD Resolution Highlights and Analysis." Dokumen ini ada di situs internet: [www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3579&Itemid=824](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3579&Itemid=824).

Dokumen ini memberikan analisa yang bermanfaat mengenai resolusi yang dihasilkan dalam sesi ke-42 Konferensi Kependudukan dan Pembangunan dari kaca mata hak seksual dan hak reproduksi. IWHC mencatat bahwa ini merupakan pernyataan pertama antarpemerintah yang mengakui pentingnya pelaksanaan ICPD bagi pencapaian Sasaran Pembangunan Milenium sekaligus mengakui butir 5b dari Sasaran tersebut (yaitu adanya pelayanan kesehatan reproduksi bagi semua orang). Dokumen ini juga memberikan penekanan yang luar biasa tentang hak asasi manusia, termasuk yang menyangkut seksualitas. Perkembangan-perkembangan positif lainnya termasuk memprioritaskan kesehatan ibu bersalin; memprioritaskan SRH dalam penguatan sistem kesehatan; dan komitmen baru terhadap "pendidikan yang lengkap dan menyeluruh tentang seksualitas dan kesetaraan gender," akses untuk mendapatkan kondom laki-laki dan perempuan, dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi dewasa muda tanpa bahasa yang membatasi mengenai budaya, agama dan hak orang tua. Akan tetapi, makalah ini tidak menyebutkan bagaimana keberhasilan resolusi tersebut dari segi pembangunan sosial dan ekonomi, pembiayaan untuk pembangunan dan persoalan-persoalan relevan seperti migrasi. Resolusi PBB tersebut dapat dilihat di situs internet berikut ini: [www.un.org/esa/population/cpd/cpd2009/CPD42\\_Res2009-1.pdf](http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2009/CPD42_Res2009-1.pdf)

**Roseman, Mindy Jane & Reichenbach, Laura.** 2010. "International Conference on Population and Development at 15 Years: Achieving Sexual and Reproductive Health and Rights for All?" [Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan setelah 15 tahun: Mewujudkan Kesehatan dan Hak Seksual dan Reproduksi bagi Semua?] *American Journal of Public Health. (Jurnal Kesehatan Publik Amerika)* Vol. 100, No. 3, hal. 403-406.

Artikel ini merupakan tanggapan/ komentar yang diberikan mengenai temuan-temuan kelompok sarjana yang diasosiasikan dengan Kelompok Kesehatan dan Hak Reproduksi (*Group on Reproductive Health and Rights*) di Pusat Studi Kependudukan dan Pembangunan Harvard (*Harvard Center for Population and Development Studies*) yang melakukan kajian ulang terhadap ICPD. Lima belas tahun setelah ICPD, artikel tersebut mengamati bahwa ICPD masih tetap relevan hingga hari ini dan merekomendasikan beberapa bidang di mana pelaku advokasi, praktisi dan peneliti dapat menginformasikan kemajuan di masa depan bagi kesehatan seksual dan reproduksi. Ini termasuk memperbaiki pengukuran dan pertanggung-jawaban yang terkait dengan dasar bukti untuk SRH, indikator-indikator keberhasilan program dan penelusuran arus sumber daya; menciptakan dan memperbarui aliansi untuk memperkuat advokasi; dan menggunakan strategi baru dalam memobilisasi sumber daya.

**Serour, Gamal** (Ed.). 2009. *International Journal of Gynaecology dan Obstetrics. [Jurnal Internasional Ginekologi dan Obstetri]* Vol. 106, Issue 2: "World Report on Women's Health 2009 — Reproductive and Sexual Health Rights: 15 years after the International Conference on Population dan Development." [“Laporan tentang Kesehatan Perempuan Dunia Tahun 2009 – Hak atas Kesehatan Reproduksi dan Seksual: 15 tahun setelah Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan.”]. Klik: [www.ijgo.org/issues/contents?issue\\_key=S0020-7292%2809%29X0008-1](http://www.ijgo.org/issues/contents?issue_key=S0020-7292%2809%29X0008-1)

Laporan Kesehatan Perempuan Dunia Tahun 2009, yang dengan tepat difokuskan pada hak dan kesehatan seksual dan reproduksi perempuan 15 tahun setelah ICPD, menyajikan kepada pembaca garis besar yang lengkap dan menyeluruh tentang apa yang telah dicapai sejak tahun 1994, kebutuhan yang tidak terpenuhi, rintangan dan tindakan yang layak dilakukan menjelang tahun 2015 yang telah dicanangkan sebagai tahun pencapaian Sasaran Pembangunan Milenium. Laporan ini bertujuan meningkatkan pelayanan di bidang kesehatan reproduksi dan seksual sebagai hak asasi manusia bagi perempuan di seluruh dunia. Laporan ini menggarisbawahi terlalu sempitnya celah pintu yang terbuka bagi perempuan yang paling miskin dan paling tidak mampu di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah untuk mendapatkan informasi dan pelayanan dasar atau yang dibutuhkan tentang kesehatan dan hak seksual dan reproduksi. Laporan itu terdiri dari lima bab dengan 23 pasal yang meliputi hak reproduksi dan hak seksual, persalinan yang aman dan kesehatan bayi yang baru lahir, kesehatan seksual, peraturan tentang kesuburan dan tantangan bagi kemajuan dalam mencapai sasaran ICPD dan Sasaran Pembangunan Milenium yang berkaitan dengan kesehatan.

**Singh, Susheela, et al.** 2009. *Adding It Up: The Costs dan Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. [Menghitung Dengan Menambahkannya: Biaya dan Manfaat Melakukan Investasi dalam Keluarga Berencana dan Kesehatan*



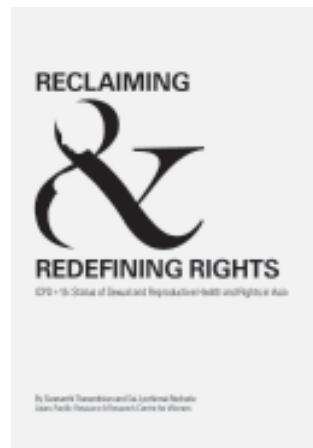
*Ibu dan Anak.*] New York: Guttmacher Institute & UNFPA. 40p. Laporan ini tersedia di situs: [www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf)

Laporan ini menyajikan argumen ekonomi untuk

melakukan investasi di dua bidang pokok hak kesehatan reproduksi dan seksual: pelayanan kontrasepsi dan perawatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir. Laporan ini menemukan bahwa apabila pengeluaran tahunan dunia yang dewasa ini mencapai US\$12 milyar untuk kedua program tersebut digandakan di negara-negara sedang berkembang, hasil yang dramatis akan dapat dicapai — kehamilan yang tidak diinginkan akan turun sebesar 67%, jumlah kejadian aborsi yang tidak aman akan dapat dipangkas sebesar 73%, kematian ibu bersalin akan berkurang sebesar 70% dan kematian bayi yang baru lahir akan dapat diturunkan sebesar 44%. Hal ini akan diikuti dengan manfaat lainnya di bidang kesehatan, sosial dan ekonomi. Laporan tersebut mencatat bahwa perbaikan-perbaikan ini hanya dapat dicapai dengan melakukan investasi secara sekaligus dalam keluarga berencana dan perawatan kesehatan ibu bersalin dan bayi yang baru lahir.

Temuan-temuan regional juga tersedia sebagai lembaran fakta tersendiri. Lembaran fakta tentang investasi dalam keluarga berencana dan kesehatan ibu bersalin dan bayi baru lahir di Asia Selatan, Asia Tengah dan Asia Tenggara dapat dibaca di situs internet berikut: [www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/facts\\_aiu\\_asia.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/facts_aiu_asia.pdf)

**Thanenthiran, Sivananthi & Racherla, Sai Jyothirmai.** 2009. *Reclaiming & Redefining Rights: ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia. (Mengklaim Kembali dan Mendefinisikan Kembali Hak: ICPD+15: Status Kesehatan dan Hak Seksual and Reproduksi di Asia.* 162 halaman. Laporan ini dapat dilihat di situs internet berikut: [www.arrow.org.my/index.php?option=com\\_content&task=view&id=51&Itemid=85](http://www.arrow.org.my/index.php?option=com_content&task=view&id=51&Itemid=85)



Laporan ketiga hasil pemantauan ARROW terhadap pelaksanaan Program Aksi ICPD, *Reclaiming & Redefining Rights* menawarkan pandangan yang lengkap dan menyeluruh mengenai status SRHR di Asia, 15 tahun setelah penandatanganan

perjanjian tonggak tersebut. Publikasi ini, yang mencakup lima bidang pokok — pemberdayaan perempuan, kesehatan reproduksi, hak reproduksi, kesehatan seksual dan hak-hak seksual— melukiskan gambar kemajuan yang tidak merata di 12 negara. Laporan ini memberikan empat rekomendasi pokok untuk memastikan bahwa ICPD dan Sasaran Pembangunan Milenium dapat dipenuhi: a) perubahan kebijakan yang ditunjang oleh komitmen terhadap Program Aksi ICPD dan dihormatinya hak reproduksi dan hak-hak seksual; b) memastikan agar semua orang dari segala lapisan masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual yang terjangkau, berkualitas dan peka gender melalui sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik dan terintegrasi, mulai dari tingkat perawatan kesehatan pokok; c) berlanjutnya dan tertunjangnya investasi dalam hak dan kesehatan reproduksi dan seksual perempuan baik oleh pemerintah maupun donor; dan d) perbaikan akses atas pelayanan bagi dewasa muda, kelompok-kelompok perempuan terpinggirkan dan mereka dengan orientasi seks dan identitas gender yang beragam.



## Sumber-sumber lain

- Center for Reproductive Rights.** 2009. "ICPD+15; 15 years later— Commemorating advances, calling for greater accountability." 3p. Available at [http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/ICPD%20 Facsheet.\\_1.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/ICPD%20 Facsheet._1.pdf)
- Cottingham, Jane & Ravindran, TK Sundari.** 2008. "Gender aspects of sexual and reproductive health." Elsevier Inc. pp. 19-25.
- Dennis, Suzanna.** 2009. *Re-Costing Cairo* Revised Estimate of the Resource Requirements to Achieve the ICPD Goals. Population Action International. 4p. Available at [www.Populationaction.org/Publications/Reports/Re-Costing\\_Cairo/Summary.shtml](http://www.Populationaction.org/Publications/Reports/Re-Costing_Cairo/Summary.shtml)
- Erdman, J.N. & Cook, R.** 2008. "Reproductive rights." Elsevier Inc. pp.532-538.
- Faundes Anibal.** 2010. "Unsafe abortion: The current global scenario." *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. [In press] doi: 10.1016/j.bpobgyn.2010.02.003
- Fathalla, M.F. and Fathalla, M.M.F.** 2008. "Sexual and reproductive health: Overview." Elsevier Inc. pp.695-705.
- Ipas.** 2009. "Fulfilling commitments under the ICPD Programme and Action and the Millennium Development Goals: Advancing Women's access to safe abortion." NC, USA: Ipas. 4p. Available at [www.Ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file841\\_4165.pdf](http://www.Ipas.org/Publications/asset_upload_file841_4165.pdf)
- Nair, S.; Sexton, S.; Kirbat, P.** 2006. "A decade after Cairo: Women's health in a free market economy." *Indian Journal of Gender Studies*. Vol. 13 No. 2, pp. 171-193.
- Saeed, Hilda; Saeed, Rahal; & Khan, Saman.** 2010. *ICPD + 15, Investigating Barriers to Achieving Safe Motherhood: A Study in Selected Sites in Rural Sindh and Punjab*. Lahore, Pakistan: Shirkat Gah Women's Resource Centre. 49p. Available at [www.arrow.org.my](http://www.arrow.org.my)
- Singh, Joyti Shankar.** 2009 (2<sup>nd</sup> ed.). *Creating a New Consensus on Population: The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights and Women's Empowerment*. UK & USA: Earthscan.
- Singh, Susheela, et.al.** 2009. *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*. New York: Guttmacher Institute. Available at [www.guttmacher.org/pubs/AWWfullreport.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/AWWfullreport.pdf)
- UN Economic and Social Council.** 2009. "Flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Report of the Secretary –General. "42<sup>nd</sup> session, 30 March-3 April 2009. 20p. Available at [www.unfpa.org/icpd/15/docs/financial\\_flows\\_cpd\\_report.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/15/docs/financial_flows_cpd_report.pdf)
- UNFPA. 2009. "Asia and the Pacific: Financial resource flows and revised cost estimates for population activities." 5p. Available at [www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/asia\\_pacific\\_financial\\_resources.doc](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/asia_pacific_financial_resources.doc)
- \_\_\_\_\_. 2009. *Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2006 Estimates for 2007/2008*. UNFPA. 8p. Available at [www.unfpa.org/public/op/edit/publications/pid/3935](http://www.unfpa.org/public/op/edit/publications/pid/3935)
- UNFPA & PRB.** 2009. *Healthy Expectations: Celebrating Achievement of the Cairo Consensus and Highlighting the Urgency for Action*. 32p. NY, USA: UNFPA. Available at [www.unfpa.org/public/publications/pid/3698](http://www.unfpa.org/public/publications/pid/3698)
- World Health Organization.** 2009. *World Health Statistics 2009*. Available at [www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html](http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html)

## Publikasi ARROW

**ARROW.** *ARROW Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Database of Indicators.*

www.srhrrdatabase.org

**ARROW.** 2011. *Reclaiming & Redefining Rights—Thematic Studies Series 1: Sexuality & Rights in Asia.* 104p. US\$10.00

**Ravindran, T.K.S.** 2011. *Reclaiming & Redefining Rights—Thematic Studies Series 2: Pathways to Universal Access to Reproductive Health Care in Asia.* ARROW. 92p. US\$10.00

**ARROW.** 2010. *ARROW Publications 1994-2010.* [DVD].

**ARROW.** 2010. "Briefing paper: The Women and Health section of the Beijing Platform for Action." 4p.

**ARROW.** 2010. "Regional overview—MDG5 in Asia: Progress, gaps and challenges 2000-2010." 8p.

**ARROW.** 2010. "Understanding the critical linkages between gender-based violence and sexual and reproductive health and rights: Fulfilling commitments towards MDG+15." 12p.

**ARROW & WHRAP.** 2010. *Making a Difference: Improving Women's Sexual & Reproductive Health & Rights in South Asia.* 126p.

**Thanenthiran, Sivananthi & Racherla, Sai**

**Jyothirmai.** 2009. *Reclaiming & Redefining Rights: ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia.* 162p. US\$10.00

**ARROW.** 2008. *Advocating Accountability: Status Report on Maternal Health and Young People's SRHR in South Asia.* 140p. US\$10.00

**ARROW.** 2008. *Surfacing: Selected Papers on Religious Fundamentalism and Their Impact on Women's Sexual and Reproductive Health and Rights.* 76p. US\$5.

**ARROW.** 2007. *Rights and Realities: Monitoring Reports on the status of Indonesian Women's Sexual and Reproductive Health and Rights; Findings from the*

*Indonesian Reproductive Health and Rights Monitoring & Advocacy (IRRMA) Project,* 216p. US\$10.00

**ARROW.** 2005. *Monitoring Ten Years of ICPD Implementation: The Way Forward to 2015, Asian Country Reports.* 384p. US\$10.00

**ARROW, Center for Reproductive Rights (CRR).** 2005. *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives, East and Southeast Asia.* 235p. US\$10.00

**ARROW.** 2003. *Access to Quality Gender-Sensitive Health Service: Women-Centred Action Research.* 147p. US\$10.00

**ARROW.** 2001. *Women's Health Needs and Rights in Southeast Asia: A Beijing Monitoring Report.* 39p. US\$10.00

**Abdullah, Rashidah.** 2000. *A Framework of Indicators for Action on Women's Health Needs and Rights after Beijing.* 30p. US\$10.00

**ARROW.** 2000. *In Dialogue for Women's Health Rights: Report of the Southeast Asian Regional GO-NGO Policy Dialogue on Monitoring and Implementation of the Beijing Platform for Action, 1-4 June 1998, Kuala Lumpur, Malaysia.* 65p. US\$10.00

**ARROW.** 1999. *Taking up the Cairo Challenge: Country Studies in Asia-Pacific.* 288p. US\$10.00

**ARROW.** 1997. *Gender and Women's Health Information Package No. 2.* v.p. US\$10.00

**ARROW.** 1996. *Women-centred and Gender-sensitive Experiences: Changing Our Perspective, Policies and Programmes on Women's Health in Asia and the Pacific; Health Resource Kit.* v.p. US\$10.00

**ARROW.** 1994. *Towards Women-Centred Reproductive Health: Information Package No.1.* v.p. US\$10.00

Pembayaran diterima lewat transfer ke Bank. Mohon ditambahkan US\$3 (3 US dollars) untuk biaya kirim. Untuk lebih jelasnya, email ke arrow@arrow.org.my  
Electronic copies, tersedia gratis di www.arrow.org.my

# Definisi<sup>1</sup>

## Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah “keadaan sejahtera jasmani, mental dan sosial sepenuhnya, dan bukan hanya keadaan tidak adanya penyakit atau kelemahan”; kesehatan reproduksi “menjawab proses, fungsi dan sistem reproduksi di seluruh tahapan kehidupan.” Kesehatan reproduksi “menyiratkan bahwa manusia dapat mempunyai kehidupan seks yang bertanggung jawab, memuaskan dan aman dan bahwa manusia mempunyai kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan apakah, kapan dan seberapa sering untuk melakukannya. Hal ini menyiratkan hak laki-laki dan perempuan [dan juga mereka yang tidak dapat digolongkan sebagai laki-laki atau perempuan] untuk mendapatkan keterangan dan pelayanan mengenai cara mengatur kesuburan secara aman, efektif, dan terjangkau yang dapat mereka terima dan mereka pilih sendiri dan hak untuk mendapatkan pelayanan perawatan kesehatan yang tepat yang akan memungkinkan perempuan melewati masa kehamilan dan persalinan dengan aman dan memberikan kepada pasangan peluang terbaik untuk mendapatkan bayi yang sehat.”<sup>2</sup>

## Hak Reproduksi

Hak reproduksi “mengakui bahwa kesehatan seksual dan reproduksi perempuan dan laki-laki [dan juga orang-orang yang tidak memenuhi kriteria gender] memerlukan lebih dari sekedar intervensi pengetahuan ilmiah atau biomedis.” Sebaliknya, hak reproduksi mengharuskan “pengakuan dan penghormatan terhadap harkat dan martabat manusia yang melekat pada diri mereka sebagai individu.” Hak reproduksi “merupakan kombinasi hak-hak asasi manusia yang memberikan perlindungan terhadap penyebab buruknya kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan seksual dan reproduksi.”<sup>3</sup> Hak reproduksi “merangkul hak asasi manusia tertentu yang sudah diakui dalam peraturan perundang-

undangan nasional, dokumen internasional hak asasi manusia dan dokumen hasil konsensus lainnya. Hak-hak ini bersandar pada pengakuan terhadap hak dasar semua pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab jumlah anak dan jarak kelahiran yang dikehendaki, penetapan waktu yang dikehendaki untuk mempunyai anak, serta hak untuk mendapatkan informasi mengenai hal-hal tersebut dan sarana untuk melakukannya, dan hak untuk meraih standar tertinggi kesehatan seksual dan reproduksi. Hak reproduksi mencakup hak untuk membuat keputusan mengenai reproduksi yang bebas dari diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan sebagaimana tertuang dalam dokumen-dokumen hak asasi manusia.”<sup>4</sup> Hak reproduksi meliputi hak untuk mendapatkan pelayanan aborsi secara aman, sah secara hukum (legal) dan dapat diakses.

## Keadilan reproduksi

Keadilan reproduksi<sup>5</sup> menempatkan kesehatan reproduksi dan hak reproduksi dalam kerangka kerja keadilan sosial. Keadilan reproduksi adalah “kesejahteraan fisik, mental, spiritual, politik, ekonomi, dan sosial sepenuhnya dari perempuan dan anak perempuan/ perempuan muda. Keadilan reproduksi akan terwujud ketika kami, perempuan dan anak perempuan, mempunyai wewenang dan sumber daya ekonomi, sosial dan politik untuk membuat keputusan yang sehat tentang tubuh, seksualitas dan reproduksi kami bagi diri kami sendiri, keluarga kami dan masyarakat kami di segala bidang kehidupan kami.” Meskipun kerangka kerja kesehatan reproduksi “menekankan pelayanan kesehatan reproduksi yang sangat diperlukan yang dibutuhkan perempuan,” dan kerangka kerja hak reproduksi “didasarkan pada perlindungan hukum yang bersifat universal bagi perempuan dan memandang perlindungan ini sebagai hak,” kerangka kerja keadilan reproduksi “menetapkan bahwa penindasan reproduksi merupakan akibat persinggungan dari berbagai penindasan dan secara inheren terkait dengan perjuangan bagi keadilan sosial dan hak asasi manusia.”

## Kesehatan seksual

“Yang dimaksud dengan kesehatan seksual adalah keadaan sejahtera secara jasmani, emosi, mental dan sosial dalam kaitannya dengan seksualitas; kesehatan seksual tidak hanya berarti tidak adanya penyakit, disfungsi atau kelemahan. Kesehatan seksual memerlukan pendekatan positif dan penuh hormat terhadap seksualitas dan pergaulan seksual, dan juga kemungkinan mendapatkan pengalaman seks yang dapat dinikmati dan aman, bebas dari paksaan, diskriminasi dan kekerasan.”<sup>6</sup> Pemeliharaan kesehatan seksual hendaknya bertujuan untuk “memperindah kehidupan dan hubungan pribadi, dan bukan hanya konseling dan perawatan yang menyangkut reproduksi dan penyakit menular seksual.”<sup>7</sup> “Agar kesehatan seksual dapat dicapai dan dipelihara, hak-hak seksual semua orang harus dihormati, dilindungi dan dipenuhi.”<sup>6</sup>

## Hak-hak seksual

“Hak-hak seksual merangkul hak-hak asasi manusia yang sudah diakui dalam peraturan perundang-undangan nasional, dokumen internasional hak asasi manusia dan dokumen-dokumen konsensus lainnya. Hak-hak seksual meliputi hak semua orang, bebas dari paksaan, diskriminasi dan kekerasan, atas standar tertinggi kesehatan yang dapat dicapai dalam kaitannya dengan seksualitas, termasuk terbukanya jalan untuk mendapatkan pelayanan perawatan kesehatan seksual dan reproduksi; untuk mencari, mendapatkan dan menanamkan informasi yang berkaitan dengan seksualitas; pendidikan seks; penghormatan terhadap integritas tubuh; untuk memilih partner sendiri; untuk memutuskan apakah akan aktif berhubungan seks atau tidak; apakah akan berhubungan seks atas dasar suka sama suka; apakah akan memasuki jenjang perkawinan atas dasar suka sama suka; untuk memutuskan apakah mau punya

anak atau tidak, dan kapan akan mempunyai anak; dan berusaha mewujudkan kehidupan seks yang memuaskan, aman dan nikmat/ menyenangkan.”<sup>5</sup> Hak-hak seksual juga meliputi “hak atas diri sendiri (hak untuk membuat keputusan sendiri), kesetaraan (di antara dan antar laki-laki, perempuan dan orang-orang transgender), dan rasa hormat terhadap keanekaragaman (dalam konteks budaya, asalkan ketiga prinsip pertama tidak dilanggar).”<sup>8</sup> Selain itu, “pendekatan hak asasi manusia terhadap seksualitas dan kebijakan seksual menyiratkan prinsip ketidakterbagian — yang berarti bahwa hak-hak seksual tidak dapat dikecualikan dari hak ekonomi, sosial, budaya, dan politik. Kebebasan untuk mengekspresikan orientasi seks atau gender atau menjadi siapa dari segi identitas jenis kelamin, untuk mengalami keadilan erotik, saling tergantung dengan keseluruhan rangkaian hak-hak lainnya, termasuk perawatan kesehatan, perumahan yang layak, ketahanan pangan, kebebasan dari kekerasan dan intimidasi, dan berada di ruang publik tanpa rasa malu.”<sup>9</sup>

### Catatan Kaki

1. *Dikompilasi oleh Maria Melinda Ando*, Programme Officer, ARROW
2. *Diringkas dari* “Reproductive Health.” World Health Organization [www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/)
3. Erdman, J.N. & Cook, R. 2008. “Reproductive rights.” Elsevier Inc. pp. 532-538.
4. ICPD PoA, para 7.3 [www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch7](http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch7)
5. Asian Communities for Reproductive Justice (ACRJ). 2005. *A New Vision for Advancing Our Movement for Reproductive Health, Reproductive Rights and Reproductive Justice*. California, USA: ACRJ. [www.reproductivejustice.org/reproductive.html](http://www.reproductivejustice.org/reproductive.html)
6. “Gender and Human Rights.” World Health Organization. [www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/sexual\\_health/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/index.html)
7. ICPD PoA, para 7.2
8. Chandiramani, Radhika. 2007. “Why affirm sexuality?” In *ARROWs for Change*, Vol. 13 No. 2, pp. 1-2.
9. Petchesky, Rosalind. 2006. “Introduction: Sexual rights policies across countries and cultures: Conceptual frameworks and minefields.” In Parker, R.; Petchesky, R; and Sember, R. *SexPolitics: Reports from the Front Lines*. Sexuality Policy Watch. [www.sxpolitics.org/frontlines/book/pdf/sexpolitics.pdf](http://www.sxpolitics.org/frontlines/book/pdf/sexpolitics.pdf)

# Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Kaum Muda di Wilayah Pasifik:

## Patut Mendapat Perhatian Khusus<sup>1</sup>

Dengan luas lautan lebih dari 29 juta kilometer persegi, wilayah Pasifik ditandai oleh keanekaragaman. Penduduk di ke 22 negara dan teritori yang berada di wilayah ini berbicara lebih dari sepertiga bahasa dunia. Sembilan koma enam juta orang (9,6 juta) di wilayah ini tinggal di lingkungan yang sangat beragam: dari atol terumbu karang kecil hingga pedalaman hutan pegunungan. Dari 182 negara, Laporan UNDP Tahun 2009 tentang Pembangunan Manusia (*The 2009 UNDP Human Development Report*) memberikan peringkat kepada beberapa negara kepulauan Pasifik sebagai negara yang berada pada tingkat menengah pembangunan. Papua Nugini mendapat peringkat terendah, yaitu 148, bersama dengan Haiti. Kepulauan Solomon berada di peringkat 135, bersama dengan Kongo. Samoa berada di peringkat tertinggi, yaitu 94, dengan Tonga di peringkat 99 dan Fiji di peringkat 108.

Di semua negara di wilayah Pasifik, status perempuan pada umumnya lebih rendah daripada status laki-laki. Perempuan anggota dewan perwakilan rakyat atau anggota parlemen di wilayah ini paling sedikit jumlahnya di dunia. Semakin lama semakin banyak penduduk yang pindah ke daerah perkotaan. Sebagian besar penduduk berusia muda: 56% penduduk berusia di bawah 24 tahun.<sup>2</sup>

Penduduk usia muda inilah yang menjadi masa depan wilayah Pasifik. Mereka memerlukan perbaikan pelayanan di bidang kesehatan seksual dan

reproduksi. Kami telah berhasil meraih kemajuan dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan ini. Akses untuk mendapatkan perawatan pra-bersalin telah meningkat, jumlah bidan terampil yang membantu proses melahirkan telah meningkat, cakupan vaksinasi<sup>3</sup> telah meluas, dan di beberapa negara, angka kematian ibu bersalin telah berkurang. Di beberapa negara telah disahkan peraturan perundang-undangan yang menegaskan, mengangkat dan melindungi hak-hak perempuan. Perhatian yang lebih besar sedang dicurahkan terhadap beberapa persoalan kesehatan seksual dan reproduksi, khususnya yang menyangkut HIV.

Ada banyak upaya yang telah dilakukan untuk memastikan agar penduduk usia muda memperoleh informasi dan pelayanan yang bersahabat terhadap mereka. Program Pembangunan Kesehatan Dewasa Muda (*Adolescent Health and Development Programme*) di kesepuluh negara kepulauan Pasifik tersebut telah dijalankan selama beberapa tahun untuk meningkatkan pelayanan yang bersahabat terhadap kaum muda. Pemerintah di beberapa negara kepulauan Pasifik, dengan dukungan dari berbagai lembaga pembangunan, juga telah berusaha untuk memperkenalkan pendidikan seks dan pergaulan.

Akan tetapi, guna memastikan agar kaum muda dapat menikmati kehidupan seks dan reproduksi yang aman dan sehat, dan memanfaatkan kesempatan-kesempatan dalam hidup semaksimal mungkin, kami

perlu berbuat lebih banyak lagi. Kami tahu ini karena tidak hanya orang muda saja yang memberitahu kami tetapi juga karena statistik menyiratkan hal ini. Survei yang dilakukan terhadap pemuda-pemudi berusia 15 hingga 24 tahun di Samoa, Vanuatu dan Kepulauan Solomon menunjukkan bahwa sekitar dua per tiga pemuda-pemudi di sana sudah aktif berhubungan seks; usia mereka ketika

pertama kali berhubungan seks berkisar dari 10 tahun hingga 23 tahun sehingga bila dari rentang usia tersebut ditarik usia tengah (median) saat hubungan seks pertama kali mereka lakukan, didapat usia 16 tahun.<sup>4</sup>

Akan tetapi, survei ini juga menunjukkan bahwa pada umumnya mereka jarang menggunakan kondom; menurut survei tersebut, sepertiga dari mereka menggunakan kondom ketika berhubungan dengan teman kencannya dalam kurun waktu 12 bulan terakhir tetapi hanya 12% yang menggunakan kondom secara konsisten

dengan teman kencannya. Penggunaan kondom saat berhubungan seks pertama kali berkisar dari 15% di Kepulauan Solomon hingga 24% di Samoa.

Penggunaan alat kontrasepsi modern di kalangan perempuan berusia antara 15-48 tahun berkisar dari 18% di Kiribati, naik ke 24% di Papua Nugini hingga 64% di Kepulauan Mariana Utara.<sup>5</sup>

Karena alat-alat kontrasepsi pada umumnya jarang digunakan, maka angka kehamilan yang tidak dikehendaki di kalangan remaja di seluruh wilayah Pasifik tergolong tinggi, bahkan dalam beberapa

kasus, termasuk yang tertinggi di dunia. Di Kepulauan Marshall, angka persalinan per 1,000 remaja perempuan mencapai 138, di Papua Nugini 65, dan di Tuvalu 42,6. Begitu pula halnya dengan infeksi menular seksual yang juga tergolong tinggi di kalangan orang muda: survei tahun 2005 mengungkapkan angka prevalensi *chlamydia* pada

perempuan hamil di bawah usia 25 tahun mencapai 40,7% di Samoa dan 34% di Fiji.<sup>4</sup>

Ada banyak alasan di balik statistik ini. Sikap dan kepercayaan yang mengharamkan hubungan seks di kalangan muda-mudi sebelum menikah serta kurangnya kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang memberikan perhatian kepada hak kaum muda dan kesetaraan gender ikut menyebabkan kurangnya pendanaan dan bantuan yang diberikan untuk pelayanan dan informasi di bidang kesehatan seksual dan reproduksi. Kekerasan juga merupakan masalah besar

**Sikap dan kepercayaan yang mengharamkan hubungan seks di kalangan muda-mudi sebelum menikah serta kurangnya kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang memberikan perhatian kepada hak kaum muda maupun pendidikan kesetaraan gender ikut menyebabkan kurangnya ketersediaan dana serta bantuan yang diberikan untuk penyelenggaraan pelayanan dan pemberian informasi di bidang kesehatan seksual dan reproduksi.**

**Kekerasan juga merupakan masalah besar yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi. Walaupun remaja putra maupun laki-laki lainnya juga ada yang mengalami kekerasan seksual juga, namun relatif sangat sedikit dibanding kaum remaja putri dan perempuan lainnya yang mengalami kekerasan seksual, apalagi trauma berkepanjangan yang dialami para korban**

yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi. Meskipun ada laki-laki, terutama anak laki-laki, yang mengalami pemaksaan dan kekerasan seksual, hingga sejauh ini perempuan dan anak perempuanlah yang paling banyak menjadi korban kekerasan dan menderita trauma. Survei di Samoa (tahun 2007) menunjukkan bahwa 46% perempuan pernah mengalami kekerasan fisik dan/ atau seksual. Survei serupa di Kepulauan Solomon (tahun 2009) menemukan bahwa persentase perempuan yang mengalami kekerasan mencapai 64%, sedangkan di

Kiribati (menurut survei tahun 2009) mencapai 68%.<sup>7</sup> Kekerasan ini berdampak sangat parah terhadap kesehatan dan hak seksual dan reproduksi anak perempuan/ perempuan muda di sepanjang hidupnya dan kemampuannya untuk menikmati kesempatan-kesempatan yang seharusnya dapat ia peroleh.

Semua angka statistik ini menunjuk pada kebutuhan akan informasi dan pelayanan yang berkualitas, terjaga kerahasiaannya dan tidak bersifat menghakimi bagi kaum muda, termasuk kebutuhan akan alat kontrasepsi dan aborsi yang aman. Kegiatan-kegiatan ini perlu didukung oleh pendidikan seks dan pergaulan yang lengkap, menyeluruh dengan ditunjang oleh bukti-bukti. Orang tua, guru, politisi dan para profesional perawatan kesehatan perlu mengakui, dan dibantu untuk mengakui, bahwa masa beranjak dewasa adalah masa peralihan bagi kaum muda dan bahwa penajakan seksualitas dan keintiman seks merupakan bagian penting dari peralihan ini.

Kita harus menarik inspirasi dan dorongan semangat dari pencapaian-pencapaian yang sudah berhasil kita raih, untuk memantapkan perjalanan kita selama lima tahun lagi hingga tahun 2015. Kemajuan yang telah kita peroleh membuktikan kepada kita bahwa kita sanggup mengatasi persoalan-persoalan

yang datang menghadang; oleh sebab itu, marilah kita berusaha sekuat tenaga agar perluasan hak, pilihan dan kesempatan menjadi warisan Program Aksi ICPD tidak saja di Pasifik tetapi juga di seluruh dunia. Rakyat, terutama kaum muda kita, berhak mendapatkan tidak kurang dari itu. Masa depan kita tergantung pada mereka.

#### Catatan Kaki

1. *Infomasi ebib lanjut dapat ditemukan di [www.fpi.org.nz](http://www.fpi.org.nz)* Studi ini merupakan kumpulan data primer dari DHS, sensus, maupun sumber lain. Tidak semua Negara-negara di Kepulauan Pasifik memiliki data yang sama, oeh karena itu publikasi ini pada umumnya mengambil data-data rujukan daripada bersumberkan pada data primer, sehingga dapat disajikan data perbandingan dari beberapa Negara yang terletak di Kepulauan Pasifik ini.
2. Secretariat of the Pacific Community. 2009. Pacific Island Populations: Estimates and Projections of Demographic Indicators for Selected Years. Noumea, New Caledonia.
3. UNFPA, UNICEF, WHO. 2009. Maternal Health in the Pacific. Wellington, NZ: UN Health Agencies' Submission to the NZ Parliamentarians' Group on Population and Development (NZPPD). p.1.
4. WHO. 2006. Second Generation Surveillance Surveys of HIV, Other STIs and Risk Behaviours in Six Pacific Island Countries. Geneva, Switzerland: World Health Organisation. pp. 20-25.
5. *Family Planning International, Secretariat of the Pacific Community, Population Action International. 2009. A Measure of the Future: Women's Sexual and Reproductive Risk Index for the Pacific 2009. Family Planning International. p 22. (Data from years 2000 – 2008.)*
6. *A Measure of the Future*, p 22. (Data from years 1996-2007.)
7. *A Measure of the Future*, p 30

Oleh: **Joanna Spratt**, Director of International Development (at the time of writing), Family Planning in New Zealand  
E-mail: [josprattnz@gmail.com](mailto:josprattnz@gmail.com)

## Sekapur Sirih tentang Yayasan Kesehatan Perempuan

YKP adalah organisasi nirlaba yang mandiri, yang didirikan oleh sejumlah aktivis dan akademisi yang peduli pada terpenuhinya hak kesehatan reproduksi & seksual perempuan di Indonesia. Sejak berdirinya, YKP fokus pada adanya UU Kesehatan yang komprehensif yang memuat hak seksual dan reproduksi terutama bagi kaum perempuan.

YKP memiliki visi untuk menjadi organisasi yang memelopori terwujudnya suatu kondisi masyarakat Indonesia dimana setiap perempuan mendapatkan hak-hak reproduksinya tanpa mengalami diskriminasi, perlakuan yang buruk dan tekanan serta kekerasan dari pihak manapun sehingga terbebaskan dari kesakitan dan kematian

Untuk memenuhi visi diatas beberapa kegiatan dilakukan diantaranya:

1. Mengupayakan terjaminnya perlindungan hukum bagi perempuan untuk menikmati hak seksualitas dan reproduksinya sebagai bagian dari hak asasi manusia;
2. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang kesehatan reproduksi dan seksualitas sehingga mampu memperoleh hak-hak kesehatan reproduksinya.
3. Mendorong berbagai pihak yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu tanpa diskriminasi sehingga Angka Kematian Ibu (AKI) dapat diturunkan

Dalam beraktivitas YKP berpegang pada prinsip menghormati hak asasi manusia, berkeadilan gender, anti kekerasan, non-diskriminasi, independen, transparansi, non-komersial/nirlaba, accountability dan integritas tinggi. Beberapa yang telah dilakukan oleh YKP, antara lain:

### 1. Membangun dukungan masyarakat

Forum untuk menghimpun pendapat khalayak dari berbagai pihak dan latar belakang mengenai isu-isu kesehatan seksual dan reproduksi, melalui: dialog publik, seminar, diskusi kelompok.

### 2. Pemberdayaan Masyarakat

Program pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan reproduksi dan seksualitas dilaksanakan dengan melatih para pendidik sebaya yang terdiri dari petugas kesehatan, relawan, aktivis perempuan dengan memberikan penguatan informasi kesehatan dan hak seksual dan reproduksi dan mengembangkan materi-materi informasi dalam bentuk alat peraga, brosur, lembar fakta (*fact sheet*), bahan-bahan pelatihan, modul.

Untuk keberlanjutan program kesehatan reproduksi YKP telah mempersiapkan kader-kader muda agar mereka mampu memberdayakan generasi mendatang.

### 3. Advokasi untuk mewujudkan UU Kesehatan

Sejak berdirinya di tahun 2001 YKP aktif mengadvokasi terbitnya undang-undang kesehatan hingga diterbitkan oleh pemerintah pada tahun 2009, dimana bab kesehatan reproduksi berhasil dimuat dalam undang-undang ini.

Untuk menunjang advokasi YKP melakukan sejumlah penelitian, antara lain:

- Penghentian Kehamilan Tak Diinginkan Berbasis Konseling* di Klinik dan Rumah Sakit 9 Provinsi di Indonesia.
- Penelitian "*A Study Knowledge, Attitudes and Understanding of Legal Professionals about Safe Abortion as a Women's Right*"

### Pendiri

Ninuk Widyantoro; Tini Hadad; Zumrotin K. Susilo; Rita S. Kolibonso; Dr.Sarsanto Sarwono, Sp.OG; Atashendartini Habsjah; Anita Rahman; (Alm) Prof. Dr Sudradji S, Sp.OG; (Alm) Prof. Dr Gulardi Wiknyosastro, Sp.OG

### Yayasan Kesehatan Perempuan

Jl. Brawijaya Raya No 15, Kebayoran Baru, Jakarta 12160-Indonesia, Telp/Fax: 021-727 98 747  
Email: ykesehatanperempuan@yahoo.com

### Team Editorial

Direktur Pelaksana, *Saira Shameem*,  
Wakil Editor dan Manajer Program untuk Informasi, Komunikasi & Penelitian, *Sivananthi Thanenthiran*,  
Pelaksana Program dan Editor, *Maria Melinda Ando*  
Pelaksana Program, Wakil Editor, *Sai Jyothirmal Racherla*  
Manajer Program untuk Advokasi & Peningkatan Kapasitas, *Nalini Singh*,  
Pelaksana Program, *Ambika Varma, Biplabi Shresta, Mei Li, & Suloshini Jahanath*

### Team Penerjemah

Atashendartini Habsjah, Koordinator Penerjemah/Yayasan Kesehatan Perempuan  
Maria Melinda Ando, Koordinator Penerjemah/ARROW  
Ninuk Widyantoro, Editor/s  
Arief Suryobuwono, Translator  
Atas Hendartini Habsjah, Translation Checker  
Zumrotin K. Susilo, Tini Hadad, Nanda Dwinta Sari, Proofreader/s  
Martopo Waluyono, Lay out

### Editor Ahli

*Pimpawun Boonmongkon*, Faculty of Social Science and Humanities, Mahidol University, Thailand; *Radhika Chandiramani*, Executive Director, TARSHI & the South and Southeast Asia Resource Centre on Sexuality, India; *Rosalina Sciortino*, Associate Professor, Institute for Population and Social Research, Mahidol University; *Rosalind Petchesky*, Distinguished Professor of Political Science at Hunter College & the Graduate Center, City University of New York; *Suchitra Dalvie*, MD, MRCOG, Coordinator, Asia Safe Abortion Partnership (ASAP); *Sundari Ravindran*, Honorary Professor, Achutha Menon Centre for Health Science Studies, Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology, Trivandrum, India; *Terence H. Hull*, Australian Demographic and Social Research Institute, CASS, The Australian National University; *Wassana Im-em*, Assistant Representative, UNFPA Thailand; *Wong Yut Lin*, Associate Professor, Medical Education & Research Development Unit (MERDU), Faculty of Medicine, University of Malaya, Malaysia [Keterangan: Editor ahli hanya memeriksa kembali artikel khusus yang diserahkan kepada mereka, bukan seluruh isi buletin]

Terima kasih khusus juga kepada Ford Foundation:  
Hoang Tu Anh, Khawar Mumtaz, Naeemah Khan, Neha Sood, Ouk Vong Vathiny, Ranjani K. Murthy, Ravindran Jegasothy, Sim-Poey Choong, Vanessa Griffin

Terjemahan Bahasa Indonesia dari ARROW Untuk Perubahan ini dikerjakan pada tahun 2011 atas kerjasama dengan Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) dan diterbitkan oleh ARROW. *Arrow Untuk Perubahan* Edisi 14, nomor 1 & 2 ini juga tersedia dalam bahasa Inggris dan dapat diakses di [www.arrow.org.my/publications/AFC/v14n1&2.pdf](http://www.arrow.org.my/publications/AFC/v14n1&2.pdf).

Arrow Untuk Perubahan (AUP) ini dicetak 2 kali setahun oleh the Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW) dan utamanya ditujukan untuk para pengambil keputusan pada organisasi-organisasi yang bergerak di bidang hak perempuan, kesehatan, kependudukan, dan hak dan kesehatan seksual dan reproduksi se-Asia Pasifik. Buletin ini dikembangkan dengan masukan dari para individu kunci dan organisasi se-Asia Pasifik serta Pusat Informasi dan Dokumentasi ARROW. Artikel dalam AUP dapat direproduksi dan/atau diterjemahkan tanpa izin sebelumnya, hanya jika kopi cetakan ulang tersebut dikirimkan pada editor kami dan jika kredit diberikan. Hak cipta foto-foto dalam buletin ini adalah milik para kontributor. AUP menerima dukungan dana dari Oxfam Novib dan Swedish International Development Cooperation Agency (Sida).

Pembaca di Asia Pasifik, Afrika, Eropa Timur dan Amerika Latin serta Kepulauan Karibia dapat berlangganan buletin cetak ini tanpa dipungut biaya. Sementara, mereka yang berbasis di Amerika Utara dan Eropa Barat dikenai biaya yang murah. Pertukaran publikasi kami terima dengan senang hati. Anda dapat menulis email ke [afc@arrow.org.my](mailto:afc@arrow.org.my) untuk berlangganan. AUP juga dapat diunduh secara gratis melalui [www.arrow.org.my](http://www.arrow.org.my). AUP juga didistribusikan oleh EBSCO dan Gale melalui perjanjian global non-eksklusif.

Kontribusi dan umpan balik sangat diharapkan, silakan di-email pada: [afc@arrow.org.my](mailto:afc@arrow.org.my) atau dikirimkan ke:  
Asian-Pacific Resource & Research Center for Women (ARROW)  
No.1 & 2, Jalan Scott, Brickfields, 50470 Kuala Lumpur, Malaysia  
Tel.: +603 2273 9913. Faks: +603 2273 9916  
Website: [www.arrow.org.my](http://www.arrow.org.my)

Untuk menghubungi YKP, silakan kirim email ke [ykesehatanperempuan@yahoo.com](mailto:ykesehatanperempuan@yahoo.com) atau Yayasan Kesehatan Perempuan  
Jl. Brawijaya Raya No.15, Jakarta Selatan, Indonesia, Telp:+6221 72798747