

SERI DOKUMEN KUNCI 13

HAK ATAS KESEHATAN DAN HAK ATAS PANGAN PEREMPUAN

Laporan Independen Komnas Perempuan kepada
Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Kesehatan,
24 Maret 2017

Laporan Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas
Kesehatan dalam Misinya ke Indonesia,
22 Maret–3 April 2017

Laporan Independen Komnas Perempuan kepada
Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Pangan,
9–18 April 2018

SERI DOKUMEN KUNCI 13

HAK ATAS KESEHATAN DAN HAK ATAS PANGAN PEREMPUAN

ISI

Laporan Independen Komnas Perempuan kepada
Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Kesehatan,
24 Maret 2017

Laporan Pelapor Khusus PBB tentang
Hak Atas Kesehatan dalam Misinya ke Indonesia,
22 Maret–3 April 2017

Laporan Independen Komnas Perempuan kepada
Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Pangan,
9–18 April 2018



SERI DOKUMEN KUNCI 13

HAK ATAS KESEHATAN DAN HAK ATAS PANGAN PEREMPUAN

ISBN: 978-XXX-XXX-XX

Tim Penulis:

Komnas Perempuan

Penyelaras Akhir:

Adriana Venny

Yuniyanti Chuzaifah

Antonio Pradjasto Hardojo

Tim Penerjemah:

Jack Britton

Sasya Amanda

Sondang Frishka

Cetakan I, Oktober 2019

Penerbit: Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan)

Jl. Latuharhary 4B Menteng, Jakarta Pusat

Telp. 021-3903963, Fax. 021-3903922

Email: mail@komnasperempuan.go.id

Dokumen asli laporan yang menjadi materi dalam terbitan ini ditulis dalam bahasa Inggris. Naskah yang tersedia bukan terjemahan resmi dari Perserikatan Bangsa-Bangsa. Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) memegang penuh hak cipta atas publikasi ini. Semua atau sebagian dari publikasi boleh digandakan untuk segala pendidikan pemajuan hak-hak konstitusional warganegara, upaya menghapuskan diskriminasi, khususnya perempuan dan demokrasi. Dalam menggunakannya, agar menyebutkan sumber dan menginformasikan kepada Komnas Perempuan.

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
BAGIAN I	
Laporan Independen Komnas Perempuan kepada Pelapor Khusus PBB tentang Hak Setiap Orang untuk Menikmati Standar Kesehatan Fisik dan Mental yang Setinggi Mungkin yang Dapat Dicapai (Hak Atas Kesehatan), 24 Maret 2017	1
Laporan Pelapor Khusus PBB tentang Hak Setiap Orang untuk Menikmati Standar Kesehatan Fisik dan Mental yang Setinggi Mungkin yang Dapat Dicapai (Hak Atas Kesehatan) dalam misinya ke Indonesia pada 22 Maret-3 April 2017`	23
BAGIAN II	
Laporan Independen Komnas Perempuan kepada Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Pangan, 9-18 April 2018	75
Tentang Komnas Perempuan	102

Pengantar Seri Dokumen Kunci
Hak atas Kesehatan dan Pangan:
Jiwa Hak Hidup Perempuan

Isu kesehatan dan hak atas pangan kerap dilihat sebagai isu ekonomi sosial dan budaya, padahal sejatinya merupakan batang dari hak hidup; hak paling dasar yang masuk dalam rumpun hak asasi sipil politik. Hak hidup yang ditopang dengan hak atas kesehatan dan hak atas pangan sering tercerabut karena kelalaian negara, pengabaian maupun pelaziman budaya. Misalnya, kematian perempuan karena melahirkan adalah pengabaian layanan kesehatan atau karena kelalaian orang-orang sekitarnya, yang jarang dianggap sebagai persoalan pidana. Berbagai praktek budaya membuat hak pangan perempuan ternomorduakan hingga merapuhkan kualitas hidup perempuan.

Pencerabutan hak atas kesehatan sejatinya merupakan kejahatan yang jelas korbannya tapi tak dipersoalkan pelakunya. Kematian ibu/perempuan sering disimplifikasi sebagai angka daripada diperlakukan sebagai pencerabutan hak hidup, dengan tindakan yang seharusnya bisa dicegah. Banyak perempuan meninggal secara gradual karena persoalan kesehatan yang mereka alami. Tidak sedikit pula rusaknya kesehatan perempuan merupakan akibat dari kekerasan yang mereka alami. Perempuan korban kekerasan akan turun produktivitasnya, hilang rasa aman dan bahagia, rapuh daya imunitas tubuhnya; yang semuanya berdampak pada ketidakmampuan tubuh untuk bertahan; dan berujung kematian. Demikianlah temuan umum Komnas Perempuan menyangkut hak-hak atas kesehatan pangan dan hidup.

Temuan Komnas Perempuan lainnya menunjukkan bahwa kekerasan terhadap perempuan yang tidak tertanggulangi juga berdampak pada gangguan kejiwaan atau disabilitas psikososial. Hasil pemantauan di delapan rumah sakit jiwa (RSJ) di Medan, Padang, Semarang, Kendal; baik negeri, swasta, maupun komunitas, menunjukkan bahwa kekerasan terhadap perempuan menjadi pemicu disabilitas, khususnya psikososial, bahkan bunuh diri dan kematian.

Pelanggaran hak kesehatan juga terjadi di tempat-tempat tahanan dan serupa tahanan dengan kondisi *overcrowded*; mudahnya penularan penyakit, depresi kolektif, jatah makanan yang tidak mencukupi

kebutuhan gizi, dan lain-lain. Di pengungsian, korban konflik dan bencana juga menghadapi daftar panjang problem kesehatan, termasuk pengungsi Rohingya. Di pengungsian Rohingya ini pada awalnya penuh timbunan bantuan, tetapi karena penanganan yang kurang peka budaya menghalangi lidah dan perut para pengungsi untuk mengkonsumsi makanan bantuan darurat. Maka jelaslah bahwa persoalan hak atas pangan, bukan hanya masalah ketersediaan pangan tetapi dapat tidaknya makanan tersebut dikonsumsi.

Problem mendasar kesehatan perempuan di wilayah konflik / pasca-konflik, baik di Aceh, Papua, Poso, maupun Kalimantan Barat, berdasarkan hasil temuan *revisit* (tinjau ulang) 20 tahun reformasi, adalah gangguan kejiwaan, segregasi sosial yang memupuk kecurigaan dan rasa tidak aman; yang disebabkan tidak adanya pemulihan sistemik. Tak terkecuali pengungsi Ahmadiyah setidaknya di Nusa Tenggara Barat, pengungsi Syiah di Jawa Timur, yang menderita buruknya kesehatan psikis karena ketakutan yang berulang, perasaan tidak punya masa depan, dan lain-lain.

Berkaitan dengan pekerja rumah tangga (PRT) dan migrasi, problem kesehatan yang mereka alami mencakup kesehatan psikis dan fisik yang disebabkan kerja tidak layak. Menyangkut hak atas pangan, persoalan yang dihadapi PRT berkaitan dengan pola konsumsi dan ketidaksiapan kultural. Misalnya, minimnya pilihan makanan bagi buruh-buruh migran yang harus mengkonsumsi makanan majikan sekalipun dilarang agama yang dianutnya (seperti larangan makan babi); atau nasi panjang dan bumbu tajam dari majikan India, yang sulit diterima ke dalam pola makan para migran. Disamping itu, adalah minimnya konsumsi makanan yang tidak berbanding dengan beban kerja nonstop, membuat para PRT migran sulit bertahan, dan tidak sedikit yang berujung pada kematian. Termasuk migran yang bekerja di perkebunan sawit dengan pupuk beracun, migran yang *undocumented* dan dieksploitasi kerentanannya. Implikasinya daftar kematian migran yang tinggi. Menurut angka konservatif yang dikeluarkan dari data Balai Pelayanan Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia (BP3TKI) Kupang, setidaknya terdapat 147 kasus kematian buruh migran Nusa Tenggara Timur dalam kurun waktu 2015-2018.

Konflik lahan/sumber daya alam (SDA) / penggusuran / lingkungan hidup yang dipantau Komnas Perempuan di 26 titik memperlihatkan buruknya kesehatan karena debu; terancam rusaknya sumber daya

air di Pegunungan Kendeng; dan terancam hilangnya *ethnomedicine* karena alih fungsi lahan yang membabat hutan dan kebun dengan aneka ragam hayati. Di Intan Jaya, Papua, tanaman yang bisa mencegah pendarahan saat melahirkan juga mulai punah.

Inilah berbagai persoalan temuan Komnas Perempuan atas hak kesehatan dan hak atas pangan yang sebagian telah masuk dalam laporan Komnas Perempuan kepada Pelapor Khusus Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) tentang Hak atas Kesehatan, Dainius Puras, dan Pelapor Khusus tentang Hak atas Pangan, Hilal Elver. Keduanya hadir ke Indonesia dalam kapasitas resmi. Setiap Pelapor Khusus atau Kelompok Kerja yang menjadi bagian dari mekanisme hak asasi manusia PBB hadir ke Indonesia, Komnas Perempuan menyelenggarakan konsultasi dengan lingkaran perempuan agar berkesempatan bertemu dengan mereka.

Rekomendasi kunci Pelapor Khusus tentang Hak atas Kesehatan kepada Indonesia antara lain namun tidak terbatas pada:

- a) Menangani angka kematian ibu dan anak di bawah usia 5 tahun (balita), antara lain dengan merujuk pada Strategi Global dari WHO untuk kesehatan perempuan, anak-anak dan remaja (2016–2030) dan panduan teknis tentang penerapan pendekatan berbasis hak asasi manusia untuk implementasi kebijakan dan program untuk mengurangi dan menghilangkan angka mortalitas dan morbiditas ibu dan Balita yang dapat dicegah (A/HRC/21/22 dan Corrs. 1–2 dan A/HRC/27/31);
- b) Menghormati, melindungi dan memenuhi hak kesehatan perempuan dan anak perempuan dengan menghilangkan hambatan terhadap hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi mereka, mengakhiri kriminalisasi aborsi, memastikan akses ke layanan aborsi, dan memberikan informasi, layanan, dan produk kesehatan seksual dan reproduksi, khususnya pendidikan seksual yang komprehensif, sensitif terhadap usia dan inklusif di sekolah menengah;
- c) Memastikan perlindungan komprehensif bagi perempuan terhadap semua bentuk kekerasan berbasis gender dengan menangani, tanpa penundaan, celah yang ada di dalam undang-undang dan dalam praktik, untuk memastikan kesetaraan substantif dan kemampuan perempuan menikmati hak atas kesehatan dan hak terkait.

Pelapor Khusus tentang Hak atas Kesehatan juga menekankan bahwa kebijakan, program, dan layanan kesehatan harus didasarkan pada pendekatan berbasis hak asasi manusia, dengan penekanan kuat pada prinsip-prinsip kesetaraan, non-diskriminasi, transparansi, partisipasi, dan akuntabilitas.

Adapun rekomendasi kunci dari Pelapor Khusus tentang Hak atas Pangan antara lain:

- a) Mengintegrasikan pendekatan berbasis hak asasi manusia ke dalam kerangka hukum dan kebijakannya dan mengalokasikan sumber daya yang memadai untuk implementasi dan penegakan kerangka hukum yang ada;
- b) Mengatur skema perlindungan sosial yang bertujuan melindungi populasi rentan (termasuk di antaranya perempuan, anak-anak dan populasi yang tinggal di pedesaan dan daerah terpencil) yang konsisten dengan pendekatan berbasis hak asasi manusia;
- c) Mengambil langkah-langkah yang tepat untuk memberikan petani kecil, nelayan, masyarakat adat, peternak, perempuan, dan anak perempuan akses dan kontrol atas tanah, air, dan sumber daya alam lainnya yang diperlukan untuk menghasilkan makanan mereka sendiri untuk memberi makan diri mereka sendiri atau untuk mendukung mata pencaharian mereka;
- d) Melindungi pekerja pertanian dari kekerasan atau pelanggaran hak-hak pekerja, sesuai dengan tugas utama Pemerintah di bawah hukum HAM internasional, dan konsisten dengan instrumen hukum ketenagakerjaan internasional.

Sebagai rujukan bagi pengembangan isu kesehatan dan perempuan di PBB, setidaknya kita mempunyai Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW) serta Rekomendasi Umum No. 24 tahun 1999 tentang Perempuan dan Kesehatan, Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (ICESCR) pasal 12 serta Komentar Umum No. 14 tahun 2000 tentang hak atas Standar Kesehatan Tertinggi yang Dapat Dicapai, Konvensi Hak-Hak Anak pasal 24, Konvensi Internasional Tentang Perlindungan Seluruh Hak Buruh Migran dan Para Anggota Keluarga Mereka (CMW) pasal 28, 43 (e), dan 45 (c), Konvensi mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas pasal 25, Deklarasi

Milenium dan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs), dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs).

Adapun hak atas pangan bisa dilihat dalam instrumen kunci Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia pasal 25, ICESCR pasal 11, CEDAW, Konvensi Hak-Hak Anak (CRC) pasal 24 dan 27, Konvensi Terkait Status Pengungsi, Konvensi mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas, serta *Voluntary Guidelines* untuk mendukung realisasi progresif hak atas pangan yang memadai dalam konteks ketahanan pangan nasional (Pedoman Hak atas Pangan) dan *Voluntary Guidelines* tentang tata kelola kepemilikan tanah, perikanan, dan hutan yang bertanggung jawab dalam konteks ketahanan pangan nasional dari Organisasi Pangan dan Pertanian (FAO).

Semoga dokumen tertulis ini menjadi bahan yang memudahkan pengawalan berbagai pihak, khususnya negara dalam menjalankan mandat *due diligence* yang dimilikinya (mencegah, menangani, mengadili, memberi sanksi, dan memulihkan). Agar rekomendasi dari mekanisme HAM internasional ini dijalankan, bukan hanya sebagai mekanisme seremonial. Pada akhirnya Komnas Perempuan berharap dokumen ini bisa jadi alat dan pijakan perlindungan sistemik bagi para perempuan yang terlanggar hak yang paling dasarnya, yaitu hak atas kesehatan dan hak atas pangan sebagai hak dasar atas hak hidupnya dengan penuh kesentosaan, keadilan, kedamaian, dan kesetaraan.

Jakarta, 3 September 2019

Yuniyanti Chuzaifah

Wakil Ketua Komnas Perempuan (2015-2019)

Bagian I

**Laporan Independen Komnas Perempuan kepada
Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Kesehatan,
24 Maret 2017**

BAGIAN I

Laporan Independen Komnas Perempuan kepada Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Kesehatan, 24 Maret 2017

Pendahuluan

Laporan ini disampaikan oleh Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) kepada Pelapor Khusus PBB tentang Hak atas Kesehatan, Mr. Dainius Puras, dalam kunjungan resminya ke Indonesia pada tanggal 24 Maret 2017.

Laporan ini disusun dari data yang diperoleh dari pemantauan langsung, pengaduan dari para korban yang diterima langsung oleh Komnas Perempuan, dan data yang disampaikan oleh organisasi penyedia layanan dalam jaringan operasional Komnas Perempuan. Laporan ini terfokus pada isu-isu kekerasan terhadap perempuan dan hak korban atas kesehatan dan telah dirumuskan secara langsung dari pengalaman hidup para korban dan analisis kebijakan pemerintah. Laporan ini mengacu pada informasi yang telah disampaikan oleh masyarakat sipil selama konsultasi khusus dengan komunitas korban dua minggu sebelum kunjungan Pelapor Khusus.

Semua kunjungan dari Mekanisme Hak Asasi Manusia (HAM) PBB ke Indonesia disambut baik oleh Komnas Perempuan. Hal ini termasuk kunjungan formal maupun informal dari Pelapor Khusus, kunjungan dari Komisaris Tinggi HAM, dan kunjungan dari Komite CEDAW. Sebagai bagian dari mandat Komnas Perempuan yang merupakan salah satu Lembaga Nasional HAM Indonesia, Komnas Perempuan memfasilitasi kunjungan, menyampaikan laporan, dan menyediakan data dan melakukan tindakan untuk menghubungkan masyarakat sipil, khususnya komunitas korban, dengan Mekanisme HAM PBB.

Diharapkan bahwa laporan ini akan menjadi pertimbangan dan alat bagi Pelapor Khusus tentang Hak atas Kesehatan untuk membantu menciptakan rekomendasi bagi negara Indonesia. Diharapkan bahwa rekomendasi tersebut responsif terhadap hak asasi perempuan dan ramah terhadap para korban kekerasan terhadap perempuan, sekaligus mendorong Indonesia untuk menciptakan dan menerapkan kebijakan kesehatan komprehensif yang menjunjung tinggi standar HAM.

Komnas Perempuan

1. Kesehatan Perempuan Korban Kekerasan dalam Rumah Tangga

Hasil pemantauan Komnas Perempuan menunjukkan bahwa kekerasan dalam rumah tangga / kekerasan dalam ranah personal mendominasi persoalan kekerasan terhadap perempuan di Indonesia. Catatan Tahunan (Catahu) Komnas Perempuan terakhir yang dipublikasikan pada tahun 2017 menunjukkan bahwa pada tahun 2016 terdapat 13.602 kasus kekerasan terhadap perempuan yang dilaporkan kepada lembaga layanan di seluruh Indonesia, 10.205 kasus diantaranya terjadi dalam ranah personal. Kategori kasus-kasus tersebut adalah sebagai berikut: 4.281 kasus kekerasan fisik (42%); 3.495 kasus serangan seksual (34%); 1.451 kasus kekerasan psikologis (14%) dan 978 kasus kekerasan ekonomi (10%).

Kekerasan fisik adalah jenis kekerasan yang paling menonjol karena paling mudah diidentifikasi dan didokumentasikan. Kekerasan psikologis, yang lebih sulit diidentifikasi dan tidak nyata terlihat seperti kekerasan fisik, menduduki urutan berikutnya. Kekerasan psikologis jarang diidentifikasi kecuali para korbannya menjalani pemeriksaan psikiatrik (*visum et psikiatrikum*) dan tidak banyak lembaga yang memiliki kemampuan untuk melakukan pemeriksaan ini.

Pasal 7 Undang-Undang (UU) No. 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (PKDRT) mendefinisikan kekerasan psikologis sebagai sebuah tindakan yang mengakibatkan korban menjadi takut, tidak percaya diri, tidak berdaya, dan / atau menyebabkan penderitaan psikologis yang serius.

Unit Pengaduan dan Rujukan Komnas Perempuan mendokumentasikan bentuk-bentuk kekerasan psikologis di ranah domestik / personal yang sering dialami oleh korban. Kekerasan psikologis mencakup kekerasan verbal, intimidasi, dan perlakuan kejam non-verbal lainnya seperti pengabaian.

Kekerasan psikologis menyebabkan berbagai macam dampak bagi kesehatan korban dan menimbulkan :

- 1) Depresi, kecemasan, gangguan tidur, dan keinginan untuk bunuh diri;
- 2) Stress pasca trauma: mudah terkejut, selalu waspada, mengalami kilas balik dan mimpi buruk, dan merasa ketakutan setiap melihat pelaku atau orang yang menyerupai pelaku/obyek/situasi yang mengingatkan korban kepada pengalaman kekerasan;

- 3) Kemerosotan dalam merawat diri, termasuk dalam hal makanan dan kebersihan;
- 4) Kehilangan ketertarikan terhadap interaksi sosial;
- 5) Gangguan terhadap aktivitas rutin dan kerja;
- 6) Tidak percaya diri;
- 7) Tidak berani untuk melakukan tindakan;
- 8) Memiliki kebiasaan yang berlebihan atau tidak lazim seperti tertawa;
- 9) Kelakuan yang agresif;
- 10) Merasa kesakitan tanpa sebab medis (psikosomatis).

Layanan bagi perempuan korban kekerasan disediakan dalam beberapa kategori lembaga.

Kategori pertama adalah layanan yang disediakan oleh institusi negara seperti polisi, pusat kesehatan dan trauma (dikelola oleh Kementerian Sosial). Perempuan korban kekerasan membutuhkan pemulihan yang komprehensif sesuai dengan kebutuhannya secara individual, dengan demikian koordinasi antar institusi yang disebutkan di atas merupakan keharusan. Saat ini tidak ada mekanisme rujukan walaupun sudah dimandatkan dalam peraturan hukum seperti UU No. 23 tahun 2004 tentang PKDRT.

Kategori kedua adalah layanan yang disediakan oleh gabungan institusi pemerintah dan organisasi masyarakat sipil yang dikenal sebagai Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A). Idealnya P2TP2A menyediakan layanan yang komprehensif dan terpadu untuk perempuan korban kekerasan. Dalam prakteknya layanan yang diberikan sangat tergantung pada kebijakan daerah di lokasi P2TP2A tersebut, yang artinya kualitas layanan P2TP2A tidak memiliki standar yang sama di seluruh wilayah. P2TP2A tersedia di setiap wilayah kabupaten dan kotamadya di seluruh Indonesia.

Kategori ketiga adalah layanan bagi perempuan korban kekerasan yang disediakan oleh organisasi masyarakat sipil. Tipe layanan ini bergantung pada komitmen masyarakat dan kesukarelawan. Bila dibandingkan dengan penyedia layanan pemerintah, penyedia layanan tipe ini memiliki dukungan dan sumber daya dan dana yang lebih terbatas. Saat ini lebih dari 115 penyedia layanan berbasis komunitas menjadi mitra jaringan Komnas Perempuan.

Saat ini perempuan korban kekerasan masih sulit untuk mengakses pelayanan yang terpadu meskipun mereka sangat membutuhkannya. Hanya sejumlah kecil wilayah di Indonesia, seperti Jawa Tengah dan Jawa Timur, yang sudah mengembangkan penyedia layanan terpadu. Layanan terpadu membutuhkan pendekatan multi disiplin, memadukan layanan medis dan psikologis. Layanan ini mencakup konseling atas trauma yang dialami korban, terapi psikologis dan juga pelayanan untuk mendapatkan hasil *visum et repertum* dan tes DNA. *Visum et repertum* dan tes DNA disyaratkan dalam proses hukum. Dalam kasus kekerasan seksual, visum dibutuhkan untuk memperkuat tuntutan. Perempuan korban kekerasan seksual yang menjadi hamil dan melahirkan anak membutuhkan tes DNA untuk membuktikan hubungan biologis antara pelaku dan anak yang dilahirkan.

Berdasarkan data dari mitra-mitra Komnas Perempuan, kualitas layanan medis dan psikologis sangat bervariasi di seluruh wilayah, dengan rincian penjelasan sebagai berikut :

1. Secara umum layanan konseling yang disediakan oleh P2TP2A dan oleh lembaga layanan berbasis komunitas belum memenuhi kebutuhan perempuan korban kekerasan yang kondisinya sangat beragam dan lokasinya tersebar. Banyak lembaga layanan mengalami masalah kekurangan tenaga konselor dan kapasitasnya pun kurang. Tidak semua tenaga konselor memiliki latar belakang pendidikan di bidang psikologi. Standar layanan konseling yang disediakan oleh P2TP2A di seluruh wilayah Indonesia tidak sama kualitasnya. Disamping itu di beberapa wilayah layanan konseling tidak aktif.
2. Layanan untuk konseling dan kejiwaan juga bervariasi di setiap wilayah. Beberapa pemerintah daerah sudah memiliki MoU (perjajian kerjasama) dengan rumah sakit jiwa atau memiliki program layanan terpadu sehingga dapat menyediakan layanan yang relatif baik bagi perempuan korban kekerasan. Tetapi hal ini tidak berlaku terhadap daerah yang belum memiliki MoU atau bentuk kesepakatan kerjasama lainnya. Permasalahan lain adalah terkait jumlah rumah sakit jiwa yang sangat terbatas. Walaupun ada rumah sakit jiwa, biasanya lokasinya sangat jauh dari kediaman perempuan korban kekerasan.
3. Di beberapa wilayah layanan visum diberikan secara cuma-cuma kepada perempuan korban kekerasan. Hal ini dimungkinkan bila dalam wilayah tersebut sudah ada penandatanganan MoU dengan

Kementerian Kesehatan. MoU ini mengatur bahwa biaya visum ditanggung oleh pemerintah. Sebagai contoh, daerah-daerah yang sudah melakukan ini adalah provinsi Jawa Tengah dan Sulawesi Tenggara. Di beberapa tempat sistem yang digunakan adalah *reimbursement*. Untuk mendapatkan *reimbursement*, perempuan korban kekerasan harus menunjukkan rujukan dari penyedia layanan yang direkomendasikan oleh pemerintah seperti P2TP2A. Beberapa wilayah sudah mengeluarkan peraturan untuk menggratiskan biaya visum dari rumah sakit daerah bagi perempuan korban kekerasan. Layanan visum juga tersedia di rumah sakit polisi yang ada di setiap ibukota provinsi.

4. Tidak semua daerah sudah membuat kebijakan untuk membangun sistem layanan terpadu dan memastikan setiap institusi yang terkait menyediakan layanan medis secara cuma-cuma untuk perempuan korban kekerasan. Di Jakarta, biaya visum bagi perempuan korban kekerasan sempat ditanggung oleh pemerintah daerah, tetapi kebijakan ini tidak berlaku lagi setelah ada skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Permasalahannya adalah tidak semua perempuan korban kekerasan memiliki kartu JKN. Akibatnya, layanan kesehatan bagi korban kekerasan sangat tergantung pada kemampuan sosial ekonominya.
5. Karena jumlah lembaga penyedia layanan sangat terbatas, perempuan korban kekerasan yang tinggal jauh dari kota besar sering menghadapi masalah untuk mengakses layanan yang mereka butuhkan. Sebagai contoh, rumah sakit polisi yang menyediakan layanan cuma-cuma bagi korban hanya berlokasi di kota-kota besar.
6. Secara umum biaya tes DNA tidak cuma-cuma. Biayanya yang berkisar dari Rp 4,5 juta hingga Rp 7 juta menyebabkan banyak perempuan korban kekerasan sulit mengaksesnya, karena biaya yang cukup besar. Sejumlah kecil rumah sakit polisi dan daerah sudah berhasil untuk mengupayakan dan menyediakan tes DNA secara cuma-cuma.

Rekomendasi:

- (1) Pemerintah harus memperhatikan kualitas penyediaan layanan medis bagi perempuan korban kekerasan, terutama yang berkaitan dengan pengumpulan bukti dalam proses hukum seperti visum dan tes DNA. Pemerintah harus memastikan melalui kebijakan dan penyediaan anggaran agar penyediaan visum dan layanan

tes DNA dapat tersedia secara cuma-cuma dan mudah diakses di seluruh wilayah Indonesia.

- (2) Pemerintah harus memastikan agar layanan medis bagi perempuan korban kekerasan tidak hanya dapat diakses melalui skema Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) karena sistem tersebut hanya bisa diakses bila individu merupakan pemegang JKN.
- (3) Pemerintah harus mengembangkan layanan psikologis berbasis komunitas untuk memastikan perempuan korban kekerasan mendapatkan konseling atas trauma dan berbagai masalah psikologis lainnya.
- (4) Pemerintah harus membuat aturan terkait layanan terpadu untuk perempuan korban kekerasan yang meliputi akses terhadap layanan psikologis, medis dan pemulihan. Aturan ini dapat berupa keputusan presiden atau peraturan gubernur yang mengatur secara spesifik bahwa layanan terhadap perempuan korban kekerasan harus disediakan sebagaimana dimandatkan dalam UU No. 23 tahun 2004 dan UU No. 21 tahun 2007.

2. Hak Kesehatan Reproduksi dan Seksual

2.1. Kriminalisasi Aborsi

Pasal 75 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan pasal 194 Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP) menyatakan bahwa aborsi adalah perbuatan pidana dan orang yang melakukannya dapat dipenjara hingga 10 tahun dan didenda hingga Rp 1 juta. Hanya ada dua kondisi untuk dapat dilakukan aborsi secara legal oleh petugas kesehatan: (1) Dalam kondisi ada komplikasi kehamilan yang mengancam nyawa ibu, (2) kehamilan disebabkan oleh perkosaan.

Peraturan ini menyumbang pada tingginya angka kematian ibu di Indonesia karena perempuan terpaksa melakukan aborsi yang tidak aman yang sering berujung pada kematian.

Menteri Kesehatan menyatakan bahwa aborsi ‘hanya’ menyumbang 1-5% dari angka kematian ibu, sedangkan penyumbang angka penyebab kematian tertinggi adalah pendarahan. Di sisi lain World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa aborsi tidak aman menyebabkan angka kematian ibu sebesar 10-50%, tergantung pada kondisi negara.

Kriminalisasi aborsi tidak menyelesaikan masalah tingginya kehamilan yang tidak direncanakan atau hubungan seksual di luar perka-

winan; tetapi justru berkontribusi terhadap pelanggaran hak asasi manusia.

Korban kekerasan seksual biasanya mengalami kesulitan dalam melaporkan tindakan kejahatan yang mereka alami dan kesulitan untuk mendapatkan akses layanan karena stigma yang diberikan oleh masyarakat.

Lahirnya Peraturan Pemerintah No. 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi merupakan terobosan bagi perempuan korban kekerasan seksual dengan memperbolehkan korban perkosaan untuk mendapatkan akses ke aborsi aman. Tetapi berdasarkan aturan ini, korban perkosaan hanya boleh melakukan aborsi apabila umur kandungan belum mencapai 40 hari. Untuk mendapatkan akses aborsi, dibutuhkan keterangan dari tenaga medis, psikolog dan polisi. Pembatasan waktu 40 hari dirasakan sangat singkat bagi korban untuk menyadari bahwa ia hamil dan untuk mendapatkan syarat bukti dari berbagai pihak.

Rekomendasi:

- (1) Komnas Perempuan merekomendasikan Kementerian Kesehatan untuk menyediakan dan melatih tenaga medis profesional untuk memberikan layanan aborsi yang aman bagi korban perkosaan sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 61 tahun 2014 tentang Kesehatan reproduksi, dan agar Pemerintah melatih dan memastikan tenaga profesional memiliki perspektif HAM dan gender.
- (2) Komnas Perempuan merekomendasikan Kementerian Kesehatan untuk menindaklanjuti pasal 25 Peraturan Pemerintah No. 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi dengan membuat dan mengimplementasikan kebijakan nasional yang menyediakan aturan untuk memberikan kontrasepsi darurat untuk korban perkosaan dan perempuan yang tidak menggunakan kontrasepsi, dalam rangka mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

2.2. Perkawinan Anak

Data Komnas Perempuan menunjukkan bahwa pada tahun 2016 Pengadilan Agama memberikan 8488 dispensasi kepada anak perempuan di bawah umur (di bawah usia 16 tahun) untuk menikah. Berdasarkan data Pengadilan Agama, 312 kasus perceraian diakibatkan oleh perkawinan anak.

Perkawinan anak dilatarbelakangi oleh berbagai alasan yang terkait dengan situasi sosial ekonomi / kemiskinan, budaya dan agama. Mi-

salnya, dalam banyak komunitas, seorang perempuan dianggap dewasa ketika sudah mengalami menstruasi dan dengan demikian dianggap sudah layak untuk menikah. Pernikahan anak juga terjadi karena banyaknya stigma “perawan tua”. Penyebab lainnya, pernikahan anak merupakan bagian dari upaya untuk menghindarkan remaja dari kategori ‘kehamilan yang tidak direncanakan’ dan pernikahan dengan tujuan untuk menghindari zina.

Perkawinan anak merupakan salah satu bentuk kekerasan seksual. Melakukan hubungan seksual dengan anak, meskipun dalam hubungan perkawinan harus dianggap sebagai bentuk kejahatan. Dari aspek kesehatan, penetrasi seksual terhadap anak perempuan di bawah usia 18 tahun sudah dibuktikan menjadi penyebab kanker leher rahim. Pada saat ini dapat diestimasi bahwa satu dari lima perempuan di Indonesia menikah sebelum berusia 18 tahun.

Kebijakan:

Komnas Perempuan menyalkan putusan Mahkamah Konstitusi yang menolak permohonan *judicial review* pasal 7 ayat (1) dan (2) UU No. 1 tahun 1974 tentang Perkawinan untuk menaikkan usia minimum perkawinan menjadi 18 tahun. Hukum nasional inilah yang melegitimasi praktek perkawinan anak di Indonesia karena batas usia minimum pernikahannya adalah 16 tahun.

Selama *judicial review*, dalam sidang telah dihadirkan sejumlah argumen yang menunjukkan efek negatif dari pernikahan anak dari segi kesehatan, psikologi dan pelanggaran hak asasi anak. Komnas Perempuan sebagai salah satu ahli yang dihadirkan pemohon dalam *judicial review* ini memberikan kesaksian bahwa pernikahan anak dapat menghasilkan antara lain; kekerasan dalam rumah tangga, ancaman perdagangan manusia, dan pedofilia tersembunyi. Walaupun telah ada beberapa argumen tersebut, negara tidak melihat urgensi untuk mengubah pasal hukum ini meski demi keselamatan jutaan anak perempuan di Indonesia.

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) telah menyediakan modul untuk mencegah pernikahan anak melalui keterlibatan kementerian pemerintah terkait, gerakan masyarakat sipil, dan siswa di berbagai sekolah. Hanya beberapa pemerintah daerah yang telah menetapkan peraturan untuk mencegah perkawinan anak, misalnya Pemerintah Daerah Kabupaten Gunung Kidul yang mengeluarkan Keputusan Bupati tentang Pencegahan Perkawinan Anak, dan Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Barat

yang mengeluarkan Surat Edaran tentang Usia Pernikahan Dewasa yang menetapkan 21 tahun sebagai usia minimum bagi laki-laki dan perempuan untuk menikah.

Rekomendasi:

- (1) Negara harus segera meninjau UU No. 1 tahun 1974 tentang Perkawinan, terutama pasal yang berisi persyaratan usia menikah untuk anak perempuan;
- (2) Negara harus membuat Undang-undang yang secara eksplisit bertujuan untuk menghapuskan dan mencegah pernikahan anak.

2.3. Pemotongan dan Perlukaan Genitalia Perempuan (P2GP)

Praktek pemotongan dan perlukaan genitalia perempuan (yang di sejumlah komunitas di Indonesia disebut sebagai sunat perempuan) masih tersebar luas di sejumlah daerah di Indonesia. Penyebabnya adalah karena tradisi budaya dan ajaran agama. Adapun 10 provinsi dengan prevalensi P2GP tertinggi adalah: Gorontalo, Banten, Bangka, Belitung, Kalimantan Selatan, Riau, Jawa Barat, Sulawesi Barat, Nusa Tenggara Barat (NTB), Sumatera Barat, Jambi (Riskedas, 2013).

Pada tahun 2006 Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dari Kementerian Kesehatan mengeluarkan surat edaran HK.00.07.1.3.1047a tentang larangan praktisi medis melakukan P2GP. Surat edaran tersebut menjelaskan dampak P2GP sebagai berikut:

1. P2GP adalah akibat langsung dari praktik sunat perempuan.
2. Praktik P2GP bervariasi dari tindakan simbolis, hingga mutilasi nyata yang dilakukan oleh dukun atau praktisi medis dengan memotong bagian genital perempuan menggunakan pisau atau gunting. Praktik P2GP yang dilakukan oleh praktisi medis adalah medikalisasi mutilasi genital perempuan.
3. P2GP adalah prosedur yang tidak memiliki manfaat medis. Prosedur ini merusak genital perempuan (klitoris).
4. P2GP memiliki dampak negatif terhadap fungsi reproduksi perempuan dan melanggar prinsip medis.

Menanggapi surat edaran tersebut, Majelis Ulama Indonesia (MUI) mengeluarkan fatwa (pendapat hukum Islam) no. 9A tahun 2008 tentang larangan sunat perempuan. Penerbitan fatwa didasarkan pada pertimbangan “ada beberapa segmen dalam masyarakat yang me-

nolak sunat perempuan dan ada permintaan untuk nasihat tentang sunat perempuan dari Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak”. Berdasarkan hal-hal di atas dan demi kepastian hukum, MUI merasa berkewajiban mengeluarkan fatwa tentang sunat perempuan. Fatwa itu menekankan bahwa meskipun sunat perempuan tidak diwajibkan, namun dianjurkan, sehingga larangan tersebut bertentangan dengan hukum syariah. Berdasarkan fatwa, sunat perempuan terbatas pada mengiris kulit yang menutupi klitoris dan sebaiknya tidak dilakukan secara berlebihan yang dapat membahayakan perempuan yang disunat.

Pada tanggal 15 November 2010, Kementerian Kesehatan mengeluarkan peraturan nomor 1636/MENKES/PER/XI/2010 tentang sunat perempuan. Peraturan ini tidak melarang sunat perempuan. Sebaliknya, justru mengintrodusir pedoman tentang bagaimana melakukan prosedur “aman” untuk keselamatan perempuan yang disunat. Kemudian Kementerian mengeluarkan peraturan No. 6 tahun 2014 tentang pembatalan peraturan nomor 1636/MENKES/PER/XI/2010 tentang sunat perempuan. Pasal 2 peraturan No. 6 tahun 2014 memberikan mandat kepada Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syara’ untuk menerbitkan pedoman tentang memfasilitasi “sunat perempuan yang menjamin keselamatan dan kesehatan perempuan yang disunat dan tidak memotong alat kelamin perempuan”.

Rekomendasi:

- (1) Kementerian Kesehatan mengembangkan program untuk menghapuskan praktek P2GP secara medis dan adat kebiasaan; dan mendidik masyarakat bahwa praktek-praktek tersebut membahayakan kesehatan perempuan dan merupakan pelanggaran terhadap hak kesehatan dan reproduksi perempuan.
- (2) Kementerian Agama dan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan membangun program pendidikan formal dan informal untuk menghapuskan praktik-praktik yang membahayakan dan menyakiti perempuan.

2.4. Kematian Ibu

Indonesia melalui program *Millennium Development Goals* (MDGs) menargetkan bahwa pada tahun 2015 angka kematian Ibu adalah 102 dari 100.000 peristiwa kelahiran. Berdasarkan data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, angka kematian ibu di Indonesia adalah 305 kematian dari 100.000 peristiwa kelahiran. Hal ini jauh dari tar-

get. Data menunjukkan bahwa upaya pemerintah untuk menaikkan kuantitas dan kualitas layanan tidak membawa dampak yang cukup signifikan untuk mengurangi angka kematian ibu di Indonesia. Dalam rumusan dokumen Rencana Strategis KPPPA 2010-2014 dikatakan bahwa angka kematian ibu memang merupakan masalah. Kementerian juga mempunyai visi untuk memajukan kesetaraan gender dan pemenuhan hak-hak anak, dan misi untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup bagi perempuan dan anak. Tetapi, Menteri belum menetapkan strategi untuk menurunkan angka kematian ibu. Angka kematian Ibu sangat berkaitan dengan minimnya layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang tersedia bagi perempuan dan terbatasnya kesempatan bagi perempuan untuk mengambil keputusan terkait tubuhnya. Pernikahan anak, tidak adanya akses terhadap aborsi aman dan juga akses terhadap informasi kesehatan reproduksi dan seksual adalah penyebab-penyebab tingginya angka kematian ibu.

3. Akses Layanan Kesehatan Kelompok Rentan

3.1. Pekerja Migran dan Hak Atas Kesehatan

Pemenuhan hak atas kesehatan bagi pekerja migran dapat dipetakan dengan menganalisa tiga jenis layanan kesehatan:

1. Pencegahan

Semua pekerja migran harus menjalani tes kesehatan selama tahap awal rekrutmen yang mana ini merupakan syarat sebelum diterima bekerja di luar negeri. Pemeriksaan kesehatan ini dilakukan di rumah sakit dan dilaksanakan sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Idealnya pemeriksaan ini dapat diakses di berbagai wilayah. Tetapi pada prakteknya pemeriksaan ini hanya tersedia di Jakarta atau kota-kota besar lain yang dekat dengan kantor Pelaksana Penempatan Tenaga Kerja Indonesia Swasta (PPTKIS), yang biasanya berjarak jauh dari rumah pekerja migran.

Kewajiban pembayaran tes kesehatan dibebankan pada pekerja migran dan pada umumnya pembayaran dilakukan dengan memotong upah pekerja migran setelah mereka ditempatkan. Walaupun pemerintah telah menetapkan standar biaya untuk tes kesehatan melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 tahun 2015, sering ditemui dalam kenyataannya pekerja migran harus membayar lebih dari jumlah maksimum yang sudah ditetapkan dalam peraturan.

Pekerja migran rentan terhadap kekerasan seksual selama proses pemeriksaan kesehatan. Temuan Komnas Perempuan pemeriksaan kesehatan terhadap pekerja migran dilakukan secara berkelompok, bukan individual, dan perempuan disuruh untuk telanjang, melakukan posisi yang tidak nyaman, dan payudara mereka disentuh untuk alasan yang tidak ada kaitannya dengan pemeriksaan.

Masalah penting lainnya berkaitan dengan kurangnya *quality control* terhadap fasilitas medis yang menyediakan layanan terhadap pemeriksaan medis. Ada beberapa kasus pekerja migran dinyatakan lulus tes kesehatan berdasarkan pemeriksaan kesehatan di Indonesia, tetapi ketika pekerja migran ini diperiksa kembali di negara penerima mereka dinyatakan tidak sehat dan diharuskan untuk kembali ke Indonesia.

Selama persiapan akhir sebelum keberangkatan, pekerja migran mendapatkan seminar pendek mengenai pencegahan HIV/AIDS yang disatukan bersama dengan paket informasi yang lebih luas mengenai bekerja di luar negeri. Informasi spesifik lain terkait kesehatan tidak disediakan.

2. Kuratif (masa pengobatan)

Akses terhadap kesehatan bagi pekerja migran yang membutuhkan perawatan sangat bergantung pada kebijakan di negara penerima. Akan tetapi, pekerja migran tak berdokumen kemungkinan besar tidak dapat mengakses layanan medis.

Pekerja migran yang dipulangkan karena sakit dapat mengakses layanan kesehatan sepanjang mereka merupakan peserta program asuransi pekerja migran yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1 tahun 2012 tentang Asuransi Kesehatan bagi Pekerja Migran. Jumlah uang pertanggungan yang diberikan oleh program ini untuk perawatan di luar negeri mencakup Rp 50 juta rupiah, sedangkan untuk perawatan lanjutan di Indonesia ditanggung sampai maksimal Rp 25 juta rupiah.

Tetapi, program asuransi pekerja migran tidak menanggung perawatan kesehatan jangka panjang. Pekerja migran juga tidak ditanggung dalam program BPJS Ketenagakerjaan dan tidak semua pekerja migran adalah peserta BPJS Kesehatan.

Tidak tersedia layanan kesehatan mental yang cukup bagi pekerja migran yang kembali ke Indonesia dengan masalah kejiwaan, terutama di daerah yang terpencil. Sebagai contoh, pekerja mi-

gran dari daerah Nusa Tenggara Timur harus berangkat ke Bali untuk mendapatkan akses terdekat dengan rumah sakit kejiwaan.

3. Rehabilitasi (masa pemulihan)

Program asuransi pekerja migran hanya menanggung aspek kuratif (pengobatan) dari layanan kesehatan. Rehabilitasi sangat tergantung dari kebijakan kesehatan nasional. Pekerja migran yang kembali ke Indonesia dalam keadaan sakit, disabilitas karena kecelakaan kerja, atau terluka akibat menjadi korban kekerasan biasanya hanya ditanggung untuk pengobatan darurat melalui asuransi pekerja migran tetapi tidak untuk perawatan pemulihan karena pekerja migran tidak termasuk dalam program BPJS.

Rekomendasi:

- (1) Mengintegrasikan asuransi pekerja migran ke dalam skema asuransi kesehatan nasional untuk meningkatkan akses layanan kesehatan para pekerja migran.
- (2) Menyediakan layanan rehabilitasi dan pemulihan, termasuk layanan psikologis dan alat bantu kesehatan untuk pekerja migran penyandang disabilitas atau yang membutuhkan terapi lanjutan.
- (3) Meningkatkan pengawasan dan kontrol terhadap penyedia layanan kesehatan yang menjalankan tes / pemeriksaan kesehatan terhadap pekerja migran.
- (4) Meningkatkan akses pekerja migran terhadap layanan kesehatan kejiwaan/mental.

3.2. Kekerasan terhadap perempuan penyandang disabilitas dan kondisi terhadap akses kesehatan

Sepanjang tahun 2016 ada 61 kasus kekerasan terhadap perempuan penyandang disabilitas yang dilaporkan ke Komnas Perempuan; 29 kasus diantaranya dialami oleh perempuan dengan disabilitas mental. Diskriminasi dan kekerasan yang dialami oleh para korban sejatinya terkait dengan kondisi kesehatan mereka.

Di antara kasus-kasus yang dilaporkan tersebut adalah kasus pemaksaan kontrasepsi. Pemaksaan kontrasepsi ini dilakukan oleh anggota keluarga korban atau oleh staf klinik layanan. Pemaksaan kontrasepsi adalah hal yang biasa dilakukan terhadap perempuan dengan disabilitas mental yang pernah mengalami kekerasan seksual. Para perempuan ini tidak selalu mampu menolak tindakan kontrasepsi dan

sering tidak mengerti apa dampak dari diberlakukannya tindakan tersebut. Pemaksaan kontrasepsi adalah pelanggaran terhadap hukum nasional yaitu UU No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, yang dalam pasal 5 menyatakan “Perempuan penyandang disabilitas memiliki hak untuk menerima atau menolak penggunaan kontrasepsi.”

Skema asuransi BPJS tidak selalu menanggung tindakan terapi dan perawatan yang harus dijalankan oleh perempuan penyandang disabilitas. Hal ini mengakibatkan keluarga penyandang disabilitas lebih rentan jatuh pada kondisi kesulitan keuangan karena mereka harus mengeluarkan biaya rutin untuk membayar terapi dan tindakan medis tertentu.

Terbatasnya akses kepada layanan dan fasilitas kesehatan bagi penyandang disabilitas mental tetap merupakan masalah dan akibatnya tanggung jawab untuk merawat penyandang disabilitas mental jatuh kepada keluarganya.

Permasalahan lain terkait dengan akses kesehatan bagi penyandang disabilitas adalah kesulitan dalam mendapatkan alat bantu (misalnya kursi roda, alat bantu pendengaran, alat bantu kognitif). Kesulitan-kesulitan ini diakibatkan oleh mahalnya alat bantu tersebut dan ketersediaannya sangat terbatas. Alat-alat bantu ini sangat jarang ditanggung oleh skema asuransi yang disubsidi negara dan biayanya sangat tinggi.

Permasalahan utama terkait akses layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas adalah kurangnya tenaga medis profesional yang terlatih dan memahami permasalahan disabilitas. Jumlah petugas medis profesional yang paham dan kompeten dalam menyediakan layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas masih sangat terbatas dan ini berdampak pada ketersediaan layanan kesehatan.

Penyandang disabilitas tertentu mengalami resiko spesifik ketika mengalami kehamilan (misalnya orang dengan tubuh sangat pendek (*dwarfisme*)). Untuk orang-orang seperti ini dibutuhkan pemeriksaan dan kontrol medis secara rutin. Tetapi, karena kurangnya keahlian dan pengetahuan dalam bidang medis, banyak yang tidak mendapatkan layanan yang seharusnya.

Rekomendasi:

Walaupun UU No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas sudah berlaku sebagai hukum nasional, tetapi aturan tersebut belum

memberikan secara penuh kebutuhan penyandang disabilitas. Oleh karena itu direkomendasikan agar:

- (1) Ketika merancang dan mengimplementasikan program terkait akses kesehatan, negara harus memperhatikan kebutuhan khusus setiap orang, khususnya perempuan penyandang disabilitas. Kebutuhan ini termasuk menjamin penyandang disabilitas dalam skema asuransi kesehatan nasional untuk mendapatkan alat-alat bantu kesehatan, terapi rutin dan pengobatan.
- (2) Negara harus memastikan bahwa semua layanan dan akses terhadap layanan kesehatan ramah terhadap disabilitas dan bahwa para petugas layanan kesehatan dibekali dengan keahlian dan pengetahuan yang memadai tentang isu disabilitas.

3.3. Perempuan dengan ekspresi gender dan orientasi seksual yang beragam

Hak atas kesehatan bagi perempuan LBT:

Berdasarkan Catahu Komnas Perempuan tahun 2014, ada 37 kasus kekerasan terhadap perempuan berbasis orientasi seksual, identitas gender, dan ekspresi; kekerasan ini ditujukan terhadap individu lesbian, biseksual, dan transgender. Dari keseluruhan kasus tersebut, ada 12 kasus yang masuk dalam kategori kekerasan seksual. Korban dari kelompok LBT umumnya jarang melaporkan kekerasan yang mereka alami ke polisi. Berdasarkan dokumentasi Komnas Perempuan, beberapa kasus yang dilaporkan oleh kelompok LBT ke polisi, pihak polisi tidak fokus pada kasus kekerasannya tetapi lebih fokus pada permasalahan orientasi seksual korban. Korban yang melaporkan kasusnya malah mendapatkan stigma dan mengalami kekerasan seksual lanjutan.

Dalam FGD yang diselenggarakan oleh Komnas Perempuan bersama dengan kelompok rentan, terungkap bahwa perempuan transgender sangat rentan dalam hal mendapatkan akses kesehatan seksual dan reproduksi dan sering terabaikan untuk mendapatkan aksesnya. Dengan tingkat pendidikan yang rendah (pendidikan dasar atau menengah), perempuan transgender sering berprofesi sebagai pekerja seks. Kondisi kesehatan seksual dan reproduksi perempuan transgender sangat rentan karena pengetahuan yang rendah terkait penyakit menular seperti HIV/AIDS dan akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan.

Komnas Perempuan mengamati bahwa ada beberapa inisiatif positif dari berbagai wilayah yang ditujukan kepada kelompok transgender. Sebagai contoh di kota Bandung dan Pontianak, mereka dapat mengakses layanan kesehatan tanpa diskriminasi berdasarkan data jenis kelamin yang tercantum dalam kartu tanda penduduk mereka (di Pontianak transgender dapat mengakses layanan kesehatan dengan menggunakan kartu komunitas; di Bandung layanan kesehatan dapat diakses dengan menggunakan NIP).

Ketika perempuan LBT mengakses layanan kesehatan, mereka tidak mengekspresikan identitas seksual mereka karena masih ada stigma yang sangat kuat dari para pekerja medis terhadap komunitas LBT dengan orientasi seksualnya yang dianggap sesat. Walaupun negara melalui Kementerian Kesehatan telah melarang diskriminasi berdasarkan orientasi seksual untuk mengakses layanan kesehatan, dalam prakteknya perempuan LBT sering tidak mendapatkan layanan medis karena orientasi seksual atau ekspresi gendernya. Layanan kesehatan yang dapat diakses oleh kelompok transgender umumnya hanya terbatas pada isu pencegahan dan perawatan HIV/AIDS.

Rekomendasi:

- (1) Negara perlu membuat dan memperkenalkan kurikulum pendidikan yang dirancang untuk meminimalisir stigma dan diskriminasi terhadap perempuan LBT, dan perlu melibatkan berbagai kelompok termasuk institusi agama untuk meminimalisir stigma di dalam komunitas.
- (2) Layanan kesehatan harus dapat diakses oleh perempuan LBT dan tidak melakukan diskriminasi terhadap kelompok minoritas seksual baik dalam proses administrasi maupun bentuk perawatannya.
- (3) Negara tidak boleh mereduksi hak atas kesehatan perempuan LBT semata pada pencegahan HIV/AIDS.

4. Hak atas kesehatan pengungsi dalam negeri (IDPs), lansia, dan korban intoleransi agama

Masalah terkait akses terhadap kesehatan yang dihadapi oleh para korban lansia Tragedi '65, Kerusuhan Mei 1998, dan Kerusuhan Tanjung Priok

Perempuan korban pelanggaran HAM masa lalu termasuk korban tragedi 1965, pembunuhan massal Tanjung Priok, serta kerusuhan dan perkosaan massal Mei 1998 masih terus mengalami trauma mendalam dan gangguan terhadap kesehatan fisik dan mental. Trauma ini diakibatkan oleh kekerasan seksual yang dialami, pemenjaraan berkepanjangan tanpa persidangan, persekusi, dan kehilangan anggota keluarga.

Dalam konteks tragedi 1965, korban berusia rata-rata sekitar 70-90 tahun yang dengan sendirinya menghadapi permasalahan kesehatan akibat lanjut usia. Korban dan keluarga korban tragedi Mei 1998 berjuang akibat kehilangan anak mereka yang meninggal dalam kerusuhan massal termasuk yang mati terbakar di dalam pusat perbelanjaan.

Sejumlah korban menderita karena anggota keluarganya menjadi korban penghilangan paksa, atau mengalami perkosaan. Sebagai contoh adalah kasus Tanjung Priok, seorang perempuan terus menerus mengalami halusinasi karena suaminya menghilang. Jenis trauma mental seperti itu sangat mengganggu kesehatan mental dan fisik korban.

Memburuknya kualitas hidup para lansia akibat kemiskinan dan kurang layak hunian tempat tinggal: Banyak korban akibat kasus pelanggaran HAM masa lalu memiliki penghasilan dan harta benda yang sangat sedikit sampai pada batas sulit bagi mereka untuk mencukupi kebutuhan makan dan nutrisi sehari-hari. Beberapa korban yang berusia lanjut mengalami *stroke*, bermasalah dengan penyakit jantung, dan dalam kondisi lumpuh di panti layanan. Banyak dari korban-korban ini tidak memiliki tempat tinggal, dan terpaksa tinggal di rumah teman atau saudara. Walaupun ada yang memiliki tempat tinggal, umumnya dalam kondisi yang tidak layak seperti atap dan struktur yang bobrok. Dalam hal ini, tidak terpenuhinya hak-hak ekonomi korban secara langsung mempengaruhi akses mereka terhadap layanan kesehatan.

Langkah-langkah yang sudah diambil oleh negara untuk meningkatkan akses layanan kesehatan bagi para korban pelanggaran HAM masa

lalu masih sangat sedikit. Kalaupun ada layanan yang diberikan, masih bersifat individual yang dikarenakan adanya gugatan melalui proses hukum. Akses yang diberikan tersebut masih berdasarkan kasus per kasus tidak berdasarkan pada kelompok korban secara keseluruhan.

Untuk mendapatkan layanan kesehatan yang diberikan oleh Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban (LPSK) kepada para korban pelanggaran HAM masa lalu, korban harus menulis surat ke Komisi Nasional Hak Asasi Manusia (Komnas HAM) yang menyatakan bahwa mereka adalah korban. Hanya setelah ada surat keterangan sebagai korban dari Komnas HAM, barulah LPSK akan memberikan bantuan kepada korban. Hal ini menimbulkan masalah karena surat keterangan dari LPSK kepada para penyintas cenderung menimbulkan stigma kepada seluruh penghuni rumah yang dilabeli sebagai pendukung komunisme. Penyintas mengalami trauma berlanjut karena tidak ada proses rekonsiliasi dalam komunitas mereka. Permasalahan lainnya adalah soal administrasi dimana institusi pemerintah seperti Kementerian Kesehatan tidak memahami bahwa surat dari LPSK harus ditindaklanjuti dengan pemberian layanan medis dan ekonomi untuk para korban.

Beberapa pertemuan yang diselenggarakan oleh kelompok korban untuk mendiskusikan pemenuhan hak kesehatan dibubarkan oleh kelompok anarkis. Kejadian ini di antaranya berlangsung di Solo, Padang, dan Yogyakarta.

Salah seorang korban 1965 mengajukan gugatan hukum, menuntut haknya agar diperlakukan sama dengan warga negara yang lain. Tuntutannya termasuk menghilangkan status “eks tahanan politik” dalam kartu identitasnya. Beliau memenangkan gugatannya di Mahkamah Agung dan atas kegigihannya berhasil mendapatkan akses layanan kesehatan yang diberikan oleh Gubernur DKI Jakarta dan program asuransi kesehatan.

Semua hambatan terhadap layanan kesehatan ini terjadi karena tidak ada pengakuan dari negara atas kasus pelanggaran HAM masa lalu. Tidak ada aturan hukum yang membentuk Komisi Kebenaran dan Rekonsiliasi. Ketiadaan pengakuan terhadap kasus-kasus tersebut, mengakibatkan tidak adanya aturan untuk pemberian kompensasi dan pemulihan bagi para korban termasuk akses layanan kesehatan. Stigma keras yang dialami oleh para korban memberikan pengaruh negatif bagi kesehatannya; korban diberi label sebagai komunis atau penjahat, atau menjadi target kebencian rasial.

Rekomendasi:

- (1) Negara perlu mengakui peristiwa pelanggaran HAM masa lalu dan memberikan perhatian untuk pemulihan korban dan pengungkapan kebenaran.
- (2) Negara perlu memberikan akses layanan kesehatan termasuk menyediakan tempat tinggal yang layak dan bantuan ekonomi kepada para korban pelanggaran HAM masa lalu. Hal ini dapat dilakukan dengan merujuk pada data yang dimiliki oleh institusi HAM, *civil society organization* (CSO), dan komunitas korban.

4.1. Hak Atas Kesehatan bagi Perempuan Korban Intoleransi Agama: Hak Atas Kesehatan bagi Perempuan Syiah dan Ahmadiyah

Berbagai bentuk kekerasan dan intoleransi memberikan dampak terhadap kelompok minoritas agama di Indonesia. Kelompok ini termasuk komunitas Syiah dan Ahmadiyah. Kekerasan dan intoleransi memberikan dampak besar bagi komunitas ini dalam pemenuhan hak dan akses layanan kesehatan.

Tindakan-tindakan intoleransi menyebabkan penganut agama minoritas tercerabut secara paksa dari lingkungan tempat tinggalnya dan dipaksa hidup dalam kamp pengungsian. Hingga saat ini program rekonsiliasi dan reintegrasi belum ada kemajuan yang cukup, walaupun sudah ada UU Penanganan Konflik Sosial yang dikeluarkan pada tahun 2012, serta Peraturan Presiden dan Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat (Menkokesra) tentang Rencana Aksi Nasional Perlindungan dan Pemberdayaan Perempuan dan Anak dalam Konflik Sosial (RAN P3AKS) tahun 2014.

Beberapa permasalahan terkait hak atas kesehatan yang sudah diidentifikasi oleh Komnas Perempuan:

Pemeluk Ahmadiyah yang tinggal di pengungsian Transito di Lombok, NTB, menghadapi kondisi kesehatan yang tidak layak dan membahayakan hidupnya. Lingkungan mereka kotor dan sanitasinya sangat buruk. Ketersediaan air bersih sangat kurang dan huniannya tidak layak. Kehidupan pengungsi pemeluk Ahmadiyah ini sangat tergantung kepada Pemerintah sejak tahun 2009. Laporan Tim Gabungan Advokasi Kebebasan Beragama Jemaat Ahmadiyah di Nusa Tenggara Barat mencatat pada tahun 2014 ada 33 KK, 137 jiwa yang hidup dalam kompleks pengungsian dan sudah ada 17 bayi yang dilahirkan dalam kondisi tersebut.

Kamp pengungsian tersebut tidak layak huni; setiap keluarga hanya menempati ruangan berukuran 1,5 x 2 M, dengan sekat yang terbuat dari materi yang kotor (karung goni) yang tidak memungkinkan masuknya sinar matahari sehingga cenderung lembap. Fasilitas dalam kamp juga tidak mencukupi, karena hanya ada 3-4 kamar kecil yang disediakan untuk seluruh penghuni. Meskipun para pengungsi mendapatkan layanan kesehatan dari puskesmas terdekat, tetapi hidup dalam kondisi yang sangat kumuh berpengaruh sangat negatif untuk kondisi kesehatan komunitas Ahmadiyah yang tinggal di sana.

Kondisi pemeluk Syiah yang untuk sementara tinggal di sebuah gedung di Sidoarjo, Jawa Timur, juga sangat tidak layak; listrik sering padam, pompa air tidak berfungsi dan kamar hanya disekat oleh tripleks dalam bangunan yang ditinggali oleh beberapa keluarga. Kondisi gedung pun tidak ramah terhadap anak.

Korban dari kelompok pemeluk agama minoritas sering mengalami kesulitan untuk mendapatkan dokumen administrasi negara seperti kartu identitas (KTP), akte kelahiran, akte perkawinan, kartu keluarga dan lainnya. Ketiadaan dokumen ini menyebabkan sulitnya untuk mengakses layanan kesehatan dan berlanjut pada terhambatnya akses mendapatkan BPJS. Selain itu, para pemeluk agama minoritas ini sering mendapatkan stigma sesat ketika mereka mendatangi klinik kesehatan.

Pemerintah Indonesia hanya mengenal enam agama resmi (Islam, Kristen Protestan, Katolik, Hindu, Budha dan Konghucu). UU No. 23 tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan mensyaratkan warga negara untuk mencantumkan identitas agama dalam KTP. UU tersebut tidak memperbolehkan warga negara mencantumkan yang lain selain enam agama resmi diatas. Secara hukum, warga negara dapat mengosongkan kolom agama, tetapi aparat negara tidak mengenali opsi ini.

Seringkali penganut agama minoritas dipaksa untuk mencantumkan satu dari enam agama resmi ini di dalam kartu identitasnya. Kartu identitas ini sangat penting bagi warga negara Indonesia, karena merupakan syarat untuk mendapatkan berbagai layanan dari negara termasuk layanan kesehatan.

Sudah ada tiga kasus dimana perempuan Lansia pemeluk kepercayaan adat yang membutuhkan bantuan layanan kesehatan dan layanan sosial lainnya dipaksa untuk mencantumkan agama Hindu dalam kartu asuransi kesehatan dan jaminan sosialnya supaya dapat mengakses berbagai layanan ini.

Rekomendasi:

- (1) Pemerintah pusat dan daerah harus berkoordinasi dalam memberikan respon terhadap situasi krisis kemanusiaan dan menyediakan kepastian kepada korban.
- (2) Pemerintah memberikan jaminan layanan kesehatan tanpa menstigma atau mendiskriminasi berdasarkan agama dan kepercayaan.
- (3) Perhatian khusus harus diberikan terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis korban pemeluk agama minoritas yang mengalami kekerasan dan intoleransi, dengan fokus pada layanan kesehatan reproduksi yang berprioritas pada perempuan hamil dan menyusui.

4.2. Kesehatan Perempuan dan Konflik Sumber Daya Alam: Pengaruh Penambangan Batu Kapur dan Pembangunan Pabrik Semen di Pegunungan Kendeng

Komnas Perempuan telah memperhatikan isu lingkungan sejak 2003 dan telah memantau kekerasan terhadap perempuan dalam konflik sumber daya alam termasuk di Bulukumba, Sulawesi Selatan; Sape, Bima, Nusa Tenggara Barat; dan Lapindo, Sidoarjo.

Pada 2016, Komnas Perempuan melakukan pemantauan di Pegunungan Kendeng untuk menyelidiki dampak pembangunan pabrik semen di kabupaten Pati, Rembang dan Grobongan. Operasi penambangan yang ekstensif di Pegunungan Kars Kendeng juga dipantau dalam hal dampak yang ditimbulkannya terhadap hak asasi dan kesehatan perempuan.

Komnas Perempuan menemukan bahwa di Tegal Dowo, Rembang, penambangan batu kapur yang ekstensif dan pengangkutan batu kapur yang menggunakan truk-truk besar telah menghasilkan polusi udara tinggi melalui penyebaran partikel debu halus. Inhalasi debu dan konsumsi debu setelah mengendap dalam pasokan air sangat mempengaruhi kesehatan penduduk setempat dan menyebabkan Infeksi Saluran Pernafasan.

Debu kapur juga menempel pada sayuran, tanaman yang digunakan untuk obat-obatan tradisional, dan juga tanaman pakan ternak. Karena ternak tidak mau memakan pakan ternak yang tertutup debu, para perempuan terpaksa melakukan perjalanan jauh untuk mencari makanan bagi ternak mereka, hal ini kemudian membuat para perempuan tersebut terpapar debu.

Di Mrisi, Grobogan, masyarakat setempat telah menambang batu kapur sejak tahun 1980-an. Penambangan batu kapur dilakukan secara manual dan perempuan dan anak-anak seringkali bekerja sebagai buruh tambang. Para pekerja tidak mengenakan alat perlindungan pernapasan. Akibatnya, banyak debu kapur yang terhirup.

Para penambang terpengaruh masalah kesehatan yang disebabkan oleh polusi udara dan debu membahayakan saluran pernapasan, mata, dan kulit para perempuan. Terdapat pula risiko yang signifikan terhadap kesehatan reproduksi penambang perempuan karena frekuensi dan repetisi mengangkat muatan batu yang sangat berat tanpa peralatan atau protokol keselamatan yang tepat. Ada potensi besar *prolaps uteri* yang menyebabkan peningkatan potensi keguguran dan kematian ibu. Warga juga melaporkan sejumlah perempuan dan anak-anak yang terbunuh karena tanah longsor dan batu jatuh saat penambangan.

Tidak ada jaminan sosial atau layanan kesehatan yang dapat diakses oleh penduduk Pegunungan Kendeng yang terkena dampak penambangan dan pembangunan pabrik semen. Para perempuan yang memprotes pembangunan pabrik semen mengalami ancaman dan kekerasan dari aktor negara dan non-negara yang telah membahayakan kesehatan fisik dan psikologis mereka.

Pemantauan Komnas Perempuan menunjukkan bahwa para konservasionis perempuan dan pembela HAM perempuan di Kendeng menghadapi kekerasan berbasis gender berlapis yang meliputi:

1. Kekerasan fisik yang terjadi ketika 155 perempuan yang melakukan aksi memblokir jalan menuju lokasi pabrik semen dibubarkan secara paksa oleh pasukan keamanan. Mereka ditendang, diinjak, dan dicekik oleh polisi dalam upaya untuk membubarkan protes. Sejumlah perempuan secara paksa dilemparkan ke semak-semak, mengakibatkan pingsan dan sejumlah cedera.
2. Kekerasan psikologis dari polisi yang mengancam perempuan yang berdemonstrasi bahwa mereka akan diculik dan, dari preman bayaran yang mengunjungi para perempuan tersebut di rumah mereka yang mengancam mereka dengan parang. Pada tanggal 21 Maret 2017 di puncak protes pabrik anti-semen seorang perempuan pembela hak asasi manusia dari wilayah Kendeng meninggal dunia setelah bergabung dengan sebuah protes di mana para demonstran menyemen kaki mereka.

Adanya operasi penambangan dan risikonya terhadap kesehatan perempuan di pegunungan Kendeng menunjukkan negara telah me-

langgar Pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (ICESCR) yang menyatakan bahwa: Negara Pihak pada Kovenan ini mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai. Paragraf 2 mengatur mengenai langkah-langkah yang harus diambil oleh Negara Pihak untuk mencapai realisasi penuh dari hak ini. Langkah itu mencakup hal yang diperlukan untuk: (b) Peningkatan semua aspek kebersihan lingkungan dan industri; (d) Penciptaan kondisi yang menjamin semua layanan medis dan perhatian medis dalam hal penyakit.

Lebih lanjut, negara yang tidak menyediakan layanan kesehatan yang memadai bagi para perempuan di Pegunungan Kendeng melanggar Rekomendasi Umum No. 19 tahun 1992 Komite CEDAW tentang Kekerasan terhadap Perempuan yang menyatakan bahwa perempuan memiliki hak atas standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai.

Rekomendasi:

- (1) Menghentikan pembangunan pabrik semen yang akan membahayakan kesehatan penduduk dan terutama para perempuan di Pegunungan Kendeng.
- (2) Menjamin dan memberikan layanan kesehatan kepada penduduk yang terkena dampak proyek pertambangan dan konstruksi.

4.3. Layanan Kesehatan di Papua

Publikasi Komnas Perempuan *Stop Sudah dan Anyam Noken Kehidupan* merinci tingginya tingkat kekerasan terhadap perempuan yang dialami oleh perempuan Papua. Ini termasuk kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan yang dilakukan di ruang publik, dan juga kekerasan yang dilakukan oleh negara. Perempuan Papua juga menderita kekurangan gizi, tingginya tingkat HIV, dan trauma akibat kekerasan seksual.

Angka kematian ibu di Papua masih tinggi. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) mencatat bahwa hampir 500 perempuan meninggal setiap tahun dalam kelahiran anak. Data Kementerian Kesehatan juga menunjukkan bahwa pada 2013 hanya sekitar 33,51% perempuan di Papua yang dibantu oleh staf dan fasilitas medis selama persalinan dan hanya 25,54% mengakses pemeriksaan medis saat hamil. Komnas Perempuan dalam publikasi *Stop Sudah*

mencatat bahwa ada 138 kasus kekerasan terhadap perempuan yang dilakukan oleh negara pada tahun 2009. Kekerasan ini termasuk penyiksaan seksual, pemerkosaan, perbudakan seksual, dan aborsi paksa. Sulit bagi Komnas Perempuan untuk mengidentifikasi jumlah sebenarnya kasus kekerasan terhadap perempuan di Papua karena kurangnya Lembaga Penyedia Layanan yang berlokasi di sana.

Seiring dengan tingginya tingkat kekerasan terhadap perempuan, layanan kesehatan yang memadai tidak disediakan oleh pemerintah. Di provinsi Papua, pada 2011, hanya ada 93 pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) yang dimandatkan pemerintah daerah yang menawarkan perawatan rawat inap dan 267 Puskesmas umum yang menawarkan perawatan dasar. Untuk rujukan, pemerintah sampai sekarang hanya menyediakan 29 rumah sakit umum dan swasta dan satu rumah sakit khusus. Jumlah ini jauh dari memadai untuk memenuhi kebutuhan layanan kesehatan dasar di provinsi Papua. Rasio layanan kesehatan adalah 11,26 layanan untuk 100.000 warga, rasio yang jauh dari ideal.

Jumlah tenaga medis terlatih dan peralatan medis yang layak juga tidak memadai di Papua. Ada sejumlah kabupaten dan kota di provinsi ini yang bahkan tidak memiliki satu pun rumah sakit. Perempuan Papua yang mengalami kekerasan dan trauma dan membutuhkan konseling atau layanan khusus seringkali tidak memiliki akses ke layanan tersebut karena tidak semua kabupaten atau kota dilengkapi dengan rumah aman dan layanan bagi perempuan korban kekerasan. Untuk kabupaten yang lengkap dengan layanan seperti itu, para korban seringkali tidak dapat mengaksesnya karena jarak yang sangat jauh dan infrastruktur yang buruk.

Publikasi Komnas Perempuan juga mengidentifikasi berbagai bentuk kekerasan terhadap perempuan yang telah dilakukan oleh pasukan keamanan nasional (Polisi dan Militer). Bentuk-bentuk kekerasan ini termasuk eksploitasi seksual dan perbudakan seksual. Dalam kasus-kasus ini hak korban atas reparasi dan pemulihan yang dinyatakan dalam Peraturan Pemerintah No. 3 tahun 2002 tentang Kompensasi, Restitusi, dan Rehabilitasi untuk Korban Pelanggaran Hak Asasi Manusia, dilanggar.

Rekomendasi:

- (1) Untuk mengurangi angka kematian ibu, pemerintah perlu menyediakan fasilitas kesehatan yang mudah diakses dan berkualitas, dan mensosialisasikan keberadaannya kepada masyarakat yang masih terisolasi.

- (2) Pemerintah pusat harus mengidentifikasi dan menangani sejumlah masalah terkait kesehatan (dan kekerasan) yang dihadapi oleh perempuan Papua. Pemerintah pusat harus membuat akses terhadap kesehatan menjadi prioritas di Papua.
- (3) Pemerintah daerah harus membangun fasilitas kesehatan sesuai dengan kebutuhan perempuan korban kekerasan dan memasukkan layanan kesehatan psikologis di dalamnya.
- (4) Pemerintah pusat harus, sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 3 tahun 2002 tentang Kompensasi, Restitusi, dan Rehabilitasi untuk Korban Pelanggaran Hak Asasi Manusia, memulihkan dan memenuhi hak-hak perempuan Papua yang telah mengalami kekerasan yang dilakukan oleh negara dan bertindak untuk menghapuskan stigmatisasi yang mereka hadapi.
- (5) Pemerintah daerah perlu menindaklanjuti Peraturan Daerah Khusus No. 1 tahun 2011 tentang Pemulihan Hak-Hak Perempuan Papua Korban Kekerasan dan Pelanggaran HAM.
- (6) Pemerintah harus meningkatkan kemudahan akses ke layanan kesehatan fisik dan psikologis bagi perempuan Papua, juga menerapkan program pemulihan dan pencegahan untuk memastikan kekerasan tidak terulang.
- (7) Pemerintah menyediakan pengobatan HIV gratis untuk perempuan Papua yang HIV-positif dan berupaya menghilangkan stigma yang melekat pada perempuan HIV-positif dan menyediakan lapangan kerja yang layak.
- (8) Pemerintah mengalokasikan anggaran yang memadai untuk kebutuhan para korban, menyediakan layanan kesehatan fisik dan mental, serta rekonsiliasi sosial dan pemberdayaan ekonomi bagi para korban kekerasan. ***

Laporan Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Kesehatan dalam Misinya ke Indonesia, 22 Maret–3 April 2017

United Nations
A/HRC/38/36/Add.1

Distr.: Umum

5 April 2018

Asli: Bahasa Inggris

Dewan Hak Asasi Manusia

Sesi ke-48

18 Juni–6 Juli 2018

Agenda butir 3

Pemajuan dan perlindungan seluruh hak asasi manusia, hak sipil, politik, ekonomi, sosial dan budaya, termasuk hak atas pembangunan

Laporan Pelapor Khusus tentang hak setiap orang untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang setinggi mungkin yang dapat dicapai dalam misinya ke Indonesia

Catatan oleh Sekretariat

Sekretariat mendapat kehormatan untuk meneruskan kepada Dewan Hak Asasi Manusia mengenai laporan dari Pelapor Khusus, Dainius Pūras, tentang hak setiap orang untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang setinggi mungkin yang dapat dicapai, dalam kunjungannya ke Indonesia dari tanggal 22 Maret hingga 3 April 2017.

Indonesia telah membuat banyak kemajuan sehubungan dengan perwujudan hak atas kesehatan, khususnya dengan memperluas jaminan kesehatan semesta. Pelapor Khusus mendorong Pemerintah untuk mengatasi sejumlah tantangan serius yang masih ada terkait dengan kerangka kerja normatif dan kebijakan yang ada dan implementasinya. Pelapor Khusus mengevaluasi sistem kesehatan nasional dan kerangka kerja kesehatan mental dan memperingatkan prevalensi atas ketidaksetaraan dan diskriminasi terhadap populasi dan kelompok tertentu, terutama perempuan, orang yang hidup dengan HIV/AIDS dan pengguna Narkoba. Pelapor Khusus membuat sejumlah rekomendasi yang berorientasi pada tindakan.

Laporan Pelapor Khusus tentang hak setiap orang untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang setinggi mungkin yang dapat dicapai dalam misinya ke Indonesia *

Isi

Hal

I.	Pendahuluan	35
II.	Kerangka kerja hak atas kesehatan	36
	A. Latar belakang	36
	B. Kerangka kerja normatif dan institusional	38
	C. Sistem perawatan kesehatan nasional	41
III.	Kesehatan mental	49
IV.	Populasi dan kelompok-kelompok kunci	52
	A. Perempuan dan anak perempuan	53
	B. Orang hidup dengan HIV/AIDS	63
	C. Pengguna narkoba	67
V.	Kesimpulan dan rekomendasi	70

* Diedarkan hanya dalam bahasa pengajuan saja.

I. Pendahuluan

1. Pelapor Khusus tentang hak setiap orang untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang setinggi mungkin yang dapat dicapai, Dainius Pūras, mengunjungi Indonesia dari tanggal 22 Maret hingga 3 April 2017 atas undangan Pemerintah. Tujuan kunjungan adalah untuk mengentahui dengan pasti, dalam semangat dialog dan kerja sama, bagaimana negara menerapkan hak atas kesehatan.
2. Selama kunjungannya, Pelapor Khusus bertemu dengan pejabat tinggi Pemerintah, anggota parlemen dan staf lembaga terkait kesehatan yang relevan, di tingkat pusat, provinsi dan lokal. Pelapor Khusus mengadakan pertemuan dengan Komnas HAM (Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, Komnas Perempuan (Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan) dan KPAI (Komisi Perlindungan Anak Indonesia). Pelapor Khusus juga bertemu dengan perwakilan organisasi internasional, korps diplomatik dan berbagai aktor masyarakat sipil, termasuk para profesional layanan kesehatan.
3. Pelapor Khusus mengunjungi fasilitas kesehatan di berbagai tingkat di Jakarta, Padang, Labuan Bajo dan Jayapura, termasuk pos-pos kesehatan, *puskesmas* (pusat perawatan kesehatan primer), rumah sakit umum dan unit psikiatri, rumah sakit kesehatan jiwa, klinik HIV/AIDS dan klinik rehabilitasi Narkoba. Pelapor Khusus juga mengunjungi dua pusat pendidikan untuk petugas kesehatan.
4. Pelapor Khusus berterima kasih kepada Pemerintah Indonesia atas undangan dan kerja sama penuh yang diberikan selama kunjungannya. Pelapor Khusus menghargai dukungan penting yang diberikan oleh tim negara PBB, termasuk Program Bersama PBB tentang HIV/AIDS, *United Nations Population Fund* (UNFPA), *United Nations Children's Fund* (UNICEF) dan *World Health Organization* (WHO).

II. Kerangka kerja hak atas kesehatan

A. Latar belakang

5. Indonesia memperoleh kemerdekaan dari Belanda pada tahun 1945, membawa sebagian besar wilayah bekas Hindia Belanda di bawah kedaulatannya.

Setelah kemerdekaan, negara Indonesia diperintah oleh serangkaian rezim otoriter yang melaksanakan kontrol terpusat. Runtuhnya kekuasaan militer pada tahun 1998, selama krisis keuangan Asia, telah memicu reformasi penting di berbagai tingkatan, termasuk proses desentralisasi.

6. Indonesia adalah sebuah negara kepulauan yang beragam yang tersebar di wilayah hampir 2 juta km², dengan populasi lebih dari 250 juta yang terdiri lebih dari 300 kelompok etnis. Kondisi geografisnya yang berbeda dan keragaman budaya yang luas merupakan faktor penting yang harus diperhitungkan ketika merancang dan mengadakan kebijakan, serta layanan publik.
7. Sejak tahun 1990-an, negara Indonesia telah mencapai pertumbuhan ekonomi yang mengesankan, dengan produk domestik bruto (PDB) per kapita yang terus meningkat, dari \$857 pada tahun 2000 menjadi \$3,603 pada tahun 2016,¹ dan telah menjadi perekonomian terbesar di Asia Tenggara. Saat ini, negara Indonesia menjadi negara keempat terpadat di dunia dan perekonomian dengan penghasilan menengah yang sedang berkembang yang telah berhasil mengurangi separuh kemiskinan selama dua dekade terakhir, menjadi 10,9% pada tahun 2016.²
8. Indonesia telah memusatkan upayanya di bidang pertumbuhan ekonomi dan pembangunan pada pembangunan infrastruktur dan bantuan sosial, termasuk program yang berkaitan dengan perawatan kesehatan dan pendidikan, dengan fokus khusus pada orang yang hidup dalam kemiskinan. Dengan komitmen yang kuat demi kesehatan masyarakat, negara Indonesia telah membuat kemajuan signifikan dalam meningkatkan status kesehatan populasinya, termasuk harapan hidup dan terjadinya penyakit menular, seperti malaria dan tuberkulosis.
9. Sektor kesehatan telah berkembang dengan fokus yang kuat pada perawatan primer dan akses universal bagi sektor popu-

1 Lihat www.worldbank.org/en/country/indonesia/overview.

2 Ibid.

lasi yang lebih miskin. Jumlah yang cukup besar telah diinvestasikan dalam upaya untuk mengembangkan infrastruktur kesehatan, mewujudkan layanan dan dapat diaksesnya layanan, serta mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan, termasuk kemiskinan, pendidikan dan makanan, serta gizi, melalui kebijakan dan program yang berbeda.

10. Sejak tahun 1990-an, telah ada peningkatan yang cukup besar sehubungan dengan sebagian besar target dari Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals*), dalam hal ini Indonesia telah meraih 49 dari 67 target. Namun, target 5.A dari Tujuan Pembangunan Milenium tidak termasuk dalam target yang dicapai dan tingkat kematian pada fase neonatal, bayi dan bayi berusia di bawah 5 tahun masih tetap tinggi.
11. Dalam beberapa tahun terakhir, terus menurunnya permintaan global atas komoditas telah menyebabkan melunaknya pertumbuhan ekonomi. Selama masa ini, penciptaan lapangan kerja dan pengentasan kemiskinan telah melambat, hal ini berkontribusi pada penguatan ketidaksetaraan dan bentuk-bentuk diskriminasi yang majemuk, khususnya di antara kelompok-kelompok dalam situasi yang rentan.
12. Lebih dari 28 juta populasi Indonesia masih hidup di bawah garis kemiskinan dan sekitar 40% dari populasi berisiko jatuh ke dalam kemiskinan. Kesenjangan antara kaya dan miskin telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir dan mungkin semakin melebar. Pada 0,40, koefisien Gini Indonesia, yaitu suatu ukuran ketidaksetaraan, lebih tinggi daripada negara tetangga.³
13. Di balik upaya yang patut dihargai dan investasi berkelanjutan, ketersediaan, akses, dan kualitas layanan kesehatan tetap menjadi tantangan di negara di mana populasinya tersebar di ribuan pulau, beberapa di antaranya berada di daerah terpencil dan sulit dijangkau. Pemerintah telah meluncurkan sebuah agenda untuk mengembangkan Indonesia dari batas luar yang berfokus pada memajukan hak dan kesejahteraan orang yang tinggal di daerah terpencil dan perbatasan.⁴
14. Indonesia telah aktif terlibat dalam Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan sejak awal dan turut berperan serta dalam forum politik

3 Ibid.

4 Lihat A/HRC/36/7, para. 11.

tingkat tinggi di tahun 2017 tentang proses pengkajian ulang nasional sukarela atas pembangunan berkelanjutan. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 telah diselaraskan dengan target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan dan berisi tiga dimensi pembangunan, termasuk dimensi pembangunan manusia yang terdiri dari pendidikan, kesehatan dan perumahan.⁵

15. Meskipun demikian, Indonesia harus secara efektif menangani tingkat mortalitas dan morbiditas maternal, bayi dan bayi berusia di bawah lima tahun yang tinggi, ketidaksetaraan, kemiskinan dan perbedaan yang signifikan antara daerah perkotaan dan pedesaan. Sangat penting dalam hal ini untuk meningkatkan manajemen data yang terintegrasi, koordinasi kelembagaan serta ketersediaan dan kualitas data yang terkait dengan kesehatan.

B. Kerangka kerja normatif dan institusional

16. Indonesia bergabung dengan PBB pada bulan September 1950 dan telah meratifikasi dan mengaksesi hampir semua perjanjian hak asasi manusia internasional, kecuali untuk Konvensi Internasional tentang Perlindungan terhadap Semua Orang dari Tindakan Penghilangan Secara Paksa dan Protokol Pilihan pada Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain Yang Kejam, Tidak Manusiawi dan Merendahkan Martabat Manusia. Negara Indonesia telah meratifikasi dua Protokol Pilihan untuk Konvensi Hak-hak Anak mengenai Keterlibatan Anak-anak dalam Konflik Bersenjata dan Konvensi Hak-hak Anak mengenai Penjualan Anak, Prostitusi Anak dan Pornografi Anak.
17. Indonesia belum menerima prosedur pengaduan berdasarkan salah satu perjanjian hak asasi manusia internasional, situasi yang secara serius merongrong akses bagi korban terhadap pemulihan dan akuntabilitas yang berkenaan dengan penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan.⁶ Antara tahun 2015 dan 2017, Indonesia merupakan anggota Dewan Hak Asasi Manusia.

5 Indonesia, “*Voluntary national review (VNR): eradicating poverty and promoting prosperity in a changing world*”, 2017, hal. 1. Tersedia dari <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15705Indonesia.pdf>.

6 Indonesia belum meratifikasi Protokol Tambahan Kedua dari Kovenan Internasional tentang Hak Sipil dan Politik, yang bertujuan untuk menghapus hukuman mati.

18. Negara Indonesia telah menerima kunjungan dari Wakil Khusus Sekretaris Jenderal untuk Pembela Hak Asasi Manusia, pada tahun 2007, Pelapor Khusus tentang Perumahan yang Layak sebagai Komponen dari Hak untuk memperoleh taraf hidup yang layak dan hak untuk tidak diperlakukan secara diskriminatif dalam konteks ini, pada tahun 2013, dan Komisaris Tinggi PBB untuk Hak Asasi Manusia, pada Februari 2018. Saat ini, Indonesia memiliki 20 permintaan kunjungan yang luar biasa dari para pemegang mandat yang berbeda dan belum juga mengeluarkan undangan tetap untuk prosedur khusus dari Dewan Hak Asasi Manusia.
19. Indonesia belum meratifikasi Konvensi mengenai Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau WHO atau Konvensi Masyarakat Adat dan Suku, tahun 1989 (No. 169) dan Konvensi Pekerja Rumah Tangga, tahun 2011 (No. 189) dari Organisasi Buruh Internasional.
20. Pada bulan Mei 2017, situasi hak asasi manusia di Indonesia dipertimbangkan sebagai bagian dari siklus ketiga dari tinjauan berkala universal. Sebelum proses ini, Komite Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya dan Komite Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan telah mengulangi kekhawatiran mereka tentang kurangnya definisi yang jelas dan tentang kerangka normatif untuk melarang dan memberantas diskriminasi atas dasar apa pun. Kedua Komite menyoroti adanya peraturan daerah (perda) yang sangat diskriminatif, termasuk di Aceh, membatasi hak-hak perempuan dalam perilaku kehidupan sehari-hari mereka, tetapi juga hak-hak sektor lain dari populasi, seperti anak-anak, pekerja seks dan lesbian, gay, biseksual dan transgender.⁷
21. Laporan Kelompok Kerja tentang Tinjauan Berkala Universal (A/HRC/36/7) memuat sejumlah pengamatan dan rekomendasi terkait kesehatan yang mendapat dukungan dari Indonesia, termasuk beberapa hal yang terkait untuk: meningkatkan jaminan dan akses atas layanan kesehatan, terutama di daerah pedesaan dan terpencil; mengadopsi langkah-langkah legislatif dan kebijakan untuk memastikan bahwa perempuan dan remaja memiliki akses atas pendidikan seks dan layanan kesehatan reproduksi; mempercepat pengadopsian rancangan undang-undang tentang kesetaraan gender; memperkuat tindakan un-

⁷ Lihat E/C.12/IDN/CO/1, para. 6 and CEDAW/C/IDN/CO/6-7, para. 17.

tuk melindungi dan memajukan hak-hak para penyandang disabilitas; dan memajukan hak-hak perempuan dan anak-anak serta kebutuhan untuk melanjutkan perjuangan melawan kekerasan domestik.

22. Indonesia akan memeriksa sejumlah rekomendasi tinjauan berkala universal terkait kesehatan dengan maksud untuk memberikan tanggapan pada waktunya, termasuk rekomendasi terkait dengan: Kebijakan Narkoba dan penejaan hukuman mati untuk pelanggaran Narkoba; akses ke layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk kontrasepsi dan keluarga berencana, bagi perempuan tanpa memandag status perkawinan mereka; dan larangan semua bentuk mutilasi genital perempuan.
23. Di tingkat regional, Indonesia telah meluncurkan prakarsa penting yang berhubungan dengan kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan pemberantasan malaria dan perjuangan melawan HIV/AIDS.
24. Sesuai dengan pasal 28 (h) UUD 1945, yang mengalami perubahan terakhir pada tahun 2002, setiap orang memiliki hak untuk hidup sejahtera lahir dan batin, untuk memiliki tempat tinggal, untuk mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta untuk memperoleh perawatan kesehatan. Pasal 34 mencantumkan tentang hak untuk memiliki akses atas sistem jaminan sosial, terutama bagi mereka yang paling membutuhkan.⁸
25. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan berisi ketentuan umum, prinsip dan tujuan yang berkaitan dengan kesehatan, serta hak dan kewajiban semua orang yang berkaitan dengan perawatan kesehatan. UU ini menetapkan bahwa Pemerintah memiliki tanggung jawab untuk memberikan perawatan kesehatan, memastikan sumber daya untuk sektor kesehatan dan berusaha untuk mewujudkan tingkat kesehatan tertinggi bagi populasi.
26. Komnas HAM didirikan pada tahun 1993 melalui keputusan presiden yang digantikan oleh Undang-undang nomor 39 tahun 1999, yang menetapkan fungsi-fungsinya dan menyediakan pendanaan, keanggotaan, dan ruang lingkup kekuasaannya. UU nomor 26 tahun 2000 tentang Hak Asasi Manusia memberi Komnas HAM kekuatan untuk menyelidiki dugaan pelanggaran

8 Lihat www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_174556.pdf.

hak asasi manusia. Pada tahun 2008, UU nomor 40 tahun 2008 memberikan tanggung jawab tambahan kepada Komnas HAM terkait pencegahan diskriminasi ras dan etnis. Komisi ini telah diakreditasi dengan status A oleh *Global Alliance of National Human Rights Institutions* sejak tahun 2000 dan aktif di bidang isu-isu yang terkait dengan kesehatan.

27. Beberapa kebijakan, program, dan inisiatif publik berasal dari kerangka kerja normatif dan institusional ini, termasuk program Indonesia Sehat dan program Nusantara Sehat, serta komponen kesehatan dari Rencana Aksi Nasional Hak Asasi Manusia 2015–2019. Sejalan dengan rencana pembangunan nasional, Indonesia telah mengembangkan strategi kesehatannya untuk periode 2005-2025, yang memprioritaskan kesehatan ibu dan pencegahan penyakit tidak menular.

C. Sistem perawatan kesehatan nasional

28. Sistem kesehatan nasional saat ini berasal dari sistem *Jamkesmas* sebelumnya, yang didirikan pada tahun 2007 dan diarahkan pada segmen populasi yang hidup dalam atau berisiko kemiskinan dan tidak memiliki asuransi kesehatan. Sistem ini sepenuhnya dibiayai dari pendapatan pemerintah pusat, yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan dan diatur oleh Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
29. Indonesia telah menggabungkan penyediaan layanan kesehatan publik-swasta, dengan sektor publik memainkan peran dominan, terutama di daerah pedesaan dan untuk tingkat perawatan sekunder. Penyediaan layanan kesehatan publik didesentralisasikan ke tingkat kabupaten dalam kerangka UU nomor 23 tahun 2014, yang menetapkan bahwa baik pemerintah pusat maupun daerah harus mengalokasikan dana untuk penyediaan layanan kesehatan.⁹ Meskipun demikian, pemerintah pusat tetap merupakan sumber dominan dalam pembiayaan sektor kesehatan secara keseluruhan, tetapi pemerintah kabupaten memiliki kebijaksanaan tentang bagaimana anggaran dialokasikan dan berapa

⁹ Lihat www.indolaw.org/UU/Law%20No.%2023%20of%202014%20on%20Local%20Government.pdf.

banyak yang dibelanjakan untuk kesehatan.¹⁰ Akses fisik ke layanan kesehatan di Indonesia dianggap memadai, meskipun ada kekurangan dalam jumlah, dan tidak meratanya distribusi, profesional kesehatan

30. Dalam konteks Asia Tenggara, Indonesia membelanjakan relatif sedikit untuk layanan kesehatan. Pada tahun 2014, rata-rata regional untuk total pengeluaran untuk kesehatan sebagai persentase dari PDB adalah 4%. Di Indonesia, hal ini merupakan 2,85% dari PDB, dibandingkan 4,17% di Malaysia, 4,7% di Filipina dan 4,1% di Thailand. Pembelanjaan sebagai persentase dari pengeluaran swasta untuk kesehatan masih tinggi di Indonesia; pada tahun 2014, ini mencakup sekitar 75% pengeluaran swasta untuk kesehatan, dibandingkan dengan 78% di Malaysia, 81% di Filipina dan 53% di Thailand. Pengeluaran per kapita untuk kesehatan pada tahun 2015 (pada nilai tukar rata-rata) adalah \$111,8, dibandingkan dengan \$385,6 di Malaysia, \$126,9 di Filipina dan \$217,1 di Thailand.¹¹

Jalan menuju jaminan kesehatan semesta

31. Program Jamkesmas memiliki sejumlah keberhasilan, termasuk menyediakan jangkauan untuk lebih dari 40% rumah tangga miskin dan hampir miskin; meningkatkan tingkat penggunaan rawat jalan dan rawat inap di antara pemegang kartu program Jamkesmas; mengurangi tingkat pengeluaran fatal; dan meningkatkan partisipasi dari penyedia swasta. Namun, sistem ini ditinjau sebagai akibat dari kelemahan yang signifikan,¹² termasuk: Kurangnya jangkauan untuk hampir 60% populasi, termasuk di sektor informal; pengeluaran yang tinggi, bahkan di antara orang-orang yang menikmati jangkauan; kurangnya akses yang

10 Peter Heywood and Nida P. Harahap, "Public funding of health at the district level in Indonesia after decentralization — sources, flows and contradictions", *Australia and New Zealand Health Policy*, vol. 6, No. 13 (April 2009). Tersedia dari www.researchgate.net/publication/24282382_Public_funding_of_health_at_the_district_level_in_Indonesia_after_decentralization_-_Sources_flows_and_contradictions.

11 World Health Organization (WHO) Global Health Observatory data repository, health financing. Tersedia dari <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHED-CHEpcUSSHA2011?lang=en>.

12 The World Bank, "Key lessons learned from Jamkesmas to achieve universal health care in Indonesia", 30 January 2014. Tersedia dari www.worldbank.org/en/news/feature/2014/01/30/improving-jamkesmas-to-achieve-universal-health-care-in-indonesia.

setara terhadap layanan kesehatan yang berkualitas baik di daerah pedesaan terpencil; rendahnya tingkat kesadaran akan manfaat; dan rendahnya tingkat pemanfaatan layanan kesehatan. Selain itu, program ini dikenal karena mekanisme akuntabilitasnya yang buruk.¹³

32. Indonesia telah membuat komitmen yang berani, ambisius dan terpuji untuk mengembangkan sistem asuransi kesehatan semesta dan untuk mencapai jaminan kesehatan semesta pada tahun 2019. Intervensi sektor kesehatan yang dirancang untuk mendukung upaya pengentasan kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan telah dilakukan dengan tujuan meningkatkan status kesehatan populasi, dengan fokus pada, antara lain: angka kematian ibu, bayi dan bayi berusia di bawah 5 tahun; jangkauan yang mencakup layanan kesehatan reproduksi; pengaturan atas penyakit menular dan tidak menular; perluasan sistem jaminan sosial nasional; pemerataan penyaluran tenaga kesehatan; dan penyediaan obat-obatan dan vaksin di tingkat komunitas.¹⁴
33. Upaya untuk menerapkan jaminan kesehatan semesta dimulai pada Januari 2014, melalui sistem yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sistem asuransi kesehatan nasional menggunakan sistem pembayar tunggal, dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagai satu-satunya mekanisme, yang dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional. Sistem jaminan sosial nasional dilaksanakan melalui penerbitan, dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional, dari Kartu Indonesia Sehat. Pada akhir tahun 2016, 66,4% dari total populasi, termasuk 40% dari orang-orang dalam kelompok pendapatan terendah, telah dijangkau.¹⁵
34. Keterlibatan praktisi kesehatan swasta dengan sektor publik melalui jaminan kesehatan semesta sedang dipromosikan oleh Pemerintah dalam upaya untuk meningkatkan akses atas layanan perawatan kesehatan. Namun, terdapat kebutuhan untuk

13 Pandu Harimurti and others, "The nuts & bolts of Jamkesmas: Indonesia's Government-financed health coverage program", *Universal Health Coverage (UNICO) Studies Series 8* (World Bank, Washington, D.C., January 2013), pp. 8–9 and 20–22. Tersedia dari <http://documents.worldbank.org/curated/en/430821468044119982/pdf/749960REVISED0000PUBLI C00Indonesia1.pdf>.

14 Indonesia, "Voluntary national review, p. ix. Tersedia dari <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15705Indonesia.pdf>.

15 Ibid, p. viii.

mendefinisikan peran dan fungsi dalam sistem kesehatan di berbagai tingkat pemerintahan di bidang sumber daya manusia untuk kesehatan dan kinerja sektornya, serta untuk meningkatkan dan mengarahkan kembali pembiayaan sektor kesehatan, dan menentukan bagaimana lembaga kesehatan dapat mengembangkan dirinya untuk mendorong partisipasi masyarakat dan layanan pengguna yang efektif.¹⁶

Perawatan primer sebagai prioritas dalam memperkuat sistem perawatan kesehatan

35. Perawatan kesehatan primer dasar di Indonesia disediakan oleh jaringan umum puskesmas, masing-masing melayani daerah tangkapan sekitar 25.000–30.000 individu: tingkat penyediaan yang dianggap cukup memadai. Menurut informasi resmi, terdapat 9.767 puskesmas dan masing-masingnya harus dikelola oleh minimal sembilan jenis profesional kesehatan yang berbeda, yaitu: dokter, dokter gigi, perawat, bidan, petugas kesehatan masyarakat, petugas kesehatan lingkungan, ahli gizi, apoteker dan analis kesehatan. Namun, pada tahun 2016, hanya sekitar 1.200 Puskesmas yang memenuhi standar tenaga kesehatan yang disebutkan di atas.¹⁷ Sekitar sepertiga puskesmas juga menyediakan layanan rawat inap. Perbedaan signifikan dalam aksesibilitas geografis tetap menjadi tantangan, dalam hal ini orang-orang yang tinggal di daerah pedalaman terpencil atau di pulau-pulau kecil memiliki akses yang sangat sulit untuk mendapatkan layanan perawatan kesehatan.
36. Pada prinsipnya, Puskesmas harus memberikan rujukan ke rumah sakit umum sekunder dan tersier. Namun, dalam praktiknya, fungsi penjaga gawang dan rujukan puskesmas masih lemah. Tidak ada mekanisme yang efektif untuk mencegah pasien merujuk dirinya ke fasilitas tingkat yang lebih tinggi: pasien dapat langsung pergi ke rumah sakit sekunder atau tersier tanpa rujukan atau hanya mendapatkan surat rujukan dari puskesmas.
37. Sistem perawatan kesehatan primer yang ada merupakan jaringan infrastruktur yang mengesankan yang perlu didukung

16 WHO Country Cooperation Strategy 2011–2017. Tersedia dari http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136896/ccsbrief_idn_en.pdf;jsessionid=E2C142557D58D951BBDBCFB20A2F176?sequence=1.

17 Indonesia, “Voluntary national review, p. 38. Tersedia dari <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15705Indonesia.pdf>.

dan ditingkatkan, sehingga sebagian besar kondisi kesehatan dikelola secara efektif di tingkat perawatan primer dan hanya kasus-kasus rumit yang dirujuk ke spesialis dan rumah sakit. Selain itu, sistem perawatan kesehatan primer dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial seharusnya tidak hanya melayani orang miskin, tetapi juga harus memenangkan kepercayaan dari sektor masyarakat yang lebih makmur. Hal ini merupakan prasyarat penting demi keberlangsungan sistem perawatan kesehatan semesta.

38. Konsolidasi perawatan primer adalah dasar yang baik untuk mencapai jaminan penuh. Namun, tantangan yang signifikan tetap berkaitan dengan akses yang adil dan kualitas layanan di seluruh negeri, serta tata pemerintahan yang baik dan insentif untuk mengelola berbagai tingkat perawatan sebagai upaya untuk mendorong penggunaan perawatan primer.
39. Peran praktisi umum, perawat, pekerja sosial dan asisten kesehatan harus diperkuat dengan cara membangun kapasitas dan kompetensi mereka melalui program pembelajaran berkelanjutan. Insentif inovatif untuk mengkonsolidasikan posisi praktisi umum sebagai “penjaga gerbang” sistem perawatan kesehatan harus dipertimbangkan.

Ketimpangan regional dalam akses keperawatan kesehatan yang berkualitas baik

40. Tantangan khusus yang dihadapi oleh sistem perawatan kesehatan Indonesia berkaitan dengan disparitas geografis dan regional yang spesifik dan kompleks dalam hal indikator dan infrastruktur sosial-ekonomi, yang secara khusus mempengaruhi orang yang tinggal di bagian timur negara Indonesia dan di pulau-pulau terpencil.
41. Ketersediaan dan akses ke layanan kesehatan telah meningkat selama beberapa dekade terakhir dengan perluasan jaminan kesehatan melalui peningkatan infrastruktur, kepegawaian dan pembiayaan. Pelapor Khusus mengunjungi bagian timur negara Indonesia, termasuk Labuan Bajo dan Papua, dan mencatat beberapa inisiatif publik untuk mengatasi perbedaan yang disebutkan di atas. Program Nusantara bertujuan untuk mengembangkan layanan perawatan kesehatan primer di daerah perbatasan dan daerah yang kurang terlayani dan telah disusun sebuah skema yang antara lain berisi mengenai kewajiban dokter

spesialis menyelesaikan suatu periode layanan wajib di daerah-daerah tersebut.

42. Namun, Pelapor Khusus diberitahu tentang beberapa tantangan untuk memastikan akses terhadap layanan perawatan kesehatan yang berkualitas baik bagi populasi di provinsi-provinsi bagian timur negara Indonesia, terutama bagi mereka yang tinggal di Kepulauan Sunda Kecil dan orang Papua yang tinggal di kabupaten yang terpencil (subdivisi administratif) di dataran tinggi. Dia mencatat dengan prihatin bahwa penyakit yang dapat dicegah dan diobati (infeksi saluran pernafasan, campak, diare dan disentri) memakan sejumlah besar korban dan berpengaruh terhadap anggota masyarakat yang paling rentan, terutama anak-anak.
43. Berkenaan dengan Papua, Pelapor Khusus diberitahu bahwa, sesuai dengan kerangka otonomi khusus (UU Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua dan UU Nomor 35 Tahun 2008 tentang Perubahan atas UU Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua termasuk Provinsi Papua Barat), Provinsi Papua dan Papua Barat menerima alokasi anggaran kesehatan yang lebih besar daripada provinsi lain mana pun. Meskipun demikian, ia mengungkapkan penyesalan atas wabah roseola yang menyerang sembilan desa di Kabupaten Deiyai antara April dan Juli 2017 dan pecahnya pertusis (batuk rejan) di Kabupaten Nduga pada November 2015.¹⁸ Ketika berada di Jayapura, Pelapor Khusus bertemu dengan perwakilan komunitas lokal dan etnis Papua dan mengumpulkan informasi dan kesaksian mengenai tantangan utama dalam mengakses layanan kesehatan yang berkualitas baik. Sebagian besar desa di kabupaten terpencil di dataran tinggi menderita, karena kurangnya pusat kesehatan, peralatan medis dan tenaga medis yang berkualitas. Vaksinasi umum dan layanan imunisasi tidak disediakan secara konsisten, tidak ada mekanisme pemantauan yang memadai dan layanan kesehatan masyarakat tidak disampaikan secara adil. Dilaporkan bahwa personel militer telah dikerahkan dalam konteks wabah penyakit. Secara keseluruhan, terdapat kurangnya kepercayaan dalam layanan kesehatan yang tersedia dan orang Papua mengalami stigmatisasi dan diskriminasi dalam pengaturan layanan kesehatan.

18 See A/HRC/33/32, p. 61.

44. Pihak berwenang harus terus meningkatkan akses terhadap perawatan kesehatan yang berkualitas baik dan untuk membangun kapasitas struktur kesehatan di daerah-daerah terpencil. Anggota komunitas Adat, termasuk populasi asli Papua, harus memiliki akses penuh terhadap fasilitas kesehatan masyarakat, barang dan jasa, serta fasilitas, barang dan jasa yang berkaitan dengan faktor penentu kesehatan, seperti air yang aman dan layak minum dan makanan yang
45. memadai, serta sanitasi. Pengumpulan dan penggunaan data terpilah sangat penting dalam upaya untuk mencapai tujuan ini. Alat dan informasi promosi kesehatan yang sesuai dengan budaya harus dikembangkan dan disebarluaskan untuk mencegah penyakit menular dan tidak menular, khususnya di daerah terpencil. Anggota komunitas Adat, termasuk etnis Papua, harus dilatih sebagai pekerja kesehatan, diakreditasi sebagai praktisi medis dan diintegrasikan ke dalam sistem perawatan kesehatan di semua tingkatan. Kurikulum perawatan kesehatan harus mencakup pelatihan pekerja layanan kesehatan untuk memberikan layanan sesuai budaya.

Tantangan yang dihadapi sistem pada saat ini

45. Meskipun ada isu-isu manajerial dan ekonomi penting yang harus ditangani mengenai sistem saat ini, Pelapor Khusus ingin menyoroti isu-isu penting lainnya yang tidak boleh diabaikan oleh pembuat kebijakan di sektor kesehatan dan sektor lainnya yang terkait. Hal ini menyangkut prinsip-prinsip non-diskriminasi, akuntabilitas, partisipasi, pemberdayaan dan persetujuan tindakan medis setelah mendapat informasi yang cukup (*informed consent*) dan kebutuhan untuk melampaui model biomedis yang sempit, sehingga peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial diberikan perawatan yang holistik, adil dan sesuai etis.
46. Fokus untuk menjangkau orang miskin, menangani pengeluaran keuangan dan mengurangi pengeluaran fatal seharusnya tidak mengurangi perhatian yang diberikan pada tantangan struktural dan sistemik yang berasal dari pola diskriminasi yang berurat berakar pada dasar lain, seperti etnis, jenis kelamin, agama, kelahiran, cacat fisik atau cacat mental, status kesehatan (termasuk HIV/AIDS), orientasi seksual, identitas gender dan status hukum.

47. Rasa saling percaya di antara semua peserta dalam sistem asuransi perawatan kesehatan semesta merupakan elemen penentu keberhasilan. Hal ini adalah obat terbaik melawan penipuan, korupsi, diskriminasi dan stigmatisasi dan kesenjangan dan ketidakseimbangan dalam sistem perawatan kesehatan.
48. Di Indonesia, disparitas regional harus diatasi untuk menghindari alokasi yang tidak proporsional dari Dana Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk daerah perkotaan dan wilayah timur negara Indonesia. Kesehatan mental harus ditangani sebagai bagian penting dari kesehatan umum melalui pengembangan dan penggantian layanan kesehatan mental modern di bawah skema perawatan primer dasar. Layanan kesehatan reproduksi perlu ditingkatkan, dengan fokus khusus pada remaja dan pemuda. Tren saat ini yang berkaitan dengan morbiditas dan mortalitas, dengan tingkat penyakit tidak menular yang meningkat dan penyakit menular yang masih tinggi, perlu ditangani dengan cara yang kreatif.
49. Hal ini dan tantangan lainnya hanya dapat ditangani secara efektif jika semua elemen dan prinsip-prinsip tentang kerangka kerja hak atas kesehatan diarusutamakan ke dalam perumusan kebijakan dan implementasi kesehatan, termasuk nondiskriminasi, kesetaraan, partisipasi, dan akuntabilitas.
50. Alokasi anggaran nasional untuk kesehatan harus ditingkatkan dan pembayaran yang di luar anggaran harus dikurangi. Namun, peningkatan investasi dalam sistem perawatan kesehatan hanya masuk akal jika sistemnya efisien, transparan, ramah pengguna dan responsif. Agar sistem perawatan kesehatan menjadi efisien, investasi berkelanjutan dalam perawatan primer harus diberikan prioritas utama.
51. Sementara Pelapor Khusus memuji upaya yang dilakukan untuk berinvestasi dalam pelatihan para pekerja sektor kesehatan yang berada di garis depan, Pelapor Khusus ingin menggarisbawahi bahwa investasi besar diperlukan untuk meningkatkan kualitas dan meningkatkan jumlah pekerja kesehatan. Pelatihan keterampilan dan penyebaran geografis, dengan insentif inovatif, bagi para Dokter dan Pekerja Kesehatan lainnya tetap menjadi tantangan.

III. Kesehatan mental

52. Sejumlah inisiatif besar telah diluncurkan mengenai perawatan kesehatan mental, termasuk ketentuan untuk pengintegrasian kesehatan mental dasar ke dalam layanan kesehatan umum, pembangunan kapasitas sumber daya manusia, memastikan ketersediaan obat-obatan terjangkau dan layanan berbasis masyarakat yang dapat diakses.¹⁹ Pelapor Khusus mengunjungi rumah sakit kesehatan mental Suharto dan membiasakan dirinya dengan pendekatan dan tingkat profesional kesehatan mental di sektor publik.
53. Pedoman khusus telah dikembangkan oleh petugas kesehatan mengenai pelaksanaan layanan dan program kesehatan mental berbasis hak, termasuk program pelatihan untuk Dokter perawatan primer terkait manajemen dan pengembangan fasilitas dan layanan perawatan kesehatan. Namun, pada tahun 2011, sebagian besar Dokter dan Perawat perawatan primer belum menerima pelatihan resmi terkait pelayanan kesehatan mental praktis yang diperbarui.²⁰ Selain itu, ada disparitas mencolok secara geografis mengenai akses dan ketersediaan layanan dan fasilitas kesehatan mental, khususnya mempengaruhi orang-orang yang tinggal di daerah pedesaan dan terpencil.
54. Ada sekitar 600-800 Psikiater terlatih di Indonesia, atau 1 psikiater per 300.000-400.000 populasi. Negara ini memiliki 51 rumah sakit jiwa, melayani 16.056 pulau, termasuk rumah sakit umum dan 19 rumah sakit swasta yang berlokasi di 4 dari 34 provinsi. Dari 51 rumah sakit jiwa, diperkirakan 22 rumah sakit jiwa menyediakan layanan khusus, seperti Psikiatri anak.²¹ Selain itu, hanya 249 dari total 445 lembaga perawatan kesehatan umum yang menawarkan segala bentuk layanan perawatan kesehatan mental.²²

19 UU Nomor 18 Tahun 2014, pasal 7, 25, 26, 34-35, 40 dan 79.

20 Lihat www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/idn_mh_profile.pdf.

21 ASEAN Secretariat, *ASEAN Mental Health Systems* (Jakarta, 2016), p. 43. Tersedia dari <http://asean.org/storage/2017/02/55.-December-2016-ASEAN-Mental-Health-System.pdf>.

22 Human Rights Watch “*Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia*” (March 2016). Tersedia dari www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia.

55. Pelapor Khusus sangat prihatin dengan informasi yang diterima mengenai kondisi hidup di sebagian besar pusat kesehatan dan lembaga perawatan sosial yang mengindikasikan adanya kepadatan penghuni yang berlebihan, adanya perawatan yang dilakukan dengan tidak sukarela dan penggunaan pengasingan sebagai bentuk hukuman atau disiplin.²³ Perawatan yang dilakukan tidak dengan sukarela dan intervensi kejiwaan lainnya dalam fasilitas perawatan kesehatan dapat menjadi tindakan penyiiksaan dan perlakuan kejam semena-mena lainnya.²⁴
56. UU nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Mental mengamanatkan setiap provinsi untuk memiliki rumah sakit mentalnya sendiri (pasal 52) dan setiap kabupaten dan kota untuk membangun atau mendukung pendirian setidaknya satu fasilitas layanan berbasis masyarakat di luar sektor perawatan kesehatan mental (pasal 58).²⁵ Namun, UU nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Mental bermasalah dalam definisi dan penerapan prinsip *informed consent* dan pemaksaan, hal ini yang melanggengkan ketidakseimbangan kekuasaan dalam hubungan perawatan.
57. UU nomor 18 tahun 2014 membenarkan penggunaan pemaksaan berdasarkan prinsip-prinsip kebutuhan medis, faktanya orang yang bersangkutan mungkin tidak kompeten atau berbahaya dan adanya kebutuhan untuk membantu dia mengatasi hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. Dalam kondisi “ketidakstabilan” seperti itu, UU nomor 18 tahun 2014 memberi wewenang kepada anggota keluarga atau wali untuk mengambil keputusan medis atas namanya tanpa peninjauan kembali, termasuk mengenai dimasukkannya ke fasilitas kesehatan mental dan pemberian perawatan tanpa persetujuan dari yang bersangkutan.²⁶ Orang tersebut tidak dapat mengajukan banding atas dimasukkan dirinya ke fasilitas tersebut atau meninggalkan fasilitas tersebut sampai dia telah dilepaskan secara administratif.
58. *Informed consent* adalah elemen inti dari hak atas kesehatan, baik sebagai kebebasan dan sebagai pengaman integral untuk menikmati hak itu (A/64/272). Hak untuk memberikan *informed*

23 Ibid.

24 Lihat A/HRC/22/53, para. 64 and A/63/175, para. 50.

25 Lihat <http://jakartaglobe.id/news/indonesian-mental-health-law-passed-five-years/>.

26 UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Mental, pasal 21.

consent untuk perawatan dan rawat inap, termasuk hak untuk menolak pengobatan (lihat E/CN.4/2006/120, paragraf 82).

59. Negara harus sepenuhnya mengintegrasikan perspektif hak asasi manusia ke dalam layanan kesehatan mental dan masyarakat, dan mengadopsi, menerapkan dan memantau semua hukum, kebijakan dan praktik yang ada, dengan maksud untuk menghilangkan semua bentuk diskriminasi, stigma, kekerasan dan pengucilan sosial dalam konteks tersebut (Resolusi Dewan Hak Asasi Manusia 36/13 tentang kesehatan mental dan hak asasi manusia).

Penyandang disabilitas intelektual dan psikososial

60. Hak atas kesehatan sekarang dipahami dalam kerangka Konvensi tentang Hak-hak Penyandang Disabilitas. Oleh karena itu, aksi cepat diperlukan untuk secara radikal mengurangi paksaan medis dan memfasilitasi gerakan untuk menghentikan semua perawatan dan kurungan psikiatri yang dipaksakan.
61. Pelapor Khusus mengakui kemajuan signifikan yang dibuat berkaitan dengan ketentuan legislatif yang menjunjung tinggi hak-hak penyandang disabilitas dalam bentuk UU nomor 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Undang-undang ini mengatur penguatan kerangka hukum dan kapasitas kelembagaan, serta pengembangan mekanisme pemantauan dan evaluasi yang mempengaruhi kehidupan sehari-hari para penyandang disabilitas. Hal ini juga menguraikan ketentuan tentang penyusunan undang-undang tindak lanjut dan peraturan pelaksanaan di tingkat provinsi dan lokal, termasuk Peraturan Presiden dan Kementerian Sosial.²⁷
62. Namun, undang-undang ini tidak sepenuhnya sesuai dengan Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas, misalnya, UU ini gagal mengenali kapasitas hukum para penyandang disabilitas. Lebih jauh lagi, meskipun memuat ketentuan tentang hak kesehatan reproduktif para penyandang disabilitas, termasuk ketentuan khusus tentang perlindungan perempuan dan anak perempuan penyandang disabilitas yang menjadi korban kekerasan seksual,²⁸ namun UU ini diam tentang masalah hukum

27 Lihat http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fCO%2fIDN%2f27065&Lang=en.

28 UU Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, pasal 5 (2) and 125–127.

dari UU Nomor 1 tahun 1974 tentang Perkawinan, merujuk pada penyakit yang tidak disembuhkan dan cacat yang dimiliki istri adalah alasan sah untuk perceraian dan poligami.²⁹

63. Pada tahun 2011, Pemerintah meluncurkan kampanye untuk mengakhiri praktik belenggu yang merusak dan kejam. Kampanye ini kemudian mengarah pada kebijakan, pedoman, dan upaya yang jelas dalam hal itu. Inisiatif dalam bidang tersebut memiliki fokus pada peningkatan kesadaran tentang kesehatan mental, mengintegrasikan perawatan kesehatan mental ke dalam perawatan kesehatan primer, menyediakan obat kesehatan mental di tingkat pusat kesehatan masyarakat dan melatih staf kesehatan untuk mengidentifikasi dan mendiagnosis kondisi kesehatan mental dasar. Tim kesehatan mental masyarakat telah diciptakan oleh Pemerintah untuk melakukan kegiatan penjangkauan masyarakat, termasuk mengidentifikasi dan menyelamatkan orang-orang yang dibelenggu. Pada tahun 2015, sekitar 8.690 orang dengan cacat mental di 19 provinsi ditemukan dibelenggu: dari kasus-kasus tersebut, 7.961 telah ditangani, dengan menyediakan perawatan medis.³⁰
64. Kapasitas struktur kesehatan di daerah terpencil harus diperkuat dan mereka harus berorientasi pada layanan berbasis masyarakat dan didukung melalui alokasi anggaran yang besar, pelatihan staf yang memadai dan pemberdayaan penyandang disabilitas psikososial. Peran yang dimainkan oleh struktur kesehatan primer dan praktisi umum dan tim mereka adalah sangat penting. Diperlukan pendekatan terpadu untuk mencegah terjadinya belenggu digantikan dengan bentuk-bentuk pengkekangan dan kurungan lain yang melanggar hak asasi manusia.

IV. Populasi dan kelompok kunci

65. Ketimpangan dalam menikmati hak atas kesehatan di Indonesia dialami dalam bentuk hambatan yang menghalangi akses dan mempengaruhi kualitas layanan penting. Situasi ini secara tidak proporsional mempengaruhi kelompok dalam situasi kemiskinan dan orang yang tinggal di pulau-pulau kecil terpencil dan di provinsi-provinsi bagian timur.

29 Lihat www.cambridge.org/core/books/sharia-and-politics-in-modern-indonesia/the-law-of-the-republic-of-indonesia-number-1-of-the-year-1974-on-marriage/C93550E393785DF11BA9FA3385C34F90.

30 Lihat http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fIDN%2f1&Lang=en.

66. Selain itu, kelompok populasi tertentu menghadapi diskriminasi dan tantangan khusus dalam mewujudkan hak mereka atas kesehatan, seperti perempuan dan anak perempuan, pengguna Narkoba dan orang yang hidup dengan HIV/AIDS.

A. Perempuan dan anak perempuan

Kematian ibu dan morbiditas

67. Negara telah secara signifikan meningkatkan harapan hidup sektor-sektor tertentu dari populasi dan mengurangi tingkat kematian anak selama beberapa dekade terakhir. Penyelesaian program imunisasi tetanus ibu dan bayi pada bulan Mei 2016 patut dipuji.³¹
68. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi menggambarkan langkah ke depan mengenai upaya untuk menangani masalah kesehatan reproduksi. Pada tahun 2015, Kementerian Kesehatan mendukung rencana aksi nasional tentang kesehatan ibu pada periode 2016–2030. Meskipun demikian, sementara angka kematian bayi berusia di bawah 5 tahun telah berkurang separuhnya sejak tahun 1990-an, angka kematian ibu tetap berada di antara yang tertinggi di wilayah ini, yakni pada 305 kematian per 100.000 kelahiran pada tahun 2015,³² sementara kesehatan ibu di Provinsi Papua, Sulawesi, Maluku dan Nusa Tenggara tertinggal dibandingkan bagian lain di Indonesia.³³ Laporan menunjukkan bahwa sebagian besar kematian ibu adalah hasil dari komplikasi selama kehamilan, praktik persalinan yang tidak aman, kehamilan dini dan kelahiran yang buruk, serta perawatan setelah melahirkan, termasuk rendahnya tingkat kompetensi penolong persalinan dan buruknya akses atas layanan keluarga berencana. Penyebab mendasar lainnya termasuk variasi dalam ketersediaan dan akses

31 Lihat <http://indonesia.unfpa.org/en/news/indonesia-has-eliminated-maternal-and-neonatal-tetanus>.

32 Lihat http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/IDN/INT_CEDAW_IFN_IDN_26445_E.pdf.

33 Ada perbedaan besar terkait angka kematian bayi berusia di bawah 5 tahun, yang pada tahun 2012, mencapai 115 kematian per 1.000 kelahiran di Papua dan 28 per 1.000 di Riau. Lihat https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaea447.pdf; lihat juga, *Country Programme Action Plan 2016–2020: Government of Indonesia/United Nations Population Fund, Programme of cooperation between the Government of Indonesia and the United Nations Population Fund*, (Jakarta, 2016).

atas sistem rujukan yang berkualitas baik dalam hal perawatan obstetrik di keadaan darurat, terutama di daerah terpencil.

69. Situasi ini diperparah oleh kerangka normatif yang sangat membatasi terkait gangguan kehamilan, yang mengkriminalisasi aborsi dan penyediaan informasi atau nasihat khusus untuk aborsi dalam semua keadaan. Perempuan dan anak perempuan yang melakukan aborsi menghadapi hukuman penjara. Menurut pasal 346 KUHP, profesional kesehatan dapat dihukum karena melakukan aborsi ilegal, dengan hukuman hingga 10 tahun penjara. Perempuan dan anak perempuan yang meminta aborsi dapat dipenjara hingga 4 tahun.³⁴
70. Berdasarkan UU Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga dan pasal 299 dan 346–349 KUHP, aborsi hanya diperbolehkan jika hidup ibu atau janin berisiko atau di mana kehamilan adalah hasil pemerkosaan. Namun, undang-undang tersebut melanggar martabat dan otonomi dengan membatasi pengambilan keputusan oleh perempuan dan anak perempuan sehubungan dengan kesehatan seksual dan reproduksi mereka. Persyaratan hukum seperti memperoleh persetujuan dari suami atau, dalam kasus perkosaan, surat dokter dan pernyataan resmi dari penyidik polisi, psikolog atau ahli lain mengenai dugaan perkosaan dan dokumen yang berkaitan dengan proses konseling, telah membuat awamnya paksaan medis.³⁵ Legislasi yang paternalistik dan kurangnya alternatif berarti bahwa akses atas aborsi yang aman dan perawatan pasca-aborsi sangat terbatas, terutama untuk perempuan miskin dan muda.³⁶ Akibatnya, aborsi dilakukan di lokasi rahasia, menyebabkan komplikasi kesehatan yang parah yang menyebabkan kematian dari banyak anak perempuan dan perempuan muda setiap tahun.³⁷

34 Amnesty International, *Left without a choice. Barriers to reproductive health in Indonesia* (2010), p. 33. Tersedia dari www.amnesty.org/download/Documents/36000/asa210132010en.pdf.

35 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 75–76.

36 Amnesty International, *Left without a choice. Barriers to reproductive health in Indonesia* (2010), pp. 35–36. Tersedia dari www.amnesty.org/download/Documents/36000/asa210132010en.pdf.

37 Lihat Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, *The Roadmap to Accelerate Achievement of the MDGs in Indonesia* (2010), hal. 123. Lihat juga Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, *Report on the Achievement of Millennium Development Goals: Indonesia, 2007* (2007), hal. 52.

71. Stigma sosial yang kuat yang melekat pada seks pranikah lebih lanjut menghalangi perempuan dan anak perempuan yang belum menikah untuk mencari akses atas layanan antenatal dan pascanatal dan membiarkan mereka pada risiko kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit menular seksual, aborsi yang tidak aman dan eksploitasi.
72. UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa Pemerintah akan mengeluarkan panduan khusus untuk dokter dan profesional kesehatan mengenai penyediaan layanan aborsi dalam hal kehamilan yang mengancam jiwa atau dalam kasus perkosaan, tanpa diskriminasi terhadap dan sepenuhnya menghormati hak privasi para korban pemerkosaan. Terlepas dari upaya pihak berwenang, kesadaran mengenai status hukum aborsi belum meluas, baik di kalangan perempuan atau kalangan profesional kesehatan.

Hak kesehatan seksual dan reproduksi

73. Menurut laporan, terdapat lebih dari 65 juta orang muda yang berusia antara 10 dan 24 tahun di Indonesia, mereka mewakili sekitar 28% dari populasi.³⁸ Sekitar 5% remaja berusia antara 12 dan 19 tahun melaporkan bahwa mereka pernah melakukan hubungan seksual, dimana 83% melakukannya sebelum usia 14 tahun. Lebih dari separuh hubungan tersebut terjadi tanpa perencanaan, dengan 34% melaporkan telah menggunakan metode kontrasepsi modern, seperti kondom.³⁹
74. Inisiatif positif telah diluncurkan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung bagi kesehatan seksual dan reproduksi remaja, seperti penggabungan kesehatan seksual dan reproduksi remaja dalam Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019. Kebijakan dan program kesehatan dan keluarga berencana nasional telah menggabungkan kesehatan seksual dan reproduksi remaja dalam upaya memajukan penyampaian yang terkoordinasi atas layanan kesehatan yang ramah remaja di pusat kesehatan masyarakat untuk melindungi orang muda dari dan mencegah risiko yang

38 Lihat www.unicef.org/indonesia/children_2834.html.

39 Lihat www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_Country_Report_Indonesia_2007.pdf?ua=1 dan www.who.int/ncds/surveillance/gshs/UNICEF-GSHC-Report-Oct-07.pdf.

terkait dengan kesehatan seksual dan reproduksi mereka.⁴⁰ Bagaimanapun, UU yang bersifat menghukum dan interpretasi terbatas terhadap nilai-nilai dan keyakinan agama dan budaya membatasi pemberian layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang komprehensif, termasuk keluarga berencana dan metode kontrasepsi, kepada orang muda, remaja dan orang dewasa yang belum menikah, dan akses kelompok populasi tersebut ke layanan yang dimaksud (UU Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga dan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan).⁴¹

75. Banyak remaja, terutama anak perempuan dan mereka yang teridentifikasi sebagai lesbian, gay, biseksual dan transgender, terhalang untuk mendekati profesi kesehatan, karena takut dihakimi menurut norma-norma sosial atau hukum yang menstigmatisasi atau mengkriminalisasi perilaku seksual mereka.
76. Pendidikan seksualitas yang komprehensif tidak diintegrasikan dengan baik ke dalam kurikulum sekolah di Indonesia. Program pendidikan terkait sering terbatas pada biologi, pendidikan jasmani dan prokreasi, dan tidak membahas konsep hak asasi manusia, seksualitas, identitas gender atau karakteristik seks, termasuk identitas gender yang tidak sesuai. Program pendidikan juga memiliki penekanan yang lebih kuat pada larangan sebagai cara untuk menghindari infeksi menular seksual dan kehamilan yang tidak diinginkan daripada penyediaan informasi yang komprehensif dan berdasarkan bukti kepada orang muda dan remaja.
77. Ada kebutuhan untuk memperluas jaminan dan meningkatkan kualitas pendidikan seksualitas komprehensif berdasarkan usia, dan untuk memasukkan di dalamnya pemajuan kesetaraan gender dan penghormatan terhadap hak asasi manusia, untuk lebih memperhatikan kebutuhan semua anak dan remaja, mencegah terjadinya kehamilan dini dan infeksi menular seksual dan memenuhi kebutuhan orang-orang yang hidup dengan HIV/AIDS, anak di bawah umur yang mungkin tidak termasuk dalam pen-

40 Statistics Indonesia, *Indonesia Demographic and Health Survey: 2012: Adolescent Reproductive Health* (2013). Tersedia dari <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR281/FR281.pdf>.

41 United Nations, “*United Nations country team Indonesia: report for the universal periodic review of Indonesia, twenty-seventh session*”, April–May 2017.

didikan dan orang-orang yang tidak mengikuti norma-norma gender.

78. Layanan kesehatan seksual dan reproduksi paling dibutuhkan, terutama di kalangan perempuan dan remaja putri, termasuk: Akses atas kontrasepsi yang aman, dapat diandalkan, terjangkau dan berkualitas baik; Layanan kesehatan ibu yang komprehensif; Aborsi yang aman dan pengobatan untuk komplikasi yang timbul dari aborsi yang tidak aman; dan pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual dan HIV/AIDS (lihat E/CN.9/2014/4, paragraf 68-77). Layanan ini harus diberikan tanpa memandang usia, status perkawinan, orientasi seksual atau identitas gender. Bukti menunjukkan bahwa akses atas pendidikan seksualitas komprehensif memiliki dampak positif pada pengetahuan dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan remaja dan orang muda, dan pada sikap mereka terhadap kesetaraan gender (lihat E/CN.9/2014/4, paragraf 68).

Kekerasan berbasis gender

79. Kekerasan berbasis gender, termasuk kekerasan terhadap anak perempuan, perempuan dan transgender, ditandai sebagai masalah yang memprihatinkan. Laporan menunjukkan prevalensi kekerasan fisik, seksual, emosional, dan ekonomi yang meluas (tidak mengijinkan seseorang untuk bekerja atau menyita uang seseorang), sejumlah 2 dari 5 perempuan Indonesia (atau lebih dari 41%) pernah mengalami setidaknya satu dari empat jenis kekerasan selama masa hidupnya.⁴²
80. Kekerasan dalam rumah tangga di rumah dan dalam konteks hubungan pribadi merupakan mayoritas kasus yang dilaporkan yang melibatkan kekerasan seksual, termasuk pemerkosaan, dengan lebih dari 33% perempuan yang berusia antara 15 dan 64 tahun yang dilaporkan mengalami kekerasan oleh pasangan intim atau kekerasan seksual oleh non-mitra.⁴³ Namun, diperkirakan bahwa angka-angka yang dilaporkan hanya mewakili puncak gunung es, karena kekerasan tetap tidak dilaporkan secara luas, yang disebabkan norma-norma gender patriarkal dan stigma

42 Lihat www.unfpa.org/news/new-survey-shows-violence-against-women-wide-spread-indonesia.

43 Lihat http://indonesia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2016_SPHN_%28VAW_Survey%29_Key_Findings1_0.pdf.

terkait yang berlaku, dan bahwa ruang lingkup dan penegakan ketentuan hukum yang ada tetap tidak memuaskan.

81. Beberapa hukum dan kebijakan telah diadopsi untuk memperkuat kerangka hukum tentang perlindungan anak-anak dari kekerasan, termasuk Instruksi Presiden Nomor 5 Tahun 2014 tentang Gerakan Nasional Anti Kejahatan Seksual terhadap Anak dan Strategi Perlindungan Anak Nasional Periode 2015–2019. Pelapor Khusus menyambut baik penyertaan RUU tentang penghapusan kekerasan seksual dalam daftar prioritas program legislasi nasional 2017 untuk pembahasan di parlemen. Pelapor Khusus percaya bahwa RUU itu akan disahkan sebagai prioritas, untuk lebih memajukan hak atas kesehatan, sejalan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang berkaitan dengan perempuan dan anak perempuan.
82. Sementara negara mengambil langkah-langkah penting untuk memperkuat pengumpulan data dan sistem statistik untuk memenuhi standar internasional, terdapat juga kebutuhan untuk meningkatkan ketersediaan data berkualitas tinggi tentang kekerasan terhadap perempuan agar lebih menginformasikan kebijakan dan tindakan publik. Survei kekerasan terhadap perempuan pertama yang mengawali, dilakukan pada tahun 2016, merupakan langkah penting dalam arah ini.
83. Pelapor Khusus diberitahu tentang sikap diskriminatif dan kekerasan yang berakar kuat terhadap individu dan kelompok berdasarkan orientasi seksual dan identitas gender atau ekspresi gender mereka. Situasi yang dialami oleh lesbian, gay, biseksual dan transgender menjadi perhatian khusus, karena mereka tetap terisolasi dari jaringan pendukung utama, hidup dan bekerja di lingkungan yang sangat sulit dan menghadapi kekerasan dari masyarakat. Terdapat upaya-upaya terpuji untuk mengatasi diskriminasi dan pengucilan sosial terhadap orang-orang lesbian, gay, biseksual dan transgender dalam bentuk sejumlah peraturan dan prakarsa teknis dan kesejahteraan yang tersebar. Hal ini termasuk: Surat Edaran No. 6/X/2015 yang dikeluarkan oleh Kepala Kepolisian Negara RI dan menetapkan bahwa orientasi seksual adalah salah satu masalah utama yang terkait dengan perkataan yang mendorong kebencian; Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 27 tahun 2017 mencantumkan orang transgender dalam penyediaan layanan sosial; dan Peraturan Menteri Sosial No. 6 Tahun 2012 dan program “Peduli” Kemen-

terian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, yang keduanya memasukkan orang-orang lesbian, gay, biseksual dan transgender sebagai penerima manfaat.

84. Sikap diskriminatif dan hukum dan peraturan yang semakin membatasi mengenai pengekspresian orientasi seksual dan identitas gender telah berkontribusi terhadap peningkatan stigma dan pelecehan dalam pengaturan layanan kesehatan untuk lesbian, gay, biseksual dan transgender yang mencari layanan dan perawatan kesehatan seksual, termasuk penolakan penerimaan atau layanan dan kurangnya layanan kesehatan komprehensif yang disesuaikan dengan kebutuhan mereka. Peraturan di tingkat nasional dan subnasional menciptakan hambatan untuk mengakses layanan ini. Selain itu, kerahasiaan tidak selalu dijamin.
85. Banyak orang lesbian, gay, biseksual dan transgender tidak memanfaatkan layanan kesehatan karena takut akan stigma dan penolakan, terutama jika mereka takut ditangkap atau pelanggaran privasi dan pengungkapan seksualitas atau identitas gender mereka kepada keluarga dan komunitas mereka. Untuk mengatasi masalah ini, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan modul pelatihan dan materi pendidikan untuk tenaga kesehatan.
86. Namun, Pelapor Khusus mendengar kesaksian dan disajikan dengan bukti kekerasan dan diskriminasi terhadap perempuan transgender, yang menghadapi bentuk-bentuk kekerasan ekstrem berdasarkan orientasi seksual dan identitas dan ekspresi gender mereka. Perempuan transgender juga menderita pelecehan di bawah undang-undang yang berkaitan dengan ketertiban umum atau perilaku tidak bermoral, termasuk dari aparat penegak hukum, dan ketidakpastian hukum ketika mencoba untuk mendapatkan dokumen identitas. Dalam pengaturan layanan kesehatan, perempuan tersebut diuji secara paksa untuk HIV/AIDS, diidentifikasi berdasarkan kertas identitas mereka, yang tidak mencerminkan status seks mereka saat ini, dan ditempatkan di bangsal laki-laki, di mana mereka mengalami kekerasan dan pelecehan yang serius.
87. Situasi di Provinsi Aceh sangat mengkhawatirkan, karena peraturan tahun 2014 mengubah KUHP untuk memasukkan prinsip-prinsip hukum syariah tertentu, yang berlaku untuk umat Islam dan, dalam kasus-kasus tertentu, kepada non-Muslim. Peraturan

tersebut memuat ketentuan-ketentuan yang mengkriminalisasi tindakan seksual konsensual, sesama jenis dan semua hubungan seksual di luar nikah, dan memberikan sanksi hingga 100 cambukan dan hukuman penjara hingga 100 bulan untuk tindakan seksual sesama jenis yang konsensual. Hukuman juga dikenakan terhadap orang-orang yang dianggap tidak berperilaku sesuai dengan prinsip-prinsip moral, seperti berpakaian sesuai dengan seks biologis seseorang.

88. Pelibatan orang berdasarkan orientasi seksual dan identitas gender mereka sangat mengkhawatirkan, seperti juga praktik melabeli mereka sebagai sakit jiwa atau menderita “gangguan kejiwaan” yang memerlukan perawatan dan pernyataan yang membandingkan “pertarungan” melawan homoseksualitas hingga perang modern. Klasifikasi semacam itu melanggengkan prasangka dan diskriminasi dan telah digunakan sebagai dalih untuk perlakuan paksa, evaluasi psikiatri dan prosedur untuk mengubah orientasi seksual seseorang, yang disebut sebagai terapi korektif. Terapi semacam itu tidak dapat diterima dari perspektif hak asasi manusia, tidak ilmiah dan tidak etis dan memiliki dampak negatif yang serius pada kesehatan mental dan kesejahteraan orang-orang yang bersangkutan.
89. Mahkamah Konstitusi saat ini sedang memeriksa petisi yang berusaha untuk mengkriminalisasi konsensual, perilaku sesama jenis dan meningkatkan hukuman untuk aktivitas seksual di luar nikah. Amandemen yang diusulkan terhadap KUHP mencakup batas-batas distribusi pasokan kontrasepsi dan penyediaan informasi tentang kontrasepsi. Amandemen, jika disetujui, berisiko menciptakan hambatan tambahan bagi perempuan dan populasi kunci tertentu dalam merealisasikan hak mereka atas kesehatan dan akan menjadi kontraproduktif dari perspektif kesehatan masyarakat.

Praktik berbahaya: Pernikahan Anak dan Mutilasi Genital Perempuan

90. Situasi perempuan dan anak perempuan, yang menghadapi bentuk-bentuk diskriminasi yang luar biasa, karena latar belakang sosial, budaya dan agama mereka, menjadi perhatian khusus. Kelompok ini termasuk perempuan dan anak perempuan yang terpapar dengan praktik tradisional yang berbahaya, seperti pernikahan anak dan mutilasi genital perempuan.

91. Di Indonesia, prevalensi pernikahan anak masih sangat tinggi: Diperkirakan 3.500 anak perempuan menikah setiap hari, sejumlah 1 dari 7 anak perempuan menikah sebelum usia 18 tahun, dengan tingkat setinggi 35% di beberapa provinsi.⁴⁴
92. Anak perempuan yang tinggal di daerah pedesaan, yang berasal dari rumah tangga yang lebih miskin dan dengan akses pendidikan yang terbatas atau tidak ada sama sekali, mereka lebih mungkin untuk menikah dini. Legislasi menetapkan usia untuk menikah pada usia 21 tahun untuk laki-laki dan perempuan. Ada pengecualian untuk batas usia: anak perempuan berusia 16 tahun dan anak laki-laki berusia 19 tahun dapat menikah dengan izin orang tua mereka. Undang-undang ini mencakup klausul yang memungkinkan anak perempuan yang berusia di bawah 16 tahun untuk menikah, jika orang tua mereka mendapatkan dispensasi dari pengadilan agama atau distrik setempat.⁴⁵ Setiap tahun, diperkirakan 300.000 anak perempuan dilaporkan menikah sebelum usia 16 tahun.⁴⁶
93. Dalam upaya untuk mengurangi kejadian seks pranikah dan mengurangi rasa malu yang dirasakan oleh seorang anak perempuan yang belum menikah dan anak-anak yang lahir di luar nikah, pihak berwenang tertentu memperpanjang dispensasi, sehingga mendorong pernikahan di bawah umur.
94. Pernikahan anak tidak hanya merupakan pelanggaran terhadap hak-hak dasar perempuan, tetapi juga memiliki konsekuensi kesehatan, gender dan sosial ekonomi yang signifikan. Pernikahan dini sering dikaitkan dengan peningkatan risiko kehamilan dini dan kehamilan yang sering terjadi, dengan anak perempuan yang menikah sering tidak dapat secara efektif menegosiasikan seks aman, membuat mereka rentan terhadap infeksi menular seksual, termasuk HIV.⁴⁷
95. Dimasukkannya pernikahan anak sebagai prioritas dalam rencana

44 United Nations Children's Fund (UNICEF), *The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child* (2016).

45 UU Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan.

46 Lihat www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/11/UNICEF-Indonesia-Child-Marriage-Factsheet-1.pdf.

47 UNICEF, "*Child marriage in Indonesia: progress on pause*". Tersedia dari https://www.unicef.org/indonesia/UNICEF_Indonesia_Child_Marriage_Reserach_Brief_.pdf.

pembangunan jangka menengah nasional untuk periode 2015–2019, dan pengadopsian beberapa peraturan untuk melindungi anak perempuan dari pernikahan anak patut dihargai. Penting bahwa langkah-langkah ini dilaksanakan secara efektif, sejalan dengan target dan indikator Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang terkait dengan penghapusan pernikahan anak.

96. Mutilasi/pemotongan genital perempuan, yang menurut berbagai definisi, termasuk yang digunakan oleh WHO, termasuk sunat perempuan di bawah tipe I dan IV, telah dipraktikkan secara luas di seluruh Indonesia. Pada tahun 2013, survei kesehatan dasar yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, menemukan bahwa 51% anak perempuan berusia antara 0 dan 11 tahun telah disunat.
97. Prevalensi dari praktik ini mengkhawatirkan dan otoritas kesehatan telah mengeluarkan peraturan yang melarang profesional kesehatan untuk melakukan prosedur tersebut, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1636 Tahun 2010. Namun, pengembangan kebijakan ini belum banyak disebarluaskan. Laporan-laporan mengindikasikan bahwa medikalisasi praktik berbahaya ini diperluas untuk kepentingan prosedur yang “lebih aman dan higienis”, bertentangan dengan peraturan WHO.⁴⁸ Di masyarakat pedesaan, di masa lalu, prosedur dilakukan oleh dukun bayi, tetapi, baru-baru ini, mereka telah digantikan oleh bidan dalam hal ini.
98. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1636 Tahun 2010 berisi sejumlah kontradiksi hukum yang berisiko mendukung mutilasi genital perempuan. Pasal 1 dari peraturan tersebut, misalnya, tidak menganjurkan praktek, menegaskan bahwa mutilasi genital perempuan tidak memiliki manfaat medis. Namun, artikel 2 menerima praktik tersebut, menguraikan bahwa hal itu dapat dilakukan sesuai dengan pedoman yang dikeluarkan oleh dewan untuk pertimbangan kesehatan dan agama. Untuk menghindari inkonsistensi dalam hukum dan praktik, dan untuk melindungi hak-hak perempuan dan anak perempuan, langkah-langkah yang efektif dan tepat, dilengkapi dengan pendidikan yang peka budaya dan kampanye kesadaran masyarakat, harus diambil untuk menghapuskan mutilasi genital perempuan.

48 World Health Organization (WHO), “*Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*” (2010).

99. Praktik ini merupakan penyangkalan terhadap martabat dan integritas mereka yang terkena dampak, didasarkan pada diskriminasi dan kekerasan yang tidak dapat diterima berdasarkan jenis kelamin, gender, usia dan bidang lain dan sering menyebabkan kerusakan fisik atau psikologis yang parah.⁴⁹ Pengambilan sebagian atau seluruhnya dari alat kelamin perempuan eksternal, atau cedera organ kelamin perempuan, untuk alasan nonmedis atau nonkesehatan, dapat menyebabkan konsekuensi kesehatan jangka pendek dan jangka panjang. Praktik ini menyangkal anak perempuan dan perempuan berkesempatan untuk membuat keputusan independen tentang intervensi yang memiliki efek abadi pada tubuh mereka dan yang melanggar otonomi dan kontrol mereka atas kehidupan mereka.

B. Orang hidup dengan HIV/AIDS

100. Indonesia memiliki prevalensi HIV/AIDS yang relatif rendah, yang pada tahun 2016, mempengaruhi sekitar 0,4% populasi pada kelompok usia 15–45 tahun. Namun, prevalensi tetap cukup tinggi di antara populasi kunci tertentu, khususnya pria yang berhubungan seks dengan pria (25,8%), pengguna Narkoba dengan alat suntik (28,7%) dan transgender (24,8%). Selama beberapa tahun terakhir, sifat epidemi telah berubah dan sebagian besar kasus infeksi baru ditularkan secara seksual. Menurut data yang tersedia, hanya 35% orang yang hidup dengan HIV/AIDS yang tahu status mereka, cakupan orang dewasa dan anak-anak yang menerima pengobatan antiretroviral cukup rendah (sekitar 13%), dan pengetahuan tentang pencegahan HIV di antara orang muda harus ditingkatkan.⁵⁰
101. Analisis epidemi menunjukkan bahwa sebagian besar kasus terkonsentrasi di beberapa provinsi, terutama Jakarta, Papua dan Provinsi Papua Barat, yang mengalami epidemi umum.⁵¹ Diperkirakan bahwa 2,4% dari populasi umum di Provinsi Papua

49 Komite Hak Anak, komentar umum No. 15 (2013) tentang hak anak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai, para. 9; Komite Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan, rekomendasi umum 19 (1992) tentang kekerasan terhadap perempuan, para. 20; Rekomendasi umum bersama No. 31 Komite Penghapusan Diskriminasi Terhadap Perempuan/komentar umum No. 18 dari Komite Hak Anak (2014) tentang praktik-praktik berbahaya.

50 Lihat www.unaids.org/en/regionscountries/countries/indonesia/.

51 National AIDS Commission, Laporan 2014, h. 16. Tersedia dari www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/IDN_narrative_report_2014.pdf.

hidup dengan HIV: prevalensi HIV dilaporkan lebih tinggi di antara orang muda berusia 15-20 tahun.

102. Selama dekade terakhir, ada komitmen serius dari pihak berwenang untuk melawan penyebaran infeksi dan memberikan akses atas pengujian dan pengobatan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS, termasuk dengan menangani penularan dari ibu ke anak melalui program pencegahan dan pengobatan yang ditargetkan. Namun, sementara tes HIV di Indonesia secara substansial telah meningkat secara keseluruhan, jumlahnya masih rendah dan cakupan untuk pengobatan antiretroviral adalah salah satu yang terendah di wilayah tersebut.⁵²
103. Sejak tahun 2009, total pengeluaran pemerintah untuk HIV/AIDS telah meningkat: situasi yang harus dipuji. Namun, sebagian besar pendanaan itu masih berasal dari mitra internasional, termasuk Global Fund untuk Memerangi AIDS, Tuberkulosis dan Malaria, yang meningkatkan kekhawatiran tentang keberlanjutan kebijakan dan program HIV/AIDS. Pendanaan di tingkat distrik dianggap tidak mencukupi, yang membatasi akses ke perawatan dan layanan.⁵³
104. Pelapor Khusus diberitahu bahwa Komisi AIDS Nasional tidak akan ada lagi pada tahun 2018 dan bahwa fungsi dan tanggung jawabnya akan diserap oleh Kementerian Kesehatan. Pihak berwenang harus membentuk badan independen untuk memantau situasi, melaksanakan dan mengkoordinasikan program, dan terlibat dengan populasi kunci. Kementerian tersebut harus diberikan sumber daya yang cukup untuk memerangi penyebaran AIDS secara efektif dan mencapai tujuan penghapusannya pada tahun 2030.
105. Kerangka kerja normatif, kebijakan dan kelembagaan yang ada bertindak sebagai penghalang serius untuk mengakses perawatan dan layanan, menghambat efektivitas tanggapan HIV. Homoseksualitas dan kerja seks dikriminalisasi pada tingkat nasional dan provinsi, dan sebagian besar perundangan dan peraturan lokal mengandung ketentuan yang mengkriminalisasi kerahasiaan, pemaparan dan transmisi, dan yang memberlakukan pengujian wajib. Situasi ini tidak sesuai dengan kewajiban yang

52 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Country Programme 2017–2020: Indonesia*, p. 22.

53 UNAIDS, “Indonesia report NCPI”, 2013.

timbul dari hak atas kesehatan dan hak asasi manusia lainnya, karena merupakan diskriminasi atas dasar status kesehatan dan melanggar hak privasi, otonomi dan untuk menolak pengobatan.

106. Pelapor Khusus diberitahu tentang diskusi yang sedang berlangsung dalam konteks pasal 481 dari rancangan revisi reformasi KUHP yang mengkriminalisasi distribusi konsepsi, termasuk kondom, kecuali dilakukan oleh pejabat kesehatan yang berkualitas. Langkah ini akan berdampak negatif pada program pencegahan, karena petugas penjangkauan, banyak dari mereka bukanlah petugas kesehatan yang berkualitas, yang tidak akan lagi dapat melakukan tugas penting ini.
107. Laporan dan kesaksian yang dikumpulkan selama kunjungan menunjukkan bahwa stigmatisasi dan diskriminasi, khususnya dalam pengaturan layanan kesehatan, merupakan penghalang utama yang mencegah populasi kunci dari memperoleh akses atas pengobatan dan layanan. Akibatnya, populasi tersebut cenderung menghindari layanan kesehatan. Meskipun adopsi kebijakan dan program yang berkaitan dengan kesehatan yang menargetkan populasi kunci patut dihargai, hal tersebut tidak mengimbangi dampak kriminalisasi, yang merupakan penghalang serius bagi kenikmatan, oleh mereka yang berisiko, dari hak atas kesehatan, dan yang membuat mereka menjauh dari layanan yang mereka butuhkan dan meningkatkan risiko yang terkait dengan kesehatan bagi masyarakat secara keseluruhan.
108. Selain itu, ada kesalahpahaman sosial yang menghubungkan HIV/AIDS dengan perilaku tidak bermoral, yang menunjukkan tingkat pemahaman yang rendah di kalangan masyarakat umum tentang perilaku berisiko HIV/AIDS. *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) telah mengkritik cara penularan HIV yang digambarkan di beberapa buku sekolah berdasarkan mitos dan kesalahpahaman yang tersebar luas.⁵⁴
109. Diperlukan lebih banyak upaya untuk secara efektif menjangkau mereka yang paling berisiko dan memastikan akses atas layanan berbasis bukti yang berkualitas baik, termasuk dengan bekerja dalam kemitraan erat dengan populasi kunci yang terkena dampak. Kampanye kesadaran publik, pendidikan, dan informasi

54 Lihat <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002473/247396E.pdf>.

berbasis bukti diperlukan untuk mengatasi kesalahpahaman yang meluas tentang HIV/AIDS.

110. Situasi di Papua, yang memiliki tingkat epidemi dan infeksi umum yang tertinggi di tingkat nasional, menjadi perhatian khusus. Pelapor Khusus mencatat kebijakan HIV/AIDS tertentu di Papua, di mana tes HIV ditawarkan kepada semua pengguna layanan kesehatan, terlepas dari gejala mereka, sementara di provinsi lain, tes HIV hanya ditawarkan kepada anggota populasi yang berisiko tinggi. Selain hal ini dan upaya terpuji lainnya, etnis Papua saat ini dua kali lebih mungkin untuk memiliki HIV/AIDS daripada populasi lainnya, dan tingkat infeksi sedang meningkat di bagian negara ini. Situasi di Wamena, Timika, dan Kabupaten Nabire menunjukkan bahwa epidemi tersebut bergerak dari daerah pesisir ke dataran tinggi, tempat sebagian besar orang Papua tinggal, yang seringkali di daerah terpencil.
111. Etnis Papua menghadapi tantangan penting ketika menyangkut kesadaran, pengujian, perawatan dan layanan yang terkait dengan kesehatan, baik dalam hal akses, tetapi juga efektivitas tanggapan, mengingat faktor sejarah, sosial ekonomi dan budaya yang merugikan. Perempuan memiliki risiko khusus dalam konteks ini, di mana sebagian besar infeksi baru ditularkan secara seksual. Situasi kritis ini layak mendapat perhatian khusus dan upaya dari semua pemangku kepentingan untuk membangun kepercayaan di antara penyedia layanan dan pengguna, tetapi juga untuk meningkatkan investasi di sektor kesehatan dan untuk meningkatkan akses ke perawatan dan layanan dengan cara yang peka budaya.
112. Diperlukan lebih banyak usaha untuk secara aktif menjangkau populasi tersebut, baik sebagai tindakan pencegahan dan juga untuk memastikan akses yang efektif atas layanan kesehatan. Modul pendidikan berbasis usia, berbasis bukti tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS harus dimasukkan dalam kurikulum sekolah.
113. Sasaran 3.3 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan ditujukan, antara lain, untuk mengakhiri epidemi AIDS pada tahun 2030. Untuk mencapai target ini dan untuk terus memimpin upaya di kawasan ini, Indonesia perlu memajukan perubahan normatif dan sosial yang diperlukan untuk mencapai tidak adanya diskriminasi, khususnya dalam layanan perawatan kesehatan.

C. Pengguna Narkoba

114. Indonesia secara tradisional bukan produsen utama obat-obatan terlarang, tetapi telah menjadi negara transit utama untuk perdagangan zat-zat tersebut.⁵⁵ Penggunaan Narkoba terus meningkat dalam beberapa tahun terakhir, dengan obat-obatan sintetis, termasuk metamfetamin, ekstasi dan, pada tingkat yang lebih rendah, amfetamin, menjadi semakin tersedia.
115. Data nasional menunjukkan bahwa, pada tahun 2015, lebih dari 4 juta orang (sekitar 2,2% dari populasi) menggunakan Narkoba.⁵⁶ Selain itu, prevalensi HIV di kalangan orang-orang yang menyuntikkan Narkoba saat ini sangat tinggi. Antara tahun 2009 dan tahun 2014, prevalensi HIV di antara orang-orang yang menyuntikkan Narkoba meningkat dari 27% menjadi 39,7%. Hal ini menjadikan Indonesia negara di kawasan dengan tingkat HIV tertinggi kedua di antara kelompok populasi ini.⁵⁷
116. Indonesia adalah pihak dalam Konvensi Tunggal mengenai Narkotika, 1961, Konvensi tentang Zat-Zat Psicotropika, 1971, dan Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika dan Psicotropika, dan telah mengadopsi pendekatan hukuman terhadap penggunaan dan pasokan Narkoba dalam upaya untuk mencegah penggunaan dan mengekang perdagangan. Hukuman untuk kejahatan terkait Narkoba cukup tinggi, termasuk hukuman mati, yang digunakan sebagai upaya terakhir dalam kasus perdagangan Narkoba dan setelah pemulihan dalam negeri telah kehabisan daya dan telah digunakan pada beberapa kesempatan sejak tahun 2013. Pemberlakuan penahanan yang terlalu sering terhadap kejahatan yang terkait Narkoba menyebabkan kepadatan di penjara dan sebagai konsekuensi logisnya kerusakan kondisi penahanan.

55 UNODC, *Country Programme 2017–2020: Indonesia*, pp. 12–14. Tersedia dari www.unodc.org/documents/indonesia/publication/2017/UNODC_Country_Programme_2017_-_2020.pdf.

56 Lihat <http://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol20-issue4/Version-5/H020454246.pdf>; <http://iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol20-issue8/Version-2/A020820103.pdf> dan http://bnn.go.id/_multimedia/document/20161208/survei_2015_-_english_version_isbn_final_cetak.pdf.

57 UNODC, *Country Programme 2017–2020: Indonesia*, p. 21. Tersedia dari www.unodc.org/documents/indonesia/publication/2017/UNODC_Country_Programme_2017_-_2020.pdf.

117. Pasal 127 UU Nomor 35 tahun 2009 mengkriminalisasi penggunaan Narkoba dan kepemilikan sejumlah kecil obat-obatan terlarang untuk penggunaan pribadi dan gagal membuat perbedaan antara pengguna biasa dan mereka yang mungkin memiliki masalah ketergantungan. Dalam langkah positif, UU Nomor 35 tahun 2009 menyediakan mekanisme untuk mengalihkan orang-orang yang menggunakan Narkoba jauh dari sistem penjara dan menuju pengobatan. Namun, pasal 55 dan 128 UU ini juga menetapkan pendaftaran wajib, pelaporan diri dan pelaporan terhadap orang yang menggunakan Narkoba.
118. Kriminalisasi atas penggunaan Narkoba, bersama dengan pelaporan wajib dan rehabilitasi, hanya menghasilkan lebih banyak diskriminasi, kekerasan dan pengucilan. Kriminalisasi belum terbukti menjadi cara yang efektif untuk membatasi penyalahgunaan obat-obatan terlarang atau perdagangan obat-obatan terlarang: kriminalisasi membuat individu menjauh dari layanan kesehatan yang mereka butuhkan, yang secara serius merongrong upaya kesehatan masyarakat.
119. Upaya-upaya yang dilakukan untuk mengatasi penggunaan Narkoba melalui langkah-langkah non-penahanan harus diakui; sementara memberikan yurisdiksi kepada pengadilan pidana atas masalah kesehatan masyarakat dapat mengarahkan pada bentuk pengobatan yang koersif. Penggunaan Narkoba tidak boleh merupakan tindak pidana dan tindakan restoratif harus dilakukan untuk mengatasi perilaku tersebut di luar sistem peradilan pidana, terutama untuk remaja dan orang muda.
120. Layanan dan pengobatan penyalahgunaan Narkoba sebagian besar disediakan oleh sektor publik, tetapi pihak berwenang yang relevan telah mengakui tantangan dalam menyediakan layanan yang berkualitas dan memadai. Sejak tahun 2002, Indonesia telah menerapkan kebijakan pengurangan-bahaya dasar, termasuk program pertukaran jarum suntik dan pengobatan substitusi opioid. Selain itu, program-program rehabilitasi umum, berbasis masyarakat, telah dibentuk dan tersedia di daerah-daerah prioritas yang dianggap berisiko berdasarkan tingkat infeksi HIV dan berdasarkan jumlah orang yang menyuntikkan Narkoba yang dilaporkan di dalamnya.
121. Pelapor Khusus mengunjungi pusat kesehatan dengan program dan layanan khusus bagi pengguna Narkoba. Struktur semacam

itu menyediakan layanan konseling dan pengurangan bahaya, tetapi jumlahnya masih sedikit dan tidak memenuhi kebutuhan populasi tertentu, seperti remaja dan orang muda. Dikabarkan, diskriminasi sosial merupakan penghalang penting bagi banyak pengguna narkoba yang ingin mengakses pengobatan dan layanan ketergantungan Narkoba serta pencegahan, pengobatan, dan perawatan HIV. Penggunaan Narkoba adalah tindakan yang ilegal, oleh karena itu, tes obat positif dan / atau kepemilikan jarum dan alat suntik dapat menarik perhatian dari aparat penegak hukum.⁵⁸

122. Interaksi layanan kesehatan dengan pengguna Narkoba di Indonesia sebagian besar didasarkan pada penegakan hukum dan tidak menghormati beberapa elemen dasar dari hak atas kesehatan, termasuk *informed consent* dan hak untuk menolak pengobatan. Layanan kesehatan yang memadai harus diberlakukan berdasarkan *informed consent* dan hak untuk menolak pengobatan, hal ini merupakan sebuah elemen kunci atas martabat dan otonomi dari orang-orang yang terkena dampak. Diperlukan lebih banyak investasi dalam program pencegahan, pendidikan, dan informasi tentang penggunaan Narkoba.

58 Ibid., hal. 22.

V. Kesimpulan dan rekomendasi

123. Ada peluang nyata dan komitmen yang tulus untuk mencapai realisasi progresif hak atas kesehatan di Indonesia. Negara Indonesia berada di garis depan gerakan global menuju Tujuan Pembangunan Berkelanjutan dan Agenda 2030, dan sekarang memimpin jalan menuju jaminan kesehatan semesta, suatu elemen kunci dalam mengembangkan sistem perawatan kesehatan yang adil dan berkelanjutan.
124. Hal ini merupakan ilustrasi dari kemauan politik dan sebuah tanda bahwa kepemimpinan Indonesia memahami hubungan intrinsik antara pembangunan yang berkelanjutan dan inklusif dengan kebutuhan untuk berinvestasi dalam hak atas kesehatan, termasuk dalam sistem kesehatan yang adil. Agar tujuan ambisius ini tercapai, kesenjangan dan tantangan yang berkaitan dengan pemenuhan hak atas kesehatan perlu diidentifikasi dan ditangani secara komprehensif.
125. Otoritas publik perlu meningkatkan upaya untuk mengatasi masalah struktural dan sistemik, baik dalam hukum maupun dalam praktik, untuk memastikan bahwa mereka tidak hanya tergoda untuk mengatasi masalah yang dapat diselesaikan dengan mudah dan untuk memastikan bahwa tidak ada satu masalah pun yang tersisa di belakang.
126. Hak atas kesehatan hanya dapat diwujudkan sepenuhnya melalui penikmatan atas faktor-faktor dasar dan sosial dari kesehatan, yang membutuhkan rancangan dan implementasi kebijakan dan program lintas sektoral yang berfokus tidak hanya pada penyelamatan hidup dan intervensi biomedis lainnya, tetapi juga pada faktor sosio ekonomi, budaya dan lingkungan yang lebih luas.
127. Kebijakan, program dan layanan kesehatan harus dipadu oleh pendekatan berbasis hak asasi manusia, dengan penekanan yang kuat pada prinsip kesetaraan, non-diskriminasi, transparansi, partisipasi, dan pertanggungjawaban.
128. Pelapor Khusus merekomendasikan agar pihak berwenang di Indonesia:
 - (a) Mempertimbangkan untuk meratifikasi Protokol Pilihan mengenai prosedur komunikasi individual yang

didasarkan pada perjanjian hak asasi manusia internasional, dan memperbanyak undangan tetap bagi prosedur khusus dari Dewan Hak Asasi Manusia;

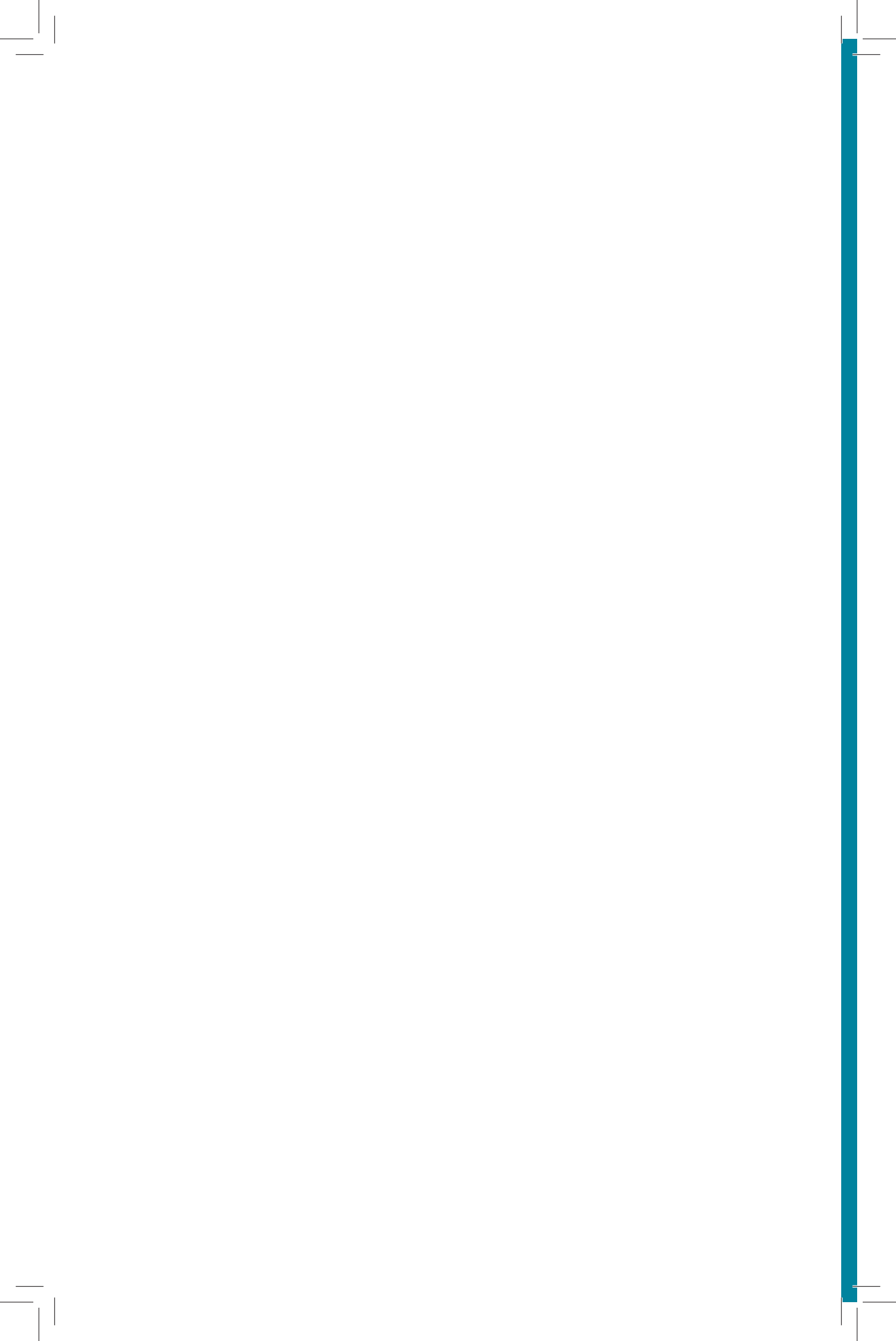
- (b) Mendorong diberlakukannya hukum yang menentang semua bentuk diskriminasi, dan memperkenalkan kampanye peningkatan kesadaran publik dan program pendidikan untuk memberantas diskriminasi;
- (c) Memperkuat sistem perawatan kesehatan dan menjamin pembiayaan yang memadai, adil dan berkelanjutan dengan meningkatkan alokasi anggaran nasional untuk kesehatan, dan terus meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan di daerah terpencil, dengan fokus khusus pada perawatan primer, peran umum praktisi, dan situasi komunitas Adat, termasuk etnis Papua;
- (d) Memastikan bahwa sistem informasi kesehatan yang kuat tersedia untuk menghasilkan data dan statistik nasional yang berkualitas untuk analisis kesenjangan di dalam dan untuk desain, pelaksanaan, pemantauan dan peninjauan kebijakan dan layanan yang terkait dengan kesehatan;
- (e) Mengatasi kematian ibu dan bayi berusia di bawah 5 tahun, termasuk dengan mengacu pada Strategi Global WHO untuk Kesehatan Perempuan, Anak-anak dan Remaja (2016-2030) dan panduan teknis mengenai penerapan pendekatan berbasis hak asasi manusia untuk pelaksanaan kebijakan dan program guna mengurangi dan menghilangkan kematian ibu dan bayi berusia di bawah 5 tahun dan morbiditas yang dapat dicegah (A/HRC/21/22 dan Corrs. 1-2 dan A/HRC/27/31);
- (f) Menghormati, melindungi dan memenuhi hak atas kesehatan perempuan dan anak perempuan dengan menghilangkan hambatan terhadap hak seksual dan reproduksi mereka, mengakhiri kriminalisasi aborsi dan memastikan akses atas layanan aborsi, dan menyediakan informasi, layanan dan barang kesehatan seksual dan reproduksi, khususnya pendidikan seksual

yang komprehensif, peka terhadap usia dan inklusif di sekolah menengah;

- (g) Memastikan perlindungan komprehensif bagi perempuan terhadap semua bentuk kekerasan berbasis gender dengan mengatasi, tanpa penundaan, kesenjangan yang tersisa dalam legislasi dan dalam praktiknya, guna memastikan kesetaraan substantif dan kenikmatan perempuan pada hak atas kesehatan dan hak terkait lainnya;
- (h) Membentuk badan nasional yang independen untuk pemantauan dan pencegahan HIV/AIDS, dengan mandat yang kuat dan sumber daya yang diperlukan agar memungkinkan badan tersebut menjalankan fungsinya, melalui konsultasi dengan para pemangku kepentingan utama;
- (i) Menghapuskan semua peraturan hukum yang mengkriminalisasi dan menstigmatisasi orang yang hidup dengan HIV/AIDS, termasuk peraturan yang mengkriminalisasi homoseksualitas, kerja seks, dan kerahasiaan, pengungkapan, dan penyebaran HIV/AIDS;
- (j) Menjamin non-diskriminasi terhadap orang yang hidup dengan HIV/AIDS di sektor layanan kesehatan dengan memastikan bahwa layanan, materi dan informasi tentang kesehatan telah tersedia, dapat diakses, dapat diterima dan berkualitas baik bagi semua populasi kunci, dan bahwa petugas kesehatan terlatih dan dibekali perlengkapan sebagaimana mestinya;
- (k) Mengatasi tanpa menunda situasi HIV/AIDS di Papua dengan menjamin akses atas pengujian, perawatan dan layanan yang terkait dengan kesehatan yang peka budaya, khususnya untuk remaja dan perempuan, dan membangun kepercayaan di antara penyedia layanan dan pengguna;
- (l) Menghapuskan hukuman mati bagi pelanggaran penggunaan Narkoba, memajukan pendekatan non-hukuman terhadap kebijakan dan program penggunaan Narkoba di luar sistem peradilan pidana dan memperluas layanan bagi orang yang menggunakan Narkoba, terutama remaja dan orang muda, berda-

sarkan bukti ilmiah dan dengan penuh penghargaan atas martabat, otonomi dan hak-hak dasar mereka;

- (m) Mengadopsi kebijakan dan layanan kesehatan mental modern dengan maksud untuk mengarusutamakannya ke dalam sistem kesehatan umum dan layanan dukungan masyarakat, serta meluncurkan reformasi menyeluruh dari sistem perawatan kesehatan mental dalam upaya untuk mengoptimalkan investasi dan untuk bergerak menuju layanan yang berorientasi pada masyarakat berdasarkan prinsip-prinsip non-diskriminasi, partisipasi dan penghormatan atas martabat dan hak-hak pengguna.



Bagian II
Laporan Independen Komnas Perempuan
kepada Pelapor Khusus PBB tentang
9 - 18 April 2018

Bagian II

Laporan Independen Komnas Perempuan kepada Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Pangan, 9 - 18 April 2018

Pendahuluan

Laporan ini disampaikan oleh Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) Indonesia kepada Pelapor Khusus PBB pada Hak atas Pangan, Ms. Hilal Elver, selama kunjungan resminya ke Indonesia pada 9-18 April 2018.

Laporan ini telah disusun dari data yang diperoleh melalui pemantauan langsung, keluhan dari korban yang diterima oleh Komnas Perempuan, dan data yang dikirim oleh berbagai organisasi penyedia layanan dalam jejaring operasional Komnas Perempuan. Laporan ini berfokus pada masalah hak atas pangan dalam konteks hak atas pangan di Indonesia dan telah dirumuskan secara langsung berdasarkan kepada pengalaman hidup korban.

Mengingat mandatnya sebagai salah satu Lembaga Nasional Hak Asasi Manusia (LNHAM) Indonesia, Komnas Perempuan memfasilitasi kunjungan, menyampaikan laporan dan memberikan data kepada UN Human Rights Mechanisms. Komnas Perempuan, menjalankan salah satu peran utamanya, yaitu bertindak untuk menghubungkan masyarakat sipil, khususnya komunitas korban dengan Mekanisme HAM Internasional. Semua kunjungan dari *UN Human Rights Mechanisms* ke Indonesia disambut oleh Komnas Perempuan.

Laporan ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber daya dan alat bagi Pelapor Khusus Hak atas Pangan untuk membantu memberikan rekomendasi bagi pemerintah Indonesia. Komnas Perempuan berharap bahwa rekomendasi Pelapor Khusus akan dibangun dalam kerangka hak asasi manusia bagi perempuan dan dapat bertindak sebagai upaya untuk meningkatkan akses terhadap keadilan bagi para korban kekerasan terhadap perempuan, mendorong Indonesia untuk membuat dan menerapkan kebijakan komprehensif tentang hak atas pangan yang menjunjung tinggi standar hak asasi manusia.

I. Kerangka Kebijakan dan Hak atas Pangan untuk Perempuan

Pengaruh liberalisasi perdagangan pada keamanan pangan:

Sebagai negara yang telah meratifikasi Konvensi HAM Internasional tentang Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Hak Budaya (ICESCR), Indonesia berkewajiban untuk membuat undang-undang bagi terwujudnya hak atas pangan bagi semua warga negara dan memastikan bahwa tidak ada diskriminasi terhadap kelompok manapun terkait dengan pemenuhan hak ini. Konvensi tentang Penghapusan segala bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW)—yang mana Indonesia juga telah ratifikasi—secara lebih jauh mengamanatkan negara berkewajiban untuk melaksanakan perlindungan khusus untuk perempuan hamil dan ibu menyusui, untuk memastikan mereka mendapatkan nutrisi yang cukup (Pasal 12) dan untuk menjamin hak-hak perempuan pedesaan atas tanah, air, sanitasi, dan kondisi hidup yang layak (Pasal 14). Komnas Perempuan menilai pengimplementasian prinsip-prinsip dasar CEDAW sangat penting ditaati oleh negara untuk memastikan pemenuhan hak perempuan—sebagai salah satu kelompok dalam masyarakat yang paling rentan—atas pangan.

Indonesia sebagai anggota WTO terus bekerja menuju liberalisasi perdagangan yang termasuk di dalamnya liberalisasi dan privatisasi makanan. Indonesia harus mematuhi ketentuan akses pasar, subsidi domestik, dan subsidi ekspor sebagaimana diatur dalam Perjanjian tentang Pertanian (AoA), penghapusan hambatan impor meningkatkan kemudahan masuknya barang impor yang lebih murah bagi pasar domestik. Penghapusan subsidi untuk petani dan nelayan menyebabkan biaya produksi meningkat sehingga mereka sulit untuk bersaing dengan barang-barang impor, yang kemudian menyebabkan permintaan dan dengan demikian pasokan produk yang diproduksi oleh petani dan nelayan tradisional menurun.

Perempuan adalah pihak yang paling terlibat dalam subsistensi produksi pangan (melalui pertanian dan produksi produk makanan tradisional) sehingga secara langsung terkena dampak dari peraturan WTO. Pengetahuan perempuan, termasuk pengetahuan tentang varietas benih dan kegunaannya, tergantikan oleh benih yang secara massal dirancang genetisnya dan yang membutuhkan penggunaan pupuk dan pestisida yang merugikan kesehatan para perempuan dan keluarga mereka. Monopoli perusahaan atas pasar benih berkontribusi terhadap degradasi lingkungan dan hilangnya keanekaragaman ha-

yati. Produsen makanan berskala kecil dan mikro terkesampingkan oleh metode modern pengelolaan pangan atas nama efisiensi. Petani, nelayan dan budaya lokal terjebak dalam pusaran kapitalisasi, modernisasi dan teknologi.

Kebijakan pemerintah yang mengkompromikan hak perempuan atas pangan

Keanggotaan Indonesia di WTO memiliki implikasi kepada kebijakan nasional terkait dengan sektor pertanian. Semua keputusan WTO harus diimplementasikan ke dalam hukum dan peraturan nasional Indonesia. Pemantauan yang dilakukan oleh Komnas Perempuan menunjukkan bahwa perempuan tani adalah kelompok yang paling rentan terkena dampak negatif oleh keputusan WTO yang wajib diimplementasikan Indonesia.

Privatisasi dan liberalisasi teknologi pertanian dapat menyebabkan eksploitasi perempuan tani karena mereka kehilangan pengetahuan tradisional yang berharga mengenai benih, tanaman dan teknik perkebunan. Pengetahuan perempuan tani tentang keragaman bahan pangan telah terkikis oleh kebijakan yang tidak mempertimbangkan keragaman budaya dan pengetahuan tradisional karena ditujukan untuk memenuhi permintaan pasar.

Peran perempuan sebagai penjaga kedaulatan pangan sering diabaikan dalam perumusan kebijakan. Dalam sejumlah tradisi budaya, perempuanlah yang bertindak untuk mengumpulkan makanan bagi rumah tangga dan keluarga mereka. Tugas yang diwajibkan secara budaya ini mengarah pada perempuan memegang kekayaan pengetahuan khusus tentang bagaimana mengelola sumber daya alam dan memastikan keamanan pangan dapat berkelanjutan di lingkungan mereka masing-masing.

Pada tanggal 18 Oktober 2012, Dewan Perwakilan mengesahkan UU no. 18 tahun 2012 tentang Pangan. Terdapat sejumlah kekurangan dari undang-undang ini mengenai pemenuhan hak pangan perempuan, sebagai berikut:

Standar hak atas pangan tidak jelas dan tidak ada perspektif gender yang terkandung dalam peraturan yang dibuat. Undang-undang tidak mendefinisikan hak atas pangan dan tidak secara jelas menyatakan standar dan indikator yang terkait dengan hak atas pangan, yang menyebabkan kurangnya kejelasan mengenai kewajiban negara dan hak warga negara terkait akses atas pangan.

Peraturan ini belum menjadikan UUNo. 7 tahun 1984 tentang Ratifikasi CEDAW sebagai fondasi yuridis. Hal ini sangat disayangkan karena di dalamnya dengan jelas mensyaratkan kesetaraan substantif dan asas non-diskriminasi. Dengan memenuhi kedua syarat ini dipenuhi maka dapat dipastikan terdapat jaminan yang lebih besar pada hak perempuan atas pangan dalam Undang-Undang tentang Pangan.

Perempuan mengalami kehilangan identitas. Dalam ketentuan umum UU Pangan, definisi petani atau nelayan tidak secara eksplisit merujuk pada laki-laki dan perempuan. Hal ini menyebabkan peran perempuan terlalu disederhanakan dan diabaikan. Ini berimbas pada kebanyakan proses pembuatan keputusan laki-laki sering dianggap dapat mewakili kebutuhan spesifik dan ambisi perempuan. Konsekuensi lebih lanjutnya pengetahuan unik yang dimiliki oleh perempuan tidak diindahkan saat membuat dan menerapkan kebijakan tentang manajemen pangan. Kerugian legitimasi ini menyebabkan perempuan terkesampingkan dan mereka tidak dilibatkan dalam berbagai inisiatif pemberdayaan yang ditujukan untuk petani dan nelayan.

Sejumlah kebijakan yang telah diproduksi negara berkontribusi pada pemiskinan perempuan. Komnas Perempuan telah mencatat bahwa sejumlah kebijakan diskriminatif menciptakan hambatan bagi perempuan dalam menikmati hak mereka atas pangan. Contoh jenis kebijakan diskriminatif ini adalah peraturan daerah Kabupaten Pangkep di Sulawesi Selatan yang menetapkan bahwa perempuan di kecamatan Tompobulu yang tidak mengenakan jilbab akan ditanggihkan haknya atas pembagian beras bersubsidi yang diberikan secara gratis kepada orang miskin (Raskin). Kebijakan lain menyebabkan perempuan suku Dayak Hibun di Kalimantan Barat menderita perubahan negatif yang drastis pada mata pencaharian dan kesehatan karena perkebunan kelapa sawit mengambil tanah tradisional mereka dan mencemari sumber air mereka.

Intervensi pasar telah mengubah pola konsumsi perempuan dan keluarga mereka dan perempuan urban mengalami efek negatif atas perubahan pola konsumsi makanan dari makanan sehat tradisional menjadi makanan instan berbahaya seperti mi yang dikemas.

Kedaulatan pangan penting untuk mewujudkan hak perempuan atas pangan. Kedaulatan pangan adalah hak atas setiap masyarakat untuk memproduksi makanan secara mandiri dan untuk menerapkan pertanian, perikanan dan sistem peternakan tanpa paksaan dari kekuatan pasar internasional.

Hak atas pangan untuk perempuan tidak dapat diwujudkan jika perspektif gender dan pendekatan berbasis hak asasi tidak diterapkan dalam kebijakan pangan dan pertanian. Pemenuhan hak atas pangan bagi perempuan harus disertai dengan upaya untuk mencapai kedaulatan pangan perempuan baik dalam sektor produksi, distribusi, dan konsumsi pangan.

II. Temuan dan Analisis Komnas Perempuan

Hak atas pangan dalam konteks pelanggaran hak asasi manusia dan konflik di masa lalu:

- **Aceh**

Meskipun *Helsinki Peace Treaty* telah berlaku selama hampir 15 tahun (2005-2018), penderitaan para perempuan korban konflik masih berlangsung. Banyak perempuan menjadi tulang punggung keluarga setelah suami mereka dibunuh atau menjadi cacat selama konflik. Para perempuan ini harus menghidupi anak-anak dan anggota keluarga lainnya, bekerja serabutan demi mendapatkan uang untuk kebutuhan sehari-hari mereka. Perempuan korban konflik di Aceh dipaksa untuk menanggung beban ganda di mana mereka harus merawat anak-anak dan juga bertindak sebagai pencari nafkah utama keluarga. Sejumlah besar perempuan mengalami kekerasan seksual selama periode Area Operasi Militer (DOM). Sebuah laporan dari mitra strategis Komnas Perempuan memperkuat temuan Komnas Perempuan bahwa di kabupaten Pidie, Bireun dan Aceh Utara, sejumlah besar perempuan mengalami gangguan perkembangan mental sebagai akibat dari konflik dan kekerasan yang mereka alami. Gangguan mental ini menghadirkan hambatan yang cukup besar bagi perempuan dalam mengakses pangan yang cukup.

Rekomendasi: Pemerintah lokal dan nasional secara serius memprioritaskan pengembangan program pemulihan untuk perempuan korban konflik Aceh secara menyeluruh dengan mendukung kerja *Truth and Reconciliation Commission* (TRC).

- **Papua**

Hak atas Pangan untuk Perempuan Adat dalam Konteks Papua. Perubahan fungsi hutan dan tanah memaksa perempuan Papua mengubah profesi mereka dan menjadi miskin secara sistematis. Di Papua, kelalaian negara terjadi terkait sengketa lahan dan eksploitasi sumber daya alam yang tidak terkendali. Hutan dan lahan adat telah menjadi

perkebunan dan pertambangan, konsesi hutan atau industri ekstraktif lainnya tanpa izin dari pemilik tanah adat, terutama perempuan. Ini menunjukkan kelalaian pemerintah daerah dalam mengembangkan wilayah dan lemahnya perlindungan hak masyarakat adat.

Konflik sering ditangani oleh pihak berwenang dengan memposisikan masyarakat adat sebagai penyebab konflik. Kriminalisasi masyarakat adat terjadi ketika mereka menolak proyek infrastruktur. Mereka dicap sebagai pemberontak atau partai yang anti-pembangunan, atau bahkan dicap sebagai kelompok separatis seperti Organisasi Papua Merdeka. Kelompok-kelompok ini hanya menuntut hak atas tanah tradisional mereka tetapi menderita kekerasan dan penyiksaan.

Perempuan Papua dan perempuan adat di daerah lain mengalami trauma dan ketakutan sebagai konsekuensi dari kekerasan yang mereka alami serta trauma tidak langsung dari pelanggaran hak asasi manusia yang dialami anggota keluarga mereka. Juga perlu dicatat bahwa perempuan Papua memiliki akses terbatas atas hak mereka untuk berpartisipasi atau terlibat dalam proses pengambilan keputusan.

Perempuan mengalami beban multi-dimensional ketika konflik sumber daya alam terjadi. Perempuan, yang perlu mengambil peran lebih untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan pola makan keluarga mereka, mengalami pelanggaran hak untuk merasa aman sebagai akibat dari ancaman, pelecehan, stigmatisasi, penggusuran paksa dan kriminalisasi. Hilangnya hak atas pekerjaan layak terjadi ketika mereka dipaksa untuk berganti profesi dan menjadi buruh harian, pekerja rumah tangga, atau pekerja migran tanpa persiapan dan informasi yang memadai tentang risiko terkait pekerjaan tersebut. Hal ini menyebabkan perempuan adat, khususnya perempuan Papua, mengalami siklus kemiskinan dan kekerasan berlapis di tempat kerja baru mereka.

Rekomendasi: pemerintah harus melindungi kedaulatan pangan lokal dan melestarikan keragaman sumber makanan dengan meninjau kebijakan pertanian yang memprioritaskan perkebunan kelapa sawit dan pertanian padi.

• **Tragedi 1965**

Komnas Perempuan telah melakukan pemantauan untuk mencatat pernyataan saksi korban perempuan dari tragedi 1965. Temuan utama dari pemantauan ini adalah: kekerasan seksual terjadi terhadap korban

perempuan, kondisi penjara dimana korban ditahan sangat buruk, korban dipaksa bekerja keras, tidak ada perawatan kesehatan untuk korban dan terjadi kekurangan makanan di fasilitas penahanan yang memiliki efek jangka panjang pada para korban. Temuan ini didasarkan pada kesaksian dari 56 korban perempuan. Korban perempuan juga hanya diberi beras berkualitas buruk, dan diberi makan dalam jumlah yang tidak mencukupi pada jadwal yang tidak pasti. Seorang korban menjelaskan, *“Kadang-kadang dalam satu hari kami hanya akan diberi makan sekali pukul 1 siang, jadi kami sangat lapar. Jadi kami akan menekan batu bata di perut kami untuk mengurangi rasa lapar kami. Begitupun dengan air minum, sangat sulit untuk menemukan sesuatu untuk diminum. Kami hanya akan minum air hujan. Air yang disediakan kotor. Kami harus berbaris dalam antrian panjang untuk dapat minum. Beberapa tahanan menggunakan kantung plastik dan kaleng bekas untuk mengumpulkan air hujan dan menyaring kotoran sebelum meminumnya...”*

Mayoritas korban 1965 sekarang sudah menginjak lanjut usia. Kondisi penjara dan gizi selama dipenjara yang begitu buruk, yang dialami korban pada masa hukuman, merupakan perlakuan tidak manusiawi yang semena-mena yang mengarah pada penyiksaan dan membawa efek jangka panjang pada kehidupan korban. Ketika korban dibebaskan dari penjara mereka kehilangan barang-barang berharga, entah karena dicuri atau karena mereka dipaksa untuk menjualnya. Para korban—karena stigmatisasi di masyarakat—kehilangan banyak hubungan pertemanan dan hubungan keluarga; dan kehilangan kesempatan ekonomi untuk terlibat dalam bisnis. Hal ini telah menyebabkan hak mereka atas pangan dilanggar. Konsultasi antara Komnas Perempuan dan para perempuan korban 1965 di Yogyakarta, Jakarta dan Padang (2016-2017) telah menunjukkan bahwa korban perempuan di berbagai wilayah mengalami kerentanan yang sama. Hanya wilayah Palu yang mengalami kemajuan dalam bentuk inisiatif yang telah dimulai oleh Walikota untuk memberikan jaminan sosial kepada para korban. Ada korban lansia di Yogyakarta yang bergantung pada makanan yang dikirimkan kepada mereka oleh tetangga; sementara korban lansia lainnya di Jakarta bergantung pada pemberian lembaga agama.

Rekomendasi: Pemerintah perlu menyediakan bantuan keuangan dan medis jangka panjang bagi para korban tragedi 1965, khususnya para korban lanjut usia dan keluarga mereka.

Konflik sumber daya alam dan hak atas pangan:

Salah satu isu yang diperdebatkan di Indonesia adalah dikorbankannya lahan pertanian oleh pemerintah atas nama pembangunan. Ketika pemerintah mengeluarkan kebijakan yang bertujuan melestarikan lingkungan, pada saat yang sama pemerintah memberikan persetujuan investor asing dalam proyek-proyek pembangunan yang menyebabkan konsekuensi lingkungan negatif. Contoh-contoh berikut mengilustrasikan pola yang terlihat di seluruh Indonesia di mana proyek-proyek pembangunan perusahaan besar dan proyek infrastruktur mengancam komunitas lokal dan mengakibatkan konflik sumber daya alam.

• Seko

Konflik di Seko, Sulawesi Selatan dimulai ketika Pemerintah Kabupaten Luwu Utara memberikan Izin Prinsip Bisnis untuk penyediaan listrik PT. Seko Power Prima yang membangun pembangkit listrik tenaga air di lahan milik masyarakat Adat. PT. Seko Power Prima tidak melibatkan Komunitas Masyarakat Adat Seko dalam perencanaan dan eksplorasi, meskipun proyek tersebut mencakup 645 hektar lahan yang ditetapkan sebagai milik Masyarakat Suku Asli Seko berdasarkan Keputusan Bupati Luwu Utara No. 300 tahun 2004 tentang Pengakuan Keberadaan Komunitas Masyarakat Adat Seko.

Seko secara tradisional adalah komunitas petani, menanam berbagai tanaman termasuk sayuran serta kopi dan cokelat berkualitas tinggi. Petani Seko memproduksi dua jenis beras 'Dambo' dan 'Tarone', yang terkenal karena kualitasnya dan hanya ditemukan di Seko, yang membutuhkan lahan yang sangat subur untuk tumbuh. Selain menjadi sumber penghasilan petani, lahan ini juga menyediakan sumber makanan penting bagi masyarakat. Situs pembangkit listrik menempati lahan subur yang dapat dijadikan lahan pertanian oleh penduduk setempat dan menimbulkan masalah lingkungan yang dapat mempengaruhi kelangsungan hidup lahan untuk pertanian di masa depan.

Posisi masyarakat Seko juga tidak diuntungkan karena daerah mereka yang terisolasi. Perjalanan ke Seko memakan waktu 2-3 hari tergantung cuaca dan jalur akses dari kota besar hanya dapat diakses oleh motor trail. Daerah ini juga tidak memiliki sinyal untuk telekomunikasi. Kondisi ini menyebabkan sangat sulit untuk mendapatkan sumber makanan dari daerah lain, yang berarti bahwa orang Seko sangat

bergantung pada makanan yang mereka hasilkan sendiri, dan dengan demikian pada kondisi tanah dan lingkungan tersebut.

Sejak pembangunan diumumkan, komunitas Seko telah melawan PT. Seko Power Prima dan Pemerintah Daerah Luwu Utara untuk melindungi tanah leluhur mereka. Setelah terlibat dalam konsultasi dengan pemerintah daerah dan tidak menerima dukungan, 300 perempuan dan anak-anak Seko mendirikan tenda protes di salah satu lokasi proyek di Poririang. Polisi dan tentara telah datang beberapa kali ke tenda ini untuk memaksa para perempuan pergi dengan merusak tenda dan menembakkan gas air mata serta menggunakan kekerasan termasuk memukul dan mendorong para perempuan. Keadaan ini mengakibatkan sejumlah perempuan menderita trauma dan luka-luka. Gangguan dan trauma yang dihasilkan, tentu saja berdampak pada kemampuan perempuan ini untuk memprioritaskan penyediaan makanan bergizi bagi keluarga mereka.

Rekomendasi: Pemerintah meninjau rencana pembangunan pembangkit listrik Seko, dan membuat perubahan untuk memastikan bahwa pembangunan ini tidak menggantikan masyarakat adat Seko atau menimbulkan risiko lingkungan terhadap tanah dimana mereka bergantung.

- **Kendeng**

Kebijakan lain yang merugikan lingkungan dari pemerintah Indonesia adalah perizinan pembangunan pabrik semen di Kendeng di lokasi cekungan air. Penduduk di daerah itu bergantung pada tanah subur Pegunungan Kendeng untuk pertanian serta untuk makanan ternak mereka. Kendeng adalah wilayah kars, yang berarti bahwa 112 mata air di daerah itu adalah sumber air bagi ribuan keluarga. Pabrik dan tambang yang terkait menimbulkan risiko terhadap sumber daya air di daerah itu dan pada kelangsungan hidup lahan sebagai sumber makanan bagi masyarakat setempat.

Pembangunan tambang juga mengancam sumber makanan masyarakat lokal karena mengancam kelelawar yang hidup di sejumlah gua batu gamping di daerah itu. Kelelawar memainkan peran penting dalam pertanian lokal karena mereka menyebarkan benih dan membantu mengendalikan hama di lahan pertanian. Penghancuran gua-gua batu kapur di mana mereka hidup melalui penambangan akan menyebabkan kelelawar pergi dan dapat menyebabkan kepunahan. Hal ini berpotensi membawa konsekuensi serius bagi pertanian di Kendeng.

Seperti yang dapat dilihat di seluruh Indonesia, makanan dan pertanian memainkan peran penting dalam budaya penduduk Kendeng. Di Kendeng, para perempuan mengajarkan generasi muda tentang pertanian dan keanekaragaman hayati. Lahan merupakan ruang belajar; sementara hutan dan sawah bukan hanya sumber makanan tetapi juga sumber pengetahuan. Empat puluh tujuh jenis tanaman obat tradisional, lima belas jenis sayuran akar dan lusinan jenis sayuran dan kacang-kacangan tumbuh di daerah itu, yang berkontribusi pada pola makan masyarakat setempat. Beberapa tanaman ini hanya dapat ditemukan di Pegunungan Kendeng. Pembangunan pabrik semen di daerah ini berisiko merusak sumber makanan tersebut dan menempatkan masyarakat lokal kepada resiko mereka tidak dapat lagi mengakses makanan yang sesuai dengan budaya mereka.

Rekomendasi: Komnas Perempuan merekomendasikan agar pemerintah mematuhi undang-undang yang memprioritaskan pembangunan berkelanjutan untuk memastikan ketersediaan air bersih dan lahan pertanian yang sehat di Kendeng dan di seluruh Indonesia.

• Pulau Pari

Pengembangan Pulau Pari dan wilayah laut sekitarnya telah mengancam keamanan pangan penduduk baik secara langsung, melalui pembatasan pertanian dan perikanan, maupun secara tidak langsung, melalui pembatasan sumber pendapatan lain. Konflik kepemilikan lahan di Pulau Pari, di daerah Kepulauan Seribu, Provinsi DKI Jakarta, telah mengakibatkan 90% lahan dimiliki oleh pemilik bisnis. Konflik ini dimulai dengan pengumpulan sertifikat pemilik tanah warga setempat dengan dalih bahwa sertifikat tanah mereka perlu diperbarui. Sertifikat ini kemudian dijual oleh Pemerintah Provinsi Jakarta kepada pelaku bisnis besar dan menghilangkan hak hukum para penduduk pemilik tanah. Ini berarti tanah yang dimiliki oleh perempuan Pulau Pari selama lima generasi sekarang dianggap milik perusahaan ini. Bahkan ada klaim dari Pemerintah Jakarta bahwa Pulau Pari milik pemerintah dan bahwa masyarakat di Pulau Pari harus mengevakuasi diri dari Pulau. Ini telah membuat warga rentan terhadap kriminalisasi ketika menggunakan lahan untuk menanam sumber makanan dan menyiapkan makanan.

Pengembangan industri perikanan di sekitar Pulau Pari juga memiliki dampak yang besar terhadap ketahanan pangan bagi penduduk setempat. Peraturan zonasi berarti bahwa nelayan dari Pulau Pari harus melakukan pencarian ikan di luar daerah penangkapan ikan

tradisional mereka untuk meninggalkan Zona Ekonomi Eksklusif Indonesia (40 mil). Zona ini sekarang dieksploitasi oleh kapal yang lebih besar seperti kapal trawl. Nelayan lokal yang secara tradisional memelihara ikan dengan menggunakan praktik-praktik ramah lingkungan sekarang kalah dengan beroperasinya penangkapan ikan skala besar modern; yang menangkap ikan secara berlebihan. Perubahan ini berdampak pada perempuan yang sebelumnya mendapatkan penghasilan dari pengolahan hasil laut yang ditangkap oleh nelayan setempat. Hilangnya pendapatan yang dihasilkan meningkatkan kesulitan yang dihadapi oleh perempuan dalam memenuhi kebutuhan gizi keluarga mereka.

Sumber pendapatan lain yang tersedia bagi penduduk Pulau Pari adalah pariwisata. Komunitas lokal, terutama perempuan lokal, telah melibatkan diri dalam industri pariwisata dengan menciptakan perjalanan ekowisata, penginapan, restoran dan sejenisnya. Namun kerusakan lingkungan yang disebabkan oleh pembangunan di dan di sekitar pulau membuat pendapatan ini berisiko, semakin mengurangi kapasitas perempuan untuk memberi makan mereka dan keluarga mereka.

Terlepas dari kendala yang dihadapi, perempuan di Pulau Pari sangat pandai menemukan sumber makanan alternatif untuk menjaga keluarga mereka bebas dari kelaparan: Mencari cangkang, kepiting kecil dan bulu babi, di pesisir sebagai sumber protein lainnya. Wilayah pesisir adalah salah satu dari beberapa daerah yang masih dapat diakses oleh perempuan yang mencari makanan untuk keluarga mereka, namun perempuan pada kenyataannya dapat dikriminalisasi dalam melakukan hal ini karena peraturan penangkapan ikan dan penggunaan lahan.

Rekomendasi: Pemerintah harus mengembalikan hak legal penduduk Pulau Pari atas tanah milik mereka dan memulihkan akses mereka ke wilayah perairan di sekitar pulau sebagai sumber pendapatan dan pangan.

Diskriminasi berbasis pangan dan agama.

• Kebijakan diskriminatif

Pemantauan yang dilakukan oleh Komnas Perempuan menemukan bahwa saat ini terdapat 421 kebijakan diskriminatif yang beroperasi di seluruh Indonesia baik di daerah dan nasional. Kebijakan-kebijakan diskriminatif ini bertentangan dengan Konstitusi Republik Indonesia dan menggerogoti pemenuhan hak-hak asasi perempuan. Sebanyak 13 dari kebijakan diskriminatif ini merupakan kebijakan yang melarang penjualan makanan dan minuman selama siang hari di bulan puasa Ramadhan, melarang toko-toko, restoran dan warung makanan dari menjual makanan. Jenis kebijakan diskriminatif ini berimplikasi pada hak atas pangan untuk seluruh masyarakat tetapi terutama untuk kelompok rentan termasuk perempuan yang sedang mengalami menstruasi, dalam perjalanan, orang sakit, manula, dan penganut agama dan kepercayaan minoritas. Kelompok-kelompok ini memang tidak diwajibkan untuk berpuasa secara agama akan tetapi masih terhalang atas akses terhadap makanan karena kebijakan tersebut.

Kebijakan lain menegakkan jam malam khusus gender yang membatasi kebebasan bergerak perempuan dan dengan demikian melanggar hak mereka atas pangan dan peluang ekonomi. Kedua larangan atas penjualan makanan selama bulan Ramadhan dan pemberlakuan jam malam bagi perempuan adalah contoh diskriminasi berbasis gender yang beroperasi atas nama agama dan moralitas dan sangat membatasi hak asasi perempuan termasuk hak atas pangan.

Rekomendasi: Pemerintah pusat dan daerah merevisi dan mencabut semua 421 kebijakan diskriminatif, khususnya kebijakan yang berdampak negatif terhadap pemenuhan hak warga negara atas pangan. Selanjutnya, pemerintah melaksanakan harmonisasi kebijakan nasional dan daerah agar sejalan dengan Konstitusi Republik Indonesia untuk memastikan semua kebijakan mencerminkan nilai-nilai hak asasi manusia.

• Muslim Syiah

Pemantauan oleh Komnas Perempuan menemukan bahwa komunitas Syiah di Desa Karang Gayam (Kecamatan Omben, Kabupaten Sampang Madura, Jawa Timur) tetap menjadi pengungsi internal menyusul serangan berbasis agama di desa tersebut pada tahun 2012. Awalnya,

300 orang masyarakat menghabiskan waktu delapan bulan tinggal di aula olahraga tanpa akses kepada kebutuhan dasar seperti makanan dan sanitasi. Selama waktu ini, masyarakat dirampas sumber utama pangan dan mata pencahariannya karena konflik agama menghalangi kegiatan seperti bertani dan berkebun. Karena berlanjutnya penganiayaan agama, komunitas Syiah Desa Karang Gayam terpaksa pindah ke Rumah Susun Jemundo di Siodarjo, Jawa Timur, di mana mereka masih menetap sampai hari ini. Kondisi hidup di Rusun Jemundo sangat berbeda dengan kondisi mereka sebelumnya. Di sini para petani tidak lagi memiliki lahan untuk menanam kebun sehingga mereka tidak lagi mampu menanam makanan dan tidak mendapatkan pendapatan yang dibutuhkan untuk membelinya. Sebagai orang yang terlantar, juga sulit bagi warga desa Karang Gayam untuk mengakses bentuk pekerjaan dan pendidikan lain untuk pekerjaan di masa depan. Sementara pemerintah menyediakan anggota masyarakat dengan tunjangan hidup bulanan Rp. 700.000 per orang, dalam konteks di bawah pekerjaan dan biaya mendesak lainnya jumlah ini tidak mencukupi bagi penduduk desa untuk menyediakan gizi yang memadai kepada keluarga mereka.

Rekomendasi: Komnas Perempuan merekomendasikan agar komunitas Syiah yang terlantar dikembalikan ke desa asal mereka di Karang Gayam agar mereka dapat melanjutkan kegiatan bertani, berkebun, dan memelihara ternak. Rekonsiliasi harus dilakukan di antara penduduk desa untuk menerima pengikut Syiah sebagai bagian dari komunitas yang disambut baik.

- **Muslim Ahmadiyah**

Pengikut Ahmadiyah menjadi sasaran kekerasan dan penganiayaan karena mereka memegang keyakinan yang dianggap menyimpang oleh beberapa kelompok dari ajaran Islam arus utama. Berdasarkan pemantauan Komnas Perempuan, 133 pengikut Ahmadiyah telah hidup dalam kondisi yang kumuh di Kamp Transito di Desa Majeluk Mataram (Nusa Tenggara Barat) sejak mereka dievakuasi dari rumah mereka pada tahun 2006 setelah mengalami serangan dari kelompok intoleran.

Laporan kepada Komnas Perempuan menunjukkan bahwa sejak relokasi dilakukan, komunitas Amadiyah telah berjuang untuk mencari pekerjaan baru meskipun sebelumnya telah bekerja sebagai guru, pedagang, pengusaha, dan dalam berbagai profesi lainnya. Akibatnya, pendapatan mereka terhambat sehingga para pengikut Ahmadiyah sulit

mengonsumsi makanan bergizi. Akses terhadap pangan selanjutnya dihambat oleh kondisi hidup di dalam kamp. Tinggal di rumah kecil yang dibuat dari karung bekas, plastik, dan papan reklame, keluarga tidak memiliki ruang memasak memadai untuk menyiapkan makanan yang aman atau higienis.

Rekomendasi: Komnas Perempuan mendesak pemerintah untuk (1) segera memberikan solusi konkrit untuk komunitas Ahmadiyah di kamp Transito Desa Majeluk Mataram, (2) memulihkan aset ekonomi mereka yang terbengkalai, dan (3) menjamin kebebasan beragama dan hak-hak lainnya termasuk hak mereka atas pangan.

Hak atas pangan untuk pencari suaka:

• Pengungsi Rohingya

Melarikan diri dari persekusi di Myanmar, banyak pengungsi Rohingya sekarang tinggal di tempat penampungan sementara di Aceh. Selama proses melarikan diri, selain menjadi sasaran berbagai bentuk kekerasan, akses mereka terhadap pangan sangat terbatas. Di tempat penampungan di Aceh, hak para pengungsi Rohingya terhadap pangan masih belum terpenuhi. Makanan untuk kamp disiapkan di dapur umum oleh masyarakat Aceh setempat, yang berarti bahwa para pengungsi memiliki akses terbatas ke jenis pangan yang sesuai dengan kebiasaan mereka. Dengan memperumit masalah ini, para pengungsi tidak diperbolehkan secara bebas meninggalkan tempat penampungan untuk membeli makanan dan persediaan lain. Meskipun demikian, beberapa orang memilih untuk melanggar peraturan ini; risiko yang mereka ambil dalam melakukan pelanggaran menunjukkan pentingnya akses ke bahan pangan yang tidak tersedia di dalam tempat penampungan.

Ketika Komnas Perempuan mengunjungi salah satu tempat penampungan tersebut pada tahun 2015, ditemukan beberapa pengungsi yang membeli dan memasak makanan mereka sendiri dengan menggunakan uang dari kerabat mereka di luar negeri daripada mengandalkan makanan yang disediakan oleh tempat penampungan. Beberapa pengungsi juga memperdagangkan makanan tradisional yang tidak disediakan oleh tempat penampungan seperti cabe, sirih dan areca-palem. Staf Komnas Perempuan juga diberitahu bahwa beberapa pengungsi telah memotong sapi dari peternakan milik lokal untuk mendapatkan makanan. Tindakan-tindakan ini memperlihatkan perlunya akses yang lebih besar terhadap gizi dan membuktikan

bahwa dalam kamp pengungsian di Aceh, hak pengungsi untuk mendapatkan nutrisi tidak cukup terpenuhi. Pemerintah Daerah Aceh dan Organisasi Migrasi Internasional (IOM) telah berusaha untuk memastikan ketersediaan bahan pangan bagi pengungsi Rohingya. Ada juga beberapa donatur hadir pada hari kunjungan kami. Namun, tidak ada jaminan yang jelas bahwa makanan akan selalu tersedia. Lebih lanjut, untuk memenuhi hak mereka untuk memberi makan diri mereka sendiri, pengungsi Rohingya harus memiliki akses kepada sarana yang memungkinkan mereka menyediakan makanan bagi diri mereka sendiri.

Rekomendasi: Berdasarkan temuan di atas, direkomendasikan bahwa (1) manajemen makanan bagi para pengungsi melibatkan para pengungsi sendiri yaitu penyedia makanan dapat berkonsultasi dengan pengungsi tentang jenis makanan yang mereka butuhkan dan melibatkan mereka dalam proses pembuatan makanan; (2) pemerintah harus segera menyelesaikan proses relokasi pengungsi ke negara tujuan mereka.

• Gunung Sinabung

Gunung Sinabung telah meletus beberapa kali sejak tahun 2010, menyebabkan masyarakat lokal terjebak dalam siklus tanggap darurat tanpa jaminan sumber pendapatan berkelanjutan. Tanggapan pemerintah terhadap keadaan darurat ini tidak mencukupi, terutama bagi mereka yang tetap tinggal di kamp-kamp pengungsi. Pemantauan di satu pos (POSKO GBKP Simpang 6) mencatat 1525 orang yang tinggal di kamp (422 keluarga; 787 perempuan, 738 laki-laki; termasuk 97 pensiunan, 12 perempuan hamil, 28 bayi), menggambarkan skala pengungsian yang berasal dari aktivitas gunung Sinabung.

Biasanya, masyarakat Sinabung mencari nafkah dan menyediakan makanan bagi keluarga mereka melalui pertanian. Pendekatan pemerintah untuk mengatasi bencana Sinabung adalah mendirikan kamp pengungsian, makanan, dan dukungan keuangan kepada pengungsi. Menyediakan lahan pertanian untuk pertanian belum menjadi prioritas meskipun ini adalah kebutuhan terbesar masyarakat. Sementara membantu dalam beberapa cara, kebijakan ini gagal melindungi hak masyarakat setempat untuk menyediakan pangan bagi diri mereka sendiri dan berisiko menyebabkan mereka tergantung pada bantuan pemerintah. Masyarakat yang terkena dampak membutuhkan bantuan dalam bentuk akses atas lahan untuk ditanami. Bantuan seperti ini

akan membantu terjaminnya penghidupan berkelanjutan bagi kelompok ini.

Masalah lain yang berdampak pada gizi orang-orang yang terlantar akibat erupsi Sinabung adalah kualitas makanan yang tersedia di kamp-kamp. Makanan dikirimkan hanya setiap sepuluh hari, dan sebagian besar terdiri dari beras berkualitas buruk dan sayuran segar yang terbatas. Makanan yang tersedia tidak memenuhi kebutuhan gizi penduduk kamp, terutama mereka yang memiliki kebutuhan diet khusus seperti perempuan hamil, anak-anak, dan orang tua, sehingga sangat sulit bagi orang-orang ini untuk mengakses nutrisi yang memadai.

Penanganan bencana Sinabung telah menyebabkan banyak penduduk lokal kehilangan kepercayaan pada pemerintah. Pada saat pemantauan Komnas Perempuan, janji-janji pemerintah untuk memenuhi kebutuhan warga yang terlantar dan memberi mereka lahan pertanian belum terpenuhi. Masyarakat yang terkena dampak perlu didukung untuk kembali ke budaya pertanian guna memastikan bahwa mereka dapat memberi makan mereka secara berkelanjutan.

Rekomendasi: (1) Pemerintah harus segera mengambil langkah-langkah strategis untuk memprioritaskan penyediaan lahan pertanian bagi penduduk lokal yang terkena dampak letusan Gunung Sinabung. (2) Pemerintah harus mempertimbangkan kembali strategi manajemen bencana mereka, terutama memberikan dukungan dan sumber daya yang tepat untuk benar-benar memenuhi kebutuhan masyarakat yang terkena dampak bencana.

Hak atas pangan kelompok perempuan rentan lainnya:

- **Tahanan perempuan**

Komnas Perempuan melakukan pemantauan terhadap penjara dan fasilitas penahanan pada tahun 2013. Pada tahun 2017 Komnas Perempuan melakukan pemantauan lebih lanjut mengenai kekerasan terhadap perempuan yang dihukum karena kasus narkoba di 6 rumah tahanan (rutan) di seluruh Indonesia. Temuan yang terkait dengan hak atas pangan: 1) Kondisi di rutan penuh sesak. Negara sebaiknya bukannya menghukum perempuan yang sudah terperangkap dalam kasus narkoba, sebaliknya merehabilitasi mereka. Semua rutan yang dipantau telah melebihi kapasitas yang tersedia. Salah satu penjara, yakni Lapas Malang, menderita kelebihan hunian sebesar 237% dengan 553 narapidana di fasilitas yang dirancang untuk 164 orang; 2)

Mayoritas perempuan yang dipenjara terkait dengan kasus narkoba adalah korban kekerasan dalam rumah tangga dan mayoritas adalah *single parent* yang melakukan tindak kriminal karena mencoba untuk menyediakan pencaharian bagi keluarga mereka; 3) Makanan yang disediakan untuk narapidana tidak memenuhi kebutuhan gizi mereka dan para tahanan dipaksa untuk membeli air bersih karena air yang disediakan kotor; 4) Kebutuhan dasar seperti lauk pauk harus dibeli dan hal ini tidak selalu memungkinkan bagi tahanan perempuan miskin. Situasi ini menciptakan stratifikasi dan membuat narapidana miskin rentan terhadap eksploitasi oleh narapidana yang kuat dan kaya.

Rekomendasi:

- Perbaiki kebijakan punitif yang saat ini hanya bertindak memenjarakan perempuan produktif yang bertanggung jawab memenuhi kebutuhan keluarga mereka.
- Berikan prioritas untuk menyediakan makanan yang cukup untuk perempuan di rutan sebagai cara berinvestasi pada kesehatan tahanan perempuan di masa depan.

• Perempuan penyandang disabilitas

Pada 2016 Indonesia mengeluarkan UU No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Undang-undang ini dengan tegas menyatakan bahwa orang-orang penyandang disabilitas memiliki hak untuk bekerja. Hak ini perlu difasilitasi oleh pemerintah dan juga institusi swasta. Undang-undang juga menyatakan bahwa penyandang disabilitas memiliki hak untuk mendapatkan upah yang sama dengan pekerja lainnya, dan bahwa pemerintah dan perusahaan swasta harus mempekerjakan minimal 1% karyawan penyandang disabilitas.

Namun ketentuan ini belum begitu disadari, dan masih banyak perusahaan swasta yang menolak mempekerjakan penyandang disabilitas, mengingat mereka memiliki keterbatasan tertentu untuk bekerja. Demikian pula, iklan pekerjaan pemerintah yang mencari pelamar dengan ‘pikiran dan tubuh yang sehat’ merupakan ilustrasi dari praktik cincin diskriminatif pemerintah yang tidak inklusif terhadap penyandang disabilitas. Bahkan ketika penyandang disabilitas dapat menemukan pekerjaan, gaji yang mereka terima lebih kecil daripada gaji staf lainnya. Ini berarti bahwa penyandang disabilitas mengalami kesulitan mencari pekerjaan dan tidak diberikan upah dengan baik untuk menyediakan makanan dan kebutuhan lain bagi diri mereka

dan keluarga mereka. Konsekuensi alami dari hal ini adalah bahwa penyandang disabilitas tidak menikmati tingkat akses nutrisi yang sama dengan orang lain di komunitas mereka.

Faktor lain yang berdampak pada akses penyandang disabilitas terhadap pangan adalah terbatasnya ketersediaan informasi dan dukungan bagi keluarga penyandang disabilitas. Orang-orang dengan disabilitas sering dipenjara atau ditahan oleh keluarga mereka karena kurangnya pemahaman tentang disabilitas dan kurangnya sumber daya untuk memberikan perawatan. Orang-orang ini cenderung hanya memiliki akses ke makanan yang disediakan oleh keluarga mereka, yang mungkin tidak memadai secara nutrisi. Ini melanggar hak-hak individu dalam banyak hal, namun dalam kasus ini adalah pelanggaran hak mereka untuk memberi makan diri mereka dengan bermartabat. Masalah penting lainnya berkaitan dengan penyandang disabilitas adalah kurangnya akses atas perawatan yang tepat. Dengan akses terhadap dukungan dan pengobatan yang tepat, banyak penyandang disabilitas yang dapat bekerja dan hidup mandiri—dan secara drastik dapat meningkatkan kapasitas mereka untuk secara mandiri mengakses makanan yang cukup.

Rekomendasi:

- (1) Pemerintah menerapkan amanat UU No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas dan menyadari penyandang disabilitas memiliki hak yang sama untuk bekerja sehingga mereka dapat diberdayakan dan mandiri. Ini termasuk mengubah proses perekrutan pemerintah untuk menghapus persyaratan ‘tubuh dan pikiran yang sehat’.
- (2) Pemerintah harus bertindak untuk meningkatkan informasi dan dukungan yang tersedia bagi keluarga penyandang disabilitas untuk memastikan standar kehidupan yang layak, termasuk akses ke makanan yang cukup.

• Pekerja migran dan domestik

Mayoritas buruh migran perempuan Indonesia mendapatkan pekerjaan di luar negeri sebagai pekerja rumah tangga. Kelompok ini menghadapi sejumlah kerentanan terkait dengan hak mereka atas pangan. Kemiskinan adalah faktor yang mendorong migrasi pekerja migran dan kemiskinan ini menyebabkan pekerja rumah tangga migran perempuan menghadapi sejumlah kesulitan dalam mengakses makanan yang bergizi. Akses terhadap makanan yang layak di rumah-rumah di mana para perempuan ini bekerja merupakan hambatan besar bagi banyak pekerja migran, mayoritas majikan hanya menyediakan

makanan bagi pekerja rumah tangga setelah mereka sendiri makan. Banyak pekerja tidak diberi makanan yang memadai dan terdapat kasus-kasus mengenai majikan yang menyediakan makanan yang tidak sesuai dengan agama pekerja, misalnya daging babi yang diberikan ke pekerja migran Muslim. Makanan yang disediakan sering tidak sama dengan makanan keluarga majikan dalam hal gizi, hasilnya adalah bahwa kesehatan mereka terganggu karena jam kerja yang panjang tanpa makanan yang cukup. Hal lain di mana hak pekerja migran dilanggar adalah ketika gaji mereka dipotong atau dibayar terlambat oleh majikan maka mereka tidak dapat membeli makanan yang mereka butuhkan.

Rekomendasi:

- Pemerintah Indonesia perlu mendorong negara-negara penerima pekerja migran untuk memastikan pekerja migran, terutama pekerja rumah tangga, diberikan makanan yang cukup bergizi dan sesuai dengan keyakinan agama mereka. Jaminan ini harus secara eksplisit dinyatakan dalam kontrak pekerja migran.
- Negara harus bertindak cepat untuk meratifikasi Konvensi ILO 189 tentang pekerjaan layak untuk pekerja rumah tangga.

• Korban KDRT

Meskipun kekerasan dalam rumah tangga masih sangat kurang dilaporkan, pemantauan oleh Komnas Perempuan menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan pelaporan perempuan Indonesia dalam kasus KDRT (9.609 kasus pada tahun 2017). Perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga berisiko hak atas pangan mereka dilanggar karena sejumlah alasan.

Pertama, dalam kasus-kasus kekerasan ekonomi para suami melarang istri mereka membeli makanan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga mereka. Misalnya, Komnas Perempuan telah menerima laporan dari perempuan yang suaminya memprioritaskan membeli kopi dan rokok daripada membeli kebutuhan dasar keluarga seperti makanan.

Kedua, karena banyak perempuan Indonesia berpenghasilan rendah dan/atau bertanggung jawab atas pengasuhan sehari-hari anak-anak, perempuan yang meninggalkan hubungan yang tidak sehat sangat rentan terhadap kesulitan keuangan. Setelah berpisah, banyak suami enggan berbagi aset atau membayar perawatan untuk istri atau mantan istri mereka, sehingga memperparah kesulitan keuangan yang dialami mantan istri. Tentu saja masalah keuangan apa pun kemungkinan

akan berdampak pada kemampuan perempuan untuk mendapatkan makanan yang cukup bagi keluarga mereka dan diri mereka sendiri.

Akhirnya, korban kekerasan dalam rumah tangga menghadapi stres yang unik serta tuntutan ekstra yang seringkali dapat mengganggu kemampuan mereka untuk bekerja. Misalnya penyintas kekerasan mungkin takut diserang di tempat kerja mereka atau mungkin perlu untuk berbicara dengan polisi atau dukungan lain. Meskipun telah ada perlindungan hukum terhadap kekerasan dalam rumah tangga pada tahun 2004 (UU KDRT) tidak ada peraturan yang mewajibkan perusahaan untuk memberikan tunjangan guna mendukung karyawan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Hal ini membuat korban rentan kehilangan sumber pendapatan mereka, terutama selama masa kekerasan yang meningkat atau ketika mencoba meninggalkan hubungan tidak sehat mereka. Akibatnya, mereka yang selamat dari kekerasan dalam rumah tangga mungkin sangat rawan terampas hak atas pangannya karena pemutusan hubungan kerja.

Rekomendasi: Berdasarkan temuan di atas, direkomendasikan bahwa pemerintah mengeluarkan peraturan (1) mewajibkan semua pihak termasuk tempat kerja untuk melindungi dan mendukung korban kekerasan dalam rumah tangga untuk memastikan akses berkelanjutan ke pendapatan dan nutrisi yang memadai; (2) mewajibkan suami untuk menafkahi mantan istri setelah perceraian, dan dalam kasus-kasus di mana suami gagal melakukan hal ini maka tempat kerja suami diharuskan memberikan sebagian dari upahnya kepada istri atau mantan istrinya sehingga istri dapat memenuhi haknya untuk memberi makan dirinya dan anak-anaknya dengan martabat.

• Transpuan

Seperti anggota kelompok minoritas lainnya, akses transpuan atas pangan dibatasi oleh akses mereka terhadap pekerjaan dan pendapatan yang memadai. Karena diskriminasi di tingkat politik dan sosial yang menghalangi akses mereka dalam bentuk pekerjaan lain, transpuan sering dipaksa bekerja baik sebagai pengamen atau pekerja seks. Misalnya, Komnas Perempuan telah mencatat tiga kasus di mana kepala daerah dan/atau pemuka agama telah melarang transpuan untuk dipekerjakan atau memiliki salon kecantikan.

Hal ini mencegah mereka untuk berpartisipasi dalam salah satu dari beberapa bentuk pekerjaan yang saat ini terbuka bagi transpuan di Indonesia. Selain hambatan dalam pekerjaan, stigma di sekitar transpuan di masyarakat yang paling umum adalah bahwa perempuan transgender biasanya kurang mendapat dukungan dari keluarga

mereka atau program bantuan sosial. Kombinasi kerentanan ini menempatkan transpuan pada risiko tinggi kemiskinan dan akibatnya menderika hambatan akses pangan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan mereka.

Rekomendasi: Kepala Daerah untuk (1) menarik kebijakan diskriminatif yang melarang akses pekerjaan untuk transpuan, (2) mendorong pemerintah pusat untuk menghilangkan diskriminasi, dan (3) memberikan jaminan perlindungan sosial untuk memastikan akses transpuan kepada sumber daya material yang diperlukan. untuk memenuhi hak mereka atas pangan.

Praktek budaya yang diskriminatif:

- **Akses pangan tergender di dalam rumah**

Penelitian Komnas Perempuan telah menemukan bahwa dalam banyak budaya di seluruh Indonesia, akses perempuan atas pangan dibatasi melalui tradisi yang memprioritaskan akses laki-laki pada makanan di dalam rumah. Tradisi-tradisi ini berakar pada keyakinan bahwa laki-laki memiliki status yang lebih tinggi karena peran tradisional mereka sebagai pencari nafkah. Meskipun perempuan bertanggung jawab untuk menyiapkan makanan untuk keluarga, seringkali nutrisi yang mereka terima tidak sesuai dengan waktu dan energi yang mereka habiskan untuk persiapan makanan dan tugas lainnya. Komnas Perempuan menemukan bahwa di banyak keluarga, orang tua laki-laki akan makan terlebih dahulu, diikuti oleh anak laki-laki, kemudian anak perempuan, dan akhirnya orang tua perempuan. Mengikuti urutan ini memungkinkan anggota keluarga laki-laki untuk memilih makanan yang paling bergizi dan meninggalkan anggota keluarga perempuan, terutama ibu hamil, pada peningkatan risiko kekurangan gizi.

Akses hirarkis berbasis gender terhadap pangan di dalam rumah paling umum terjadi di masyarakat pedesaan dan adat (tradisional), tetapi telah banyak diamati oleh para peneliti kami di daerah pedesaan di Aceh Gayo, Batak Toba, Sukabumi, Jawa Barat, Cirebon, Yogyakarta, Madura, Bali, Sasak Sumbawa, dan dalam komunitas Batavia di Jakarta. Hirarki serupa yang memprioritaskan akses laki-laki ke makanan, telah diamati dalam upacara adat di Bengkulu, Makassar, Flores, Sumatra Barat, Maluku, Muna di Sulawesi Tenggara, Banjar dan suku Dayak di Kalimantan Selatan. Mempertimbangkan jangkauan luas dari tradisi ini, Komnas Perempuan menganggapnya sebagai masalah penting untuk ditangani dalam memastikan akses perempuan ke gizi yang memadai.

Rekomendasi: Komnas Perempuan merekomendasikan untuk menerapkan program konsultasi dan pendidikan masyarakat dengan tujuan mengadaptasi konstruksi budaya gender dan status di dalam rumah untuk mengatasi akses hirarkis pangan berdasarkan gender ke dalam keluarga.

• **Pernikahan Anak**

Undang-undang Pernikahan Indonesia No. 1 tahun 1974 menetapkan usia minimum pernikahan bagi perempuan 16 tahun dan laki-laki berusia 19 tahun. UU Pernikahan ini telah lama diusulkan untuk diubah tetapi sampai sekarang amandemen pasal ini belum dilaksanakan karena banyak isu sensitif yang tercakup dalam Undang-undang seperti usia minimum, poligami, pendaftaran pernikahan dan kepemimpinan dalam keluarga. Pada tahun 2014 aktivis perempuan mengajukan permohonan *judicial review* Pasal 7 UU Pernikahan ke Mahkamah Konstitusi untuk meningkatkan usia minimum pernikahan dari 16 menjadi 18. Permohonan *judicial review* ini ditolak oleh Pengadilan, meskipun peraturan terbaru, UU No. 23 tahun 2002 mendefinisikan anak-anak berusia 0-18 tahun. Ini berarti, Pengadilan melegalkan pernikahan anak. Selain itu, meskipun UU Pernikahan menetapkan usia minimum pernikahan, Pengadilan Agama dapat memberikan dispensasi untuk anak-anak di bawah 16 tahun untuk menikah. Ini biasanya terjadi pada kasus kehamilan yang tidak diinginkan. Ini berarti tidak ada usia minimum pernikahan di Indonesia. Lebih buruk dari ini, kelompok konservatif agama cenderung untuk mempromosikan pernikahan dini untuk menghindari perzinahan.

Komnas Perempuan memandang pernikahan anak sebagai pelanggaran hak asasi perempuan, yang membuat anak-anak ini lebih rentan terhadap kekerasan fisik, seksual dan psikologis karena ketimpangan relasi kuasa dengan suami mereka. Ketika anak-anak ini hamil, hak mereka terhadap nutrisi telah berkurang: mereka harus “bersaing” dengan anak-anak mereka dalam memiliki nutrisi yang cukup karena mereka sendiri dalam tahap perkembangan dan oleh karena itu mereka memerlukan nutrisi yang cukup untuk pertumbuhan mereka sendiri. Akibatnya, anak-anak yang lahir dari ibu di bawah umur rentan mengalami pengerdilan, yang mempengaruhi kualitas sisa hidup mereka. Laporan tahunan Komnas Perempuan yang telah diluncurkan pada Maret 2017 menunjukkan bahwa pernikahan anak adalah salah satu penyebab perceraian (312 kasus). Fakta ini memperkuat data tentang korban pernikahan anak dan kerentanan ekonomi yang mereka miliki setelah bercerai.

Rekomendasi: Bahwa (1) pemerintah mengubah UU Pernikahan 1974, terutama untuk meningkatkan usia minimum pernikahan bagi perempuan menjadi setidaknya 18 tahun atau idealnya 21 tahun; (2) pemerintah mengintegrasikan pengetahuan tentang kesehatan seksual dan reproduksi ke dalam kurikulum untuk mencegah kehamilan anak.

Daftar Rekomendasi

- Pemerintah daerah dan nasional secara serius memprioritaskan pengembangan menyeluruh dari program pemulihan untuk perempuan korban konflik Aceh dengan mendukung upaya Komisi Kebenaran dan Rekonsiliasi (KKR) Aceh.
- Pemerintah harus melindungi kedaulatan pangan lokal dan melestarikan keragaman sumber pangan dengan meninjau kebijakan pertanian yang memprioritaskan perkebunan kelapa sawit dan pertanian padi.
- Pemerintah perlu menyediakan bantuan keuangan dan medis jangka panjang bagi korban-korban tragedi 1965, khususnya para korban lanjut usia dan keluarga mereka.
- Pemerintah meninjau rencana proyek pembangunan pembangkit listrik Seko dan membuat perubahan untuk memastikan pembangunan tidak mengusir Masyarakat Adat Seko atau menimbulkan risiko lingkungan terhadap tanah di mana mereka bergantung.
- Komnas Perempuan merekomendasikan agar pemerintah mematuhi undang-undang yang memprioritaskan pembangunan berkelanjutan untuk memastikan ketersediaan air bersih dan lahan pertanian yang sehat di Kendeng dan di seluruh Indonesia.
- Pemerintah harus mengembalikan hak legal penduduk Pulau Pari atas tanah mereka dan mengembalikan akses mereka atas wilayah perairan di sekitar pulau sebagai sumber pendapatan dan pangan.
- Pemerintah pusat dan daerah merevisi dan mencabut semua 421 kebijakan diskriminatif, khususnya kebijakan yang berdampak negatif terhadap pemenuhan hak warga negara atas pangan. Selanjutnya, pemerintah daerah melaksanakan harmonisasi kebijakan nasional dan daerah agar sejalan dengan Konstitusi Republik Indonesia untuk memastikan semua kebijakan mencerminkan nilai-nilai hak asasi manusia.
- Komnas Perempuan merekomendasikan agar komunitas Syiah

yang dipindahkan dikembalikan ke desa asalnya di Karang Gayam agar mereka dapat melanjutkan bertani, berkebun, dan memelihara ternak. Rekonsiliasi harus dilakukan dengan penduduk desa untuk menerima pengikut Syiah sebagai bagian dari komunitas yang disambut baik.

- Komnas Perempuan mendesak pemerintah untuk: (1) Segera memberikan solusi konkrit bagi komunitas Ahmadiyah di kamp Transito Desa Majeluk Mataram; (2) memulihkan aset ekonomi mereka yang terbengkalai; dan (3) menjamin kebebasan beragama dan hak-hak lainnya termasuk hak mereka atas pangan.
- Komnas Perempuan merekomendasikan: (1) Manajemen makanan bagi para pengungsi melibatkan para pengungsi itu sendiri, yaitu para penyedia dapat berkonsultasi dengan para pengungsi tentang jenis makanan yang mereka butuhkan dan melibatkan mereka dalam proses pembuatan makanan; (2) pemerintah segera menyelesaikan proses relokasi pengungsi kepada negara tujuan mereka.
- Bagi korban letusan Gunung Sinabung: (1) Pemerintah harus segera mengambil langkah-langkah strategis untuk memprioritaskan penyediaan lahan pertanian bagi penduduk lokal yang terkena dampak letusan Gunung Sinabung; (2) Pemerintah harus mempertimbangkan kembali strategi manajemen bencana mereka, terutama dukungan dan sumber daya yang tepat untuk benar-benar memenuhi kebutuhan masyarakat yang terkena dampak bencana.
- Pemerintah memperbaiki kebijakan menghukum yang melulu memenjarakan perempuan produktif, yang bertanggung jawab memenuhi kebutuhan keluarga mereka. Berikan prioritas untuk menyediakan makanan yang cukup bagi perempuan di penjara sebagai cara berinvestasi dalam kesehatan perempuan-perempuan ini untuk masa depan.
- Bagi penyandang disabilitas: (1) Pemerintah menerapkan amanat UUNo.8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas dan menyadari penyandang disabilitas memiliki hak yang sama untuk bekerja sehingga mereka dapat diberdayakan dan mandiri. Ini termasuk mengubah proses perekrutan pemerintah untuk menghapus persyaratan ‘tubuh dan pikiran yang sehat’; (2) Pemerintah harus bertindak untuk meningkatkan informasi dan dukungan yang tersedia bagi keluarga penyandang disabilitas untuk memastikan standar kehidupan yang layak, termasuk akses terhadap makanan yang cukup.

- Pemerintah Indonesia perlu mendorong negara-negara penerima pekerja migran untuk memastikan para pekerja migran, terutama pekerja rumah tangga, diberikan makanan yang cukup bergizi dan sejalan dengan keyakinan agama mereka. Jaminan ini harus secara eksplisit dinyatakan dalam kontrak pekerja migran.
- Negara harus bertindak cepat untuk meratifikasi Konvensi ILO 189 tentang pekerjaan layak untuk pekerja rumah tangga.
- Pemerintah mengeluarkan peraturan: (1) Mewajibkan semua pihak, termasuk tempat kerja, untuk melindungi dan mendukung korban kekerasan dalam rumah tangga untuk memastikan akses berkelanjutan ke pendapatan dan nutrisi yang memadai; (2) Mewajibkan suami untuk menafkahi mantan istri pasca perceraian, dan dalam kasus-kasus di mana ia gagal melakukan maka mengharuskan tempat bekerja suami membayar sebagian dari upahnya kepada istri atau mantan istrinya sehingga ia dapat memenuhi haknya untuk memberi makan dirinya dan anak-anaknya dengan martabat.
- Kepala Daerah agar: (1) Menarik kebijakan diskriminatif yang melarang akses pekerjaan bagi transpuan; (2) Mendorong pemerintah pusat untuk menghilangkan diskriminasi; dan (3) Memberikan jaminan perlindungan sosial untuk memastikan akses transpuan pada sumber daya material yang diperlukan untuk memenuhi hak mereka atas makanan.
- Pemerintah agar melaksanakan program konsultasi dan pendidikan masyarakat dengan tujuan mengadaptasi konstruksi budaya gender dan status di dalam rumah untuk menangani akses hirarkis berdasarkan gender ke makanan di dalam keluarga.
- Berkaitan dengan anak. (1) Pemerintah agar mengubah UU Pernikahan 1974, terutama untuk meningkatkan usia minimum pernikahan bagi perempuan menjadi setidaknya 18 tahun atau idealnya berusia 21 tahun; (2) Pemerintah untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang kesehatan seksual dan reproduksi ke dalam kurikulum untuk mencegah kehamilan anak.

TENTANG KOMNAS PEREMPUAN

Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan adalah lembaga negara yang independen untuk penegakan hak asasi manusia perempuan Indonesia. Komnas Perempuan dibentuk melalui Keputusan Presiden No. 181 Tahun 1998, pada tanggal 9 Oktober 1998, yang diperkuat dengan Peraturan Presiden No. 65 Tahun 2005.

Komnas Perempuan lahir dari tuntutan masyarakat sipil, terutama kaum perempuan, kepada pemerintah untuk mewujudkan tanggung jawab negara dalam menanggapi dan menangani persoalan kekerasan terhadap perempuan. Tuntutan tersebut berakar pada tragedi kekerasan seksual yang terutama dialami oleh perempuan etnis Tionghoa dalam kerusuhan Mei 1998 di berbagai kota besar di Indonesia.

Komnas Perempuan tumbuh menjadi salah satu Lembaga Nasional Hak Asasi Manusia (LNHAM), sesuai dengan kriteria-kriteria umum yang dikembangkan dalam *The Paris Principles*. Kiprah aktif Komnas Perempuan menjadikan lembaga ini contoh berbagai pihak dalam mengembangkan dan meneguhkan mekanisme HAM untuk pemajuan upaya penghapusan kekerasan terhadap perempuan baik di tingkat lokal, nasional, kawasan, maupun internasional.

LANDASAN KERANGKA KERJA KOMNAS PEREMPUAN:

1. Konstitusi, yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
2. Undang-Undang No. 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW)
3. Undang-Undang No. 5 Tahun 1998 tentang Pengesahan Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain yang Kejam atau tidak Manusiawi (CAT)
4. Deklarasi Internasional tentang Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan, serta kebijakan-kebijakan lainnya tentang hak asasi manusia.

TUJUAN KOMNAS PEREMPUAN:

1. Mengembangkan kondisi yang kondusif bagi penghapusan segala bentuk kekerasan terhadap perempuan dan penegakan hak-hak asasi manusia perempuan di Indonesia;
2. Meningkatkan upaya pencegahan dan penanggulangan segala bentuk kekerasan terhadap perempuan dan perlindungan hak-hak asasi perempuan.

MANDAT DAN KEWENANGAN:

1. Menyebarluaskan pemahaman atas segala bentuk kekerasan terhadap perempuan Indonesia dan upaya-upaya pencegahan dan penanggulangan, serta penghapusan segala bentuk kekerasan terhadap perempuan;
2. Melaksanakan pengkajian dan penelitian terhadap berbagai peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta berbagai instrumen internasional yang relevan bagi perlindungan hak-hak asasi perempuan;
3. Melaksanakan pemantauan, termasuk pencarian fakta dan pendokumentasian kekerasan terhadap perempuan dan pelanggaran HAM perempuan, serta penyebaran hasil pemantauan kepada publik dan pengambilan langkah-langkah yang mendorong pertanggungjawaban dan penanganan;
4. Memberi saran dan pertimbangan kepada pemerintah, lembaga legislatif, dan yudikatif, serta organisasi-organisasi masyarakat guna mendorong penyusunan dan pengesahan kerangka hukum dan kebijakan yang mendukung upaya-upaya pencegahan dan penanggulangan segala bentuk kekerasan terhadap perempuan, serta perlindungan HAM penegakan dan pemajuan hak-hak asasi perempuan;
5. Mengembangkan kerja sama regional dan internasional guna meningkatkan upaya-upaya pencegahan dan penanggulangan segala bentuk kekerasan terhadap perempuan Indonesia, serta perlindungan, penegakan dan pemajuan hak-hak asasi perempuan.

PERAN KOMNAS PEREMPUAN:

1. Pemantau dan pelapor tentang pelanggaran HAM berbasis gender dan kondisi pemenuhan hak perempuan korban;
2. Pusat pengetahuan (*resource center*) tentang hak asasi perempuan; Pemicu perubahan serta perumusan kebijakan;
3. Negosiator dan mediator antara pemerintah dengan komunitas korban dan komunitas pejuang hak asasi perempuan, dengan menitikberatkan pada pemenuhan tanggung jawab negara pada penegakan hak asasi manusia dan pada pemulihan hak-hak korban;
4. Fasilitator pengembangan dan penguatan jaringan di tingkat lokal, nasional, regional dan internasional untuk kepentingan pencegahan, peningkatan kapasitas penanganan dan penghapusan segala bentuk kekerasan terhadap perempuan.

**SERI DOKUMEN KUNCI
KOMNAS PEREMPUAN**

**HAK ATAS KESEHATAN DAN
HAK ATAS PANGAN PEREMPUAN**

Isu kesehatan dan hak atas pangan kerap dilihat sebagai isu ekonomi sosial dan budaya, padahal sejatinya merupakan bagian dari hak paling dasar yang masuk dalam rumpun hak asasi sipil politik, yaitu hak hidup. Hak hidup yang ditopang dengan hak atas kesehatan dan hak atas pangan tak jarang tercerabut karena kelalaian atau pengabaian negara, maupun pelaziman budaya.

Tidak sedikit pula tak terpenuhinya hak perempuan merupakan akibat dari kekerasan yang mereka alami. Temuan Komnas Perempuan menunjukkan bahwa kekerasan terhadap perempuan yang tidak tertanggulangi dapat berdampak pada terhambatnya hak atas kesehatan dan hak atas pangan, bahkan berujung pada hak hidup mereka.

Seri Dokumen Kunci (SDK) Komnas Perempuan ke-13 ini mengangkat tiga dokumen terkait isu hak kesehatan dan hak pangan perempuan. Ketiga dokumen tersebut adalah: (a) Laporan Independen Komnas Perempuan kepada Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Kesehatan pada tahun 2017; (b) Laporan Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Kesehatan dalam Misinya ke Indonesia pada tahun 2017; dan (c) Laporan Independen Komnas Perempuan kepada Pelapor Khusus PBB tentang Hak Atas Pangan pada tahun 2018.



**JL. LATURHARHARI 48
JAKARTA 10310
TEL (62-21) 3903963
FAX (62-21) 3903922
EMAIL: mail@komnasperempuan.or.id
SITUS: www.komnasperempuan.or.id**