



Akses Universal Untuk Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas

Pendahuluan

Indonesia merupakan negara kepulauan sebanyak 7.000 pulau dengan total populasi 239 juta orang (2010 Sensus). Indonesia adalah rumah bagi sekitar 1.340 etnis dengan pandangan yang berbeda terhadap gender dan isu-isu seksualitas, termasuk akses ke terhadap informasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) termasuk layanan kesehatan yang relevan (lihat Tabel 1).

Table 1. Data Demografi

Populasi	2012	2016
Total Populasi	249,9	258,7
Kepadatan penduduk (per km)	131	135
Rasio ketergantungan proporsi remaja	49,6%	48,6%
Harapan hidup		
▪ Pria	68.7	
▪ Perempuan	72.6	

Sumber: SDKI 2012. Infodatin 2016, Badan Pusat Statistik 2017

Akses ke layanan SRH bervariasi antara satu daerah ke daerah lain, tergantung kondisi sosial ekonomi, jarak geografis, dan budaya lokal yang diyakini. Laporan negara pada Konvensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development-ICPD*). Dimana pada program aksi telah mendokumentasikan keterkaitan antara kemiskinan dan kesehatan sebagai hambatan untuk meningkatkan kualitas seksualitas dan pelayanan kesehatan reproduksi. Hambatan lainnya adalah persoalan yang berkaitan dengan etnis, perbedaan dalam mempersepsikan keyakinan sosial-budaya, dan ketidakadilan gender. Selain itu, upaya untuk mengurangi angka kematian ibu yang tinggi (AKI) masih belum berhasil dan masih menimbulkan masalah untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan. Hal tersebut mendorong Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) di Indonesia terlibat dalam advokasi untuk regulasi SRHR dan reformasi kebijakan.

Kurangnya lingkungan yang menguntungkan bagi partisipasi LSM dalam reformasi kebijakan mendorong sejumlah pihak untuk dapat mewujudkan akses universal untuk HKSR bagi perempuan dan orang-orang muda.

Lingkungan yang kondusif bagi LSM dalam proses HKSR: 1994 - 2000

Indonesia adalah salah satu dari 179 negara yang hadir pada ICPD 1994 di Kairo. Perwakilan Indonesia terdiri dari Pemerintah, akademisi dan aktivis. Indonesia bersama negara lainnya menyetujui bahwa program aksi dalam ICPD menjadi panduan universal dalam merumuskan kebijakan HKSR.

Beberapa komponen yang ada dalam ICPD, yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi, HIV&AIDS, dan kekerasan terhadap perempuan telah dimasukkan secara spesifik ke dalam program-program peningkatan kualitas HKSR oleh kementerian Kesehatan (Kemenkes), Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPP-PA)

Pada tahun 1996 KPP-PA melaksanakan berbagai kegiatan sebagai bagian dari program aksi ICPD, diantaranya: "Gerakan Sayang Ibu", lokakarya nasional pengurangan angka kematian ibu, yang mempromosikan pentingnya pendekatan multi-sektor dalam mengurangi angka kematian ibu dan meningkatkan kualitas hidup perempuan. Pada tahun yang sama, Komisi Kesehatan Reproduksi didirikan di mana kementerian terkait, seperti: Kementerian Kesehatan (Kemenkes), KPP-PA Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Tenaga Kerja (Kemenakertrans) aktif bekerja pada perlindungan ibu bagi pekerja perempuan.

Pada tahun 1998, setelah jatuhnya rezim Soeharto, ruang baru disediakan untuk meningkatkan keterlibatan LSM dalam perumusan regulasi dan khususnya kebijakan HKSR.

Pada tahun 2000, Kemenkes meluncurkan program "Revitalisasi kesehatan Ibu Melahirkan dan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)", yang kemudian berganti nama menjadi "Persalinan yang Aman". Melalui program ini, sekitar 100.000 bidan desa kembali dilatih menggunakan kurikulum baru di politeknik kesehatan propinsi, dimana anggaran disediakan oleh pemerintah provinsi atau kabupaten.

Meningkatkan partisipasi LSM dalam reformasi kebijakan SRHR: 2000 - sekarang

Setelah jatuhnya pemerintahan Soeharto yang sangat otoriter terjadi perbaikan sistem politik yang lebih demokratis, hal ini memberi kesempatan kepada organisasi berbasis masyarakat untuk mendapatkan haknya terlibat lebih dalam reformasi kebijakan HKSR.

LSM dalam hal ini Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) mampu memberikan masukan pada rancangan undang-undang (UU) Kesehatan yang baru diperkenalkan kepada parlemen di awal 2001.

Reformasi hukum itu dimaksudkan untuk menggantikan UU Kesehatan sebelumnya (UU No.23/1992) yang hampir tidak membahas persoalan kesehatan dan hak-hak reproduksi, yang juga melarang aborsi dengan alasan apapun.

Setelah lebih dari sembilan tahun melakukan advokasi perubahan UU Kesehatan, UU baru tentang Kesehatan (No.36/2009) disahkan dan untuk pertama kalinya UU Kesehatan memuat bab khusus mengenai kesehatan reproduksi terdapat pada bab 6 tentang Kesehatan Reproduksi (Pasal 71-77). Pada bab kesehatan reproduksi ini juga diatur mengenai aborsi, dimana aborsi tetap dilarang namun ada pengecualian (untuk indikasi kedaruratan medis dan pemerkosaan). Undang-undang ini harus dilengkapi dengan peraturan pemerintah (PP) sebagai petunjuk pelaksanaan operasionalnya. Lima tahun setelah dikeluarkannya UU No.36/2009 tentang Kesehatan, maka pada tahun 2014, Peraturan Pemerintah No 61 tentang Kesehatan Reproduksi dikeluarkan dan pada tahun 2016 Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No 3 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi Atas Indikasi Kedaruratan Medis Dan Kehamilan Akibat Perkosaan.

Di samping itu, UU lain tentang Ketenagakerjaan dirancang pada awal tahun 2000, yang berhasil memasukkan beberapa artikel untuk perlindungan ibu antara pekerja perempuan, upaya advokasi aktivis perempuan dan anggota serikat pekerja. Pada tahun 2003, UU tentang Ketenagakerjaan (No.13/2003) disahkan. Pasal 82 (1) UU ini menetapkan bahwa pekerja perempuan berhak untuk memperoleh tiga bulan cuti melahirkan yang dapat diambil 6 minggu sebelum dan setelah melahirkan. Selain itu, Pasal 83 menetapkan bahwa "perusahaan harus menyediakan fasilitas dan kesempatan untuk menyusui selama jam kerja bagi pekerja perempuan yang berada pada masa menyusui".

Setelah lima tahun mengadvokasi kekerasan dalam rumah tangga, akhirnya UU Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (No.23/2004) disahkan pada 2004. Untuk menerapkan UU ini Kementerian Pemberdayaan Perempuan & Perlindungan Anak (KPP-PA) mengeluarkan Peraturan Pelaksana untuk Panduan Operasional (No.4/2006).

Peraturan ini mengundang keterlibatan dan kerjasama dari para pemangku kepentingan dalam melaksanakan UU baru. Sebagai tanggapan, keberadaan '*crisis center*' yang bekerja pada isu-isu kekerasan termasuk kekerasan dalam rumah tangga dapat memperluas layanan untuk bekerjasama dengan rumah sakit dan kantor polisi. Rumah Sakit dan keterlibatan polisi sangat diperlukan untuk membantu korban mendapatkan bukti hukum, forensik/visum dan konseling sehingga kasus tersebut dapat dibawa ke ranah hukum.

Sementara itu, KPP-PA menyusun Rencana Strategis Nasional 2005-2009 dalam upaya menghapus segala bentuk kekerasan terhadap perempuan melalui pendekatan multi-sektor yang melibatkan lembaga penegak hukum, lembaga pendidikan, kelompok agama dan budaya, organisasi keagamaan, lembaga-lembaga kesehatan, sektor swasta, media massa, dan pemangku kepentingan lainnya.

Pada tahun 2004, setelah bertahun-tahun advokasi, organisasi masyarakat sipil mendorong pembuat kebijakan untuk mengeluarkan undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diberlakukan. UU ini menyediakan akses universal terhadap kesehatan bagi setiap warga negara. Hal ini memungkinkan untuk mendirikan skema asuransi sosial yang mencakup semua jenis pelayanan kesehatan yang akan diberlakukan wajib bagi seluruh rakyat Indonesia mulai 1 Januari 2019. Dalam sistem jaminan kesehatan ini, layanan kesehatan reproduksi (Kespro) yang ditanggung lebih bersifat pada pengobatan (kuratif) belum menasar pada pencegahan (preventif).

Sebagaimana kita ketahui bahwa layanan Kespro yang berkualitas dan komprehensif (lengkap) fokus pada upaya pencegahan dan pengobatan yang dapat diakses semua perempuan tanpa diskriminasi. Sebagai contoh layanan pap smear awalnya tidak diberikan secara gratis kepada perempuan yang ingin memeriksakan Kespro nya, pap smear diberikan kepada perempuan yang sudah terindikasi kanker serviks. Hal ini sungguh merugikan bagi kualitas kesehatan perempuan di Indonesia.

Dalam pelaksanaannya pun sistem jaminan kesehatan ini masih ditemukan kebijakan yang berbeda-beda antara satu daerah dengan daerah lainnya (dampak

dari desentralisasi). Hal ini sangat menuntut komitmen pemerintah pusat dan daerah untuk memberikan layanan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi yang berkualitas dan komprehensif.

Tabel 2. Data mengenai kesehatan seksual dan reproduksi di Indonesia.

Angka Kematian Ibu (AKI) per 100,000 kelahiran hidup	359
Kelahiran yang dibantu tenaga kesehatan terlatih (persentase)	83,1
Tingkat prevalensi kontrasepsi (persentase)	61,9
Tingkat kesuburan remaja (per 1,000 kelahiran usia 15-19 tahun)	48,4
Pelayanan persalinan/antenatal oleh petugas kesehatan (persentase)	87,8
Kebutuhan yang tidak terpenuhi dala keluarga berencana (persentase)	11,4

Sumber: SDKI 2012

Menyikapi persoalan ini, pada tahun 2015 YKP melakukan studi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di 15 Propinsi yang bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan skema JKN baik dari perspektif pemberi pelayanan maupun pengguna pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya terkait dengan kebutuhan perempuan dan pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual yang berkualitas.

Pada tahun 2005 Kementerian Kesehatan meluncurkan Program Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Program ini berfokus pada penyediaan informasi dan konseling bagi remaja tentang isu-isu kesehatan reproduksi pada tingkat layanan primer (Puskesmas Kecamatan). Sayangnya, kapasitas Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dalam melaksanakan program masih terkendala, seperti jam pelaksanaan konseling yang sudah tutup jam 1 siang sedangkan remaja sekolah baru dapat mengambil layanan sepulang sekolah, sehingga layanan menjadi kurang efektif, disamping itu masih banyak petugas kesehatan yang tidak ramah dan kurang berempati pada persoalan yang dialami remaja, sehingga tidak jarang remaja mengalami diskriminasi disaat akan mengakses layanan tersebut.

Pada tahun 2010, Pemerintah Indonesia baru menetapkan target nasional untuk mengatasi setiap tujuan yang berhubungan dengan kesehatan untuk mencapai *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015, keterlambatan ini berdampak pada tidak tercapainya tujuan MDGs di tahun 2015, diantaranya:

- Goal 5: Mengurangi angka kematian ibu (AKI) di Indonesia 70% dari tahun 1990 ke tahun 2015 (102 per 100.000 kelahiran hidup) dinilai terlalu ambisius dan Indonesia tidak dapat mencapai angka tersebut, kenyataannya yang ditemukan adalah AKI masih di atas 200 pada tahun 2010 dan naik menjadi 359 di tahun 2015. Kondisi ini menempatkan Indonesia berada di bawah negara-negara tetangga, seperti Malaysia, Thailand, dan Filipina.
- Goal 5B: Peningkatan penggunaan kontrasepsi di kalangan perempuan menikah (berusia 15-49 tahun) tidak dapat tercapai.
- Goal 6: Juga tidak dapat tercapai karena belum ada kemajuan yang signifikan untuk mengurangi prevalensi HIV&AIDS.

Kelanjutan dari MDGs yang berakhir pada tahun 2015, yang dilanjutkan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals-SDGs*) dimana 193 negara termasuk Indonesia menandatangani agenda ini dalam Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang berlangsung di New York, 25 September 2015 lalu.

Dengan prinsip No One Leave behind, Agneda 2030, mensyaratkan semua lapisan masyarakat tidak ada yang ditinggalkan dalam proses pembangunan yang inklusif dan partisipatif. Agenda 2030 memiliki 17 tujuan, 169 sasaran dan lebih dari 234 indikator. Tujuan dan sasaran ini akan berpengaruh pada dimensi yang sangat penting bagi kemanusiaan dan lingkungan.

Sehingga penting bagi masyarakat Indonesia untuk mendorong pemerintah melaksanakan agenda 2030 untuk memperbaiki catatan negatif dalam program MDGs karena tidak berhasil mencapai empat target penting dalam pembangunan seperti yang telah disebutkan sebelumnya persoalan tingginya AKI di Indonesia dengan berperan pada Goal 3 tentang kesehatan yang baik dan keajahteraan & Goal 5 tentang kesetaraan gender.

Dampak Tujuan Pembangunan Berkelanjutan bagi Perempuan adalah:

Penikmatan Hak Asasi Manusia dan terwujudnya kesetaraan dan Keadilan gender, dalam wujud :

- Meningkatnya kualitas sumber daya perempuan seiring terhapusnya kemiskinan dan pemiskinan yang dialami perempuan, meningkatnya derajat kesehatan perempuan, meningkatnya pendidikan dan pengetahuan perempuan, terlindungi dan terpenuhinya hak-hak perempuan di segala aspek kehidupan.

- Terbukanya akses bagi perempuan untuk menikmati seluruh hak asasi manusia dan mengembangkan diri berdasarkan prinsip persamaan hak bagi perempuan dan laki-laki
- Meningkatnya peran perempuan untuk berpartisipasi dalam pembangunan di segala aspek, dalam keluarga, masyarakat dan negara
- Meningkatnya kapasitas kepemimpinan perempuan dan peran perempuan dalam pengambilan keputusan dalam berbagai aspek pembangunan di semua tingkatan.
- Terwujudnya keadilan dalam menikmati manfaat pembangunan berdasarkan persamaan hak antara perempuan dan laki-laki

(sumber: Koalisi Perempuan Indonesia "Peran Strategis Perempuan dalam Mengawal Pelaksanaan TPB: Tujuan 1, Tujuan 5, dan Tujuan 10", 2016)

Status Hak Kesehatan Reproduksi dan Seksual di Indonesia

Kebijakan Pada Kesehatan Reproduksi dan Seksual

UU No.36/2009 tentang Kesehatan, pasal-pasal di dalamnya masih banyak yang tidak melindungi hak-hak perempuan terkait kesehatannya, seperti:

- Menetapkan bahwa hanya perempuan yang sudah menikah dapat memperoleh akses ke layanan keluarga berencana (khususnya kontrasepsi), tidak termasuk perempuan remaja dan belum menikah. Hal ini menyebabkan sejumlah besar perempuan dan perempuan muda berisiko besar mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) dan Infeksi Menular Seksual (IMS).
- Aborsi dilarang kecuali untuk tujuan melindungi kehidupan ibu dan bayi dan dalam kasus pemerkosaan.
- UU No.52/2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga.

Sesuai dengan hasil Sensus Penduduk 2010, laju pertumbuhan penduduk Indonesia mencapai 1,49%. Jumlah itu lebih tinggi dibandingkan dengan laju pertumbuhan satu dekade sebelumnya, 1,45%. Dengan pertumbuhan setinggi itu, setiap tahun lahir 4-5 juta bayi di Indonesia atau setara jumlah penduduk negara Singapura. Pada tahun 2019, laju pertumbuhan penduduk ditargetkan 1,21%.

Jumlah rata-rata anak perempuan usia subur (15-49 tahun) sejak 2002-2012 stagnan di angka 2,6 anak per perempuan usia subur. Pada saat bersamaan, kehamilan remaja putri umur 15-19 tahun juga masih tinggi, mencapai 48 per 1.000 remaja putri pada 2012.

Pemerintah menargetkan jumlah rata-rata anak yang dimiliki perempuan usia subur pada 2019 hanya 2,28 anak per perempuan dan jumlah remaja putri yang melahirkan menjadi 38 per 1.000 remaja putri pada 2019.

Selain itu, jumlah pasangan usia subur yang ikut program Keluarga Berencana (KB) tidak berkembang signifikan. Bahkan, angka pasangan usia subur yang ingin KB, tetapi tidak terjangkau layanan KB (*unmet need*), tetap tinggi yaitu 8,5%. "Karena itu, semua pasangan usia subur harus dipastikan mendapat informasi tentang kesehatan reproduksi dan pelayanan KB".

Alasan Mengapa Aborsi Legal

UU Kesehatan (No.23/1992), disahkan pada tahun 1992, namun UU ini tidak bisa diimplementasikan karena tidak disebutkan adanya PP pada pasal-pasal di dalamnya. Atas dasar itulah YKP mendesak parlemen agar menggunakan hak inisiatifnya untuk mengeluarkan UU Kesehatan baru yaitu UU Kesehatan (No.36/2009). Pada UU No.36/2009 menetapkan bahwa aborsi diperbolehkan untuk menyelamatkan kehidupan ibu, dalam kasus pemerkosaan, dan pada kehamilan *incest* dalam batas kehamilan tidak lebih dari batas usia kehamilan 6 minggu, sayangnya sekali kehamilan karena *incest* tidak disetujui. Saat ini UU tersebut telah dilengkapi dengan Peraturan Pemerintah (PP) dan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK), yaitu :

- PP No.61 tentang Kesehatan Reproduksi.
- PMK No.97/2014 tahun tentang Pelayanan Kehamilan.
- PMK No. 71/2014 tentang sanksi administratif.
- PMK No.3/2016 tentang Pelatihan dan penyelenggaraan pelayanan aborsi atas indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan.

Tanpa pedoman operasional, layanan aborsi yang aman di fasilitas umum tetap sulit diakses. Penyedia layanan kesehatan cenderung terlalu enggan memberikan layanan. datang dari interpretasi sepihak dari Sumpah Hipokrates (sumpah Dokter) dan keyakinan agama. Situasi ini telah menyebabkan praktek aborsi ilegal di klinik-klinik bersalin menawarkan layanan aborsi dengan biaya tinggi, yang secara tidak langsung dapat menempatkan kehidupan perempuan semakin berisiko. Ada kemungkinan besar bahwa aborsi tidak aman berkontribusi signifikan terhadap tingginya AKI suatu negara.

Dalam budaya Indonesia, kehamilan di luar nikah tidak dapat diterima, hal ini mengakibatkan tingginya sejumlah terminasi/penghentian kehamilan di kalangan

perempuan muda yang belum menikah. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan bahwa 50,7% dari perempuan dan 40,3% responden laki-laki tahu seseorang yang telah dihentikan kehamilannya (lihat tabel 3 di bawah). Banyak kasus penghentian kehamilan terjadi di kalangan anak muda usia 15-24.

Tabel 3. Pengalaman mengetahui terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan diantara teman (usia 15-24 tahun)

Mengetahui seseorang melakukan aborsi	
Perempuan	50,7 %
Laki-Laki	40.3 %

Sumber: SDKI 2012

Namun kebijakan terkait aborsi aman di Indonesia masih tersandung dengan adanya rumusan pada Rancangan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (RKUHP). Dalam RKUHP, pengaturan pengguguran kandungan atau aborsi diatur dalam dua bab, yaitu Bab XIV tentang Tindak Pidana Kesusilaan Bagian Keenam tentang Pengobatan yang Dapat Mengakibatkan Gugurnya Kandungan (Pasal 501) dan Bab XIX tentang Tindak Pidana Terhadap Nyawa Bagian Kedua tentang Pengguguran Kandungan (Pasal 589, 590, 591 dan 592).

Pembahasan Panja RKUHP DPR atas pasal tersebut telah dilaksanakan melalui rapat terbuka pada 14 Desember 2016 dan 24 Januari 2017. Pasal 501, Pasal 589 ayat (1) dan Pasal 592 telah disetujui Panja dan dibahas dalam Tim Perumus (Timus) dan Tim Sinkronisasi (Timsin). Sedangkan mayoritas problem aborsi dalam Pasal 589 ayat (2) dan (3), Pasal 590 ayat (1), ayat (2) dan Pasal 591 ayat (1) dan ayat (2) masih depending oleh Panja pada 24 Januari 2017. Pasal tersebut depending karena Pemerintah meminta waktu untuk mengkonsultasikan rumusan aborsi dengan Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Saat ini, proofreader Pemerintah telah selesai menelaah pasal pengguguran kandungan, namun Timus dan Timsin Panja perlu makin cermat merumuskan dan mensinkronisasi dengan peraturan terkait untuk menghindari kriminalisasi terhadap korban perkosaan, ibu hamil yang mengalami kedaruratan medis, tenaga kesehatan, dan para pihak yang melakukan pendampingan.

YKP bersama jaringannya yang tergabung dalam Aliansi Nasional Reformasi KUHP menolak rumusan pasal aborsi dalam RKUHP. Rumusan pasal pengguguran kandungan dalam RKUHP saat ini bertentangan dengan Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, khususnya bagian keenam tentang Kesehatan Reproduksi, Peraturan Pemerintah No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi dan Peraturan Menteri

Kesehatan No. 3 Tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan.

Pengaturan terkait aborsi pada RKUHP sangat berbeda dan bertentangan dengan UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan tersebut. Dimana Rancangan KUHP yang akan segera rampung ini berpotensi mengkriminalisasi perempuan hamil yang mengancam keselamatan jiwanya, perempuan hamil korban pemerkosaan termasuk pendamping hukumnya. Padahal tindakan pengguguran kandungan akibat adanya indikasi kedaruratan medis dan/atau kehamilan akibat perkosaan merupakan "*abortus provocatus therapeutics*". Hal tersebut merupakan upaya menyelamatkan nyawa dan masa depan ibu. Adapun, prosedur aborsi provokatus terapeutic yang dimaksud sesuai dengan ketentuan perundang-undangan dimana Tenaga Kesehatan dan Petugas yang Berwenang yang melakukan tindakan sesuai syarat dan ketentuan yang telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku dan seharusnya tidak dapat dikenakan pidana.

Kebijakan tentang HIV&AIDS

Setiap 25 menit di Indonesia terjadi satu orang yang baru terinfeksi HIV. Satu dari setiap lima orang yang baru terinfeksi adalah di bawah usia 25 tahun. (UNICEF, 2012)

Menurut UNICEF, di Indonesia HIV&AIDS paling banyak ditularkan melalui hubungan seksual, diikuti dengan suntikan obat-obatan terlarang (2012). Pemerintah Indonesia belum memiliki peraturan yang jelas mengenai larangan diskriminasi pada orang dengan status HIV & AIDS (ODHA), tapi ada satu bab dalam UU No.36/2009 yang memberikan wacana melarang diskriminasi terhadap orang yang hidup dengan HIV& AIDS.

Kementerian Kesehatan juga mengeluarkan kebijakan tentang pencegahan HIV&AIDS dan akses universal terhadap kesehatan orang-orang yang hidup dengan HIV&AIDS (PP No.21/2013). Peraturan ini menetapkan dua hak mendasar untuk orang yang hidup HIV&AIDS: pertama adalah hak atas kesehatan dan kedua adalah hak untuk bebas dari diskriminasi pelayanan.

Budaya Indonesia kebanyakan memandang HIV&AIDS melalui kaca mata moral. Orang yang hidup dengan HIV menghadapi berbagai bentuk kompleks diskriminasi dan stigma, seperti penolakan di tempat kerja, di sekolah-sekolah, dan fasilitas umum lainnya. Ada kasus yang melibatkan seorang siswa SD yang dikeluarkan dari sekolah karena orang tuanya adalah HIV positif. Di banyak perusahaan, orang yang hidup dengan HIV

umumnya tidak diterima sebagai karyawan dan berdampak pada Putus Hubungan Kerja (PHK) dari perusahaan mereka beekrja jika mereka diketahui HIV positif. Stigma dan diskriminasi masih menjadi hambatan utama dalam pencegahan HIV khususnya untuk pengobatan dan perawatan kesehatan. Banyak orang masih menganggap orang yang terinfeksi HIV&AIDS sebagai orang yang tidak bermoral, dan karenanya sering mendapatkan diskriminasi dan dikucilkan dari kehidupan bersosialisasi masyarakat. Belum lagi persoalan stigma dan diskriminasi yang diterima ODHA disaat mengakses layanan kesehatan masih banyak petugas kesehatan yang memiliki pemahaman yang keliru mengenai HIV&AIDS.

Kerahasiaan test HIV&AIDS, diagnosis, pengobatan, perawatan, dan dukungan tidak disebutkan secara khusus dalam UU Kesehatan. Selain itu, sebagian besar asuransi/jaminan kesehatan, khususnya asuransi swasta, tidak menanggung peserta penderita HIV&AIDS. Pengetahuan yang minim dan pemahaman tentang HIV&AIDS yang keliru, mengakibatkan akses ke layanan kesehatan yang rendah. Hal ini dapat ditunjukkan data dari SDKI tahun 2012, bahwa hanya 11% perempuan berusia 15-49 tahun dan 12% laki-laki 15-54 tahun memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV & AIDS.

Tabel 4. Data HIV & AIDS di Indonesia

Tingkat prevalensi HIV (usia 15-49):	0,2 %
Tingkat prevalensi HIV diantara perempuan (usia 15-24):	0,1%
Tingkat prevalensi HIV diantara laki-laki (usia 15-24):	0,3%
Tingkat prevalensi HIV pada kelompok rentan:	
• Pekerja seks:	10,2%
• Pengguna jarum suntik:	52,4%
• Hubungan seks sejenis (laki-laki dengan laki-laki)	5,2%
Jumlah kematian akibat AIDS	8,700
Persentase penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV & AIDS	10,8%

Sumber: SDKI 2012

Kebijakan Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi Remaja

Indonesia meratifikasi konvensi HAM internasional, termasuk Konvensi Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW), *Beijing Platform* (BPFA), dan ICPD. Konvensi ini menjunjung akses universal untuk HKSR termasuk layanannya bagi remaja, namun Indonesia belum banyak mengadopsi hukum sesuai dengan konvensi ini.

UU Kependudukan dan Pembangunan Keluarga (No.52/2009), memuat tentang layanan keluarga berencana, tapi terbatas hanya untuk pasangan yang sudah menikah. Sebenarnya, pada UU Kesehatan No.36/2009, Pasal 136-137 tentang Kesehatan Remaja, menetapkan tanggungjawab pemerintah untuk memberikan informasi, pendidikan, dan layanan untuk remaja selama itu tidak bertentangan norma moral dan agama. Sementara norma moral dan agama sering diinterpretasikan berbeda-beda. Belum lagi pada aspek anggaran yang juga mengesampingkan orang muda yang belum menikah untuk mengakses informasi dan layanan kesehatan reproduksi.

Indonesia memiliki UU tentang Perlindungan Anak (UU No.23/2002 yang menyatakan bahwa setiap anak memiliki hak untuk pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual, dan sosial mereka. Namun, pemahaman mengenai "kebutuhan" dibatasi oleh UU lainnya. KUHP, misalnya, mengkriminalisasi orang-orang yang memberikan informasi yang berkaitan dengan pencegahan dan penghentian kehamilan (Pasal 283, 534, dan 535). Hal ini lebih didukung oleh UU Pornografi (No.44/2008) yang melarang orang untuk menyebarkan informasi tentang pendidikan seksualitas komprehensif. UU ini tidak jelas dalam menetapkan perbedaan antara materi pornografi dan materi pendidikan tentang kesehatan reproduksi, dimana bahan HKSR yang berisi informasi tentang seks langsung dianggap sebagai materi pornografi. Distribusi bahan tersebut adalah illegal dan dikenakan sanksi hukuman penjara.

Aktivitas seksual di kalangan anak muda di Indonesia juga sangat mengkhawatirkan. Sebuah survei di kalangan anak muda yang belum menikah berusia 10-24 tahun menemukan bahwa di seluruh Indonesia 1% dari anak laki-laki dan 4% dari anak perempuan dilaporkan telah melakukan hubungan seksual sebelum usia 13 tahun. Pada saat mereka mencapai usia 17 tahun, sekitar sepertiga dari mereka telah satu kali melakukan hubungan seksual. (Riskesdas, 2010 di UNICEF, 2012).

Sementara itu, menurut SDKI 2012, 37,7% dari perempuan berusia 15-19 melaporkan mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan reproduksi. Ada beberapa hambatan untuk anak perempuan dan perempuan muda dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi, diantaranya:

- Biaya layanan.
- Takut mendapat stigma dari keluarga dan teman-teman.
- Lamanya waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan dan mendapatkan hasil pemeriksaan.
- Kurangnya privasi dan kerahasiaan.
- Norma budaya dan ketidaksetaraan gender.
- Tabu bagi perempuan yang belum menikah mengakses ke layanan SRH.
- Fasilitas transportasi ke layanan kesehatan yang terbatas.
- Kebutuhan yang diperlukan selama pengobatan.
- Jam layanan yang terbatas, membuat remaja yang bersekolah sulit untuk mengakses layanan.

Permasalahan di atas menghambat perempuan, terutama usia muda dan anak-anak perempuan yang tinggal di daerah pedesaan, dalam mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas.

Tabel 5. Hambatan dalam mengakses layanan kesehatan oleh perempuan usia 15-49 tahun.

Alasan	Persentase
Setidaknya memiliki satu hambatan dalam mengakses layanan kesehatan	37,7
Tidak ingin/takut pergi sendiri	23
Tidak memiliki uang yang cukup untuk pemeriksaan	15
Jarak yang harus ditempuh ke fasilitas kesehatan	11
Mebutuhkan ijin untuk pergi ke layanan kesehatan	5

Sumber: SDKI 2012

Pernikahan dini, Kehamilan muda, dan akses remaja terhadap informasi seksual dan kesehatan reproduksi (pendidikan, dan layanan)

Menurut UU Perkawinan (No.1/1974), usia minimal untuk menikah bagi anak perempuan adalah 16 tahun dan 19 tahun untuk laki-laki. UU ini bertentangan dengan UU Perlindungan Anak (No.23/2002) di mana definisi anak yaitu seseorang di bawah usia 18 tahun. Ini artinya UU Perkawinan (No.1/1974) membolehkan terjadinya perkawinan anak.

Di beberapa daerah seperti di Kabupaten Bondowoso, Soe, Sambas, Batang, Bogor dan Cianjur, jumlah pernikahan anak yang tinggi diikuti angka kematian ibu yang tinggi pula, hal ini menyiratkan korelasi positif antara keduanya. Menurut Bupati Bondowoso, tingginya jumlah pernikahan anak di daerah mayoritas karena tingginya kemiskinan.

YKP telah aktif melakukan advokasi terhadap perkawinan anak. Salah satu upaya yang dilakukan YKP dalam menghentikan perkawinan anak di Indonesia dengan melakukan *judisial review* UU Perkawinan (No.1/1974) dengan mengajukan tuntutan menaikkan usia menikah minimal anak perempuan dari 16 tahun ke 18 tahun. Kampanye penghentian-perkawinan anak seharusnya dilihat sebagai upaya mendukung program Kementerian Pendidikan yaitu 12 tahun wajib belajar, dan mendukung program Kementerian Kesehatan dalam menurunkan AKI, 3 Terlambat (Terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan; Terlambat dirujuk; Terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan) dan 4 Terlalu (Terlalu tua hamil; Terlalu muda untuk hamil; Terlalu banyak jumlah anak; Terlalu dekat jarak kehamilan).

UU Perkawinan (No.1/1974) tidak hanya bertentangan dengan UU Perlindungan Anak, tetapi juga bertentangan konvensi internasional yang telah diratifikasi oleh Indonesia seperti CEDAW dan Konvensi Hak Anak, yang keduanya menyatakan bahwa pernikahan dini yang dilanjutkan dengan kehamilan pada usia dini sangat berbahaya bagi anak perempuan dan dapat berujung pada kematian.

Selain itu, dalam konteks kesetaraan antara perempuan dan laki-laki, CEDAW menyebut negara-negara anggota untuk merumuskan indikator yang tepat untuk menghapus diskriminasi terhadap perempuan, mempertanyakan adanya perbedaan usia menikah perempuan dan laki-laki di Indonesia. Selanjutnya, Konvensi Hak Anak merekomendasikan bahwa usia minimum pernikahan di 18 tahun untuk

kedua anak perempuan dan laki. Pertimbangan ini konsisten dengan UU Perlindungan Anak yang menyatakan siapa pun di bawah 18 tahun dianggap sebagai anak dan membutuhkan persetujuan orang tua dalam pernikahan untuk mencegah pernikahan di bawah umur (Pasal 26).

Alasan orangtua menyetujui praktik pernikahan usia dini

Orang-orang di Kabupaten Gunungkidul (Propinsi Di Yogyakarta) cenderung akan menikahkan anak perempuan mereka jika diketahui hamil sebelum menikah demi status moral dan nama baik keluarga, tanpa memperhatikan usia anak mereka. Kedua alasan umum orangtua menikahkan anaknya pada usia dini adalah untuk menyelamatkan mereka dari kemiskinan.

Menurut UU Perkawinan (No.1/1974), usia minimum menikah anak perempuan adalah usia 16 tahun. Namun, ada banyak kasus di mana anak-anak perempuan pada usia 10-14 tahun sudah dinikahkan orangtua mereka, sebagai jalan keluar dari kemiskinan. Di desa-desa terpencil, anak perempuan kebanyakan menikah dengan laki-laki yang lebih tua untuk mendapatkan imbalan uang untuk membayar pinjaman keluarga. Ini adalah salah satu alasan utama tingginya permohonan dispensasi menikah ke Pengadilan Agama, (dispensasi menikah yaitu, pembebasan menikah anak di bawah umur). Data dari Pengadilan Agama Kabupaten Gunungkidul menunjukkan bahwa permintaan dispensasi menikah meningkat dari 90 (tahun 2009) naik menjadi 145 pada tahun 2011. Pada semester pertama 2012, sudah ada 79 permintaan (Tabel 6. Data permohonan dispensasi menikah bagi pengantin usia di bawah 16 tahun).

Sumber: Lembar Fakta, Informasi Kesehatan Reproduksi untuk Remaja dan Wanita Upaya Mengakhiri Perkawinan Anak-2013, Womens Reserach Institute.

Telah diketahui bahwa perkawinan anak juga berdampak pada tingginya angka usia subur yang berdampak pada tingginya jumlah anak yang akan dilahirkan, di samping juga tingginya jumlah perempuan hamil di usia 15-19 tahun, yang akan lebih beresiko bahkan berujung pada kematian.

Gambaran perkawinan anak di Indonesia:

- Usia perkawinan pertama telah perlahan-lahan meningkat dalam dua dekade terakhir, sementara perempuan yang berpendidikan menikah pada usia yang lebih tinggi. Di daerah pedalaman, menunjukkan perempuan menikah pada usia 15 tahun bahkan lebih muda. Namun, usia awal menikah berbeda-beda dari satu profinsi dengan

profinsi lainnya atau dari kabupaten dengan kabupaten lainnya, tergantung pada tingkat pemahaman agama, nilai-nilai budaya yang ada di daerah tersebut, kondisi ekonomi, dan masih minimnya pemahaman terhadap kesehatan reproduksi yang berdampak pada KTD.

- Pada 2002-2003, persentase perempuan usia 15-19 tahun yang melahirkan anak pertama mereka adalah 10,4%.
- Di daerah pedesaan, persentase remaja yang mulai mengasuk anak dua kali lebih tinggi dari perkotaan (14% dan 7% masing-masing).
- Data di lapangan juga menunjukkan bahwa remaja yang belum menikah tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan reproduksi.
- Pengetahuan kesehatan reproduksi dan seksualitas di kalangan remaja masih terbatas. Misalnya, lebih dari setengah remaja mengetahui proses reproduksi manusia, tetapi kurang dari 30% remaja mengetahui pencegahan HIV&AIDS.

Tabel 6. Data permohonan dispensasi menikah di Kab.Gunungkidul

Tahun	2009	2010	2011	2012/Juni
Jumlah	90	120	145	79

Source: Data pengadilan agama Kab.Wonosari, 2012, Women Research Institute

Tebel 7. Usia Sah Untuk Menikah

Tanpa ijin orang tua:	
Laki-laki: 21 tahun	Perempuan: 21 tahun
Dengan ijin orang tua:	
Laki-laki: 19 tahun	Perempuan: 16 tahun

Sumber: SDKI 2012

- Usia rata-rata perempuan menikah pertama kali pada batas usia 15-49 adalah : 20,4 tahun.
- Usia rata-rata laki-laki menikah pertama kali pada batas usia 15-49 adalah : 24,3 tahun. (Sumber: SDKI 2012)

Menurut SDKI 2012, perempuan kota usia 25–49 melakukan hubungan seksual pertama mereka dua tahun lebih lambat daripada perempuan pedesaan, yaitu perempuan kota 21,8 tahun dan perempuan desa 19,4 tahun.

Usia rata-rata memiliki pengalaman seksual pertama bagi perempuan usia 25-49 tahun yang telah menyelesaikan pendidikan menengah berusia 23,1 tahun, dan bagi perempuan tanpa pendidikan 17,5 tahun.

Usia rata-rata perempuan yang memiliki pengalaman hubungan seksual pertama meningkat sesuai dengan status ekonomi mereka.

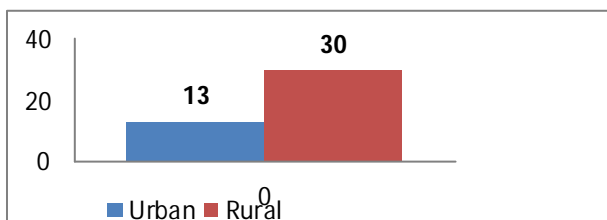
Usia rata-rata memiliki pengalaman seksual pertama bagi perempuan usia 25-49 dalam status ekonomi tertinggi menunjukkan tiga setengah tahun lebih lambat (22,8 tahun) dari usia rata-rata untuk perempuan dalam kuintil kesejahteraan terendah (19,3 tahun).

Usia rata-rata memiliki pengalaman seksual pertama untuk laki-laki menikah perkotaan antara 25-54 adalah 24,6 tahun, dua tahun lebih lambat dibandingkan dengan laki-laki pedesaan 23,1 tahun.

Usia rata-rata memiliki pengalaman hubungan seksual pertama untuk laki-laki menikah meningkat sesuai dengan tingkat pendidikannya. Misalnya, usia rata-rata laki-laki menikah dengan pendidikan menengah memiliki pengalaman hubungan seksual pertama mereka 23,2 tahun, dua tahun lebih lambat dari kalangan laki-laki yang tidak berpendidikan 21,4 tahun.

Status ekonomi juga terkait dengan usia pengalaman seksual pertama di antara laki-laki yang sudah menikah. Usia rata-rata pengalaman seksual pertama laki-laki antara 25-54 dalam kuintil kesejahteraan tinggi adalah 24,1 tahun, satu setengah tahun lebih lambat dibandingkan dengan laki-laki dari kuintil kesejahteraan terendah yaitu 22,6 tahun.

Tabel 8. Perkawinan Anak, tahun 2007
Proporsi perempuan (usia 20-24 tahun) yang menikah pada usia 18 tahun



Sumber: Perkawinan anak, 2007, BKKBN

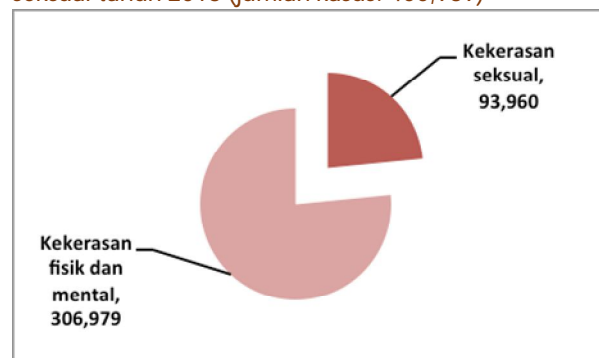
Tingkat Kekerasan Berbasis Gender

Di Indonesia lembaga negara yang secara sistematis mengumpulkan data tentang kekerasan terhadap perempuan adalah Komite Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan). Proses pengumpulan data dikumpulkan setiap tahun dengan melibatkan LSM yang telah bekerja pada isu-isu kekerasan terhadap perempuan. Laporan terbaru (2012) menunjukkan bahwa ada 216.156 kasus kekerasan terhadap perempuan usia antara 25-40 tahun. Jumlah ini dua kali lipat meningkat dari tahun sebelumnya, dan sekitar 12.649 kasus dikumpulkan dari LSM. Dari angka ini, total 211.822 kasus dikategorikan sebagai kasus pribadi (kekerasan di ranah personal) yang dapat diartikan kekerasan yang

dilakukan oleh orang dari hubungan darah (ayah, paman, saudara, kakek), atau dalam perkawinan (suami). Jumlah tersebut mencakup 8.315 kasus (66% atau dari 12.649 kasus yang dikumpulkan dari LSM. Di antara semua kasus pribadi (8.315 kasus), 42% atau 4.305 kasus perempuan diserang oleh suami mereka, 29% atau 2.428 kasus pribadi, dan 13% atau 1.085 kasus kekerasan dalam pacaran. Sedangkan kekerasan dalam ranah publik yang berasal dari kelompok usia 25-40 tahun, ada 4.293 kasus atau 34% dari jumlah total kekerasan.

Di samping kekerasan domestik, ada pula kekerasan publik atau pada masyarakat. Para pelaku bisa siapa saja seperti atasan, tetangga, guru, dosen, tokoh masyarakat, atau orang asing. Lebih dari setengah dari kasus-kasus kekerasan ini adalah kekerasan seksual (2,521 kasus atau 59%) di mana sekitar 840 kasus perkosaan dan 780 kasus penganiayaan.

Tabel 9. Kekerasan berbasis gender dengan kekerasan seksual tahun 2013 (jumlah kasus: 400,939)



Sumber: Komnas Perempuan, Kekerasan Seksual-Kenali dan Tangani, 2013.

Kebijakan Terkait Kekerasan Berbasis Gender

Tahun 2004 telah dianggap sebagai tahun yang sangat penting bagi perempuan di Indonesia. Setelah 8 tahun para aktivis perempuan dan ulama, melakukan advokasi yang akhirnya pemerintah Indonesia mengeluarkan UU No.23/2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga, yang memberikan perlindungan hukum kepada korban, menawarkan program pemulihan terpadu, dan menetapkan langkah-langkah untuk mencegah kekerasan di masa yang akan datang.

UU ini secara tegas menyatakan bahwa setiap kekerasan fisik, psikologis, dan seksual serta pengabaian ekonomi dalam wilayah domestik dianggap kriminal, serta memberikan perlindungan bagi perempuan korban perkosaan dalam pernikahan. Berdasarkan UU, pelaku bisa dikenakan hukuman berat (minimal lima tahun penjara atau denda 15 juta

rupiah). Selanjutnya, UU juga menyebutkan tanggung jawab pemerintah atau pemangku kepentingan lainnya, petugas kesehatan dan pekerja sosial dalam memberikan dukungan pemulihan terpadu untuk korban.

Sayangnya, UU No.23/2004 ini pelaksanaannya tidak berjalan dengan maksimal. Banyak aparat penegak hukum masih belum terpapar dengan isu-isu kekerasan dalam rumah tangga (*Jakarta Post* pada 18 November 2006). Hal ini karena informasi tentang kekerasan domestik tidak banyak ditulis dalam berita, artikel, dan dokumen HAM. Selain itu, kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan di Indonesia tidak dilaporkan (*Jakarta Post* pada 9 Desember 2006) dan jumlah sebenarnya bisa sangat tinggi. Alasan mengapa korban enggan melaporkan kasus mereka, karena korban masih sangat bergantung kepada suaminya khususnya dalam faktor ekonomi. Juga, berdasarkan norma-norma budaya yang dipahami selama ini bahwa perempuan tidak seharusnya memberitahu kesalahan/aib suaminya. Banyak perempuan menyampaikan masih terbatasnya informasi dan pemahaman tentang layanan pemulihan korban kekerasan.

Meskipun kekerasan seksual terjadi berulang-ulang dan terus menerus dan jumlah kasus kekerasan terus meningkat, tidak banyak orang yang memahami dan mempejuangkan masalah ini, termasuk pemerintah. Kekerasan seksual sering dianggap sebagai masalah pribadi bukan masalah publik. Dalam KUHP, kekerasan seksual dianggap pelanggaran terhadap kesusilaan. Interpretasi yang dangkal ini tidak mampu mengurangi tingkat perkosaan, tetapi juga menciptakan opini yang salah bahwa kekerasan seksual berkaitan dengan moralitas korban/perempuan, dan dengan demikian, cenderung menyalahkan korban.

Dasar hukum untuk perlindungan keamanan dari kekerasan seksual di Indonesia antara lain sebagai berikut:

1. KUHP Pasal 285, 286, 287, 290, 291.
2. UU No.23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga Bagian 8 (b), 47, 48.
3. UU Nomor 21 Tahun 2007 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan manusia, Pasal 1 (3,7).
4. UU No.23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak Pasal 1 (15), 17 (2), 59 dan 66 (1,2), 69, 78 dan 88.

Hukum dan Kebijakan Terkait Orientasi Seksual

Indonesia tidak memiliki hukum tertentu atau peraturan khusus mengenai orientasi seksual. Tak satu pun dari hukum-hukum yang ada menyebutkan bahwa

homoseksualitas dilarang atau diizinkan, termasuk KUHP. UU No.39/1999 tentang HAMMM bahwa setiap orang diperlakukan sama dan setiap orang tidak boleh didiskriminasi termasuk dalam mengakses layanan kesehatan.

Namun, kenyataannya ada banyak kasus bagi kelompok homoseksual diserang oleh kelompok konservatif, terutama kelompok ekstremis muslim. Perlindungan dari polisi tidak ada. Pada dasarnya di Indonesia, jika anda memiliki orientasi seksual yang berbeda anda akan dianggap mengalami kelainan dan kemungkinan akan menjadi korban kekerasan setiap harinya.

Tabel 10. Kebijakan terkait orientasi seksual di Indonesia

Aktivitas seksual oleh jenis kelamin sama	Perkawinan Sejenis	Seksual orientasi	Kebijakan berbasis identitas gender
Tidak ada kebijakan yang mengatur	Dilarang	Setiap warga negara tidak boleh didiskriminasi atas dasar apapun	Tidak ada kebijakan yang mengatur

Hukum dan Kebijakan Terkait Identitas Gender

Serupa dengan masalah orientasi seksual, tidak ada hukum khusus atau peraturan yang terkait dengan keragaman gender. Tidak ada kebijakan khusus yang melarang atau mengizinkan keragaman gender. Sejarah keragaman gender Indonesia sebenarnya sudah ada sejak berabad-abad yang lalu dimana dapat kita lihat di beberapa arca candi yang ada di Indonesia yang menunjukkan bahwa gender tidak hanya perempuan dan laki-laki saja namun ada kelompok gender lainnya. Dari sisi agama misalnya agama Islam dimana mayoritas penduduk Indonesia beragama Islam dan pemahaman agama yang sempit sangat mendiskriminasi kelompok lesbian, gender, biseksual, transgender dan *queer* (LGBTQ), Bahkan masih ada pejabat pemerintah menyatakan LGBTQ adalah kelaianan. Sementara tidak ada hukum khusus tentang isu-isu keragaman jenis kelamin, gender dan identitas, kenyataannya dapat diubah dengan mudah di catatan sipil dengan menunjukkan diagnosis psikiatri dan deklarasi oleh pengadilan. Identitas gender yang berbeda dapat diterima di lingkungan kerja tertentu seperti salon kecantikan, fashion, dan hiburan.

Mekanisme Layanan Penanganan dan Pengaduan Seksual dan Kesehatan Reproduksi

Masih banyak perempuan yang tidak mengetahui bahwa dirinya mempunyai hak atas kesehatan reproduksinya termasuk seksualitas, terutama pada perempuan dan anak perempuan yang hidup dalam kemiskinan di Indonesia menghadapi berbagai tantangan berat untuk mendapatkan hak kesehatan reproduksi mereka. Faktor sosial yang menentukan untuk mencapai hasil di bidang kesehatan reproduksi adalah sumber daya keuangan, pendidikan, dan kekuatan pengambilan keputusan/status perempuan dalam keluarga. Kerangka hukum dan kebijakan pemerintah di bidang kesehatan dan reproduksi memperkuat stereotip gender tentang perempuan dan ibu dengan adanya UU dan kebijakan yang bersifat tidak adil atas dasar status pernikahan. Ini juga sekaligus menutup kemungkinan bagi perempuan dan anak-anak perempuan yang tidak menikah mendapatkan layanan kesehatan reproduksi secara penuh. UU No.52/2009 tentang "Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga" mengharuskan adanya izin suami bagi perempuan yang sudah menikah dan anak perempuan dalam mendapatkan layanan kesehatan reproduksi tertentu. Hal ini juga tidak jelas menyatakan apakah layanan kesehatan reproduksi juga tersedia untuk komunitas LGBT.

Reformasi sistem kesehatan yang ada tidak begitu menghasilkan kemajuan yang memadai dalam memperbaiki kinerja kesehatan di Indonesia, yang sampai saat ini belum memuaskan, khususnya di daerah-daerah miskin di Indonesia. Masih terdapat kesenjangan antara kebutuhan/keinginan perempuan dan layanan kesehatan reproduksi yang tersedia (dan bagaimana layanan tersebut disediakan) serta dukungan apa yang diberikan oleh kelompok masyarakat (serta bagaimana dukungan tersebut diberikan).

Hingga saat ini masih sedikit kabupaten atau kota yang telah mulai merencanakan dan mengelola anggaran kesehatan dengan memasukan anggaran khusus untuk kesehatan reproduksi. Terutama untuk mengidentifikasi kebutuhan layanan kesehatan setempat atau untuk menetapkan target dan pengawasan atas kemajuan yang hendak dicapai. Jumlah yang belum banyak ini bisa dikatakan akibat kendala-kendala seperti berbagai sumber pendanaan dengan persyaratan pelaporan yang berbeda-beda; minimnya pelatihan dan pemahaman tentang kesehatan reproduksi dan seksual bagi dinas-dinas

kesehatan; serta sentralisasi pengendalian atas penempatan dan pengaturan tenaga kerja.

Begitupun, terlepas dari berbagai tantangan untuk memperoleh layanan kesehatan yang lebih baik bagi perempuan miskin, beberapa langkah pembaruan telah diluncurkan dan mulai menghasilkan perbaikan nyata. Prakarsa nasional seperti, misalnya program "Desa Siaga" yang dijalankan Kementerian Kesehatan serta Program Keluarga Harapan (PKH) yang menyalurkan bantuan tunai bersyarat bagi keluarga miskin, memiliki potensi untuk memfokuskan sumber daya dan sistem pemberian layanan yang dapat mengatasi beberapa hambatan di tingkat makro

Merdeka.com –Rabu, 11 April 2012

Cerita Duka Seorang Waria

Perlakuan diskriminasi sering kali dialami oleh waria saat menjalani aktivitas sehari-hari. Waria sering dianggap sebagai sampah masyarakat. Padahal, sebagai Warga Negara Indonesia (WNI) seharusnya waria mempunyai hak sama dengan warga lainnya. Tetapi kenyataan berkata lain, perlakuan diskriminatif sering mereka temui dalam kehidupan sehari-hari seperti pelayanan kesehatan, hiburan, bahkan sampai toilet.

"Kami juga membayar pajak seperti warga lainnya," kata mantan Miss Waria Indonesia, Merlyn Sopjan kepada merdeka.com di Sekretariat Arus Pelangi, Tebet, Jakarta Selatan, Rabu (11/4). Merlyn juga menyalurkan sikap masyarakat sering mendiskreditkan waria. Sebagai contoh saat datang ke rumah sakit untuk berobat. Mereka biasanya bingung melayani pasien transgender.

"Kalau ditempatkan di kamar perempuan, salah. Di tempatkan di tempat laki-laki juga salah, jadi akhirnya kami ditolak untuk mendapatkan layanan kesehatan," ujar dia. "Pada dasarnya kami memperjuangkan hak kami sebagai warga negara, bukan sebagai waria" tegasnya.

Rekomendasi

Kesehatan Ibu

- Memantau pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang telah dikeluarkan oleh pemerintah Indonesia pada bulan Januari 2014 dengan melalui Survei Pelaksanaan Skema JKN dalam kaitannya dengan Kebutuhan Perempuan dan Layanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual, hasil studi ini dapat menjadi data yang bertujuan untuk memastikan bahwa paket kesehatan ibu termasuk dalam cakupan kesehatan universal.
- Mengidentifikasi strategi guna memperkuat layanan obstetrik darurat, termasuk sumber daya manusia, bersama dengan ketersediaan sumber pendanaan.
- Tinjau kualitas layanan dari penyedia layanan kesehatan di tingkat masyarakat, termasuk teratur dalam melakukan audit data/angka kematian ibu.
- Meningkatkan koordinasi pekerjaan penyedia layanan kesehatan di sistem pengiriman layanan di semua tingkatan: tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota, dan masyarakat.
- Memantau pelaksanaan skema asuransi kesehatan universal terutama untuk kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi, termasuk di daerah terpencil tanpa melihat kelas sosial, agama, etnis, dan identitas gender.
- Melaksanakan Rencana Aksi 2016-2025 Pengurangan Percepatan Angka Kematian Ibu dan Neonatal. Tiga strategi utama yang diidentifikasi dalam rencana aksi meliputi: (1) meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan ibu; (2) mendukung setiap upaya untuk mengubah peraturan di tingkat kabupaten dalam rangka meningkatkan akses dan kualitas pelayanan; dan (3) membangun kemitraan dengan sektor swasta.
- Selain itu, Rencana perlu diperkuat dengan meningkatkan keterampilan bidan, pelaksanaan penjaminan mutu layanan, dan meningkatkan akses ke pelayanan kebidanan darurat mendasar dan komprehensif.

Keluarga Berencana

- Merevitalisasi program KB dan mengatasi kebutuhan yang tak terpenuhi dari setiap warga negara tanpa memandang status perkawinan.
- Memastikan kesehatan ibu khususnya di kalangan anak perempuan dan juga perempuan muda. Masalah ini harus diutamakan kebijakan pemerintah terkait untuk menciptakan kerangka yang kuat untuk pelaksanaannya terintegrasi.
- Membangun kapasitas pemerintah kabupaten/kota untuk mengelola, melaksanakan, dan memantau program keluarga berencana. Ini adalah investasi

manusia jangka panjang untuk memperbaiki kondisi kesehatan.

- Menjamin tersedianya akses untuk KB termasuk di bawah Skema Asuransi Kesehatan Nasional yang baru dan bahwa layanan juga dapat diakses untuk kelompok minoritas, terlepas dari status perkawinan, suku, dan agama.

Kesehatan Reproduksi Remaja

- Menempatkan pendidikan seksualitas dan kesehatan reproduksi sebagai bentuk perhatian kepada pemenuhan hak remaja Indonesia. Dalam hal ini respon dari Kementerian Pendidikan sangat diperlukan, terutama untuk upaya pencegahan masalah-masalah seputar seksualitas dan kesehatan reproduksi seperti: Narkoba, IMS dan HIV&AIDS yang dapat diintegrasikan ke dalam kurikulum sekolah. Strategi terpadu diperlukan untuk memastikan pendidikan seksualitas komprehensif dapat diimplementasikan. Hal lainnya adalah tersedianya buku-buku seputar informasi seksualitas dan kesehatan reproduksi yang benar dan tepat, tidak hanya memberikan solusi yang berprespektif pada moral seseorang. Namun dapat memberikan solusi atas apa yang dihadapi oleh orang muda seputar masalah seksualitas dan kesehatan reproduksinya, karena tidak semua sekolah menyediakan informasi seksual dan Kespro yang benar dan tepat, untuk itu diperlukan juga keterampilan memberikan informasi HKSR oleh guru untuk mencegah sikap menghakimi, stereotip, dan stigma.
- Meningkatkan kesadaran akan perlunya layanan seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi remaja, meskipun mendapatkan tantangan dari kelompok konservatif dan politik tertentu yang tidak setuju remaja memiliki hak atas layanan kesehatan khususnya layanan kesehatan reproduksi bagi remaja. UU Kesehatan No.36/2009 berisi dua artikel tentang hak-hak remaja untuk mengakses pendidikan dan pelayanan HKSR. Namun, pelaksanaan UU ini masih bervariasi antar satu daerah dengan daerah lain, tergantung pada cara penyedia layanan kesehatan menafsirkan UU tersebut.

Aborsi

Meningkatkan advokasi adanya layanan aborsi yang aman. Sebagaimana mandat PP No.61/2014 serta Permenkes No.3/2016.

HIV & AIDS

- Memberikan materi pendidikan seksualitas dan kesehatan reproduksi untuk meningkatkan pengetahuan perempuan dan anak perempuan

bagaimana menghindari dan melindungi diri dari infeksi HIV&AIDS serta masalah seputar kesehatan reproduksi lainnya, yang sebaiknya dimulai sejak usia dini (pada saat usia sekolah menengah pertama).

- Meningkatkan kesadaran masyarakat, khususnya di kalangan orang tua, termasuk tokoh agama dan tokoh masyarakat, tentang hak atas informasi seputar HIV&AIDS serta untuk tidak memberikan stigma kepada ODHA.
- Memastikan bahwa setiap orang HIV positif memiliki akses ke perawatan kesehatan dan layanan tanpa diskriminasi, identitas gender dan agama.
- Memperkuat peran Komisi AIDS Nasional (KPAN) baik di level daerah dan nasional untuk dapat melakukan intervensi yang efektif dalam upaya mengendalikan prevalensi HIV&AIDS. Sebagai lembaga koordinasi, KPAN juga akan mempromosikan dan memperkuat jaringan lokal, nasional, dan internasional, serta kemitraan untuk mencapai akses universal guna pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan.
- Memperkuat komitmen dan upaya untuk mengurangi prevalensi HIV dikarenakan hubungan seksual sekitar 50%. Hal ini karena penularan HIV tertinggi pada perempuan yang sudah menikah atau Ibu rumah tangga.
- Menerapkan pencegahan penularan HIV&AIDS dari ibu-ke-anak, dengan menyediakan akses ke layanan berkualitas untuk ibu hamil HIV positif, dan upaya yang harus dilakukan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi, khususnya dalam mengakses layanan kesehatan.
- Membangun layanan kesehatan terpadu yang komprehensif berbasis hak bagi ODHA, di mana tidak ada diskriminasi dan stigma oleh penyedia layanan kesehatan, termasuk jaminan dan pemenuhan hak-hak ODHA.
- Mengkampanyekan perilaku seks yang bertanggung jawab.

Perkawinan Anak (Perkawinan Usia Dini)

- Kementerian Kesehatan segera melakukan harmonisasi UU No.1/1974 tentang perkawinan dengan UU No.23//2002 tentang perlindungan anak.
- Perkawinan anak termasuk dalam kekerasan untuk itu perlu dilakukan *judisial review* UU No.1/1974 tentang Perkawinan dalam upaya menaikkan usia minimum bagi perempuan untuk menikah di Mahkamah Konstitusi oleh YKP.
- Memastikan bahwa pengadilan agama mematuhi apa yang diatur dalam UU No.23/2002 tentang Perlindungan Anak, yang mencantumkan definisi

anak adalah seseorang yang berusia 18 tahun. Apabila KUA menikahkan anak di bawah 18 tahun maka mereka telah menikahkan anak dan hal ini tidak sejalan dengan UU Perlindungan Anak dan Konvensi Hak Anak yang memuat kewajiban negara untuk mencegah perkawinan anak/pernikahan usia dini.

- Melakukan kampanye pendidikan publik guna menghilangkan stereotipe gender dan meningkatkan kesadaran tentang dampak dari perkawinan anak dari aspek kesehatan, sosial dan ekonomi.
- Mendorong pemerintah daerah mengeluarkan kebijakan terkait penghapusan perkawinan anak di Indonesia sebagai wujud kepedulian terhadap masa depan anak bangsa dan penghapusan kemiskinan, salah satu kabupaten yang telah mengeluarkan kebijakan terkait pendewasaan usia dini adalah kabupaten Gunungkidul, yaitu Peraturan Bupati Gunungkidul No.36/2015 tentang Pencegahan Perkawinan Pada Usia Anak.
- Mensosialisasikan dampak dari perkawinan anak pada tokoh agama, tokoh masyarakat, orang tua, masyarakat dan sebagainya.

Kekerasan Berbasis Gender

- Perkawinan anak adalah bentuk kekerasan untuk itu diperlukan adanya reformasi hukum yang berkaitan dengan usia minimum untuk menikah bagi anak perempuan, guna melindungi anak perempuan dari dampak perkawinan anak termasuk dari kekerasan.
- Meningkatkan advokasi untuk layanan terpadu antara polisi, rumah sakit, dan pusat krisis dalam memberikan program pemulihan psikologis bagi korban kekerasan.
- Memberikan bantuan hukum bagi korban.
- Melakukan pelatihan kepekaan terhadap korban kekerasan diantara penegak hukum
- Memberikan pelatihan bagi petugas polisi untuk meningkatkan keterampilan mereka dalam konseling.
- Meningkatkan jumlah '*crisis center*' untuk layanan pemulihan terintegrasi untuk korban dan menginformasikan ketersediaan layanan mereka kepada publik.
- Meningkatkan kapasitas Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) untuk mengatasi kekerasan berbasis gender terutama pada keadaan darurat.
- Memperluas layanan fasilitas untuk memasukkan orang-orang dari beragam orientasi dan identitas seksual yang menjadi korban kekerasan dalam rumah tangga. Dalam hal ini UU tentang Kekerasan Dalam Rumah Tangga (No.23/2004) perlu ditegakkan.

- Maksimalkan peran media untuk menyebarkan pemahaman di masyarakat akan adanya keragaman orientasi seksual dan identitas gender, untuk menghilangkan stigma, stereotip dan diskriminasi.

Orientasi Seksual

- Menyediakan lebih banyak tempat penampungan bagi korban LGBT, yang tidak jarang juga menerima kekerasan dari negara, polisi, dan bahkan keluarga mereka.
- Mengakui kondisi sensitif dari kelompok LGBT oleh aparat penegak hukum, dan secara aktif melindungi mereka dari semua jenis kekerasan, termasuk menghilangkan stigma dan diskriminasi.
- Membawa pelaku kekerasan ke pengadilan untuk membantu korban kekerasan melakukan gugatan.

Penghapusan Diskriminasi terhadap HKSR Sebagai Syarat Tercapainya Agenda Post 2015 (Sustainable Development Goals-SDGs)

- Buat lingkungan yang kondusif bagi masyarakat untuk mencapai kondisi kesehatan yang baik dengan memastikan penyediaan akses universal terhadap informasi dan layanan HKSR tanpa diskriminasi. Diskriminasi menghalangi akses masyarakat yang terpinggirkan dan rentan terhadap layanan tersebut.
- Meningkatkan Strategi Pengarusutamaan Gender yang dikembangkan oleh KPP-PA untuk memasukkan isu HKSR. Hal ini merupakan langkah terpadu untuk memberdayakan dan melindungi perempuan dari masalah Kespronya dengan cara yang lebih terstruktur.
- Menetapkan kebijakan untuk mendukung non-diskriminasi dan menerapkan penghapusan (*zero tolerance*) terhadap kekerasan perempuan.

Daftar Pustaka

- Amnesty International. 2012. Indonesia: Briefing to the UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women.*
- Gender-related development index.*
http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_GDI.pdf.
- ICPD Global Review Report. 2013. Indonesia Demographic and Health Survey 2012.*
<HTTP://DHSPROGRAM.COM/PUBS/PDF/fr275/fr275.pdf>.
- Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. 2012. Kesehatan Reproduksi Remaja.*
- Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. 2012.*
- Komnas Perempuan, Kekerasan Seksual-Kenali dan Tangani, 2013.*
- Komnas Perempuan .2012. Lembar Fakta Catatan Tahunan (CATAHU) Komnas Perempuan Tahun.*
- Korban Berjuang. 2013. Publik Bergerak: Menyoal Stagnansi Sistem Perlindungan Negara Terhadap Perempuan Korban Kekerasan. Jakarta, 7 Maret 2013.*
- The World Bank. 2014. Health expenditure, total (% of GDP). Retrieved March 4, 2014.*
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries?page=1&display=default>
- UNFPA Indonesia. 2013. Universal Access to Reproductive Health in Indonesia – Progress and Challenges.*
- UNFPA. 2013. Indonesia: The ICPD+20 and the Unfinished Agenda.*
- UNICEF Indonesia. 2012. "Responding to HIV and AIDS." Issue Briefs, October 2012.*
- UNICEF Indonesia. 2012. Issue Briefs. from Responding to HIV and AIDS: Retrieved March 10, 2014. http://www.unicef.org/indonesia/A4-E_Issue_Brief_HIV_REV.pdf.*
- WHO. 2006. Using Human Rights for Maternal and Neonatal Health: A Tool for Strengthening Laws, Policies and Standards of Care. A Report of Indonesia Field Test Analysis. Jakarta: WHO, Ministry of Health of the Republic of Indonesia.*
- WHO. Adolescent Pregnancy: Issues in adolescent health and development. Jenewa: WHO, 2013. http://www.who.int/maternal_child_adolescent*
- Women Research Institute. 2013. Factsheet on March 2013. Reproductive Information for Teens and Women Also Helps End Early Marriages.*

Tentang Yayasan Kesehatan Perempuan

Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) adalah lembaga sosial/nir-laba yang didirikan pada tanggal 19 Juni 2001 di Jakarta oleh para aktivis yang peduli terhadap kondisi kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia dengan cara merespon langsung berbagai isu sekitar kesehatan reproduksi dan hak-hak seksualitas perempuan yang saat ini dianggap kontroversial. Dalam perjalanannya selanjutnya, YKP menjalankan strategi yang sistematis difokuskan pada pemenuhan hak-hak kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan yang masih terabaikan.

Visi:

Terwujudnya masyarakat Indonesia yang menjamin setiap perempuan mendapatkan hak-hak reproduksinya tanpa diskriminasi, perlakuan buruk, dan tekanan serta kekerasan dari pihak manapun sehingga terbebas dari eksploitasi, kesakitan dan kematian sia-sia.

Misi:

1. Mengupayakan terjaminnya perlindungan hukum bagi perempuan, anak perempuan, kaum muda, kelompok minoritas, kelompok disabilitas untuk dapat menikmati hak seksualitas dan reproduksinya sebagai bagian dari hak asasi manusia.
2. Mewujudkan akses universal pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu dan terjangkau bagi perempuan dan kelompok marjinal tanpa diskriminasi.
3. Meningkatkan pemahaman masyarakat atas hak-hak reproduksi dan persamaan derajat perempuan dan laki-laki agar mereka mampu secara aktif menuntut hak-hak kesehatan reproduksinya.
4. Mendesak berbagai pihak yang bertanggungjawab untuk menurunkan angka kematian ibu.
5. Memperkuat kapaitas organisasi dan kelembagaan YKP agar terus dapat menjadi organisasi yang efektif untuk mengupayakan perubahan sesuai visi yang telah ditetapkan dengan senantiasa menerapkan prinsip-prinsip tata kelola yang baik (good governance).

Tentang Profil Indonesia

Profil negara ini dikembangkan oleh Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP). Profil ini adalah salah satu dari 16 profil negara terkait akses universal akan hak-hak seksual dan kesehatan reproduksi. Profil negara ini merupakan dukungan dari Asian-Pacific Resources and Research Centre for Women (ARROW). 15 negara yang terlibat adalah: Bangladesh, Burma, Kamboja, China, India, Laos, Maladewa, Malaysia, nepal, Pakistan, Filipina, Sri Lanka, Thailand dan Vietnam. Profil negara ini tersedia di: www.arrow-org.my dan www.srhr4allnow.org

Hubungi Kami

Jl. Kaca Jendela II No. 9, Rawajati, Kalibata,
Jakarta Selatan 12750, Indonesia
Tel: +6221-7290 2112/790 2109
Email: ykesehatanperempuan@yahoo.com atau
yayasan.ykp@gmail.com
www.ykp2015.com

Tim Produksi

Penulis: Nanda Dwinta Sari Layouter: Kurnia Wijastuti
Editor: Zumrotin K Susilo Fotografer: Nanda Dwinta Sari
Desain Template: TM Ali BASir