

MENGUKUR PEMENUHAN HAK AZASI MANUSIA DI BIDANG KESEHATAN IBU DAN BAYI BARU LAHIR:

MENGGUNAKAN INSTRUMEN WHO



DARI 2 KOTA
DAN KABUPATEN DI
NUSA TENGGARA
BARAT DAN NUSA
TENGGARA TIMUR

LAPORAN TENTANG PELAKSANAAN
UNDANG-UNDANG, KEBIJAKAN, DAN
STANDAR PELAYANAN DI TINGKAT
PROVINSI DAN KABUPATEN

NOVEMBER 2008

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
PEMERINTAH DAERAH NUSA TENGGARA BARAT
PEMERINTAH DAERAH NUSA TENGGARA TIMUR
DIDUKUNG OLEH: THE INDONESIAN-GERMAN DEVELOPMENT COOPERATION HEALTH SECTOR SUPPORT TEAM

DESIGN: KODORD



gtz





PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
DINAS KESEHATAN

Jln. PALAPA NO. 22 KUPANG TELP/FAX.0380-828977

KATA SAMBUTAN

Pertama-tama marilah kita memanjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas bimbingan dan rahmatNya maka Laporan Hasil Survey Hak-Hak Reproduksi Maternal dan Neonatal di Kabupaten Timor Tengah Selatan dan Kota Kupang dapat diselesaikan.

Di awal tahun 2007, Depkes RI dengan dukungan WHO menerbitkan National Report - Using Human Rights for Maternal and Neonatal Health: A tool for strengthening laws, policies and standards of care. Pemerintah Jerman dan Inggris melalui SISKES/GTZ juga mendukung pendanaan laporan ini. Laporan Nasional ini menimbulkan pertanyaan untuk penelitian lebih lanjut tentang bagaimana metodologi ini dapat digunakan di tingkat lokal, sehingga pada akhirnya dapat berkontribusi untuk peningkatan pemenuhan hak-hak reproduksi maternal dan neonatal di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Untuk itu telah dilakukan survey tingkat lokal dan Provinsi Nusa Tenggara Timur terpilih menjadi salah satu tempat untuk dilakukan survey ini.

Karena survey ini dilaksanakan dalam rangka uji coba tool yang baru, maka tidak bisa dilakukan di semua kabupaten di NTT. Pemilihan daerah uji coba didasarkan pada daerah yang mewakili wilayah urban dan wilayah rural. Kriteria lainnya adalah bahwa daerah uji coba terletak dalam wilayah kerja program MPS (Making Pregnancy Safer) Dinkes NTT yang difasilitasi oleh GTZ SISKES, karena survey ini didanai juga oleh DFID-UK (Department For International Development – United Kingdom), sehingga pemilihan daerah seyogyanya juga mengakomodir area Dinkes yang didukung oleh DFID. Kami menyadari mengingat luasnya wilayah dan berbagai ragam budaya dan suku di NTT, kedua kabupaten/ kota tersebut tidaklah dapat mewakili NTT secara keseluruhan, namun diharapkan hasil dari kedua kabupaten/ kota tersebut dapat dilaksanakan di kabupaten lain di NTT untuk mendapatkan hasil pemetaan pemenuhan hak-hak reproduksi maternal dan neonatal.

Kami juga menyadari bahwa dalam proses penelitian ini banyak pihak yang telah bekerja dengan sungguh-sungguh, dimulai dengan proses pengumpulan data sekunder, wawancara responden, sampai pada proses analisa data sehingga mendapatkan hasil akhir yang sangat komprehensif ini. Karena itu pada kesempatan ini kami sampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya dan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya. Kiranya Tuhan Yang Maha Kuasa akan selalu melimpahkan berkat dan rahmatNya kepada semua pihak yang telah bekerja dan mendukung terlaksananya penelitian ini, dan semoga hasil penelitian dapat berguna untuk memajukan pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi yang berpihak pada pemenuhan hak-hak reproduksi di Indonesia pada umumnya dan khususnya di Nusa Tenggara Timur.

Kupang, 21 April 2009

**Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi Nusa Tenggara Timur,**



Dr. Stefanus Bria Seran, MPH
Pembina Utama Madya
NIP: 19571226 198403 1 005



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
DINAS KESEHATAN
Jalan Amir Hamzah No. 103, Telp. (0370) 631004 Fax. 637513
M A T A R A M

SAMBUTAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI NTB MENGUKUR PEMENUHAN HAK AZASI MANUSIA DI BIDANG KESEHATAN IBU DAN BAYI BARU LAHIR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Puji syukur kita panjatkan kehadapan Tuhan YME yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua sehingga Laporan Penelitian tentang “ Mengukur Pemenuhan Hak Azasi Manusia di Bidang Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir “ ini dapat diselesaikan. Seperti kita ketahui bersama, masalah kematian Ibu dan Bayi, khususnya bayi baru lahir dan masalah status gizi, baik pada anak-anak maupun pada ibu hamil masih merupakan masalah kesehatan yang dihadapi Provinsi NTB dan masih perlu ditangani bersama-sama, dengan memanfaatkan dan menggalang berbagai sumber daya yang ada.

Laporan hasil penelitian ini melihat ketimpangan yang terjadi dilapangan antara Undang-Undang, Kebijakan dan Standar Pelayanan di Tingkat Provinsi dan Kabupaten yang terkait dengan pelayanan kesehatan khususnya kesehatan ibu dan bayi baru lahir serta dihubungkan dengan isu pemenuhan hak azasi manusia secara umum. Dimana dijumpai bahwa akses pelayanan kesehatan perlu mendapat perhatian baik menyangkut tentang ketrampilan petugas kesehatan dalam penyediaan pelayanan, terbatasnya sarana dan prasarana khususnya didaerah terpencil termasuk akses bank darah, pembiayaan, gender, penyakit menular termasuk PMS (serta HIV-AIDS), proses amandemen yang penyelesaiannya berkepanjangan, dan perlu dilakukan revisi terhadap UU Kependudukan dan UU untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi secara menyeluruh.

Dengan hasil penelitian ini diharapkan semoga dapat membuka wawasan bagi Pemegang Kebijakan terkait terhadap perbaikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh baik bagi penduduk miskin, gender dan daerah terpencil. Demikian juga bagi sektor terkait yang memerlukan dapat digunakan untuk mengambil keputusan dan penyusunan strategi pembangunan di NTB dalam rangka pemenuhan hak azasi manusia bagi seluruh penduduk NTB yang diharapkan bisa untuk perbaikan IPM Provinsi NTB yang masih terpuruk pada posisi nomor 32 dari 33 provinsi di Indonesia.

Temuan dan kajian ini masih banyak dijumpai adanya kekurangan, untuk itu mohon kritik dan sarannya untuk penyempurnaan laporan ini. Pada kesempatan ini kami menyampaikan ucapan terimakasih kepada semua pihak yang telah dengan susah payah sehingga laporan penelitian ini dapat terselesaikan, terutama untuk GTZ yang telah membantu baik materi maupun moril. Bersama ini pula kami mohon maaf apabila ada kesalahan baik sengaja dalam persiapan, pelaksanaan maupun dalam mewujudkan laporan ini.

Semoga Allah SWT senantiasa selalu melimpahkan rahmatNya bagi kita semua, Amin
Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi Nusa Tenggara Barat



Dr. H. Moch. Ismail
Pembina Tk. I / IV b
NIP : 140 202 097



KATA SAMBUTAN GTZ SISKES

Pada awal 2007, Departemen Kesehatan dengan dukungan WHO menerbitkan Laporan Nasional - Menggunakan Hak Asasi Manusia Untuk Kesehatan Maternal dan Neonatal: Instrumen untuk memantapkan hukum, kebijakan dan standard pelayanan. GTZ SISKES dengan dana dari Pemerintah Jerman dan Inggris ikut serta memberikan dukungannya dalam penerbitan laporan tersebut. Laporan nasional ini mengarahkan kepada suatu penelitian tentang bagaimana sebuah metodologi bisa diadaptasi bagi pengumpulan data di tingkat desentralisasi, yang bisa dipergunakan untuk memberikan informasi tentang adanya perbaikan pemenuhan hak azasi manusia di tingkat provinsi dan kabupaten. Pemerintah Indonesia bersama jajaran pemerintahannya di tingkat provinsi dan kabupaten kini mempelopori penggunaan instrumen yang dikembangkan untuk mengukur pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan ibu dan bayi yang baru lahir (kesehatan maternal dan kesehatan neonatal).

Laporan ini berisi data primer dan sekunder tentang bagaimana kesehatan maternal dan neonatal dan hak azasi manusia diwujudkan serta dilindungi oleh undang-undang ditingkat nasional, provinsi dan kabupaten, dan diwujudkan pelaksanaannya dalam bentuk kebijakan dan perencanaan program. Laporan ini juga memuat data primer mengenai kesehatan maternal dan neonatal beserta hak – hak azasinya, yang dikumpulkan lewat survei yang dilakukan di dua kota dan dua kabupaten di Provinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur.

Penyelesaian laporan ini melalui suatu proses yang panjang, dimulai dari pengumpulan data primer dan sekunder yang dilakukan oleh tim peneliti, dipimpin oleh beberapa LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) lokal dari kedua provinsi. Desain penelitian, analisis statistik terhadap data primer, analisis horizontal dan vertikal terhadap data sekunder, serta penyiapan laporan penelitian dipandu oleh beberapa konsultan. Rumusan rekomendasi dan strategi yang tertuju kepada isu-isu kesehatan prioritas dimunculkan dan diratifikasi dalam beberapa lokakarya yang dihadiri oleh pemangku kepentingan dari berbagai sektor terkait di NTB dan NTT.

Isu-isu kesehatan prioritas yang diuraikan dalam laporan ini adalah:

- 1) Akses Pelayanan Kehamilan, Persalinan dan Nifas.
- 2) Keluarga Berencana (KB): Akses Pelayanan Kontrasepsi yang Hanya Terbatas Bagi Pasangan Suami Istri; Adanya Persetujuan Suami Dalam mencari Pelayanan KB dan Rendahnya Pengetahuan Tentang Metode-Metode Kontrasepsi.
- 3) Tingkat Pencatatan Kelahiran yang Rendah
- 4) Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS: Kurangnya pengetahuan, Pendidikan dan Akses untuk Upaya Pencegahan dan Pengobatan.
- 5) Kekerasan terhadap Perempuan
- 6) Belum Terpenuhinya Kebutuhan Layanan Aborsi Aman.
- 7) Kesehatan Reproduksi Remaja: Pernikahan dan Kehamilan pada Usia Dini, Terbatasnya Akses untuk Pendidikan dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi/ Seksual.
- 8) Laporan ini juga mengidentifikasi kelompok-kelompok rentan termasuk isu-isu tentang kesetaraan dan diskriminasi terkait dengan pemenuhan hak azasi manusia dalam kesehatan maternal dan neonatal di masyarakat.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan analisis tentang data yang terkait dengan kesehatan, hukum, kebijakan, serta strategi yang digunakan dalam konteks komitmen Indonesia terhadap hak azasi manusia, agar bisa mengukur terpenuhinya hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal di tingkat provinsi.



Informasi yang dihasilkan oleh penelitian ini diharapkan bisa memberikan bukti dasar dan informasi sejauh mana intervensi dan promosi kesehatan, pengembangan serta revisi undang-undang dan kebijakan mendukung advokasi tentang hak azasi manusia dan merumuskan rencana kegiatan yang relevan untuk mengatasi hambatan-hambatan yang terjadi dalam rangka pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal.

Kami mengucapkan terimakasih kepada semua peneliti dan pemangku kepentingan (stakeholder) terkait yang terlibat dalam proses penelitian, analisis data, penulisan laporan serta rekomendasi-rekomendasinya. Terima kasih secara khusus kami sampaikan kepada kaum perempuan yang telah meluangkan waktu dan menceritakan pengalamannya dengan suka rela selama survei data primer. Kami sungguh berharap laporan ini bisa bermanfaat bagi banyak orang yang bekerja di bidang pemerintahan maupun di Lembaga Swadaya Masyarakat, yang mengabdikan diri demi terpenuhinya hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal. Kami berharap laporan ini bermanfaat bagi peningkatan kesehatan ibu dan bayi yang baru lahir di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, juga di seluruh Indonesia.

Dr. Gertrud Schmidt-Ehry, MPH
Principal Advisor GTZ SISKES/HRD
Mataram, August 2008



DAFTAR ISI

Kata Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTT	I
Kata Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTB	II
Kata Sambutan GTZ SISKES	III
Ucapan Terima Kasih	VII
Daftar Pemangku Kepentingan	VIII
Daftar Singkatan	X
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Konteks Geografis, demografis, dan sejarah	3
1.2 Tujuan dan Keluaran Penelitian	4
1.3 Tujuan Khusus	4
1.4 Metodologi	5
1.4.1 INSTRUMEN A: Pengumpulan data tentang kebijakan, undang-undang, peraturan, perencanaan, statistik kesehatan dan kegiatan program yang relevan dengan hak azasi manusia terkait dengan kesehatan maternal dan neonatal	5
1.4.2 INSTRUMEN B: Survei Hak Azasi Manusia dan kesehatan Maternal dan Neonatal terhadap Perempuan telah Menikah dan Berusia 15 – 49 tahun	7
1.4.3 Analisa Data	9
1.4.4 Pengembangan rekomendasi untuk tindakan prioritas	9
2. KOMITMEN INDONESIA TERHADAP HAK AZASI MANUSIA	12
2.1 Perjanjian - perjanjian penting internasional Hak Azasi Manusia dan Komite Pemantaunya	13
3. ISU PRIORITAS DALAM KESEHATAN DAN AKUNTABILITAS PEMERINTAH DALAM KONTEKS HUKUM INTERNASIONAL DAN STANDAR HAK AZASI MANUSIA	16
3.1 Kehamilan, kelahiran, dan nifas; Akses terhadap Pelayanan Kesehatan	17
3.1.1 Pertimbangan-pertimbangan Kesehatan	17
3.1.2 Pertimbangan-pertimbangan Hak Azasi Manusia	21
3.1.3 Upaya Pemerintah	22
3.1.4 Upaya Lembaga Non-Pemerintah	24
3.1.5 Kesenjangan antara undang-undang, kebijakan, strategi dan penerapannya	26
3.1.6 Rekomendasi untuk tindakan-tindakan prioritas	28
3.2 Keluarga Berencana: Rendahnya Tingkat Pengetahuan tentang Metode Keluarga Berencana; Tidak teraksesnya Keluarga Berencana bagi orang yang Tidak Menikah; Wewenang suami untuk Mencari Pelayanan	30
3.2.1 Pertimbangan-pertimbangan Kesehatan	30
3.2.2 Pertimbangan-pertimbangan Hak Azasi Manusia	33
3.2.3 Upaya Pemerintah	33
3.2.4 Upaya Lembaga Non-Pemerintah	34
3.2.5 Kesenjangan antara undang-undang, peraturan, kebijakan, strategi, dan penerapannya	35
3.2.6 Rekomendasi untuk tindakan-tindakan prioritas	37
3.3 Tingkat Pencatatan kelahiran yang rendah	39
3.3.1 Pertimbangan-pertimbangan Kesehatan	39
3.3.2 Pertimbangan-pertimbangan Hak Azasi Manusia	40
3.3.3 Upaya Pemerintah	41
3.3.4 Upaya Lembaga Non-Pemerintah	43
3.3.5 Kesenjangan antara undang-undang, peraturan, kebijakan, strategi dan penerapannya	



3.3.5	Kesenjangan antara undang-undang, peraturan, kebijakan, strategi dan penerapannya	43
3.3.6	Rekomendasi untuk tindakan-tindakan Prioritas	44
3.4	PMS dan HIV/AIDS: Kurangnya Pengetahuan, Pendidikan, dan Akses untuk Upaya Pencegahan dan Pengobatan	46
3.4.1	Pertimbangan-pertimbangan Kesehatan	46
3.4.2	Pertimbangan-pertimbangan Hak Azasi Manusia	47
3.4.3	Upaya Pemerintah	48
3.4.4	Upaya Lembaga Non-pemerintah	49
3.4.5	Rekomendasi untuk tindakan-tindakan prioritas	51
3.5	Kekerasan terhadap Perempuan	53
3.5.1	Pertimbangan-pertimbangan Kesehatan	53
3.5.2	Pertimbangan-pertimbangan Hak Azasi Manusia	55
3.5.3	Upaya Pemerintah	56
3.5.4	Upaya Lembaga Non-pemerintah	58
3.5.5	Kesenjangan antara undang-undang, kebijakan, strategi dan penerapannya	59
3.5.6	Rekomendasi untuk tindakan-tindakan prioritas	60
3.6	Tak terpenuhinya kebutuhan Layanan aborsi aman	62
3.6.1	Pertimbangan-pertimbangan Kesehatan	62
3.6.2	Pertimbangan-pertimbangan Hak Azasi Manusia	64
3.6.3	Upaya Pemerintah	65
3.6.4	Upaya Lembaga Non-pemerintah	65
3.6.5	Kesenjangan antara undang-undang, peraturan, kebijakan, strategi, dan penerapannya	65
3.6.6	Rekomendasi untuk tindakan-tindakan prioritas	66
3.7	Kesehatan Reproduksi Remaja: perkawinan dan kehamilan usia dini, dan akses yang terbatas terhadap pendidikan seksual dan kesehatan reproduksi, dan pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual	68
3.7.1	Pertimbangan-pertimbangan Kesehatan	68
3.7.2	Pertimbangan-pertimbangan Hak Azasi Manusia	70
3.7.3	Upaya Pemerintah	71
3.7.4	Upaya Lembaga Non-pemerintah	72
3.7.5	Hambatan terkait undang-undang, peraturan, kebijakan, strategi dan penerapannya	73
3.7.6	Rekomendasi untuk tindakan-tindakan prioritas	75
4.	NON-DISKRIMINASI, KESETARAAN, DAN KELOMPOK-KELOMPOK YANG RENTAN	78
4.1	Hak atas non-diskriminasi dan kesetaraan	80
4.2	Non-diskriminasi dalam konteks kesehatan ibu dan khususnya kelompok-kelompok rentan di Indonesia	81
4.2.1	Jender	81
4.2.2	Kelompok-kelompok rentan di NTB dan NTT: perempuan	81
4.2.3	Usia	81
4.3	Kelompok-kelompok rentan di NTB dan NTT: anak-anak perempuan dan remaja perempuan	82
4.4	Status Sosial ekonomi, pendidikan serta tempat tinggal secara geografis	82
4.4.1	Kelompok-kelompok rentan di NTB dan NTT: perempuan miskin, perempuan yang berpendidikan rendah atau tidak berpendidikan, perempuan pedesaan	83
4.5	Status perkawinan	83
4.5.1	Kelompok-kelompok rentan di NTB dan NTT: perempuan yang tidak menikah	84
4.6	Status lain	84
4.6.1	Kelompok-kelompok rentan di NTB dan NTT: perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS, pekerja migran dan pekerja seks	84
5.	KESIMPULAN	85



UCAPAN TERIMA KASIH KEPADA

PIMPINAN PUSAT DAN PROVINSI

Sri Astuti Soeparmanto, MSc (PH)
Dr. Sri Hermiyanti, MSc
Dr. Trisnawati G.Loho, MHP
Dr. Baiq Magdalena
Dr. Stefanus Bria Seran, MPH

TIM PENELITIAN

Koordinator Peneliti:
Kasmiati (NTB), Desti Murdijana (NTT)

Secondary Data Researchers:
Ir. Zainuri, M.App.Sc., PhD (NTB),
Ferderika Tadu Hungu, MA (NTT)

Peneliti Data Primer:
Baiq Halwati, SP (NTB)
Baiq Fajri Misrianti, SP (NTB)
Idul Fitriatun, SH (NTB)
Minsur Sehat Nayati, SPd (NTB)
Munikem, (NTB)
Rambu Anarara (NTT)
Susana Boimau (NTT)
Imelda Daly (NTT)
Rahmawatty Bagang (NTT)

Entri Data:
Endang Susilawati, SH (NTB)
Rama Hasani, S.Komp (NTB)
Dwi Miranthy, S.Komp (NTB)

Pendukung Statistik:
Mardiansah

Penasehat Teknis:
Linda Bennett, PhD,

Sari Andajani Sutjahjo, PhD
Penasehat Organisasi Kesehatan Dunia:
Jane Cottingham Girardin, BA, MPH
Eszter Kismodi, LLM, JD

Penasehat:
Dra. Ninuk Widiyantoro, Psi
Rita Serena Kolibonso, SH, L.LM

Manajer Proyek:
Ir. Hanartani, S.U

Asisten Proyek:
Nuniks Gayatri, S.Psi

PENYUMBANG GAGASAN

Dr. Gertrud Schmidt-Ehry, MPH
Janette O'Neill, BN, BM, MPH
Laura Guarenti (WHO Jakarta)
Eszter Kismodi (WHO Geneva)
Dr. Teda Littik
Dra. Yohanna Maxi, MMD
Rahmi Sofiarini, PhD
Dr. Karina Widowati
Dr. Reny Bunyamin, MPH
Dr. Loesje M. Sompie, M.Sc.

EDITOR:

Rahmi Sofiarini, PhD
Dr. Karina Widowati

LAYOUT & DESIGN

Karsten van der Oord



DAFTAR PEMANGKU KEPENTINGAN

Peserta lokakarya tentang “Memetakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal”

Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur.

- A . Pemangku Kepentingan di Provinsi Nusa Tenggara Barat
- 1 . Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTB: Dr. Baiq Magdalena
- 2 . Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat & Gizi dari Dinas Kesehatan Provinsi NTB: Drg. Sabar Setiawan, M.Kes
- 3 . Kepala Seksi Kesehatan Ibu dan Anak pada Dinas Kesehatan Provinsi NTB: Dr.Nyoman Wijaya Kusuma
- 4 . Kepala Bidang Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat pada Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Provinsi NTB: Ismed Nurromadony, SST
- 5 . Sekretaris Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Provinsi NTB: Soeharmanto, SH
- 6 . Kepala Bagian Kesehatan pada Biro Kesejahteraan Masyarakat di Pemerintah Provinsi NTB: Rohmi Khoiriyati, SKM, M.Si
- 7 . Kepala Seksi Kesehatan Anak dan Remaja Dinas Kesehatan Kabupaten Mataram: Mustika Hidayati, SKM, M.Kes.
- 8 . Kepala Seksi Kesehatan Ibu pada Dinas Kesehatan Kabupaten Mataram: Hj. Kustinah Sutamin
- 9 . Kepala Bidang Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat pada Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Mataram: Darmanan, SIP
- 10 . Kepala Bagian Keluarga Berencana Keluarga Sejahtera (KBKS) Mataram: Dra. Sri Mawarni
- 11 . Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa: Drh. Zaidun Abdullah
- 12 . Kepala Bidang Agama, Pendidikan, dan Kesehatan pada Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Sumbawa: Zainal Arifin,SPT, Msi
- 13 . Kepala Bidang Kesehatan Keluarga pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa: Dr. Minanur
- 14 . Kepala Keluarga Berencana Keluarga Sejahtera (KBKS) Kabupaten Sumbawa: Drs. Ahmad Muhamad
- 15 . Ketua Pusat Kajian Perempuan - Universitas Mataram: Ir. Ruth Stella, MS
- 16 . Ketua Ikatan Bidan Indonesia Propinsi NTB: Hj.Sri Murniati, S.Sos



- B . Pemangku Kepentingan di Provinsi Nusa Tenggara Timur
- 1 . Kepala Kantor Kesehatan Provinsi NTT: Dr. Stefanus Bria Seran, MPH
 - 2 . Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Masyarakat Nusa Tenggara Timur: Dr. Yuli Buttu, M.Sc PH
 - 3 . Kepala Perencanaan Pembangunan (PP) II Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) NTT: Ir. Alfred S.
 - 4 . Sekretaris Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Provinsi NTT: Andreas Asan
 - 5 . Kepala Bidang Promosi pada BKKBN Provinsi NTT: Drs. Willem Kaboso, MA
 - 6 . Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang: Dr. Dominggus Sarambu
 - 7 . Kepala Bidang Kesehatan Keluarga pada Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang: Dr. Joyce Kansil
 - 8 . Kepala Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kupang: A. Boeky
 - 9 . Kepala Biro Keluarga Berencana Keluarga Sejahtera (KBKS) Kabupaten Kupang: Drs. Damis Koda, MM
 - 10 . Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS): Dr. Markus Righuta
 - 11 . Kepala Bidang Kesehatan Keluarga pada Dinas Kesehatan Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS): Amida Kaesmetan
 - 12 . Kepala BAPPEDA Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS): Yaan M.J. Tanaem
 - 13 . Kepala Biro Keluarga Berencana Keluarga Sejahtera (KBKS) di Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS): Julius S.M. Taneo
 - 14 . Ketua Ikatan Bidan Indonesia Provinsi NTT: Rita Palembang
 - 15 . Ketua Pusat Kajian Perempuan - Universitas Nusa Cendana : DR. Mien Ratoe Oedjoe



DAFTAR SINGKATAN

	Kader		Volunteer Health Worker
	<i>Same as English</i>	AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
	Pemeriksaan Kehamilan	ANC	Ante Natal Care
	Kesehatan Reproduksi Remaja	ARH	Adolescent Reproductive Health
	<i>Same term as English</i>	ARV	Anti Retro Viral
	Agency Australia untuk Pembangunan Internasional	AusAID	Australian Agency for International Development
	Landasan Aksi Beijing	BPFA	Beijing Platform For Action
	Sistim Pengawasan Perilaku	BSS	Behaviour Surveillance System
	Unit Transfusi Darah	BTU	Blood Transfusion Unit
	<i>Same term as English</i>	CD	Compact Disc
	Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan	CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
	Kovenan Internasional Tentang Hak Sosial, Ekonomi dan Budaya	CESC	Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
	<u>Algoritma</u> untuk memastikan integritas data dan mengecek kesalahan pada suatu data yang akan ditransmisikan atau disimpan	CRC	Cyclic Redundancy Check
	Pelayanan Bantuan Kemanusiaan Katolik	CRS	Catholic Relief Services
	Tehnik Kontrasepsi Mutakhir	CTU	Contraceptive Technique Update
	Pelayanan Gereja Dunia Untuk kemanusiaan	CWS	Church World Service
	Departemen Pembangunan Internasional Milik Pemerintah Inggris	DFID	Department for International Development
	Dinas Kesehatan Kabupaten	DHO	District Health Office
	Sunat Perempuan	FGC	Female Genital Cutting
	Mutilasi Alat Kelamin Perempuan	FGM	Female Genital Mutilation
	Konferensi Wanita Sedunia ke empat (4)	FWCW	Fourth World Conference on Women
	Pemerintah Indonesia	GOI	Government of Indonesia
	Dokter Umum	GP	General Practitioner
	Kerjasama Teknis Pemerintah Jerman	GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (German Technical Cooperation)
IPM	Index pembangunan manusia	HDI	Human Development Index



	<i>Same term as English</i>	HIV	Human Immunodeficiency Virus
	Pengembangan Sumber Daya Manusia	HRD	Human Resource Development
	Konvensi Internasional Tentang Hak Sipil dan Politik	ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights
	Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan	ICPD	International Conference on Population and Development
	Tanda Pengenal	ID	Identity
	Survei demografi dan kesehatan Indonesia	IDHS	Indonesia Demographic and Health Survei
	Pengguna Obat Suntik	IDU	Injection Drug Users
KIE	Komunikasi Informasi, dan Edukasi	IEC	Information, Education, and Communication
	Proyek Pencegahan dan Penanggulangan HIV AIDS Indonesia	IHPCP	Indonesia HIV AIDS Prevention and Care Project
	Organisasi Buruh Internasional	ILO	International Labor Office
	Angka Kematian Bayi	IMR	Infant Mortality Rate
	<i>Same as English</i>	INGO	International Non Government Organization
	Yayasan Liver Kanai <i>Memorial</i>	KAMELIFO	Kanai Memorial Liver Foundation
	Republik Demokrasi Rakyat Laos	Lao PDR	People's Democratic Republic Lao
	Monitoring Pandemi AIDS	MAP	Monitoring the AIDS Pandemic
	Kantor Komisaris Tinggi PBB untu Hak Asasi Manusia	OHCHR	The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
	Asuhan Pasca Keguguran	PAC	Post Abortion care
	Program Teknologi Kesehatan Tepat Guna	PATH	Program for Appropriate Technology in Health.
	Dinas Kesehatan Propinsi	PHO	Provincial Health Office
	Pencegahan transmisi ibu ke anak	PMTCT	Prevention of mother-to-child transmission
	Kesehatan Reproduksi	RH	Reproductive Health
	Staff Peneliti	RO	Research Officer
	Paket Statistik untuk Ilmu Sosial	SPSS	Statistikal Package for the Social Sciences
	<i>Same term as English</i>	TB	Tuberculosis
	Dukun Melahirkan	TBA	Traditional birth attendant
	Angka Kesuburan Total	TFR	Total Fertility Rate
	Program Bersama PBB untuk HIV/AIDS	UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS



	Badan PBB untuk Program Pembangunan	UNDP	United Nations Development Programme
	Badan PBB untuk Pendidikan, Ilmu Pengetahuan, dan Kebudayaan	UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
	Dana Kependidikan PBB	UNFPA	United Nations Population Fund
	Sidang Khusus Majelis Umum PBB	UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
	Dana Anak-Anak PBB	UNICEF	United Nations Children's Fund
	Kekerasan terhadap perempuan konseling dan Tes Sukarela HIV	VAW	Violence Against Women
		VCT	Voluntary Counseling and Testing
	Program Pangan Dunia	WFP	World Food Programme
	Organisasi kesehatan dunia	WHO	World Health Organization
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah		Regional Budget of Income and Expenditure
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara		National Budget of Income and Expenditure
APK	Asuhan Pasca Keguguran	PAC	Post abortion care
APN	Asuhan Persalinan Normal		Normal delivery care
Askeskin	Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin		Community Health insurance for the poor
BAPPEDA	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah		Regional Development Planning board
BKBKS	Badan Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera		Family planning & welfare board at district level
BKKBN	Badan koordinasi keluarga berencana nasional		National Family Planning Coordination Board
BPS	Badan Pusat Statistik		Central Bureau of Statistics
Depkes	Departemen Kesehatan	MOH	Ministry of Health
Dinkes	Dinas Kesehatan		District Health Office
DPD	Dewan Perwakilan Daerah		Board of Regional Representatives
DPR RI	Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia		National Parliament
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah		Local Parliament
FKPP	Forum Komunikasi Pondok Pesantren		Islamic Boarding School Communication Forum
GEMAS	Gerakan Masyarakat		Community Movement
IBI	Ikatan Bidan Indonesia		Indonesia Midwives Association
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia		Indonesian Pediatrician Association
IDI	Ikatan Dokter Indonesia		Indonesian Medical Association
KB	Keluarga Berencana	FP	Family Planning



KBKS	Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera		Family planning and family welfare association
KEK	Kurang Energi Kronik		Chronic Energy Deficiency
KIA	Kesehatan Ibu & Anak	MCH	Maternal & Child Health
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS		AIDS Prevention Commission
KPAD	Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Daerah		Regional AIDS Prevention Commission
KPKK	Kesehatan Perempuan dan Kesejahteraan Keluarga		Indonesia Women Health and Family Welfare
LBH	Lembaga Bantuan hukum		Legal Aid Institute
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat	NGO	Non Governmental Organization
M&E	Monitoring dan evaluasi	M & E	Monitoring & Evaluation
NTB	Nusa Tenggara Barat		West Nusa Tenggara
NTT	Nusa Tenggara Timur		East Nusa Tenggara
NU	Nahdatul Ulama		Islamic Women's NGO
ODHA	Orang Dengan HIV/AIDS	PLWA	Person Living with HIV/AIDS
PBB	Perserikatan Bangsa-Bangsa	UN	United Nations
Perda	Peraturan Daerah		Sub National (Provincial) Regulation
PIKPK	Pusat Informasi Kesehatan dan Perlindungan Keluarga		Health and Family Protection Information Centre
PIKRR	Pusat Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja		Adolescent Reproduction Health Information Centre
PJKMM	Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin		Health Insurance for the Poor Program
PKBI	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia		Indonesian Parenthood Plan Association
PKK	Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga		Family Welfare Development Organization
PMS	Penyakit Menular Seksual	STD	Sexually Transmitted Disease
POGI	Persatuan Obstetri dan Ginekologi Indonesia		Indonesian Obstetrician & Gynaecologist Association
PONED	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar	BEONC	Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care
PONEK	Pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif	CEONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu		Integrated Health Services
PPK	Perkumpulan Panca Karsa		
PT. Askes	Peseroan terbatas Asuransi Kesehatan		GOI Health Insurance scheme for the poor
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat		Community Health Clinic
RPK	Ruang Pelayanan Khusus		Special Service Shelter
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah		Hospital at District Level
Setda	Sekretaris daerah		Local Government Secretary
SH	Sarjana Hukum		Baccalaureate Degree in Law
SISKES	Sistem Kesehatan		Health System
SKM	Sarjana Kesehatan Masyarakat		Baccalaureate Degree in Public health



Susenas	Survei Sosial-Ekonomi Nasional		National Economic & Social Survei
TTS	Timor Tengah Selatan		South Middle Timor
TTU	Timor Tengah Utara		North Middle Timor
UKS	Usaha Kesehatan Sekolah		School Health Program
YKP	Yayasan Kesehatan Perempuan		Women's Health Foundation
YKSSI	Yayasan Keluarga Sehat Sejahtera Indonesia		Indonesian Healthy Family and Welfare Foundation



Karen van der Oord

BAB 1

PENDAHULUAN

1. PENDAHULUAN

Laporan ini merangkum hasil penelitian eksploratori tentang hak azasi manusia di bidang kesehatan ibu (kesehatan maternal) dan bayi yang baru lahir (kesehatan neonatal) di dua kota dan dua kabupaten di wilayah Indonesia Bagian Timur, dan pertimbangan-pertimbangan temuan penelitian kedalam konteks komitmen Indonesia terhadap hak azasi manusia. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2007, melanjutkan penelitian tingkat nasional yang telah selesai dilaksanakan dari tahun 2005 sampai 2006.¹ Penelitian tingkat nasional tersebut dilakukan atas kerjasama Departemen Kesehatan dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), dengan berbagai para pemangku berkepentingan.² Penelitian tersebut merupakan bagian dari program percontohan untuk uji coba Instrumen WHO – Menggunakan Hak Azasi Manusia untuk Kesehatan Maternal dan Neonatal: Instrumen untuk memantapkan hukum, kebijakan dan standar pelayanan di tiga negara: Brazil, Mozambik dan Indonesia.

Untuk kepentingan penyediaan data dasar bagi proyek SISKES di Provinsi Nusa Tenggara Barat dan Timur, instrumen WHO ini diadaptasi dan dilengkapi dengan

pengumpulan data primer sehingga isu-isu hak azasi manusia yang terkait dengan kesehatan maternal dan kesehatan neonatal di tingkat provinsi dan kabupaten bisa dikaji secara lebih intensif.

Undang-undang desentralisasi di Indonesia disahkan pada tahun 1999 yang memindahkan kekuasaan dan tanggung jawab baru ke pemerintah provinsi dan kabupaten. Dengan demikian, penelitian ini dilakukan pada saat provinsi dan kabupaten berada dalam kondisi menyesuaikan diri serta membangun kapasitas otoritas dan pelayanan yang dimilikinya. Semua upaya dilakukan untuk bisa menyediakan data terbaru tentang usaha pemerintah dalam mempromosikan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal and neonatal di Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Nusa Tenggara Timur (NTT). Tetapi dengan adanya desentralisasi, terjadi peningkatan langkah-langkah yang tertuju bagi isu-isu terkait kesehatan maternal dan neonatal dilakukan oleh kedua provinsi, sehingga dimungkinkan terjadinya perbaikan lebih lanjut dalam rentang waktu antara selesainya kegiatan pengumpulan data dan publikasi laporan ini.

Peta Nusa Tenggara Barat & Nusa Tenggara Timur



Sumber: http://visibleearth.nasa.gov/view_rec.php?id=5819

¹Penggunaan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standard pelayanan”; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapangan Indonesia, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

²Penelitian ini selanjutnya didukung oleh Ford Foundation, UNFPA, UNICEF dan hibah dari Program SISKES.

Sementara Indonesia secara keseluruhan memiliki IPM - Indeks Pembangunan Manusia (0,697 pada tahun 2005) yang lebih tinggi dibandingkan dengan beberapa negara lain di Asia Tenggara, gambaran kedua provinsi dalam laporan ini sama dengan negara tetangga dikategorikan paling miskin. Indeks Pembangunan Manusia di NTB adalah 0,578 (sama dengan Myanmar) dan IPM di NTT adalah 0.603 (sama dengan Republik Rakyat Laos).³

Seperti sudah secara umum diketahui bahwa kemiskinan dan keterbelakangan dapat mengakibatkan terhambatnya pemenuhan hak azasi manusia secara penuh dan rendahnya promosi tentang kesehatan maternal dan neonatal. Sehingga kedua provinsi ini merupakan lokasi yang ideal untuk menggali bagaimana data tentang hak azasi manusia di bidang kesehatan ibu dan bayi yang baru lahir bisa dikumpulkan secara adekuat dan digunakan oleh berbagai pemangku kepentingan yang berada di daerah tertinggal.

1.1 Konteks geografis, demografis, dan historis

Kepulauan Nusa Tenggara pada umumnya kurang memiliki sumber daya dengan populasi yang jarang. Semakin ke timur, iklimnya semakin kering dengan pemandangan yang berbukit-bukit. Nusa Tenggara juga memiliki perbedaan yang mencolok dari segi geografis, suku dan budayanya jika dibandingkan dengan wilayah Indonesia lainnya. Letaknya langsung di timur Garis Wallace, yang menandai batas dari lempeng Benua Asia. Di timur garis inilah flora dan fauna Asia menjadi semakin jarang dan mulai digantikan oleh flora dan fauna Australasian.

Sebelumnya, Nusa Tenggara dianggap sebagai bagian dari Kepulauan Sunda Lesser yang mencakup Bali, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur dengan Singaraja di Bali sebagai ibukotanya. Pada tahun 1958, wilayah ini dibagi menjadi tiga provinsi: Bali, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur. Ibu kota administratif Provinsi NTB adalah Kota Mataram di Pulau Lombok, dan ibu kota administratif Provinsi NTT adalah Kota Kupang di Pulau Timor. Jumlah populasi dari kedua provinsi ini hampir sama, dengan perkiraan 4,2 juta di NTB dan 4,1 juta di NTT.⁴

NTB memiliki dua pulau besar yaitu Lombok dan Sumbawa serta ratusan pulau-pulau kecil lainnya. Secara umum, alam



Nusa Tenggara Timur: Seorang wanita tua dengan tato © SISKES

NTB subur dan kaya akan mineral serta flora dan faunanya. Mayoritas penduduknya beragama Islam. Bentuk sinkretis setempat dari Islam yang dipraktikkan di NTB secara bermakna dipengaruhi oleh kepercayaan kelompok Suku Sasak yang merupakan penduduk asli Pulau Lombok. Pantai Barat Lombok juga didiami penduduk minoritas Bali yang penting dan telah menetap di sana selama beberapa generasi.

NTT beriklim lebih kering dan tanahnya cenderung kurang subur dibandingkan pulau – pulau di NTB. NTT meliputi beberapa pulau besar: Flores, Sumba, Alor, Roti, Sabu, dan Timor. Mayoritas penduduk NTT beragama Kristen (Protestan dan Katolik). Di Flores, kehadiran Gereja Katolik Roma sangat dominan dan memainkan peran yang sangat penting dalam proses pembangunan disana. Dalam banyak kasus, pemerintah mempertimbangkan peran gereja ketika merencanakan suatu kebijakan. Walaupun demikian, beberapa kelompok suku yang hidup di wilayah terpencil di NTT tetap mempraktikkan agama asli mereka, seperti Merapu di Sumba dan Jingituu di Sabu.

³ Berdasarkan peringkat Indeks Pembangunan Manusia UNDP pada tahun 2007/2008, diakses di : <http://hdr.undp.org/en/statistik/>.

⁴ Biro Pusat Statistik (BPS) NTB dan NTT.



Nusa Tenggara Barat: Sebuah keluarga duduk di tangga rumah tradisional mereka di daerah penganungan Pulau Sumbawa

Karsten van der Oost

Bahasa Indonesia digunakan sebagai bahasa resmi dalam kehidupan sehari-hari di masyarakat. Walaupun demikian, orang-orang di Nusa Tenggara lebih suka menggunakan bahasa dan dialek mereka sendiri dalam kesehariannya. Ada sekitar 73 bahasa daerah yang masih hidup di Nusa Tenggara.

Lombok merupakan pulau yang berpenduduk padat dan sekitar 75% dari penduduk NTB tinggal didalamnya. Di Lombok, populasi di desa bisa mencapai lebih dari 6.000 orang. Sebagian besar dari 25% sisa penduduk NTB tinggal di Sumbawa, yang merupakan pulau yang lebih besar tetapi memiliki populasi jumlah penduduk didesa yang lebih kecil yaitu sekitar 2.250 jiwa. Di kedua provinsi, sebagian kecil dari populasi tinggal di pulau-pulau yang lokasinya berdekatan dengan pulau-pulau besar. Dalam hal transpor darat dan laut, Lombok dapat dicapai dengan kapal feri dalam waktu empat jam dari Bali. Bima, kota yang paling timur di NTB, dapat dijangkau dengan kombinasi perjalanan melalui darat dan feri dalam waktu 12 jam dari Mataram melalui Lombok Timur atau dengan pesawat melalui Mataram atau Denpasar.

Dibandingkan dengan NTB, NTT memiliki lebih banyak pulau yang berpenghuni. Pulau-pulau yang lebih kecil ini sulit dijangkau dari Kupang, ibukota Provinsi NTT. Jumlah populasi di Timor Barat kurang dari 50 % dari jumlah keseluruhan populasi di provinsi ini. Di NTT, desa-desa cenderung memiliki populasi yang lebih sedikit yaitu kurang dari 1,800 jiwa. Dengan tersebarnya pulau-pulau di NTT, menyebabkan kesulitan transport lewat darat maupun laut dengan ketergantungan yang besar pada pelayanan kapal feri. Kesulitan dalam menjangkau masyarakat yang terpencil di NTT merupakan suatu perbedaan pokok antara dua provinsi ini yang perlu diperhitungkan ketika mempertimbangkan temuan penelitian dan pengembangan rekomendasi yang memadai.

1.2 Tujuan dan Keluaran Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengumpulkan dan menganalisis data tentang pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal di dua kota dan dua kabupaten di Provinsi NTB dan NTT. Penelitian ini dimulai pada awal tahun 2007 dan diselesaikan pada bulan November 2007.

1.3 Tujuan Khusus:

- 1) Mengumpulkan dan menganalisis semua data sekunder yang relevan tentang pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal dengan menggunakan versi revisi dari Instrumen Pendekatan Hak Asasi Manusia yang dirancang oleh WHO yang dalam laporan ini disebut sebagai Instrumen A.
- 2) Menghasilkan dan menganalisis data primer melalui survei yang dirancang khusus untuk mengumpulkan informasi secara langsung dari perempuan tentang bagaimana hak azasi mereka dan bayinya dalam hubungannya dengan kesehatan maternal dan neonatal tersampaikan (atau tidak), yang disebut sebagai Instrumen B.
- 3) Mendapatkan suatu analisis berjenjang dalam temuan penelitian ini yang memungkinkan dilakukannya perbandingan terhadap upaya-upaya pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten (pada dua kota dan dua kabupaten di NTB dan NTT).

- 4) Melibatkan para pemangku kepentingan di tingkat lokal (Local stakeholders) dalam proses desain, pengumpulan dan diseminasi data untuk memperkuat kesadaran dan komitmen dalam mempromosikan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal.
- 5) Menyediakan bukti dasar yang dapat digunakan untuk merancang aksi/tindakan yang mengarah pada pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal di NTB dan NTT.
- 6) Menghasilkan rekomendasi-rekomendasi khusus untuk pengembangan program dan intervensi yang relevan bagi para pemangku kepentingan (stakeholders), termasuk Pemerintahan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota, program SISKES dan LSM-LSM yang aktif dalam mempromosikan hak kesehatan dan hak azasi manusia.
- 7) Menghasilkan rekomendasi-rekomendasi khusus untuk mengurangi hambatan-hambatan hukum dan kebijakan dalam pemenuhan hak-hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal NTB dan NTT.
- 8) Mengidentifikasi bagaimana hak-hak kesehatan reproduksi dapat dipromosikan melalui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepada ibu dan bayi.
- 9) Menguji suatu metodologi yang dapat digunakan di masa yang akan datang untuk mengkaji dampak dari kegiatan, reformasi undang-undang atau kebijakan, yang diarahkan untuk peningkatan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal di NTB dan NTT.
- 10) Untuk membangun kapasitas LSM-LSM dan para peneliti lokal dalam melakukan penelitian di bidang hak azasi manusia dan penelitian kesehatan lainnya.

1.4 Metodologi

Penelitian ini dirancang untuk menghasilkan 2 set data yang saling melengkapi- data sekunder dan data primer- dengan menggunakan 2 Instrumen yakni Instrumen A dan Instrumen B. Kedua instrumen ini dikonsentrasikan untuk menghasilkan data tentang beberapa isu prioritas kesehatan yang terkait

dengan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal yang telah diidentifikasi oleh Pemerintah Indonesia dan WHO. Ada tujuh isu kesehatan prioritas yang menjadi acuan bagi rancangan penelitian ini:⁵

1. Akses Pelayanan Kehamilan, Persalinan dan Nifas.
2. Keluarga Berencana (KB): Akses Pelayanan Kontrasepsi yang Hanya Terbatas Bagi Pasangan Suami Istri; Adanya Persetujuan Suami Dalam mencari Pelayanan KB dan Rendahnya Pengetahuan Tentang Metode-Metode Kontrasepsi.
3. Tingkat Pencatatan Kelahiran yang Rendah
4. Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS: Kurangnya pengetahuan, Pendidikan dan Akses untuk Upaya Pencegahan dan Pengobatan.
5. Kekerasan terhadap Perempuan.
6. Belum Terpenuhinya Kebutuhan Layanan Aborsi Aman.
7. Kesehatan Reproduksi Remaja: Pernikahan & Kehamilan pada Usia Dini, Terbatasnya Akses untuk Pendidikan Pelayanan Kesehatan Reproduksi/ Seksual.

Penelitian ini juga mengidentifikasi kelompok-kelompok yang rentan, mengkaji isu-isu diskriminasi dan kesetaraan, yang berhubungan dengan pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal di masyarakat.

1.4.1 Instrumen A: Pengumpulan data tentang kebijakan, undang-undang, peraturan, perencanaan, statistik kesehatan dan kegiatan-kegiatan program yang relevan dengan hak azasi manusia terkait dengan kesehatan maternal dan neonatal.

Latar Belakang Instrumen WHO

Untuk mempelajari dan mengidentifikasi hambatan-hambatan hukum dan peraturan/ kebijakan Pemerintah terhadap kesehatan maternal dan neonatal, WHO bersama dengan the Harvard School of Public Health telah mengembangkan suatu instrumen untuk mengukur kepedulian pemerintah terhadap

⁵. Tiga isu utama yang berhubungan dengan kesehatan yang dibahas dalam penelitian tingkat nasional ini tidak dimasukkan sebagai isu – isu yang terpisah dalam laporan ini. Isu-isu tersebut meliputi: ketidaksetaraan akses terhadap pendidikan bagi kaum perempuan, mutilasi alat kelamin perempuan, dan hak atas privasi, hak atas rahasia pasien (confidentiality), dan persetujuan berdasarkan informasi (informed consent). Isu-isu tentang mutilasi alat kelamin perempuan ini dibahas dalam laporan ini dalam bahasan tentang kekerasan terhadap perempuan. Isu-isu tentang kesetaraan akses atas pendidikan bagi perempuan dibahas dalam bagian kesehatan reproduksi remaja. Isu-isu tentang hak atas privasi, kerahasiaan pasien, dan persetujuan berdasarkan informasi dimasukkan dalam diskusi tentang berbagai topik kesehatan, termasuk akses perempuan terhadap pelayanan maternal dan keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, dan Penyakit Menular Seksual/PMS dan HIV/AIDS.

kesehatan maternal dan neonatal dengan menggunakan pendekatan Hak Asasi Manusia.

Instrumen ini bertujuan untuk menciptakan suatu proses yang melibatkan berbagai pihak dan pemangku kepentingan, dengan menggunakan suatu kerangka hak azasi manusia yang berguna untuk mengkaji upaya-upaya yang dilakukan pemerintah dalam memenuhi komitmen hak-hak asasi manusia, terutama yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang merupakan komitmen/ konsensus Pemerintah Indonesia terhadap berbagai perjanjian-perjanjian internasional yang telah diratifikasi dan ditandatangani serta elaborasi antara undang-undang dengan berbagai kebijakan dan peraturan nasional lainnya.

Tujuan penggunaan instrumen ini adalah membantu negara-negara untuk:

- Meninjau dan menangani hambatan-hambatan hukum, kebijakan, dan peraturan di terhadap kesehatan maternal dan neonatal;
- Melibatkan penentu kebijakan sektor kesehatan dan non-kesehatan untuk menghapus hambatan-hambatan terhadap kesehatan maternal dan neonatal; dan
- Meninjau dan mendokumentasikan upaya-upaya pemerintah dalam menghormati, melindungi, dan memenuhi hak azasi manusia serta kemajuan yang dilakukan demi pencapaian Tujuan dan Sasaran Pembangunan Millennium terkait dengan kesehatan maternal dan neonatal.

Alat ini terdiri atas suatu proses dan instrumen. Dengan mengikuti prinsip-prinsip hak azasi manusia, proses ini pada hakekatnya merupakan proses yang bersifat partisipatif, dan harus melibatkan banyak pihak yang berkepentingan.

Dalam penelitian ini, Instrumen A merupakan versi revisi dari instrumen WHO: Menggunakan Hak Asasi Manusia untuk kesehatan maternal dan neonatal: Instrumen untuk memantapkan hukum, kebijakan dan standar pelayanan. Penelitian Uji Coba Instrumen WHO yang pertama

diselenggarakan melalui kerjasama dengan Departemen Kesehatan di tingkat nasional pada bulan Mei 2005 hingga September 2006, laporan akhir telah diterbitkan pada awal 2007.

Penerapan Instrumen A di tingkat provinsi dan kabupaten

Selain melakukan pemetaan kewenangan pejabat tingkat provinsi dan kabupaten/kota dalam pemenuhan hak-hak kesehatan reproduksi, Instrumen A juga dirancang untuk mendokumentasikan kontribusi LSM lokal yang aktif dalam pendidikan dan promosi Kesehatan Reproduksi, khususnya di NTB dan NTT.

Instrumen A digunakan untuk mengumpulkan data sekunder yang sudah ada tentang peraturan, kebijakan, perencanaan, dan program-program yang dilakukan di tingkat provinsi dan kabupaten guna mengukur kemajuan Pemerintah Indonesia pada era desentralisasi sehubungan dengan komitmennya terhadap berbagai standar hak azasi manusia internasional. Ringkasan mengenai komitmen Indonesia di bidang hak azasi manusia tersebut dicakup dalam Bab 2 laporan ini.

Selain melakukan pemetaan tentang kemajuan yang telah diraih oleh pemerintah provinsi dan kabupaten dalam memenuhi hak azasi manusia di bidang kesehatan ibu dan bayi yang baru lahir, Instrumen A juga mendokumentasikan kontribusi Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) lokal yang aktif bergiat dalam pendidikan dan promosi hak azasi manusia dalam kesehatan maternal dan neonatal, khususnya di NTB dan NTT.

Dengan demikian, revisi utama terhadap versi asli dari instrument lapangan WHO adalah:

- a) fokus yang terarah pada pengumpulan informasi di tingkat provinsi dan kabupaten dan;
- b) usaha yang dilakukan untuk mendokumentasikan semua kontribusi LSM terkait dengan upaya promosi hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal di dua provinsi.

Instrumen A dilakukan oleh 2 orang Research Officer (RO),



Nusa Tenggara Timur: Seorang Ibu mudah di Posyandu di Belu © SISKES

masing-masing satu orang di tiap provinsi. RO bertugas mengumpulkan data di tingkat provinsi, dan menyatukan data dari empat kabupaten termasuk Kota Mataram dan Kota Kupang, serta Kabupaten Sumbawa dan Timor Tenggara Selatan. Sebelumnya Research Officer mengikuti pelatihan tentang penggunaan Instrumen A. Selanjutnya RO dipantau oleh Koordinator Provinsi, Manajer Proyek dan Technical Assistant.

Stakeholders memainkan peranan kunci dalam hal pemberian akses terhadap sumber- sumber data yang relevan kepada Research Officer, sehingga Instrumen A bisa terlengkapi dengan adanya masukan ini. Sementara instrumen A dipergunakan terbatas untuk pengumpulan data di tingkat provinsi maupun kabupaten, hasil laporan ini memfokuskan tulisannya pada pelaksanaan hukum, kebijakan, dan perencanaan serta peraturan-peraturan di tingkat provinsi.

Walaupun demikian, data lengkap dari informasi yang

terkumpul menggunakan Instrumen A di semua kabupaten/kota yang termasuk di dalam penelitian ini, tersedia untuk dibaca oleh stakeholders yang berkeinginan untuk melakukan tinjauan lanjut terhadap pelaksanaan uji lapang instrument ini.

1.4.2 Instrumen B – Survei Hak Azasi Manusia dan Kesehatan Maternal dan Neonatal terhadap Perempuan telah Menikah dan berusia 15 - 49 tahun

Survei data primer (Instrumen B) dilakukan di empat lokasi dari dua propinsi. Sehingga, sampel ini tergolong sampel purposive dan temuan-temuannya tidak dapat diakui sebagai data yang representatif bagi kedua propinsi NTB dan NTT. Temuan yang ada menyoroti pengalaman perempuan di 4 lokasi survei dan menyediakan informasi penting tentang bagaimana rencana dan intervensi Pemerintah tingkat provinsi dan kabupaten berfungsi pada tingkat akar rumput.

Instrumen B dirancang oleh technical advisor pertama sebagai pelengkap dari instrument A. Analisis statistik terhadap hasil survey dibuat oleh technical advisor kedua, yang dihubungi selama pembuatan design survei guna menjamin bahwa pertanyaan-pertanyaan yang akan diajukan bisa menghasilkan dianalisis. Temuan hasil analisis data instrumen B dirujuk dalam laporan ini sebagai - Survei Data Primer (2007).

Survei dilakukan melalui wawancara kualitatif menggunakan pertanyaan yang distandarisasikan selama kurang lebih 45-90 menit untuk setiap responden. Penelitian ini merupakan metode eksperimental yang ditujukan untuk mengumpulkan informasi mendalam tentang sekumpulan topik yang seringkali dianggap tabu dan sensitif untuk didiskusikan.

Instrumen Survei/Instrumen B dirancang menggunakan pendekatan dialog sosial yang dapat membuat responden lebih santai dalam mendiskusikan pengalamannya. Survei dilakukan dengan menggunakan bahasa lokal dengan menggali isu-isu kunci terkait dengan kesehatan maternal dan neonatal. Penggunaan format dalam survey ini mengikuti sejarah reproduksi perempuan yang memungkinkan mereka untuk menjawab pertanyaan dalam kerangka logis dan mengajak mereka untuk berbagi pengalaman sepanjang waktu yang diinginkan.

Kenyataan bahwa beberapa responden membutuhkan waktu sampai 1,5 jam mengindikasikan tingginya kesediaan perempuan responden dalam mendiskusikan kehidupan dan kesehatan mereka secara mendalam.

Semua pewawancara survei menerima pelatihan yang luas tentang penggunaan Instrumen B, penyimpanan data yang akurat, etika penelitian, protokol manajemen risiko penelitian, pendengar aktif dan kemampuan berkomunikasi dengan baik. Semua anggota tim pewawancara mendapatkan supervisi dari Koordinator Provinsi dan Manajer Proyek.

Anggaran untuk konsultasi semua anggota tim pewawancara telah disediakan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan emosional mereka bila ada responden perempuan yang membuka pengalaman traumatisnya. Panduan etika dan metode WHO dalam penelitian kekerasan terhadap perempuan (Kekerasan Dalam Rumah Tangga/KDRT) telah dimasukkan selengkap-lengkapannya dalam rancangan penelitian.

Topik-topik yang dimasukkan dalam survei adalah: data sosio-demografis, perawatan prenatal pada kehamilan yang terakhir, perencanaan persalinan dan pengalaman pada kelahiran anak terakhir, perawatan paska persalinan pada anak yang terakhir; pemberian ASI anak yang termuda; pencatatan kelahiran; kekerasan dalam Rumah tangga, Penyakit Menular Seksual (PMS), dan HIV/AIDS; dan keluarga berencana. Pertanyaan yang dikembangkan untuk masing-masing topik didasarkan pada penilaian apakah hak azasi manusia dari kaum perempuan dan anak-anak mereka terkait dengan topik-topik tersebut sudah terpenuhi atau belum. Semua pertanyaan diuji coba secara luas terlebih dahulu sebelum pelaksanaan survey.

Semua pewawancara adalah perempuan yang sudah menikah yang berbicara dalam Bahasa Indonesia dan setidaknya menguasai salah satu bahasa daerah yang digunakan di lokasi penelitian. Para pewawancara juga memiliki pengalaman dalam pengembangan masyarakat melalui keterlibatan aktifnya dalam kegiatan-kegiatan LSM lokal. Tanggapan perempuan responden di semua kota/kabupaten sangatlah positif dan kemauan mereka untuk menjawab pertanyaan yang berhubungan dengan KDRT dan IMS menunjukkan bahwa kedua instrumen penelitian ini memang sudah memadai secara



Nusa Tenggara Barat: Wanita dan laki-laki bersama-sama menarik jaring ikan di sebuah pantai di Lombok Barat © SISKES

budaya dan para pewawancara sangat trampil dalam melakukan tugasnya.

Jumlah total responden adalah sebanyak 1.004 perempuan di 4 lokasi survei dan tingkat penolakan hampir tidak ada, kurang dari 1%.⁶ Efektivitas instrumen survei dalam menggali informasi yang mendalam tentang topik-topik sensitif menunjukkan bahwa penelitian ini cukup berhasil, dan survei ini dapat dengan mudah diadaptasi untuk penerapan penelitian dengan cakupan penduduk yang lebih luas lagi di NTB/NTT, asalkan tingkat pelatihan dan ketrampilan yang sama juga dimiliki oleh para pewawancara pada survei yang akan dilakukan di masa yang akan datang.

Sampel perempuan yang disurvei tersebar merata di lokasi survei dengan rata-rata 250 perempuan di setiap lokasi survei (504 perempuan di NTB dan 500 perempuan di NTT). Digunakan sampel yang sama dengan instrument A di daerah

⁶Satu-satunya alasan yang diberikan untuk menolak berpartisipasi dalam survei ini adalah bahwa perempuan yang memiliki banyak anak tidak ada yang membantu mengasuh anaknya, sehingga mereka merasa tidak bisa meluangkan waktu untuk berperan dalam survei ini.

perkotaan dan daerah pedesaan. Di NTB, lokasi survei perkotaan adalah di Kota Mataram, termasuk di dalamnya 10 lingkungan di Kelurahan Tanjung Karang – Kecamatan Ampenan. Kesepuluh lingkungan ini adalah: 1) Lingkungan Batu Ringgit Utara, 2) Lingkungan Batu Ringgit Selatan, 3) Lingkungan Bendege, 4) Lingkungan Sembalun, 5) Lingkungan Bangsal, 6) Lingkungan Kekalik Barat, 7) Lingkungan Kekalik Timur, 8) Lingkungan Kekalik Kijang, 9) Lingkungan Grisak, 10) Lingkungan Bagik Kembar.

Lokasi survei pedesaan untuk NTB adalah di Kabupaten Sumbawa – Kecamatan Moyo Hilir termasuk di dalamnya 9 Dusun, yaitu: 1) Dusun Moyo Luar, 2) Dusun Karang Orong, 3) Dusun Brang Beru, 4) Dusun Moyo Atas 5) Dusun Moyo Bawah, 6) Dusun Poto 7) Dusun Bekat, 8) Dusun Tengke Atas, 9) Dusun Tengke Bawah.

Di NTT, lokasi survei perkotaan berada di dalam Kota Kupang dan mencakup kecamatan dan kelurahan sebagai berikut: Kecamatan Kelapa Lima (Kelurahan Oesapa); Kecamatan Oebobo (Kelurahan Bakunase); Kecamatan Maulafa (Kelurahan Belo dan Kelurahan Maulafa); and Kecamatan Alak (Kelurahan Naeoni).

Lokasi pedesaan di NTT adalah kabupaten Timor Tengah Selatan dan mencakup kelurahan berikut: Kecamatan Amanuban Barat (Tetaf dan Desa Nusa), Kecamatan Amanuban Selatan (Kelurahan Oebelo), dan Kecamatan Boking (Kelurahan Miosin).

1.4.3 Analisa Data

Data instrumen A diserahkan kepada tim penelitian oleh research officer sebagai suatu draf uji lapangan untuk masing-masing propinsi. RO, Koordinator Provinsi, Manajer Proyek, dan technical advisor kemudian berkolaborasi untuk mengidentifikasi kekurangan yang didapat dari data dan membimbing RO untuk melengkapi instrumen uji lapangan. Selanjutnya Research Officer, Koordinator Provinsi, Manajer Proyek dan technical advisor melakukan 2 tahap analisa melalui lokakarya selama seminggu dengan menggunakan kerangka analisa pendekatan Hak Asasi Manusia untuk kesehatan maternal dan neonatal yang dirancang oleh WHO dan telah di uji coba secara nasional.

Dengan demikian, data yang terkumpulkan ditingkat propinsi dan kabupaten dianalisis a) dalam konteks komitmen Indonesia terhadap hak azasi manusia b) kaitannya dengan hambatan hukum dan kebijakan yang telah diidentifikasi ditingkat nasional c) dan juga bagaimana hak azasi manusia tersebut diimplementasikan terkait isu-isu kesehatan maternal dan neonatal.


Data hasil instrumen B dikumpulkan, diberi kode, dan dimasukkan di komputer di NTB. Analisis statistik terhadap data ini direncanakan oleh technical advisor untuk melengkapi data hasil instrumen A dan mengisi kesenjangan dalam topik-topik yang tidak dapat diperoleh secara memadai oleh instrumen A. Analisis statistik dilangsungkan dengan menggunakan SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) oleh technical advisor 2.

Survei ini menghasilkan begitu banyak data, dan laporan yang ditulis hanya akan memuat dan membahas data yang paling relevan dengan isu-isu kesehatan prioritas serta rekomendasi-rekomendasi yang disusun oleh stakeholder. Data-data yang dihasilkan oleh instrumen B tersedia bagi para pemangku kepentingan dalam format Cakram Disket (CD). Dalam banyak kasus, data statistik kesehatan yang dihasilkan oleh instrumen B mirip dengan data yang dihasilkan oleh survei rumah tangga yang dilaksanakan dengan jumlah sampel yang jauh lebih besar dan dilakukan di NTB dan NTT pada tahun 2007.⁷ Karena temuan dari survei rumah tangga ini lebih bisa mewakili penduduk di NTB dan NTT, maka kami juga merujuk hasil survei tersebut dalam laporan ini. Dengan demikian, temuan dari survey rumah tangga ini memperkuat analisis kami tentang hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal. Referensi data ini selanjutnya akan kita sebut dengan Survei Rumah Tangga (2007).

1.4.4 Pengembangan Rekomendasi untuk Tindakan Prioritas

Berdasarkan analisis data primer dan sekunder yang dilakukan oleh tim peneliti, draf laporan disusun sebagai bahan pertimbangan bagi pihak yang berkepentingan. Konsep laporan tersebut mempertimbangkan data sekunder yang dikumpulkan melalui instrumen A; data primer yang dikumpulkan melalui Tool B dan Survei Rumah Tangga

⁷ GTZ-SISKES mendukung survei rumah tangga yang luas di semua kabupaten di NTT dan NTB pada tahun 2007 yang mencakup kurang lebih 9.000 rumah tangga: Survei ini mengkaji praktik-praktik kesehatan maternal dan kesehatan neonatal dan perilaku ibu dan anak dalam mencari pelayanan kesehatan di propinsi NTB dan NTT - Indonesia, 2007: Laporan tentang survei kemasyarakatan terhadap 7000 rumah tangga di 22 kabupaten. *Pusat Penelitian Kesehatan – Universitas Indonesia (2007).*



(2007); Rekomendasi pada laporan dari Uji Lapangan Indonesia, Departemen Kesehatan dan WHO. Temuan yang tertulis dalam draf laporan tersebut didiskusikan oleh stakeholder terkait dalam sebuah lokakarya di Bali. Selanjutnya multi-sektor stakeholder tersebut bekerjasama untuk mengidentifikasi isu-isu kunci serta mengembangkan rekomendasi tentang tindakan prioritas terkait isu-isu tersebut. Proses ini melibatkan kerja kelompok yang fokus membahas isu-isu kesehatan prioritas tertentu kemudian dilanjutkan dengan diskusi dalam kelompok yang lebih besar untuk pembuatan rekomendasi di setiap provinsi. Proses pembuatan rekomendasi ini dibantu oleh fasilitator yang memiliki banyak pengalaman terkait hak azasi manusia dan hak kesehatan reproduksi, bekerjasama dengan tim peneliti yang juga berperan aktif dalam menanggapi pertanyaan-pertanyaan yang muncul terkait dengan proses dan temuan penelitian.

Draf laporan kedua dihasilkan dengan menambahkan informasi dan rancangan rekomendasi yang didapat serta dikembangkan oleh stakeholder. Selanjutnya laporan ini dipresentasikan kembali kepada stakeholder di Jakarta dengan melibatkan pengambil kebijakan di tingkat provinsi dan nasional. Pada lokakarya kedua ini, temuan dan rekomendasi penelitian disaring dan dikonfirmasi kembali.

Laporan akhir ini sudah memuat masukan-masukan yang diperoleh dari dua lokakarya sebelumnya termasuk rekomendasi yang dikembangkan untuk kedua provinsi. Walaupun demikian, karena stakeholder dari masing-masing provinsi dan nasional saling bekerja sama dalam lokakarya, beberapa rekomendasi terkesan saling tumpang tindih antara kedua provinsi tersebut. Untuk menghindari pengulangan, rekomendasi bagi kedua provinsi tersebut disajikan dalam satu sesi untuk setiap topik kesehatan prioritas, dan rekomendasi-rekomendasi yang hanya berlaku untuk satu provinsi diidentifikasi sebagai rekomendasi yang khusus berlaku untuk provinsi itu saja. 🌈



Karen van der Oord

BAB 2

2. KOMITMEN INDONESIA TERHADAP HAK AZASI MANUSIA

2. KOMITMEN INDONESIA TERHADAP HAK AZASI MANUSIA ⁸

Dari delapan perjanjian internasional di bidang hak azasi manusia⁹, enam perjanjian telah diratifikasi oleh Indonesia. Keenam perjanjian internasional tersebut adalah:

- (1) Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women atau CEDAW),
- (2) Konvensi Hak-Hak Anak (Convention on the Rights of the Child),
- (3) Perjanjian Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights),
- (4) Perjanjian Internasional tentang Hak-Hak Sipil dan Politik (International Covenant on Civil and Political Rights),
- (5) Konvensi Internasional tentang Penyiksaan (International Convention on Torture),
- (6) Konvensi Internasional tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Rasial (International Convention on Elimination of all forms of Racial Discrimination).

Satu perjanjian internasional yang belum diratifikasi adalah Konvensi Internasional Perlindungan Hak-Hak Semua Buruh Migran dan Anggota Keluarganya (International Convention on the Protection of the Rights of all Migrant Workers and Members of their Families). Semua perjanjian internasional

tersebut mewajibkan pemerintah untuk menghapuskan segala bentuk diskriminasi berdasarkan perbedaan jenis kelamin (atau segala bentuk diskriminasi) yang beberapa diantaranya secara khusus mengutuk diskriminasi terhadap perempuan dalam segala bentuknya.¹⁰ Dalam hal ini termasuk mengadopsi peraturan perundang-undangan yang tepat dan memodifikasikan atau menghapus peraturan perundang-undangan yang masih berlaku serta kebiasaan dan praktik-praktik yang ada di masyarakat yang masih mencerminkan adanya diskriminasi terhadap perempuan.¹¹

Kelompok hak-hak yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi mencakup antara lain: hak atas kehidupan, hak atas kelangsungan hidup dan perkembangan, hak atas pencapaian standar kesehatan setinggi-tingginya, hak untuk memperoleh pendidikan dan informasi kesehatan, dan hak untuk tidak didiskriminasi. Sebagian besar dari hak tersebut telah dijamin oleh konvensi tersebut di atas.¹²

Perjanjian internasional Hak Asasi Manusia (HAM) tersebut secara hukum mengikat, ketika pemerintah meratifikasinya. Hal ini berarti pemerintah harus memastikan bahwa peraturan perundang-undangan nasional, kebijakan dan pelaksanaannya tidak bertentangan, dan merupakan kewajiban pemerintah untuk melaksanakannya secara konsisten dengan menghormati, melindungi dan memenuhi hak atas kesehatan dan hak-hak asasi manusia.¹³

Saat meratifikasi suatu perjanjian internasional, berarti Pemerintah setuju untuk menyusun dan menyampaikan laporan periodik sesuai dengan standar internasional yang ditentukan serta menerapkannya di dalam negeri. Laporan

⁸ Ringkasan berikut tentang komitmen hak azasi manusia dikutip secara langsung dari : *Laporan Nasional tentang Penggunaan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat Ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standard pelayanan*. Departemen Kesehatan Indonesia (2007).

⁹ Kedelapan perjanjian internasional ini adalah: *Convention on the Elimination of all forms of Racial Discrimination* (berlaku 4 Januari 1969); *the International Covenant on Civil and Political Rights* (berlaku 23 March 1976); *the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (berlaku 23 March 1976); *the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women* (berlaku 3 September 1981); *the Convention Against Torture* (berlaku 26 June 1987); *the Convention on the Rights of the Child* (berlaku 2 September 1990); *International Convention on the Protection of the Rights of all Migrant Workers and Members of their Families* (berlaku 31 October 2003); *Convention on the Rights of Persons with Disability* (disesuaikan pada tahun 2006). Perjanjian internasional tersebut berasal dari *the Universal Declaration of Human Rights*, yang disepakati pada tahun 1948.

¹⁰ *Konvensi tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW)*, *the Konvensi tentang hak-Hak Anak* pasal 2(1); *Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya* pasal 2 (2), 10, 12; *Konvensi Internasional tentang Hak-Hak Sipil dan Politik*, *Konvensi Internasional tentang Penghapusan Penyiksaan dan segala bentuk Diskriminasi Ras* pasal

¹¹ CEDAW (Pasal 2).

¹² Cook RJ, Dickens M dan Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford: Clarendon Press. 2003.

¹³ Komite Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Politik, Komentar Umum 14; Komite Hak Anak, Rehyhkomendasi Umum 3; Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Sipil dan Politik; Program Tindakan ICPD; Deklarasi Beijing dan Landasan Beijing paragraf 107.d.

periodik ini akan ditinjau oleh Komite yang secara khusus memantau penerapan perjanjian-perjanjian hak-hak asasi manusia (satu komite per perjanjian—lihat daftar di bawah). Komite ini kemudian akan membuat kesimpulan berdasarkan pengamatan dan memberikan rekomendasi terhadap apa yang sudah dilaksanakan oleh Pemerintah dan apa yang masih menjadi kesenjangan.

2.1 Perjanjian – Perjanjian Penting Hak-Hak Azasi Manusia dan Komite Pemantaunya

Perjanjian Hak-Hak Azasi Manusia	Komite
Perjanjian Internasional Hak-Hak Sipil dan Politik	Komite Hak-Hak Azasi Manusia
Perjanjian Internasional Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya	Komite Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya
Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW)	Komite Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW Committee)
Konvensi Hak –Hak Anak	Komite Hak Hak Anak
Konvensi Internasional Penghapusan segala Bentuk Diskriminasi Ras	Komite Penghapusan Diskriminasi Rasial
Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan kejam lainnya, perlakuan tak Manusiawi atau Perlakuan yang Merendahkan	Komite Penentang Penyiksaan
Konvensi Internasional Perlindungan Hak-Hak Semua Buruh Migran dan Anggota Keluarganya	Komite Buruh Migran
Konvensi Hak-Hak Penyandang Cacat	Komite Hak-Hak orang Penyandang Cacat.

Pemerintah Indonesia telah menyampaikan beberapa laporan, kepada Komite Hak-Hak Anak (Committee on the Rights of the Child) dan Komite CEDAW¹⁴, dan menerima beberapa rekomendasi dari Komite tersebut.¹⁵ Rekomendasi tersebut dicakup dalam analisis di samping.

Pemerintah Indonesia juga telah membuat komitmen terhadap dokumen-dokumen yang memuat konsensus terhadap perjanjian internasional yang menekankan bahwa kematian maternal tidak akan dapat diturunkan dan kesehatan reproduksi tidak akan dapat ditingkatkan tanpa penghormatan dan perlindungan terhadap hak-hak kesehatan reproduksi, Seperti yang diamanatkan dalam hukum internasional, regional dan UUD 45.

Dokumen-dokumen yang berisi konsensus ini termasuk Dokumen ICPD (International Conference on Population and Development Programme of Action or ICPD Programme of Action – Cairo, 1994), Landasan Aksi Hasil Konferensi Perempuan ke-4 di Beijing (Platform for Action of the Fourth Conference on Women or Beijing Platform for Action, 1995), Deklarasi Pembangunan Millennium (Millennium Development Declaration) 2000, Sesi Khusus Majelis Umum PBB tentang HIV dan AIDS (United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS = UNGASS on HIV and AIDS), 2001 dan Sesi Khusus Majelis Umum PBB tentang Anak (United Nations General Assembly Special Session on Children), 2002. Berbagai laporan yang disampaikan Indonesia berkaitan dengan konsensus ini menggambarkan upaya yang telah dilakukan Pemerintah untuk meningkatkan kesehatan reproduksi.

Berbagai laporan ini memberikan gambaran kepada komite pemantau perjanjian dan PBB tentang upaya-upaya penting yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia selama beberapa tahun terakhir dengan pembuatan undang-undang yang berkaitan dengan hak-hak perempuan, dan melakukan amandemen serta revisi terhadap undang-undang yang tidak sesuai dengan UUD 45 dan yang tidak menghormati dan melindungi standar-standar hak-hak asasi manusia yang telah disepakati secara internasional. Namun demikian, kesenjangan antara peraturan perundang-undangan dan pelaksanaannya masih tetap ada, sehubungan dengan isu-isu perempuan,

¹⁴ CEDAW/C/IDN/2-3(1997) - CEDAW/C/IDN/4-5 (2005) - CRC/C/3/Add.10 (1992) - CRC/C/3/Add.26(1994) - CRC/C/65/Add.23 (2002).

¹⁵ CEDAW A/43/38 (1988) - CEDAW A/53/38/Rev.1 (1998) - CRC A/49/41 (1994) - CRC A/51/41 (1996) - CRC/C/15/Add.223 (2004).

khususnya dengan kesehatan maternal dan neonatal. Seperti yang ditekankan oleh komite CEDAW dalam Komentar Penutup (Concluding Comments, 1998), “ Komite pemantau sangat prihatin dengan masih adanya undang-undang yang tidak sesuai dengan ketentuan internasional. Disebutkan bahwa diskriminasi terhadap perempuan masih ada dalam berbagai undang-undang mengenai:

- 1) keluarga dan perkawinan, termasuk: poligami, batasan usia untuk menikah, pengaturan perceraian,
- 2) hak-hak ekonomi termasuk: jaminan kesehatan dan tunjangan lain di sektor kerja, 3) kesehatan, dalam hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi, masih terdapat persyaratan bahwa ”perempuan harus memperoleh persetujuan dari suami jika ia ingin mendapat layanan KB mantap (sterilisasi) atau aborsi, meskipun pada saat nyawanya berada dalam bahaya.”¹⁶

Dalam UUD 1945 dan beberapa undang-undang lainnya, seperti Undang-Undang No. 39 tahun 1999 tentang Hak-Hak Asasi Manusia, Undang-Undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Undang-Undang No. 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga telah mengadopsi prinsip-prinsip perjanjian internasional dan komitmen hak-hak manusia, sehingga Pemerintah seharusnya dapat membuat suatu kerangka kerja nasional hingga lokal demi terlaksananya perlindungan terhadap perempuan dan anak-anak.

Pemerintah Indonesia telah memperluas kebijakan, strategi, rencana kerja dan program untuk menurunkan angka kematian ibu termasuk peningkatan akses untuk memperoleh pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil, mengusahakan agar tersedia pelayanan keluarga berencana, mengurangi pernikahan usia dini, dan untuk meningkatkan pencatatan kelahiran. Namun demikian, seperti ditunjukkan oleh laporan Indonesia tentang kemajuan ke arah pencapaian Tujuan Pembangunan Millennium (2004), sasaran penurunan kematian ibu masih sangat jauh untuk dapat dicapai oleh Indonesia.¹⁷ 🌍

¹⁶ *Komentar Simpulan atas CEDAW* 1998, CEDAW A/53/38/Rev.1 (1998).

¹⁷ UNDP. *Indonesia Progress Report on the Millennium Development Goals* (2004).



Karen van der Oord

BAB 3

ISU PRIORITAS DALAM KESEHATAN & AKUNTABILITAS PEMERINTAH DALAM KONTEKS HUKUM INTERNASIONAL DAN STANDAR HAK ASASI MANUSIA

3. ISU PRIORITAS DALAM KESEHATAN DAN AKUNTABILITAS PEMERINTAH DALAM KONTEKS HUKUM INTERNASIONAL DAN STANDAR HAK ASASI MANUSIA

3.1 Kehamilan, Persalinan, dan Nifas: Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

3.1.1 Pertimbangan-Pertimbangan Kesehatan

Hak perempuan atas pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas berhubungan langsung dengan hak-hak mereka atas: kesehatan, hak untuk bertahan hidup dan berkembang; hak untuk memutuskan jumlah anak dan jarak kelahiran; hak atas informasi dan pendidikan; dan hak untuk mendapatkan manfaat dari perkembangan ilmu pengetahuan. Bagi perempuan yang dirugikan terkait aksesnya ke pelayanan kesehatan maternal yang memadai, seringkali haknya untuk tidak didiskriminasi juga terabaikan.

yang menjadi perhatian di Indonesia terkait kesehatan maternal, perawatan pada masa hamil dan persalinan sebagai berikut:

- Kematian maternal masih tinggi di Indonesia, yaitu sejumlah 307 kematian per 100.000 kelahiran hidup 1 dan hanya sekitar 20 % pusat kesehatan masyarakat memberikan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan 80 % rumah sakit umum menyediakan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) secara tidak teratur.
- Di tingkat nasional, proporsi perempuan yang mencari pelayanan perawatan kehamilan dan persalinan dibantu tenaga terlatih meningkat tajam selama 15 tahun terakhir.

Indikator kesehatan	Nusa Tenggara Barat (NTB)		Nusa Tenggara Timur (NTT)		
	Provinsi	Sumbawa	Provinsi	Kupang	TTS
Perempuan yang mengalami Komplikasi yang dirawat di PONED/ PONEK	9572 kasus (DKP NTB, 2006) 10% dari seluruh perempuan yang melahirkan	1339 kasus (Rumah Sakit Sumbawa, 2005) 14% dari seluruh perempuan yang melahirkan	2426 kasus (2005, NTT DKP) 3% dari seluruh perempuan yang melahirkan	214 kasus (2005, NTT DKP) 3% dari seluruh perempuan yang melahirkan	112 kasus (2005, NTT DKP) <1% dari seluruh perempuan yang melahirkan

Ibu-ibu yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan dan persalinannya dibantu oleh tenaga terlatih dan mendapatkan pelayanan paska melahirkan (nifas) memiliki kesempatan yang lebih baik untuk bertahan hidup ketika terjadi komplikasi yang tidak diharapkan saat persalinan, dibandingkan dengan mereka yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan dan dibantu oleh tenaga kesehatan. Intervensi utama untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil selama masa kehamilan meliputi: pemberian malaria prophylaxis; imunisasi tetanus toxoid; serta diagnosis dan pengobatan terhadap anemia dan syphilis.

Tingkat Nasional

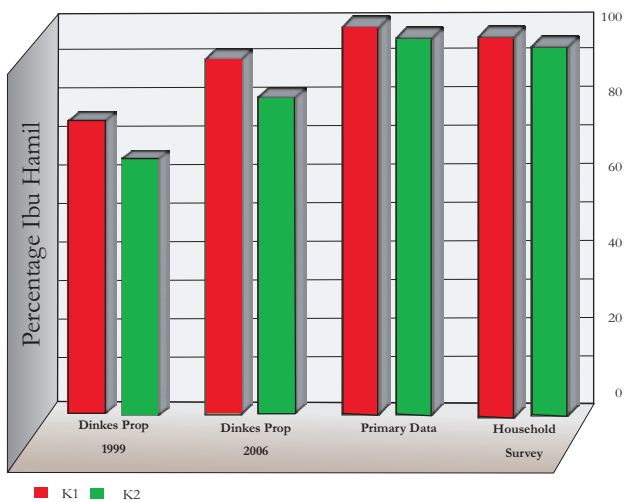
Laporan uji-lapangan Nasional telah mengidentifikasi isu-isu

- Perempuan dengan tingkat pendidikan rendah atau tidak berpendidikan sama sekali kurang mengakses pelayanan perawatan kehamilan dan bersalin di fasilitas kesehatan dibandingkan dengan perempuan yang berpendidikan. Data kepedudukan nasional tentang angka operasi caesar sangat berbeda antara pedesaan (1,1%) dan perkotaan (6,5%), yang menunjukkan terputusnya akses masyarakat pedesaan terhadap pelayanan kegawatdaruratan.
- Gizi buruk dan anemia masa hamil tetap menjadi masalah yang serius, dan ketersediaan tablet suplemen besi sangatlah kurang.
- Tetanus dan malaria terus berpengaruh secara signifikan terhadap kematian dan kesakitan maternal dan bayi yang baru lahir; cakupan imunisasi tetanus tetap rendah dan

profilaksis untuk penyakit malaria tidak tersedia secara sistematis.

- Tingginya jumlah bayi yang lahir mati dan meningkatnya kasus infeksi HIV dimasyarakat secara umum menegaskan perlunya pemeriksaan sifilis secara sistimatis selama kehamilan, yang sampai saat ini belum menjadi bagian program perawatan kehamilan.

Indikator Pemeriksaan Kehamilan - NTB



- Terkait dengan pemeriksaan darah untuk HIV, Palang Merah Indonesia (PMI), yang telah ditunjuk oleh pemerintah untuk mengelola darah, memiliki 169 Unit Transfusi Darah (UTD) di 440 kabupaten.

Semua UTD ini seyogyanya melakukan uji pemeriksaan HIV secara rutin (yang reagen-reagennya disediakan oleh PMI). Sejumlah rumah sakit (41) memiliki unit transfusi sendiri, dan biasanya unit transfusi ini menjadi satu bagian dengan unit laboratoriumnya, tetapi tidak ada laporan tentang penyaluran reagen, beban kerja, dan kinerja.

- Angka kematian bayi baru lahir di Indonesia pada tahun 2002-2003 diperkirakan berjumlah 20 per 1000 kelahiran dengan variasi yang besar antar propinsi. Angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan angka kematian yang terjadi di negara-negara tetangga.

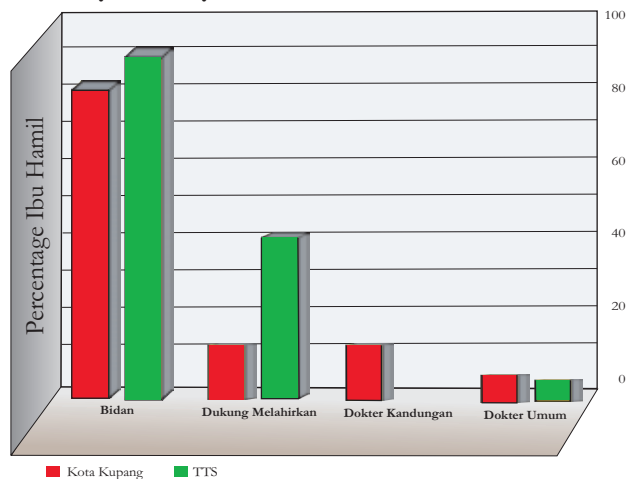
Tingkat Provinsi

Perawatan Kehamilan

Data yang diperoleh dari Survei Data Primer (2007) dan Survei Rumah Tangga (2007) yang dilakukan oleh Proyek GTZ-Siskes bekerjasama dengan Dinas Kesehatan NTB dan NTT menegaskan bahwa cakupan perawatan kehamilan baik di pedesaan maupun diperkotaan di NTT dan NTB pada saat ini sangatlah tinggi. Pemerintah provinsi di kedua provinsi ini memiliki kepedulian untuk menjamin agar ibu-ibu menerima standar minimum perawatan kehamilan (dikenal sebagai '5M'), yang terdiri dari:

- 1) Mengukur berat badan dan tinggi badan
- 2) Mengukur tekanan darah
- 3) Memastikan imunisasi lengkap Tetanus Toxoid, disediakan pada saat perawatan kehamilan atau dengan pembuktian bahwa ibu-ibu telah menerima lima dosis selama hidupnya;

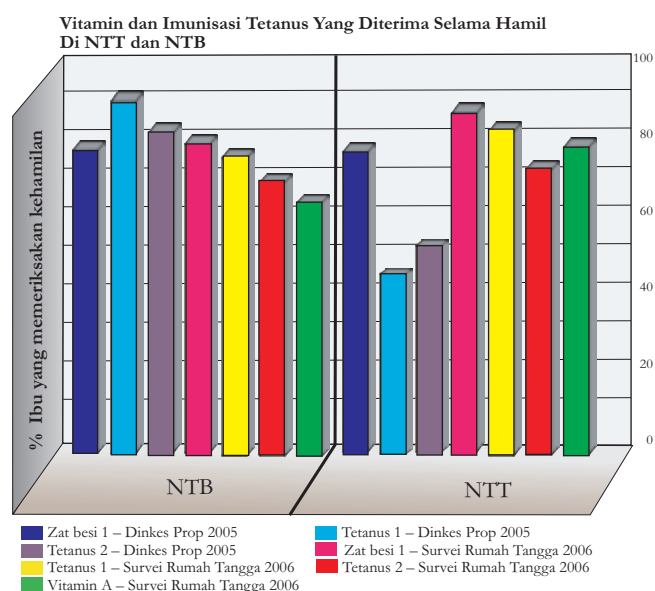
Penyedia Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan - NTT



- 4) Mengukur ketinggian fundus uterus, dan
- 5) Membagikan tablet zat besi (minimum 90 butir) selama kehamilan. Selanjutnya, penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar ditujukan untuk menyediakan minimal 4 kali kunjungan perawatan kehamilan (yang dikenal dengan K4),

yaitu satu kali kunjungan pada trimester pertama dan trimester kedua, serta sedikitnya dua kali kunjungan dalam trimester ketiga.

Di NTB, proporsi ibu hamil yang melakukan sedikitnya satu kali kunjungan perawatan kehamilan (K1) dalam trimester pertama sangatlah tinggi (lebih dari 90%) dan hanya sedikit penurunan pada kunjungan ke empat (K4). Lihat tabel di bawah ini. Di NTB, data ini menunjukkan bahwa ibu-ibu mengakses perawatan kehamilan rata-rata tujuh kali selama masa kehamilan mereka.



Data sekunder yang dikumpulkan dari Dinas Kesehatan Provinsi NTT menunjukkan bahwa kunjungan K1 dan K4 di Kota Kupang mencapai sekitar 63% pada tahun 2005 dan kunjungan K4 sekitar 54%. Walaupun demikian, menurut Survei Rumah Tangga (2007), jumlah kunjungan K1 dan K4 di Kota Kupang telah meningkat menjadi 84% untuk kunjungan K1 dan 74% untuk kunjungan K4. Di Kota Kupang dan Kabupaten TTS, rata-rata jumlah kunjungan ibu hamil ke fasilitas kesehatan adalah enam kali.

Perawatan kehamilan di NTB dan NTT diberikan oleh bidan, dokter umum, dokter kandungan, dan dukun melahirkan.¹⁸ Grafik di sebelah kiri menggambarkan penyedia pelayanan perawatan kehamilan di NTT seperti yang ditunjukkan oleh

Survey Data Primer (2007), dan ditegaskan oleh Survei Rumah Tangga (2007).

Menurut Survei Data Primer 2007 di Tanjung Karang (Mataram), 95% ibu-ibu mengunjungi bidan untuk pelayanan perawatan kehamilan, 67% mendatangi dukun melahirkan, dan hanya 1% yang mengunjungi dokter kandungan. Di Sumbawa, perawatan kehamilan yang disediakan oleh bidan diakses oleh 98% ibu-ibu dan dukun melahirkan memberikan perawatan bagi 80% ibu hamil, dokter umum dikunjungi oleh 1% ibu hamil dan dokter kandungan dikunjungi oleh 4% ibu hamil.

Kurang Energi Kronis (KEK) dan kurang darah (anemia) selama masa kehamilan tetap menjadi masalah yang serius walaupun telah ada pemberian nutrisi mikro standar (vitamin, mineral, zat besi) bagi sebagian besar ibu hamil. Masalah anemia pada masa kehamilan didokumentasikan dengan baik di NTB. Dinas Kesehatan NTB mengadakan survei tentang anemia di kalangan ibu hamil pada tahun 2002 dan menemukan bahwa 77.01% ibu hamil di tujuh kabupaten menderita anemia.¹⁸ Di Kota Kupang pada tahun 2005, 16% ibu hamil diperkirakan menderita KEK, sementara di Timor Tengah Selatan (TTS) 34% ibu hamil tercatat mengalami KEK.

Menurut data primer, suplemen zat besi (FeSO₄) dan vaksinasi tetanus adalah dibawah perkiraan di dalam laporan Dinas Kesehatan Provinsi NTT (Lihat grafik sebelah kiri). Data dari Survei Rumah Tangga (2007) yang merefleksikan data tahun 2004-2006 (2007) menunjukkan bahwa lebih dari dua per tiga perempuan di kedua propinsi ini menerima nutrisi mikro standar and imunisasi tetanus.

Dua kasus ibu hamil yang positif HIV telah dicatat di NTB (Klinik VCT, 2007) dan 1 kasus di NTT (RS WZ Johannes, 2003). Di Sumbawa - NTB, dua perempuan tercatat didiagnosis menderita infeksi menular seksual (Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa, 2004).

Pelayanan Persalinan

Di NTB, selama enam tahun terakhir, persalinan dibantu oleh tenaga terlatih terus meningkat secara konsisten, dimana 77% penduduk saat ini melahirkan dengan dibantu oleh tenaga

¹⁸ Survei Rumah Tangga (2007) menemukan bahwa sejumlah besar ibu yang mengunjungi dukun melahirkan (terutama untuk pijat) selain melakukan K1 dan K4 melalui sistem kesehatan.

¹⁹ Dinas Kesehatan NTB (2002). Survei Sekilas terhadap Nutrisi Anaemia di kalangan Ibu Hamil di NTB.

terlatih.²⁰ Kecenderungan persalinan dibantu tenaga terlatih tampaknya kurang positif di NTT, dimana hanya 45.27% persalinan pada tahun 2005 yang dibantu oleh tenaga terlatih.²¹ Ada perjanjian internasional yang amat penting bahwa perawatan kehamilan seharusnya mencakup suatu perencanaan persalinan, yang didefinisikan sebagai serangkaian langkah yang harus diambil sebelum persalinan guna memastikan bahwa seorang ibu hamil telah disiapkan untuk melahirkan bayi secara normal dan bersiap-siap untuk menghadapi komplikasi yang mungkin terjadi. Pesan kuncinya meliputi: perawatan kehamilan dan persalinan, mengenal tanda-tanda bahaya, menentukan penolong persalinan yang terlatih, menyiapkan persalinan yang bersih, menentukan fasilitas kesehatan yang akan dituju dalam keadaan darurat, dan perencanaan jika terjadi komplikasi, termasuk perencanaan untuk menabung dan penyediaan alat transportasi.

Sekitar tiga per empat ibu yang diwawancarai pada Survei Data Primer (2007) telah merencanakan untuk memiliki anak terkecilnya. Sebagian besar mereka (90% dari semua ibu di berbagai kabupaten) juga memiliki perencanaan persalinan, termasuk tempat dan bidan yang diinginkan untuk menolong persalinannya. Tetapi hanya sebagian (sekitar 74%) ibu mengalami persalinan sebagaimana yang disebutkan dalam perencanaan persalinan mereka. Sekitar 70% perempuan merasa puas dengan perhatian yang mereka terima saat persalinan terakhir mereka. Ibu-ibu di kedua provinsi yang mendiskusikan kehamilan dan tempat melahirkan yang diinginkan dengan suami mereka ternyata cukup tinggi presentasinya. Tempat melahirkan, pilihan orang yang akan membantu melahirkan, dan ketersediaan dana untuk melahirkan, merupakan isu-isu yang paling umum didiskusikan dalam kaitannya dengan persiapan para ibu yang akan melahirkan di NTB and NTT.

Isu-isu tentang alat transportasi, biaya lain-lain dan pendonor darah kurang sekali didiskusikan di kedua provinsi ini, hal ini menunjukkan tingkat kesiagaan yang jauh lebih rendah dalam menghadapi keadaan darurat dibandingkan pengalaman menghadapi persalinan.

Pelayanan Paska Melahirkan (Nifas)

Data dari Survei Rumah Tangga (2007) dan Survei Data

Primer (2007) yang dilakukan oleh Proyek GTZ- Siskes bekerjasama dengan Dinas Kesehatan NTB dan NTT menunjukkan bahwa persentase bayi yang menerima pelayanan paska lahir sama di NTT dan NTB. Di NTB, 43.3% dari bayi baru lahir menerima pelayanan paska lahir dalam waktu satu minggu, dan total dari 50.4% dari bayi tersebut menerima pelayanan kunjungan antara 8 sampai 28 hari setelah lahir. Pola-pola kunjungan paska melahirkan ini terjadi sebaliknya di TT, dimana bayi baru lahir menerima pelayanan pasca lahir lebih banyak pada minggu pertama, sejumlah 47,1%, dan kurang menerima pelayanan antara hari ke 8 sampai ke 28 setelah lahir.

Dari semua responden yang diwawancarai (N=1004) pada Survei Data Primer (2007), 95% mengatakan bahwa tidak ada perbedaan yang berarti dalam pelayanan paska melahirkan bagi bayi laki-laki dan bayi perempuan. Perbedaan yang dilaporkan oleh beberapa perempuan hanya terkait penyuntatan atau pemotongan rambut bagi bayi laki-laki dan pemberian tindik di telinga untuk bayi perempuan, namun tidak ada perbedaan pelayanan medis bagi bayi-bayi tersebut. Tidak semua perempuan yang diwawancarai telah menerima pelayanan paska melahirkan, tetapi banyak dari mereka yang mencari pelayanan perawatan ke lebih dari satu penyedia pelayanan kesehatan, termasuk: bidan desa (50%) dukun melahirkan (28%); kader kesehatan (6%); dan lain-lain (4%) seperti ibunya sendiri, dokter umum, keluarga dan tetangga.

Diantara 1004 perempuan yang menjadi responden, 353 (atau 35%) ingin menerima informasi tambahan terkait dengan pelayanan paska melahirkan, sekitar 90% meminta informasi tentang bagaimana merawat diri sendiri dan anak-anaknya setelah melahirkan. Topik yang ingin diketahui oleh ibu-ibu tersebut meliputi topik-topik seperti: perawatan organ-organ reproduksi, bagaimana menghindari keputihan, bagaimana mempercepat proses pemulihan badan setelah melahirkan dan informasi tentang menjalani seks yang aman.

Kematian Maternal

Perkiraan terakhir tentang kematian maternal baik di NTB maupun NTT lebih tinggi daripada rata-rata nasional, di NTB dilaporkan sekitar 310/100,000²² sedangkan di NTT adalah

²⁰ Dinas Kesehatan Provinsi NTB (2007) dan Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi (2006/7).

²¹ BPS NTT (2005) and Survei Sosial-Ekonomi Nasional/ Susenas (2005).

²² Rumah Sakit Umum Mataram (2006).

540/100,000²³. Dua sebab utama dari kematian maternal saat persalinan, baik di tingkat nasional, provinsi, maupun kabupaten adalah perdarahan (biasanya terjadi sesaat setelah melahirkan) dan pre-eklamsia atau eklamsia. Perdarahan di NTB adalah penyebab 44% dari kematian maternal (Dinas Kesehatan Propinsi NTB) dan hal ini hampir sama dengan angka nasional (42%, IDHS 2002/03). Di Kabupaten TTS, kematian maternal yang disebabkan oleh perdarahan sangat tinggi, yakni 71% dari seluruh kematian maternal yang dilaporkan.

Perempuan yang mengalami komplikasi yang dirawat pada fasilitas PONEK dan PONEK di NTB and NTT pada umumnya sangat kurang dibandingkan perkiraan internasional yang memperkirakan sejumlah 15% dari seluruh kehamilan. Lihat tabel di halaman sebelumnya.

Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia dilaporkan sebanyak 35 kematian per 1000 kelahiran hidup (IDHS, 2002-2003). Di NTB, AKB dilaporkan sebanyak 74 kematian per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Neonatal adalah 24 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2002 (IDHS, 2002). Jumlah kematian neonatal (kurang dari 28 hari) pada tahun 2005 tercatat berjumlah 689, dan untuk tahun 2006 adalah 683 (DKP NTB, 2006).

Di NTT, AKB resmi pada tahun 2005 dilaporkan berjumlah 49/1000 kelahiran hidup (BPS NTT, 2005). Pada tahun 2004, ada perbedaan signifikan antara AKB di Kota Kupang (24/1000 kelahiran hidup) dan AKB di Kabupaten TTS (53/1000 kelahiran hidup) (BPS NTT, 2005).

Survei Rumah Tangga (2007) mengumpulkan data tentang berat badan lahir dari catatan yang dipegang oleh ibu. Di NTB, rata-rata 8% dari bayi dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2,5 kilograms. Di NTT rata-rata 11% dari bayi dilahirkan dengan berat badan rendah. Berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi di tingkat provinsi maupun kabupaten di kedua provinsi ini. Di NTB, BBLR diperkirakan menyumbang 43% dari kematian dan 36% di Kabupaten Sumbawa. Di NTT, BBLR tercatat sebagai penyebab kematian bayi untuk 12% dari kematian di Kabupaten TTS, dan untuk 2% kematian bayi di Kota Kupang.

Persentase kematian bayi yang dicatat tanpa menyebutkan penyebab khusus hanya 4 % di tingkat nasional. Namun, 97% kematian bayi yang tercatat tidak disebutkan penyebab khususnya di Kota Kupang, 27% tidak disebut secara khusus di Kabupaten TTS, dan di NTB, di Kabupaten Sumbawa, sebanyak 16% kematian bayi tidak terdata penyebabnya.

3.1.2 Pertimbangan-Pertimbangan Hak Azasi Manusia

Laporan Uji-lapang Nasional meringkas perjanjian internasional hak azasi manusia yang relevan terkait dengan ketentuan penyediaan pelayanan kesehatan maternal.

Perjanjian-perjanjian internasional yang dimaksud adalah:

- Pasal 18 CEDAW, misalnya, mewajibkan negara untuk "mengambil semua tindakan yang tepat untuk menghapus diskriminasi terhadap perempuan dalam bidang pelayanan kesehatan guna menjamin akses untuk memastikan terjangkanya pelayanan kesehatan, termasuk yang berkaitan dengan keluarga berencana, kehamilan, persalinan dan nifas, memberikan pelayanan gratis jika perlu, serta gizi cukup selama kehamilan dan menyusui."
- Komite Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya telah mengeluarkan suatu Pandangan Umum yang menjelaskan kewajiban pokok minimum terkait Pasal 12 tentang hak untuk mendapatkan standar kesehatan tertinggi yang terjangkau. Pasal ini menjelaskan bahwa Negara memiliki kewajiban utama untuk menyediakan pelayanan kesehatan primer yang mendasar untuk memenuhi hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau, dan menegaskan bahwa menjamin pelayanan kesehatan reproduksi, kesehatan maternal (sebelum melahirkan maupun sesudahnya) serta pelayanan kesehatan anak merupakan kewajiban yang perlu diutamakan.²⁴ Badan-badan yang mengawasi pelaksanaan perjanjian internasional ini, seperti Komite yang mengawasi CEDAW dan Konvensi tentang Hak-Hak Anak telah berulang kali menyatakan keprihatinan mereka terhadap tingginya angka kematian maternal di Indonesia. Konvensi tentang Hak-Hak Anak, dalam kesimpulan observasi terakhirnya pada tahun 2004, mengakui adanya peningkatan dalam alokasi anggaran di

²³ Rencana Strategis Dinas Kesehatan Propinsi NTT (2005-2009).

²⁴ Hak untuk mendapatkan standard pelayanan kesehatan tertinggi yang dapat dicapai (pasal 12 dari Perjanjian Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya) Komentar Umum No. 14. Komite Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (2000) Para 44.



Karseni van der Oord

Nusa Tenggara Timur: Kader sedang membantu di kegiatan Posyandu © SISKES

bidang pelayanan kesehatan tetapi tetap mengingatkan masih adanya rasio kematian maternal yang tinggi dan proporsi anak-anak yang lahir dengan berat badan lahir rendah. Komite tersebut merekomendasi agar negara menjamin akses universal terhadap pelayanan kesehatan dasar, khususnya pelayanan dan fasilitas kesehatan bagi ibu dan anak, termasuk di wilayah pedesaan dan wilayah-wilayah yang terkena dampak konflik.²⁵

- Sasaran ke 5 dari Tujuan Pembangunan Milenium tidak dapat dicapai tanpa pementapan sistem kesehatan, khususnya di tingkat kabupaten, dengan diberikannya prioritas untuk strategi peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Strategi-strategi penanggulangan kematian maternal seharusnya mencakup cara-cara untuk mencapai akses universal pelayanan kesehatan reproduksi; dan

strategi tenaga kesehatan seharusnya mencakup perencanaan untuk mengembangkan kader-kader tenaga sebagai penolong persalinan yang terampil. Strategi pemberantasan kemiskinan dan mekanisme pendanaan seharusnya mendukung dan mempromosikan tindakan yang memperkuat persamaan akses atas kualitas pelayanan kesehatan dan tidak mengikisnya.²⁶

- Undang Undang Dasar dan beberapa peraturan nasional juga memberi perlindungan terhadap dasar hak-hak azasi manusia terkait dengan keterjangkauan dan ketersediaan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan reproduksi (Undang Undang Kesehatan, pasal 4; Undang Undang tentang Perlindungan Anak, pasal 44; Undang Undang tentang CEDAW Pasal 2.). Undang Undang tentang Hak Azasi Manusia (pasal 49) secara khusus menghormati “hak-hak khusus dimana perempuan memiliki hak yang berasal dari fungsi reproduksi yang dijamin dan dilindungi oleh hukum.”

3.1.3 Upaya Pemerintah

Tingkat Nasional

Selama lebih dari sepuluh tahun, Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya penting untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan dan perawatan yang profesional selama masa kehamilan, pada saat melahirkan, dan paska melahirkan. Dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, Departemen Kesehatan telah meluncurkan suatu rencana strategis nasional tentang Menuju Persalinan Selamat (MPS) 2001-2010. Pesan utamanya mencakup bahwa setiap persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, dan setiap komplikasi obstetrik dan neonatal harus ditangani secara adekuat. Rencana ini telah menjadi instrumen utama bagi perencanaan pembangunan pemerintah dan dukungan proyek dari lembaga donor di sektor kesehatan. Guna memfasilitasi suatu pendekatan yang komprehensif, suatu strategi untuk menurunkan angka kematian neonatal telah dikembangkan oleh Departemen Kesehatan. Kedua dokumen ini memasukan juga upaya pengembangan kemampuan tim obstetrik di rumah sakit-rumah sakit kabupaten dan di pusat-pusat kesehatan masyarakat untuk menangani komplikasi yang membahayakan

²⁵ CRC/C/15/Add.223/2004.

²⁶ Who's got the power? Transforming health systems for women and children. UN Millennium Project. Task Force on Child Health and Maternal Health (2005).

jiwa (pelatihan PONED dan PONEK).

Program bidan desa diluncurkan pada tahun 1993 oleh Departemen Kesehatan dimulai dengan program pelatihan bagi 52.000 orang perawat menjadi bidan. Program ini memberi sumbangan yang berarti bagi keterjangkauan terhadap pelayanan sebelum dan setelah melahirkan, khususnya di wilayah pedesaan.²⁷

Namun, sejak tahun 1994 antara 20% sampai 40% para bidan tersebut telah meninggalkan program ini. Alasan utama tingginya angka drop out program ini adalah: penempatan bidan tanpa keterlibatan masyarakat yang memadai; kondisi Polindes (Pondok Bersalin Desa) sangat buruk; obat-obatan darurat dan mekanisme rujukan ke pelayanan gawat darurat tidak tersedia; dan kualitas pelatihan bidan yang tidak memadai. Selanjutnya, program ini dirancang dimana kontrak bidan hanya bisa diperbaharui paling banyak tiga kali dan mereka diharapkan mampu melanjutkannya melalui praktik-praktik pribadi yang mereka berikan kepada masyarakat.

Program pos pelayanan terpadu - Posyandu – diperkenalkan dalam konteks program keselamatan ibu yang dicanangkan pada tahun 1988 dan telah berlanjut sebagai bagian dari implementasi strategi Menuju Persalinan Selamat (MPS). Tujuan dari program ini adalah mendekatkan pelayanan kepada masyarakat, termasuk pelayanan keluarga berencana, memonitor pertumbuhan anak, imunisasi, dan gizi. Program ini melibatkan relawan dari masyarakat sebagai penyedia pelayanan, staff dari puskesmas dan bidan desa.

Pada tahun 1996 telah diadakan lokakarya nasional tentang percepatan penurunan kematian ibu dalam rangka menanggapi rekomendasi Gerakan Sayang Ibu (Mother Friendly Movement). Gerakan ini menekankan pentingnya pendekatan lintas sektor guna tercapainya penurunan angka kematian ibu dan peningkatan kualitas hidup perempuan. Departemen Kesehatan bertujuan untuk cakupan universal terhadap pelayanan kesehatan dasar, termasuk pelayanan kesehatan maternal. Namun, biaya merupakan hambatan utama dalam menyelenggarakan pelayanan ini khususnya bagi rakyat miskin. Biaya pelayanan saat ini tidak hanya memasukkan biaya pelayanan saja, melainkan juga biaya



Nusa Tenggara Barat: Seorang dokter kandungan melatih bidan dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal yang diselenggarakan oleh P2ks bekerja sama dengan GTZ, SISKES © SISKES

Karina Widawati

transportasi serta waktu yang hilang yang seharusnya bisa digunakan untuk kegiatan-kegiatan produktif. Hasilnya adalah rendahnya pemanfaatan pelayanan dasar publik khususnya terjadi di kalangan masyarakat miskin.²⁸

Dalam menghadapi krisis ekonomi, Program Jaring Pengaman Sosial diperkenalkan pada tahun 1998 oleh pemerintah; salah satu dari lima komponen program ini adalah pelayanan medis dan keluarga berencana secara cuma-cuma bagi masyarakat miskin di Puskesmas dan rumah sakit pemerintah. Program ini juga mencakup pemberian makanan tambahan secara cuma-cuma kepada ibu hamil dan anak-anaknya yang berusia di bawah tiga tahun.

Namun, ditemukan bahwa 40% (presentase yang substansial) dari kartu kesehatan yang dikeluarkan bagi masyarakat miskin jatuh ketangan tiga presentase teratas dari penduduk. Juga dicatat bahwa sementara 18,8% penduduk dikategorikan

²⁷ WHO dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Reproduksi Indonesia* (2003).

²⁸ *The Millennium Development Goals for Health: a review of the indicators*. WHO Indonesia (2003).

²⁹ Laporan Akhir tentang Sistem Rujukan Kesehatan di Indonesia. WHO (2005).

miskin bulan Januari 1998, hanya 10,6% dari rumah tangga (KK) di Indonesia dilaporkan memiliki kartu sehat.²⁹

Menurut evaluasi program ini, dua alasan utama lemahnya program Jaring Pengaman Sosial adalah: pemimpin desa seringkali tidak taat pada daftar rumah tangga yang berhak; dan penyedia pelayanan kesehatan menerima uang dari pemerintah untuk menyediakan pelayanan, tetapi ketika uang itu habis mereka akan membebankan biaya atas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat yang berhak tersebut.³⁰

Pada tahun 2005, pemerintah memperkenalkan suatu skema asuransi kesehatan bagi warga miskin yang dikelola oleh PT Asuransi Kesehatan (PT Askes) sebagai kelanjutan dari usaha pemerintah sebelumnya untuk menanggung biaya kesehatan bagi warga miskin. Namun, hambatan tetap ditemukan terkait dengan kesenjangan dalam jumlah keluarga-keluarga miskin yang diidentifikasi oleh Biro Pusat Statistik dan data lokal, kurangnya kesadaran di kalangan penduduk yang dijadikan sasaran program; dan penundaan dalam proses klaim.

Tingkat Provinsi

Pemerintah Provinsi NTB dan NTT telah menerbitkan beberapa peraturan dan kebijakan substansial yang menggariskan perlunya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak, meliputi:

NTB

- Surat Keputusan Gubernur NTB No. 43 tahun 2007 tentang Pembentukan Komite Kesehatan Reproduksi NTB pada tahun 2007. Tugas komite ini adalah: i) untuk mengarahkan dan mengkoordinasikan berbagai kebijakan dan strategi intervensi tentang kesehatan reproduksi dan 2) melaporkan pelaksanaan strategi tersebut kepada Gubernur NTB.
- Peraturan Pemerintah Daerah NTB No. 3 tahun 2003 tentang rencana strategis daerah NTB untuk tahun 2003-2008 telah memasukkan strategi-strategi khusus untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

NTT

- Surat Keputusan Gubernur Nusa Tenggara Timur No. 103/KEP/HK/2005 tentang Tim Kerja Tetap Gerakan Sayang Ibu di NTT dengan tugas untuk merancang dan melaksanakan pelayanan terpadu dan berlanjut, guna secara bertahap menurunkan kematian ibu dan bayi baru lahir.
- Surat Keputusan Gubernur NTT No. 12 tahun 2006 tentang Penetapan Kabupaten Model Gerakan Sayang Ibu, dan Tim Pelaksana untuk Gerakan Sayang Ibu di NTT.
- Kesepakatan bersama yang ditetapkan oleh Bupati dan Walikota, para pemuka masyarakat, dan kelompok kerja untuk Pembinaan Kesejahteraan Keluarga guna mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi yang baru lahir di Provinsi NTT.

3.1.4 Upaya Lembaga Non-Pemerintah

NTB

Lebih dari sepuluh tahun terakhir ini ada pengakuan yang jelas tentang semakin perlunya dukungan dalam menyuarakan hak perempuan dan bayi atas kesehatan, yang diindikasikan dari rendahnya status kesehatan ibu dan anak, dan tingginya angka kematian ibu dan bayi di Provinsi NTB dan NTT. Hal ini memerlukan kerjasama tingkat tinggi antara sektor pemerintah dan non-pemerintah di dua provinsi ini dan sejumlah LSM lokal yang signifikan dan program yang didukung oleh donor internasional yang fokus pada kesehatan ibu dan anak.

LSM Lokal :

- PKBI – memberikan pendidikan, pelayanan, dan konseling di bidang kesehatan reproduksi.
- YKSSI – pendidikan kesehatan reproduksi, program peningkatan kesehatan dan gizi
- Koperasi Annisa – pendidikan tentang jender, pengelolaan keuangan, gizi, dan memberi pendidikan bagi para ibu muda termasuk ibu-ibu yang putus sekolah.

³⁰ Ringkasan Kebijakan 5: Jaring Pengaman Sosial. Departemen Pembangunan Internasional milik Pemerintah Inggris (Department for International Development/DFID) (2005).

- Fathayat NU – promosi dan penelitian kesehatan reproduksi.
- PIKPK – bekerjasama dengan Pusat Kajian Wanita di Universitas Mataram menyediakan pendidikan, pelatihan, dan pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk konseling keluarga berencana bagi para remaja (klinik).

Kontributor Internasional:

- GTZ- SISKES NTB di Mataram, Lombok Barat, Sumbawa, Sumbawa Barat dan Kota Bima mendukung program menuju kehamilan dan persalinan aman melalui berbagai kegiatan seperti:

- 1) Perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu di setiap kabupaten serta sistem monitoring dan evaluasi;
- 2) Peningkatan Sistem Manajemen Puskesmas dan Rumah Sakit guna penanganan kasus kegawatdaruratan terutama maternal dan neonatal;
- 3) Peningkatan kualitas pelayanan klinis terkait dengan standar nasional dengan dukungan promosi kesehatan 4) peran serta masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai.

- Burnet Indonesia
- AusAID (Australian Development Overseas Aid Program)
- Ford Foundation.
- Global Fund.
- Hellen Keller Foundation.
- PATH (Program for Appropriate Technology in Health).
- UNICEF (United Nations Children Fund/Dana Anak-Anak PBB).
- UNFPA (United Nations Population Fund/Dana Kependudukan PBB).

NTT

LSM Lokal :

- PKBI – memberikan pendidikan, pelayanan, dan konseling di bidang kesehatan reproduksi.
- Yayasan Tanpa Batas – menyediakan pelayanan (klinik)

tentang kesehatan reproduksi dan penyuluhan HIV dan konseling (dengan sasaran pada para pekerja seksual, orang-orang yang hidup dengan HIV, anak-anak jalanan, dan para remaja).

- Sanggar Suara Perempuan, TTS – menyediakan pendidikan kesehatan reproduksi dan promosi kesehatan tentang keluarga berencana bagi perempuan miskin.
- Rumah Perempuan – menyediakan pendidikan keluarga berencana bagi perempuan desa dan melakukan kampanye advokasi kesehatan.
- Pikul – menyediakan pendidikan kesehatan reproduksi bagi perempuan desa dan kampanye advokasi kesehatan.
- CWS (Church World Service/Pelayanan Gereja Dunia untuk Kemanusiaan) – menyediakan makanan tambahan bagi ibu hamil dan anak-anak di bawah lima tahun, dan bantuan untuk keamanan pangan.
- WFP, Kupang, NTT – menyediakan perbaikan gizi; makanan tambahan bagi anak-anak sekolah; dan juga mendistribusikan makanan bergizi melalui Posyandu bagi anak-anak yang berusia di bawah lima tahun, serta ibu-ibu hamil dan menyusui
- CRS, NTT di TTU dan Belu – menyelenggarakan program Gerakan Masyarakat (GEMAS) untuk Meningkatkan Gerakan Anak Sehat.

Kontributor Internasional :

- GTZ-SISKES NTT di Kota Kupang dan Kabupaten-kabupaten Kupang, Timor Tengah Selatan, Timor Tengah Utara, Belu dan Rote Ndao- Menuju Persalinan Selamat melalui berbagai kegiatan seperti:

- 1) Perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu di setiap kabupaten serta sistem monitoring dan evaluasi;
- 2) Peningkatan Sistem Manajemen Puskesmas dan Rumah Sakit guna penanganan kasus kegawatdaruratan terutama maternal dan neonatal;
- 3) Peningkatan kualitas pelayanan klinis terkait dengan

standart nasional dengan dukungan promosi kesehatan

- 4) Peran serta masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai.
- Plan International, NTT (di Kupang, TTS) – menyediakan makanan tambahan bagi anak-anak di bawah lima tahun dan para ibu hamil serta menyelenggarakan program advokasi untuk “Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Anak”.
 - UNFPA, NTT (di TTS, Sumba Barat, Kupang, Alor, Manggarai) – menyediakan program-program kesehatan reproduksi bagi ibu dan anak-anak.
 - UNICEF, NTT (Alor, Sikka, Sumba Barat dan Sumba Timur, Kota Kupang, Ende) – menyediakan program-program kesehatan maternal, Akte Lahir dan perlindungan anak.
 - AusAID KPKK (Ende dan Flores Timur) – mendukung Desa Siaga (Alert Village) dan memberi Pelatihan bagi bidan dan dokter, melakukan audit maternal dan perinatal dan dukungan untuk peningkatan mutu perencanaan keluarga.

3.1.5 Kesenjangan antara Undang-Undang, Kebijakan, Strategi, dan Penerapannya

Tingkat Nasional

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Tenaga Kerja No. 13 tahun 2003 memberikan hak kepada perempuan untuk beristirahat, dimulai satu setengah bulan sebelum melahirkan sampai satu setengah bulan setelah melahirkan, yang berarti cuti seluruhnya adalah 12 minggu. (Pasal 82 [1]). Undang Undang ini tidak sepenuhnya menerapkan prinsip-prinsip yang digariskan oleh konvensi Organisasi Buruh Internasional yang mensyaratkan cuti selama tidak kurang dari 14 minggu bagi pekerja perempuan.³¹

Hambatan terkait Kebijakan, Strategi, Perencanaan dan Penerapannya

Laporan Uji Lapang Nasional mengidentifikasi kendala-kendala pokok dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi yang baru lahir di Indonesia. Temuan penelitian ini menegaskan bahwa kendala-kendala tersebut terdapat di provinsi NTB maupun NTT. Hambatan tersebut meliputi:

- Tidak adanya audit kematian ibu yang sistematis dan indikator kesehatan pokok lainnya terkait dengan kesehatan maternal dan neonatal di NTB/NTT: kasus kematian ibu, angka kematian bayi baru lahir, persentasi perempuan yang diobati karena fistula; proporsi kematian ibu akibat aborsi yang tidak aman; dan proporsi kasus obstetrik yang disebabkan oleh aborsi tidak aman.
- Pelaksanaan program bidan desa hanya sebagian yang berhasil dan keberlanjutannya dalam jangka panjang masih menjadi masalah.
- Sistem kartu kesehatan untuk memampukan warga miskin menjangkau pelayanan kesehatan hanyalah menjangkau sebagian dari warga yang membutuhkannya.
- Ketersediaan data di tingkat nasional dan provinsi tentang ketersediaan obat-obat esensial, peralatan, dan diagnostik bagi kesehatan ibu dan bayi tidak memadai.
- Sementara program imunisasi dikoordinasikan oleh program yang diperpanjang dalam Unit-Unit Imunisasi dan Perawatan Kesehatan Ibu dan Anak, tidak ada kebijakan, strategi, perencanaan nasional yang komprehensif yang dikembangkan untuk membahas penyakit kelamin sifilis dan malaria yang terjadi pada saat kehamilan.

Tingkat Provinsi

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

Beberapa pemberi kerja di NTB meminta surat nikah dari perempuan yang akan menggunakan hak cuti melahirkan, padahal tidak ada ketentuan nasional yang mengatur seperti itu.³² Praktik ini mendiskriminasi perempuan yang hamil dan memiliki anak di luar perkawinan. Praktik ini juga

³¹ Konvensi ILO, C183 tentang Perlindungan Ibu (2000).

³² Bukti dipaparkan pada lokakarya tentang "Perlindungan Kehamilan bagi Pekerja Pabrik Perempuan", 16 Juni (2006). Jakarta.

bertentangan dengan perjanjian internasional hak azasi manusia yang mensyaratkan perlindungan maternal tanpa diskriminasi apa pun.

Hambatan terkait Kebijakan, Strategi, Perencanaan dan Penerapannya

Kendala lain yang berpengaruh terhadap kesuksesan implementasi strategi Kesehatan Ibu dan Anak di NTB/NTT telah diidentifikasi dalam penelitian ini, yaitu:³³

- Tidak memadainya rasio fasilitas kesehatan, dan petugas kesehatan terlatih terhadap jumlah penduduk.
- Tidak memadainya infrastruktur dan dana operasional yang tersedia bagi pelayanan dan fasilitas kesehatan dasar.³⁴
- Perlunya investasi sumber daya manusia yang lebih besar pada tingkat pelayanan kesehatan dasar, pelatihan dan supervisi yang lebih baik, dan penambahan jumlah staf yang diperlukan.
- Rendahnya pengetahuan perempuan tentang perawatan paska melahirkan dan persalinan aman.
- Keengganan sebagian perempuan untuk menjangkau fasilitas yang tersedia karena ada perasaan takut, persepsi negatif terhadap pelayanan tersebut atau pengalaman negatif sebelumnya terhadap pelayanan kesehatan.
- Banyak perempuan masih cenderung memilih dukun dibandingkan tenaga medis karena alasan-alasan berikut: biaya yang lebih murah, mudah dijangkau (dukun tinggal berdekatan dengan warga), dukun dan ibu memiliki suku dan bahasa daerah yang sama, adanya anggapan mutu pelayanan yang tinggi dari dukun, kurang adanya perbedaan pendidikan dan status sosial antara perempuan miskin dan dukun.
- Tidak tersedianya pelayanan aborsi aman yang disediakan oleh pemerintah.
- Bangsal-bangsang melahirkan tidak memiliki akses langsung ke dokter ahli kandungan jika terjadi keadaan gawat darurat.



Nusa Tenggara Barat: Penduduk desa (laki2 dan perempuan) dalam suatu acara pertemuan tentang Desa Siaga © SISKES

- Karena kurangnya petugas yang terlatih, banyak bidan harus bekerja ganda dalam sehari.
- Pelatihan penyegaran bagi para bidan jarang dilakukan dan tidak ada penggantian petugas untuk menggantikan seorang bidan ketika mengikuti pelatihan.
- Pasokan obat-obatan esensial dan logistik kesehatan seperti infus, vaksin, dan vitamin tidak terdistribusi dan terpelihara dengan baik, khususnya di NTT karena sebagian warga masyarakat tinggal di wilayah terpencil.
- Akses ke bank darah tidak tersedia untuk daerah-daerah yang terpencil.

³³ Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi (2004-2006) dan Analisis Masalah pada Laporan Rencana Strategis (2007).

³⁴ Di beberapa kabupaten hasilnya untuk masalah ini adalah: peralatan bidan yang tidak lengkap dan rusak; tidak semua bangsal melahirkan memiliki ranjang untuk memeriksa kehamilan dan/atau melahirkan, tidak tersedianya Buku Panduan Ibu dan Bayi yang standar, dan tidak adanya lemari penyimpanan arsip untuk menyimpan rekam kesehatan ibu dan anak pada bangsal-bangsang melahirkan di desa.

3.1.6 Rekomendasi untuk Tindakan-Tindakan Prioritas

Tingkat Nasional

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Undang-Undang Ketenagakerjaan No. 13 tahun 2003 disesuaikan dengan Konvensi ILO, C183 tentang Perlindungan Ibu, 2000.

Pihak yang Potensial Bertanggungjawab

Departemen Kesehatan, Departemen Tenaga Kerja, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan.

Tindakan terkait Kebijakan, Strategi, & Sistem Kesehatan

- Undang-undang dan peraturan yang ada, seperti Undang Undang No. 7 tahun 1984 tentang CEDAW Pasal 12 harus dilaksanakan dengan lebih proaktif.
- Hal-hal berikut harus dilakukan terkait dengan pelayanan
 - Ketersediaan pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas seharusnya dijamin. Hal ini meliputi standar yang tinggi dalam hal pre-service training bagi para dokter dan bidan, rekrutmen, penempatan, uraian tugas yang jelas, dan bimbingan /supervisi bagi semua tenaga kesehatan, standar minimum bagi fasilitas kesehatan dan sistem rujukan yang dapat dijangkau sesuai dengan kebutuhan dan situasi setempat.
 - Ibu hamil yang termasuk warga miskin seharusnya mendapatkan perawatan kehamilan yang menyeluruh secara cuma-cuma.
 - Kemitraan dukun dan bidan seharusnya diperkuat, menyadari fakta masih tingginya persentase kehamilan yang dibantu oleh dukun melahirkan.
 - Sistem rujukan perlu diperkuat.
 - Ketersediaan darah yang bebas dari penyakit sifilis, HIV dan Hepatitis B, yang dikoordinasikan dengan PMI harus dijamin.

- Pengumpulan Data Nasional :

- Mekanisme untuk melakukan audit kematian maternal secara sistematis tentang penyebab terjadinya kematian ibu dan kematian bayi harus disusun dan dilaksanakan.
- Gerakan Sayang Ibu yang secara resmi dicanangkan pada tahun 1996 seharusnya dihidupkan kembali.
- Terkait dengan perlindungan maternal, hak dibayar selama cuti hamil, tanpa harus menunjukkan akte nikah.
- Lembaga/instansi seharusnya menjamin diberikannya waktu yang cukup bagi para ibu untuk menyusui, sebagaimana diatur dalam pasal 81, 82, dan 83 dari Undang Undang no 13/2003, dan hal ini harus diterapkan demi kepentingan para pekerja perempuan.
- Perlu dikembangkan mekanisme untuk mengawasi pelaksanaan perlindungan pekerja perempuan yang hamil, yang bekerja di pabrik atau tempat-tempat kerja lainnya.
- Kebijakan dan alokasi anggaran bagi warga miskin harus dievaluasi untuk memastikan pengawasan dan pemberantasan terhadap semua penyakit menular seksual dan penyakit menular lainnya, seperti tuberkulosis, malaria, PMS (khususnya HIV), demi melindungi ibu selama hamil.

Pihak-pihak yang potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan, Biro Pusat Statistik, Departemen Tenaga Kerja, Departemen Kesejahteraan Sosial.

Tingkat Provinsi

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

Para pemangku kepentingan di tingkat provinsi maupun kabupaten menegaskan kembali rekomendasi dari para pemangku di tingkat nasional dan selain itu menambahkan rekomendasi agar peraturan daerah diterbitkan untuk

memperkuat undang-undang nasional tentang perlindungan hak reproduksi perempuan.

Pihak yang potensial bertanggungjawab:

DPRD provinsi/kabupaten, Gubernur, Bupati, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten, BAPPEDA, Dinas Ketenagakerjaan, dan Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat.

Tindakan terkait Kebijakan, Strategi, dan Sistem Kesehatan

- Pemerintah provinsi dan kabupaten perlu melakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang isi dari peraturan daerah, kebijakan, dan program-program daerah yang ditujukan untuk promosi kesehatan maternal.
- Di kedua provinsi, kesehatan maternal harus dipromosikan sebagai suatu tanggung jawab bersama baik perempuan dan laki-laki, dan juga tanggung jawab seluruh masyarakat.
- Di NTB, program Desa Siaga untuk mempersiapkan persalinan harus diperluas.
- Di NTT, Gereja harus dilibatkan dalam mendidik masyarakat tentang pentingnya mempersiapkan persalinan.
- Sistem rujukan untuk persalinan risiko tinggi dan dalam kasus gawat darurat obstetrik perlu diperkuat.
- Jumlah pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) dengan fasilitas PONEK dan jumlah rumah sakit dengan fasilitas PONEK perlu ditingkatkan.
- Kebijakan untuk menjamin alokasi anggaran yang memadai bagi fasilitas darah dan infrastrukturnya harus disusun.
- Kebijakan tidak-merokok seharusnya diterapkan pada semua fasilitas kesehatan ibu & seharusnya ada peringatan untuk tidak merokok yang tertera pada fasilitas kesehatan ibu.
- Program-program untuk memastikan pengendalian dan pemberantasan semua penyakit menular yang bisa berdampak pada ibu hamil, misalnya Tuberkulosis, Malaria, PMS, HIV dan AIDS perlu dikembangkan dan dilaksanakan.
- Penyediaan pelayanan kebidanan perlu ditingkatkan di wilayah pedesaan dan wilayah yang terpencil.
- Kemitraan bidan dan dukun perlu diperkuat, menyadari fakta bahwa persentase persalinan yang masih dibantu oleh dukun bersalin masih tinggi khususnya di wilayah pedesaan dan wilayah terpencil.
- Pelatihan bagi para bidan tentang Asuhan Persalinan Normal (APN) perlu diperluas.
- Mekanisme untuk penguatan audit kematian maternal & perinatal yang sistematis termasuk kematian yang disebabkan oleh aborsi yang tak aman, seharusnya dilaksanakan.
- Program-program untuk meningkatkan daya tahan terhadap anemia dan KEK /kurang gizi di kalangan ibu hamil seharusnya dikembangkan.
- Program pelatihan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maternal bagi fasilitas-fasilitas kesehatan seharusnya dikembangkan.
- Adanya kebutuhan untuk meningkatkan kerahasiaan informasi pasien di pelayanan kesehatan ibu.
- Penyediaan pelayanan aborsi yang aman seharusnya diperluas untuk mencegah kematian ibu yang bisa dihindari.

Pihak yang potensial bertanggungjawab

Gubernur, Bupati, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala BAPPEDA, Kepala Dinas Ketenagakerjaan dan Transmigrasi, Bagian Pemberdayaan Perempuan pada Biro Sosial Pemda Provinsi.

3.2 Keluarga Berencana: rendahnya tingkat pengetahuan tentang metode keluarga berencana; tidak teraksesnya keluarga berencana bagi orang yang tidak menikah; wewenang suami untuk mencari pelayanan

3.2.1 Pertimbangan-pertimbangan Kesehatan

Tingkat Nasional

Menunda dan mengatur jarak kelahiran dengan menggunakan kontrasepsi yang efektif telah lama diakui sebagai hal yang penting dalam kesehatan reproduksi perempuan dan kesehatan anak mereka. Penggunaan kontrasepsi yang efektif mencakup penyediaan informasi yang dibutuhkan dalam menentukan pilihan metode kontrasepsi secara sadar dan sukarela. Hal ini mensyaratkan perlunya pelatihan petugas kesehatan dalam menyediakan pelayanan konseling keluarga berencana guna membantu klien untuk membuat pilihan yang dimengerti dan secara sukarela tentang fertilitas mereka.

Pilihan jenis kontrasepsi tidak terlepas dari efektivitas metode kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, peralatan yang memadai dan layak, serta menjaga suplai kontrasepsi. Kontrasepsi yang efektif juga

termasuk kontrasepsi darurat, yang memiliki dampak penting dalam mencegah kehamilan yang tak diinginkan dan aborsi.³⁵ Disamping kesuksesan program keluarga berencana Indonesia dalam menurunkan tingkat fertilitas secara drastis sejak dilaksanakan pada tahun 1970-an, namun hak-hak reproduksi perempuan belum sepenuhnya dilindungi dalam program ini.

Sampai saat ini, pengumpulan data yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia tentang keluarga berencana terfokus pada variabel-variabel utama kependudukan, seperti tingkat fertilitas, terpenuhi dan tak terpenuhinya permintaan dan jenis alat kontrasepsi yang digunakan. Akibatnya, tetap ada kelangkaan informasi penting tentang kepuasan klien, proses pengambilan keputusan perempuan dan sejauh mana perempuan memiliki pilihan yang benar atas metode yang digunakan. Data tentang pengetahuan perempuan terhadap keluarga berencana juga sama sekali diabaikan dalam survei nasional. Akibatnya, kita memiliki informasi yang terbatas apakah perempuan memahami secara cukup tentang perbedaan cara kerja kontrasepsi atau kemungkinan efek samping dari berbagai metode kontrasepsi itu. Tanpa adanya akses terhadap informasi tersebut, perempuan tidak bisa sepenuhnya mendapatkan hak mereka terhadap informed consent, karena mereka tidak sepenuhnya diberi informasi tentang semua fakta yang terkait dengan metode keluarga berencana yang mungkin akan disepakatinya. Pada era sekarang, BKKBN telah membuat komitmen yang sangat kuat untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada kaum perempuan dan keluarga dan telah secara tegas mengakui tentang pentingnya kepuasan klien, pilihan metode yang benar; ketersediaan konseling; dan hak atas privasi serta informed consent.

Data di tingkat nasional telah mengidentifikasi isu-isu berikut yang perlu diperhatikan:³⁶

- Sangat kurangnya data terkait dengan akses dari masyarakat yang belum menikah, khususnya remaja, terhadap informasi dan pelayanan kontrasepsi.
- Rendahnya tingkat pengetahuan anak muda tentang kontrasepsi.
- Program keluarga berencana hanya menyediakan

Indikator Utama Keluarga Berencana di Tingkat Nasional dan Tingkat Provinsi

Indikator KB	Nasional	NTB	NTT
Angka Kesuburan Total	2.6	4.9	3.49
Permintaan KB terpenuhi	69%	53.5%	52%
Permintaan KB tak terpenuhi	14%	16%	16.7%
% perempuan menikah yang mengetahui kontrasepsi modern	96.3%	95.9%	88.2%
% pria menikah yang mengetahui kontrasepsi modern	98.5%	99.5%	89.5%

³⁵ Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. WHO. Third edition (2004). Tersedia di: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>

³⁶ Data pada bagian ini diambil dari Survei Demografis dan Kesehatan Indonesia 2002-2003 dan Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2002-2003.

pelayanan bagi pasangan yang sudah menikah.

- Unmet need untuk kontrasepsi secara nasional adalah sebesar 8.6%.
- Ketersediaan kontrasepsi darurat tidak tersebar secara luas. Walaupun hal ini merupakan bagian dari program keluarga berencana pemerintah, belum ada penyediaan KIE yang sistematis, dan BKKBN tidak memasukkan kontrasepsi darurat dalam program pengadaan logistiknya.
- Menurut Survei Kesehatan Penduduk Indonesia (2003), 9.6% perempuan memang mengingini kehamilannya yang terakhir, dan 7.2% persen perempuan tidak mengingini kehamilannya yang terakhir.
- Kurang dari seperempat akseptor saat ini telah diberikan informasi tentang efek dan kemungkinan penggantian ke metode kontrasepsi yang lain. Perempuan yang disterilisasi sejauh mungkin diberi informasi tentang efek sampingnya.
- Peran serta kaum pria dalam keluarga berencana sangatlah rendah, yakni sebanyak 0.9% yang menggunakan kondom dan 0.4% menggunakan kontrasepsi mantap pria.

Tingkat Provinsi

Menurut statistik resmi, Provinsi NTB dan NTT masih memiliki angka fertilitas yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan angka rata-rata nasional (lihat tabel di bawah). NTB dan NTT juga memiliki angka permintaan kontrasepsi modern yang terpenuhi lebih rendah dibandingkan dengan angka rata-rata nasional. Sementara pengetahuan terhadap kontrasepsi modern cukup tinggi di kalangan perempuan dan laki-laki di kedua provinsi ini (tetapi di NTT lebih rendah dibandingkan di NTB), unmet need untuk kontrasepsi masih tetap tinggi dan hal ini menjadi tantangan yang terus menerus bagi pemerintah provinsi dan kabupaten di kedua provinsi. Dengan demikian, BKKBN dan lembaga terkait yang bertanggung jawab atas keluarga berencana di NTB dan NTT menghadapi tugas ganda untuk meningkatkan cakupan maupun kualitas pelayanan keluarga berencana



Nusa Tenggara Timur: Seorang perawat sedang menjelaskan tentang KB dan Kesehatan Reproduksi disalah satu Puskesmas di Kupang © SISKES

Survei Data Primer (2007) terfokus pada pengumpulan data yang bukan hanya pada prevalensi kontrasepsi dan jenis metode yang digunakan, melainkan juga mengumpulkan informasi tentang kepuasan klien, pilihan, dan pengetahuan mereka. Temuan pokok dari Survei Data Primer (2007) dan Survei Rumah Tangga (2007) di tingkat provinsi meliputi:

- Tingkat penggunaan kontrasepsi di kalangan perempuan bervariasi secara signifikan diantara kabupaten-kabupaten. Survei data primer menemukan tingkat penerimaan di kalangan perempuan di Kota Mataram adalah sebesar 68.4%, di Kabupaten Sumbawa sebesar 78.2%, di Kota Kupang sebesar 49.6%, dan di Kabupaten TTS 51.3%.
- Persentase perempuan yang telah ditawarkan keluarga berencana dan mulai menggunakan keluarga berencana pada masa nifas saat persalinan terakhir adalah tinggi di

semua kabupaten: 94.6% di Kota Mataram; 95.3% di Kabupaten Sumbawa ; 82.6% di Kota Kupang dan 91.8% di Kabupaten TTS. Hal ini menunjukkan keberhasilan yang terus meningkat dalam penyediaan pelayanan keluarga berencana sebagai suatu aspek yang terpadu dalam pelayanan paska melahirkan di NTB/NTT.

- Selain pelayanan kontrasepsi gratis melalui pelayanan kesehatan dasar, masih terdapat permintaan kontrasepsi yang belum terpenuhi di NTB dan NTT. Permintaan kontrasepsi tak terpenuhi di kalangan perempuan yang disurvei tersebut berjumlah 17% untuk perempuan di Tanjung Karang Kota Mataram, 17% bagi perempuan di Sumbawa, 18% di Kota Kupang dan 8% di Kabupaten TTS.
- Survei Data Primer (2007) menegaskan bahwa metode kontrasepsi yang paling populer digunakan oleh kaum perempuan di kedua provinsi ini adalah kontrasepsi suntik (di Kota Mataram 71%, di Kabupaten Sumbawa 88%, di Kota Kupang 56%, dan Kabupaten TTS 88%).
- Pilihan terhadap metode kontrasepsi belum sepenuhnya tersedia bagi seluruh perempuan di kedua provinsi ini.
- Diperkirakan 25% dari perempuan yang disurvei melaporkan bahwa mereka sedang menggunakan metode yang bukan pilihan mereka. Persentase perempuan yang menggunakan metode pilihan mereka pada setiap kabupaten adalah 67% di Kota Mataram; 78 % di Kabupaten Sumbawa; 69% di Kota Kupang, dan 82 % di Kabupaten TTS.
- Ketika ditanyakan, siapa yang membuat keputusan tentang metode kontrasepsi yang saat ini digunakan, sebagian besar perempuan dalam Survei Data Primer (2007) melaporkan bahwa mereka sendirilah yang mengambil keputusan, selanjutnya 22% melaporkan bahwa pengambilan keputusan itu dilakukan berdasarkan konsultasi dengan suami mereka. Sejumlah 95% dari akseptor saat ini memilih metode keluarga berencana secara mandiri atau berdasarkan konsultasi dengan suami. Sisanya, sebanyak 5% dari akseptor menyatakan bahwa bidan atau dokter

umum merekalah yang membuat pilihan kontrasepsi untuk mereka. Issu tentang petugas yang membuat pilihan kontrasepsi bagi perempuan ini perlu diteliti lebih jauh untuk memastikan bahwa petugas membantu kaum perempuan untuk memilih metode kontrasepsi setelah mendapatkan informasi yang memadai dan bukan hanya menerima apa yang diharuskan.

- Bagi para perempuan yang tidak sedang menggunakan kontrasepsi, ijin dari suami untuk mengikuti keluarga berencana masih menjadi hambatan untuk terwujudnya hak perempuan dalam menggunakan kontrasepsi, di kedua provinsi ini. Dalam Survei Data Primer (2007), sebanyak 4% dari perempuan yang tidak sedang menggunakan kontrasepsi pada saat ini melaporkan alasan mereka untuk tidak mengikuti keluarga berencana, yakni karena suami mereka tidak memberi ijin untuk mengikuti keluarga berencana.
- Kepuasan perempuan terhadap metode kontrasepsi yang sedang digunakan juga kurang di kedua propinsi ini. Persentase perempuan yang melaporkan bahwa mereka tidak puas dengan metode yang sedang digunakannya adalah 16% di Kota Mataram; 12% di Kabupaten Sumbawa; 10% di Kota Kupang, dan 16 % di Kabupaten TTS.
- Dari 1004 perempuan yang diwawancarai dalam Survei Data Primer (2007), sebanyak 402 orang (atau 40% dari seluruh sampel) tidak sedang menggunakan metoda keluarga berencana apa pun. Alasan yang paling sering dikemukakan mengapa mereka tidak menggunakan alat kontrasepsi adalah: saat ini sedang hamil atau keinginan untuk hamil (30% dari non-akseptor); perempuan masih menyusui (17% dari non – akseptor); atau punya masalah kesehatan terkait dengan efek samping dari keluarga berencana (16% dari non-akseptor). Fakta bahwa 16% dari non-akseptor yang menyatakan bahwa efek samping merupakan alasan mereka untuk tidak mengikuti program keluarga berencana memberikan petunjuk sangat diperlukannya informasi dan konseling yang lebih baik dan memadai bagi para perempuan tentang potensi efek samping dan bagaimana mengatasi efek samping tersebut.

- Antara 60% (Kota Mataram) dan 35% (Kota Kupang) dari perempuan di empat lokasi yang tercakup dalam Survei Data Primer (2007) tidak mengalami efek samping dari metode kontrasepsi sedang digunakan yang telah dijelaskan kepada mereka. Sepertiga dari perempuan yang disurvei tetap khawatir akan kemungkinan efek samping tanpa melihat apakah mereka sebelumnya telah menerima informasi tentang kemungkinan efek samping yang terjadi atau belum.
- Partisipasi pria dalam keluarga berencana di NTB dan NTT masih sangat rendah. Data mutakhir yang tersedia menunjukkan bahwa 2,8% dari laki-laki yang disurvei di NTT pernah menggunakan kontrasepsi pria (BKKBN Propinsi, 2007). Khusus di Kabupaten TTS, sebanyak 1,33% laki-laki dilaporkan pernah menggunakan kondom dan 4,45% dilaporkan menjalani vasektomi.

3.2.2 Pertimbangan-Pertimbangan Hak Azasi Manusia³⁷

Hak-hak yang berhubungan dengan menentukan nasib sendiri di bidang reproduksi dan pilihan bebas dalam masalah-masalah maternitas telah dikembangkan melalui berbagai hak, termasuk hak untuk memutuskan jumlah anak dan jarak kelahiran, hak atas privasi dan kehidupan keluarga, dan hak untuk menikah dan berkeluarga. Selain itu, ketersediaan, keterjangkauan (termasuk keterjangkauan informasi) dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual diakui bukan hanya sebagai intervensi kunci untuk meningkatkan kesehatan pria, perempuan, dan anak-anak, melainkan juga sebagai suatu hak azasi manusia untuk mendapatkan standar kesehatan tertinggi yang bisa diperolehnya.

Hak-hak ini dinyatakan dalam berbagai perjanjian internasional hak azasi manusia dan dokumen-dokumen kesepakatan yang diratifikasi dan ditandatangani oleh Indonesia.³⁸ Hak-hak ini juga dikemukakan dalam Undang-Undang Dasar Republik Indonesia, dan undang-undang lain seperti Undang-Undang Hak Azasi Manusia, Undang-Undang tentang Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan dan Undang-Undang Kesehatan (yang masih dalam proses amendemen).

Pilihan bebas atas maternitas semakin diakui sebagai suatu

atribut dari kehidupan pribadi dan kehidupan keluarga, agar warga bisa memutuskan apakah, kapan, dan berapa jumlah anak, tanpa kontrol dan paksaan dari pemerintah atau pihak ketiga (Pemerintah bisa menyarankan untuk mempengaruhi pilihan reproduksi melalui insentif, tetapi tidak dapat menggunakan tekanan atau cara-cara pemaksaan lainnya). Lembaga-lembaga yang memonitor perjanjian internasional ini, seperti Komite Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, Komite Hak-Hak Anak dan Hak Azasi Manusia, telah menunjukkan kepedulian mereka terhadap undang-undang di beberapa negara yang mensyaratkan adanya ijin suami bagi perempuan yang akan menggunakan metode keluarga berencana. Mereka telah meminta beberapa negara tertentu untuk menghapuskan persyaratan tentang perijinan orang tua dalam upaya untuk membuat pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan reproduksi, lebih terjangkau bagi para remaja, dan meminta untuk kebebasan perempuan dan informed consent terkait dengan kontrasepsi.³⁹

3.2.3 Upaya Pemerintah

Tingkat Nasional

Keputusan Presiden No. 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah untuk tahun 2005-2009 dan pencapaian terhadap “kehidupan yang berkualitas bagi seluruh keluarga” pada tahun 2015 merangsang semua kebijakan pokok tentang keluarga berencana nasional. Sasaran yang ditetapkan dalam rencana ini meliputi: pengurangan pertumbuhan penduduk sampai 1,14%; pengurangan TFR (angka fertilitas) sampai 2,2 anak untuk setiap perempuan; pengurangan permintaan kontrasepsi yang tak terpenuhi bagi pasangan yang berhak sampai 6%; meningkatnya partisipasi pria sampai 4,5%; mempromosikan keseluruhan peningkatan dalam penggunaan alat kontrasepsi yang efektif dan efisien; serta meningkatnya usia perkawinan pertama sampai umur 21 tahun.

Tujuan tambahan yang ditetapkan pada rencana jangka panjang (yang tidak difokuskan pada pengendalian penduduk) meliputi: memaksimalkan pelayanan persalinan dan meningkatkan kualitas pelayanan, khususnya bagi keluarga-keluarga yang kurang mampu dan rentan, serta keluarga-keluarga yang tinggal di daerah terpencil; meningkatkan KIE

³⁷ Dikutip dari “Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang kesehatan Maternal dan Neonatal : Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standard pelayanan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapang Indonesia”, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007): Halaman 14.

³⁸ Pasal 12 CESC, GC 14, CRC, CEDAW, CESC, ICPD 1994, BPFA 1995.

³⁹ “Bringing Rights to Bear: An analysis of the Work of U.N. Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights.” Center for Reproductive Rights and University of Toronto International Programme on Reproductive and Sexual Health Law (2002).

tentang kesehatan reproduksi bagi pasangan yang berhak; mencegah efek samping dari alat dan obat-obatan kontrasepsi; meningkatkan kualitas dari alat-alat dan obat-obatan kontrasepsi; meningkatkan sumber daya manusia; dan menjamin keberlangsungan pendanaan terhadap pelayanan dan program-program Keluarga Berencana.

Tiga dari cakupan kebijakan pokok dalam program Keluarga Berencana Nasional yang berhubungan langsung dengan peningkatan kesehatan perempuan dan anak serta hak-hak reproduksi, yakni:

- Mendorong perencanaan kehamilan dan mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan;
- Meningkatkan status kesehatan perempuan dan anak;
- Meningkatkan kesehatan seksual dan kepuasan seksual.

Kegiatan-kegiatan yang diarahkan untuk meningkatkan akses terhadap keluarga berencana dan kualitas keluarga berencana meliputi: meningkatkan kualitas pelatihan petugas keluarga berencana di sekolah-sekolah kebidanan (pendekatan pelatihan pra-pelayanan) dan pelatihan dalam pelayanan untuk para bidan dan petugas keluarga berencana lainnya; mengintegrasikan pelayanan keluarga berencana ke dalam sistem asuransi kesehatan bagi warga miskin, terus mendorong sektor swasta untuk menyediakan kontrasepsi di wilayah-wilayah yang terpencil; dan mulai mempromosikan kontrasepsi darurat melalui pelatihan. Departemen Kesehatan bersama-sama dengan perkumpulan Obstetri dan Ginekologi (POGI) telah membuat panduan tentang kontrasepsi darurat, walaupun panduan ini belum sepenuhnya disebarluaskan.

Tingkat Provinsi

Di Provinsi NTB, perencanaan daerah BKKBN saat ini ditujukan untuk menurunkan TFR (angka fertilitas) melalui: manajemen program terpadu yang ditujukan pada kesehatan reproduksi remaja; pemberdayaan masyarakat untuk mengoptimalkan dukungan terhadap implementasi program kesehatan reproduksi remaja; meningkatkan penggunaan kontrasepsi bagi pria; promosi kemandirian dalam keluarga berencana (KB Mandiri); dan meningkatkan cakupan dan

mutu pelayanan keluarga berencana. Saat ini, BKKBN telah mendapatkan alokasi dana dari APBN /APBD untuk Program Keluarga Berencana; penyelenggaraan program KIE; program penyebaran kondom gratis; dan program advokasi, konseling, dan pendidikan bagi para remaja.

Di Provinsi NTT, BKKBN bertujuan untuk mencapai sasaran yang termuat dalam rencana pembangunan daerah saat ini dengan fokus pada: promosi dan perlindungan hak-hak reproduksi, meningkatkan akses dan kualitas terhadap pelayanan keluarga berencana; meningkatkan kesehatan reproduksi melalui kesetaraan dan keadilan jender. Kegiatan-kegiatan khusus yang dimuat dalam perencanaan pembangunan di NTT saat ini meliputi: promosi penggunaan kondom di kalangan pria di masyarakat, pemimpin agama, LSM lokal, angkatan bersenjata, dan kepolisian; penempatan petugas lapangan keluarga berencana yang dibekali dengan bahan KIE seperti brosur, poster, manual, dan alat bantu visual yang mutakhir; publikasi manual Panduan Keluarga Berencana bagi kader kesehatan, bincang-bincang (*talk show*) radio; dan pelatihan teknik kontrasepsi (*CTU - Contraceptive Techniques Update*) bagi penyedia pelayanan kesehatan. Sampai saat itu, pelatihan CTU telah diikuti oleh 107 bidan dan 5 dokter.

3.2.4 Upaya Lembaga Non-Pemerintah

NTB

LSM Lokal :

- PKBI – menyediakan pendidikan dan pelayanan, termasuk konseling di bidang kesehatan reproduksi.
- YKSSI – menyediakan pendidikan kesehatan reproduksi, program promosi kesehatan dan gizi .
- Fatayat NU – menyediakan promosi kesehatan reproduksi dan melakukan penelitian.
- PIKPK – memberikan pendidikan dan pelatihan kesehatan reproduksi, dan menjalankan klinik kesehatan.

NTT

LSM Lokal:

- PKBI (Perhimpunan Keluarga Berencana Indonesia) – menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk konseling keluarga berencana.
- Yayasan Tanpa Batas (Kupang) – menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi dan penyuluhan mengenai HIV, pelayanan dan konseling khususnya bagi pekerja seksual, orang yang terkena HIV, anak-anak jalanan, dan remaja; juga menjalankan klinik kesehatan yang menawarkan konseling dan test kesehatan untuk Penyakit Menular Seksual.
- Sanggar Suara Perempuan (TTS) – memberikan pendidikan kesehatan reproduksi dan penyuluhan kesehatan, program-program gizi bagi perempuan miskin dan hamil.
- Rumah Perempuan – memberikan pendidikan mengenai kesehatan reproduksi bagi perempuan desa; advokasi kesehatan dan kampanye KIE.
- Pikul – memberikan pendidikan kesehatan reproduksi bagi perempuan desa; advokasi kesehatan dan kampanye KIE kesehatan
- CWS (Church World Service/ Pelayanan Gereja Dunia untuk Kemanusiaan) – menyediakan makanan tambahan bagi ibu hamil dan balita dan bantuan ketahanan pangan.

Kontributor Internasional:

- UNFPA (di Kupang, TTS) – menyediakan KIE, advokasi, pelatihan, dan pendanaan bagi kesehatan remaja, kesehatan ibu dan bayi yang baru lahir.

3.2.5 Kesenjangan antara Undang-Undang, Peraturan, Kebijakan, Strategi, dan Penerapannya

Tingkat Nasional

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan⁴⁰

- Tidak memadainya perlindungan resmi bagi perempuan yang tidak menikah dalam hubungannya dengan pelayanan

kesehatan reproduksi (lihat juga 3.1.4) yang menyatakan bahwa Undang-Undang Kependudukan Indonesia hanya mengizinkan pelayanan keluarga berencana bagi pasangan yang sudah menikah. Hal ini berarti bahwa perempuan yang belum menikah yang tidak bisa mengakses layanan kontrasepsi akan mengalami kehamilan yang tidak diinginkan serta mungkin akan melakukan aborsi yang disengaja. Sebagaimana disebutkan sebelumnya, karena aborsi pada dasarnya dilarang, kemungkinan hal ini akan dilakukan oleh tenaga tidak ahli secara tidak aman sehingga menimbulkan risiko kesehatan yang tinggi.

Oleh karena itulah ketentuan khusus tentang Undang Undang Kependudukan yang mengizinkan hanya perempuan bersuami yang boleh memperoleh akses pelayanan keluarga berencana, bisa jadi bertentangan dengan Undang Undang Dasar, Undang Undang Hak Azasi Manusia, Undang Undang tentang Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita dan Undang-Undang Kesehatan yang menentukan pelayanan kesehatan dan fasilitas yang memadai bagi semua orang tanpa diskriminasi.⁴¹

- Ijin suami untuk perempuan dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan reproduksi merupakan masalah yang problematik. Perjanjian internasional hak azasi manusia dan dokumen-dokumen kesepakatan yang diratifikasi/ditandatangani oleh Indonesia mengakui hak azasi setiap orang terhadap pilihan bebas tentang maternitasnya. Undang Undang Kependudukan No 10/1992 Pasal 17 menyatakan bahwa “suami dan istri harus sepakat tentang pengaturan kelahiran dan metode yang akan digunakan”, dan praktik yang mensyaratkan adanya ijin suami bagi perempuan yang sudah menikah untuk menggunakan kontrasepsi dan sterilisasi adalah bertentangan dengan prinsip-prinsip undang-undang internasional dan dokumen-dokumen kesepakatan yang diratifikasi dan ditandatangani Indonesia.

Perjanjian dan persetujuan internasional itu menyatakan bahwa setiap orang dapat memutuskan, apakah, kapan, dan berapa banyak anak yang akan dimiliki, tanpa pengendalian dan paksaan oleh pemerintah atau pihak ketiga. Walaupun pada Konferensi Internasional tentang Kependudukan

⁴⁰ Dikutip dari Laporan Lapang Nasional : “Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standard pelayanan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapang Indonesia”, Departemen kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

⁴¹ Undang Undang No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Penduduk dan Kesejahteraan Keluarga, pasal 23 Ayat (1).

dan Pembangunan tahun 1994 Indonesia mendukung posisi bahwa keluarga berencana adalah bagi pasangan yang sudah menikah, bukan bagi perseorangan, hal ini tidak berarti menerima Deklarasi Beijing dan Landasan Aksi (Beijing Platform for Action) atau CEDAW dan perjanjian-perjanjian internasional lain yang terkait. Undang-Undang Kependudukan juga bertentangan dengan Undang-Undang Hak Azasi Manusia (Pasal 49 (3)) yang menyatakan bahwa “ hak-hak khusus yang dimiliki perempuan yang timbul karena fungsi reproduksinya dijamin dan dilindungi oleh undang-undang.”

- Ada kesenjangan dalam Kitab Undang-undang Hukum Pidana terkait dengan informasi keluarga berencana. KUHP melarang mempertunjukkan di depan umum bahan, alat-alat kontrasepsi, dan gambar-gambar tentang anatomi tubuh laki-laki dan perempuan, dan memberikan informasi tentang penghentian kehamilan. Hal ini bisa bertentangan dengan ketentuan CEDAW, dan juga bertentangan dengan ketentuan dari Undang-Undang Kependudukan dan Kesejahteraan Keluarga, yang menyatakan, “ demi mendorong norma keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera, pemerintah wajib melaksanakan peningkatan di bidang: (a) pendidikan, pengembangan, dan/atau pelayanan tentang pengaturan jarak kelahiran; (b) ketentuan tentang fasilitas dan infrastruktur yang diperlukan untuk pelayanan pengaturan jarak kelahiran; (c) konseling untuk menentukan usia terbaik untuk menikah dan melahirkan. Perlindungan undang-undang yang tidak memadai bagi perempuan yang tidak menikah dalam hubungannya dengan pelayanan kesehatan reproduksi. Undang-Undang Kependudukan Indonesia mengizinkan pelayanan keluarga berencana hanya bagi pasangan yang sudah menikah.

Hal ini berarti bahwa perempuan yang belum menikah yang tidak mampu mengakses kontrasepsi bisa jadi hamil tanpa diingini dan mungkin akan terbujuk untuk melakukan aborsi. Sebagaimana disebutkan sebelumnya, karena aborsi pada dasarnya dilarang, hal ini mungkin dilakukan oleh tenaga kesehatan yang tidak berwenang melakukan itu dalam kondisi yang tidak aman, sehingga menimbulkan risiko kesehatan yang tinggi. Oleh karena

itulah ketentuan khusus tentang Undang-Undang Kependudukan yang mengizinkan bertentangan dengan Undang-Undang Dasar, Undang-Undang Hak Azasi Manusia, Undang-Undang tentang Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan dan Undang-Undang Kesehatan yang menentukan pelayanan kesehatan dan fasilitas yang memadai bagi semua orang tanpa diskriminasi. ”

Hambatan terkait kebijakan, strategi, perencanaan, dan penerapannya⁴²

- Pemerintah telah menginisiatifkan langkah-langkah untuk mengembangkan program-program yang menyediakan konseling dan informasi tentang kesehatan reproduksi bagi remaja. Akan tetapi, tak satu pun dari langkah-langkah tersebut yang menyediakan pelayanan kontrasepsi, hanya informasi dan pendidikan.
- Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan pada saat ini terkait dengan penyediaan keluarga berencana tidak memberikan penekanan yang memadai pada pentingnya penggunaan kontrasepsi bagi kaum pria (hanya 1% dari prevalensi kontrasepsi secara nasional).
- Tidak memadainya perhatian yang diberikan terhadap informasi secara penuh dan akurat tentang perbedaan metode kontrasepsi yang tersedia (khususnya bagi perempuan yang disterilisasi, karena hampir sejumlah 20% tidak menyadari bahwa sterilisasi adalah metode permanen).
- Untuk kontrasepsi darurat, walaupun ada pelatihan bagi tenaga kesehatan di beberapa propinsi, namun belum ada standar atau protokol di tingkat nasional atau pun propinsi tentang penyediaannya. Departemen Kesehatan telah menyediakan panduan dan pelatihan untuk kontrasepsi darurat, tetapi KIE tentang kontrasepsi darurat masih belum menjadi bagian kebijakan BKKBN. Kontrasepsi darurat tidak termasuk dalam daftar obat esensial nasional, padahal fakta menunjukkan bahwa kontrasepsi darurat termasuk dalam Daftar Model Obat Esensial WHO.

⁴¹ Undang-Undang No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Penduduk dan Kesejahteraan Keluarga, pasal 23 Ayat (1).

⁴² Dikutip dari “Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standard pelayanan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapang”, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

Tingkat Provinsi

Hambatan terkait kebijakan, strategi, perencanaan, dan penerapannya

- Setelah Desentralisasi koordinasi antara BKKBN dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Dinas Kesehatan Provinsi tidak terlaksana dengan baik.
- Perempuan dan laki-laki seringkali tidak menerima informasi yang memadai tentang efek samping dan sistem rujukan darurat. Akibatnya, banyak perempuan yang merasa cemas terhadap efek samping dari kontrasepsi.
- Suplai kontrasepsi masih terbatas, khususnya di wilayah-wilayah pedesaan dan terpencil, sehingga banyak klien keluarga berencana tidak melaksanakan pilihan yang benar atas berbagai metode kontrasepsi yang tersedia.
- Pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif masih belum dilaksanakan di semua sekolah.
- Program-program kesehatan reproduksi bagi remaja pada umumnya masih terbatas pada sosialisasi dan informasi, KIE dan tidak menyediakan pelayanan penuh berupa konseling atau kontrasepsi.
- Masih berlanjutnya stigma dan diskriminasi bagi remaja yang berusaha mendapatkan informasi dan pelayanan keluarga berencana karena nilai moral dan norma yang dianut.
- Indikator-indikator yang saat ini digunakan dalam mengumpulkan data keluarga berencana berbeda di setiap tingkat pemerintahan (di tingkat nasional, propinsi, maupun kabupaten). Hal ini mempersulit perencanaan lintas wilayah yang realistis dan kolaboratif
- Masyarakat masih memiliki kesadaran dan penerimaan yang sangat rendah terhadap metode keluarga berencana bagi pria.
- Kesadaran masyarakat tentang kontrasepsi darurat masih rendah, dan petugas di tingkat provinsi dan kabupaten

tidak dilengkapi secara memadai dengan informasi mengenai kontrasepsi darurat.

- Penyedia pelayanan keluarga berencana tidak cukup trampil untuk memberikan pelayanan konseling bagi akseptor keluarga berencana.
- Penyedia pelayanan keluarga berencana bisa jadi terlalu menentukan ketika menawarkan metode-metode kontrasepsi yang tersedia, dan hal ini bisa mengabaikan hak perempuan untuk membuat pilihan berdasarkan informasi yang memadai.
- Kesadaran masyarakat masih rendah akan haknya tentang informed consent yang terkait dengan penerimaan metode keluarga berencana.

3.2.6 Rekomendasi untuk Tindakan-Tindakan Prioritas

Tingkat Nasional

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Pelayanan kontrasepsi yang terjangkau dan mampu dibayar bagi orang-orang yang belum menikah harus dijamin melalui amandemen Undang-Undang Kesehatan.
- Akses terhadap pelayanan keluarga berencana bagi yang belum menikah (juga bagi yang sudah menikah) seharusnya dijamin melalui proses amandemen yang sedang dilakukan terhadap Undang-Undang Kependudukan.
- Persyaratan yang menentukan adanya ijin dari suami bagi istri untuk mengatur kelahiran dan jenis kontrasepsi yang akan digunakan seharusnya dihilangkan, dan Undang-Undang Kependudukan yang mengatur hal ini sudah selayaknya diamandemen.
- Penyediaan tentang terbaharuinya Kitab Undang-undang Pidana yang melarang “mempertunjukkan di depan umum bahan, alat-alat kontrasepsi dan gambar-gambar anatomi tubuh perempuan dan laki-laki, dan melarang memberikan informasi tentang penghentian kehamilan” perlu dihapuskan.

Pihak-Pihak yang potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan, BKKBN, Departemen Hukum dan Hak Azasi Manusia, organisasi profesi, Departemen Tenaga Kerja.

Tindakan terkait Kebijakan, Strategi, dan Sistem Kesehatan

- Kerjasama antara Pemerintah dan sektor swasta seharusnya didorong untuk meningkatkan pengetahuan dan penggunaan kontrasepsi oleh warga yang belum menikah dan remaja, khususnya bagi warga yang tinggal di daerah terpencil.
- Pelayanan kesehatan reproduksi yang mencakup pelayanan keluarga berencana seharusnya disediakan bagi warga yang belum menikah dan para remaja.
- Penyediaan informasi yang komprehensif tentang kontrasepsi dan informed consent untuk setiap orang harus ditegakkan.
- Program pemerintah tentang peran serta/ keterlibatan pria dalam keluarga berencana, yang mencakup informasi dan pelayanan keluarga berencana, harus diperkuat.
- Di tingkat pusat, provinsi, kabupaten, dan tingkat pelayanan, koordinasi antara BKKBN dan Departemen Kesehatan seharusnya ditingkatkan dalam hal perencanaan dan implementasi intervensi.

Pihak-pihak yang potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan, BKKBN, organisasi-organisasi profesi, LSM

Tingkat Provinsi

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Pemerintah provinsi perlu menerbitkan Peraturan Daerah (Perda) untuk mengatasi kebutuhan-kebutuhan khusus dan hambatan-hambatan dalam menyediakan pelayanan keluarga berencana yang memadai, yang dipengaruhi oleh kondisi budaya, agama, topografis dan kondisi sosial ekonomi setempat.

- Perlu diterbitkan Peraturan Daerah (Perda) yang secara tegas dan jelas menyatakan bahwa perempuan tidak memerlukan ijin suami untuk bisa mendapatkan kontrasepsi.
- Pemerintah provinsi seharusnya menerbitkan peraturan daerah yang memperkuat perubahan-perubahan terkini tentang perundang-undangan nasional terkait dengan promosi penyediaan kontrasepsi darurat.

Tindakan terkait Kebijakan, strategi dan Sistem Kesehatan

- Kebutuhan akan kontrasepsi yang tidak terpenuhi di NTB dan NTT perlu diatasi melalui peningkatan akses terhadap pelayanan keluarga berencana, dan hal ini memerlukan tindakan-tindakan berikut: sosialisasi secara luas tentang program Askeskin bagi warga miskin untuk memastikan bahwa kemiskinan bukanlah hambatan dalam menggunakan alat kontrasepsi; meningkatkan kapasitas dan koordinasi dari berbagai lembaga yang terlibat dalam penyediaan pelayanan keluarga berencana (Dinas Kesehatan Provinsi /Dinas Kesehatan Kabupaten, BKKBN/BKBKS/KBKS); peningkatan dalam pemberian pelayanan keluarga berencana di wilayah terpencil dan yang sulit dijangkau masyarakat.
- Mutu pelayanan konseling perlu dijamin sebagai suatu aspek yang terintegrasi dalam pelayanan keluarga berencana di kedua propinsi ini. Hal ini mensyaratkan: bahwa semua penyedia pelayanan kesehatan menerima pelatihan dan supervisi untuk mendukung mereka dalam memberikan informasi yang akurat tentang metode-metode kontrasepsi dan efek sampingnya, untuk mempromosikan pilihan klien atas metode tersebut, dan untuk menjamin klien agar mampu memberikan informed consent.
- Pilihan yang tepat terhadap metode kontrasepsi perlu dijamin pada klien di kedua propinsi ini. Hal ini mensyaratkan: keberlanjutan ketersediaan semua alat dan obat-obatan kontrasepsi pada tingkat kabupaten dan desa (termasuk metode-metode kontrasepsi bagi pria); penyedia pelayanan keluarga berencana memberikan pilihan kontrasepsi yang akan dipilih oleh klien; dan semua metode tersedia secara cuma-cuma.

- Hak perempuan atas pilihan terkait dengan kebutuhan keluarga berencana seharusnya dipromosikan di NTB dan NTT dengan cara: menginformasikan para perempuan dan penyedia keluarga berencana bahwa perempuan memiliki hak untuk mengikuti keluarga berencana dan untuk memilih metode kontrasepsi tanpa ijin suami; mensosialisasikan kepada para penyedia pelayanan keluarga berencana (termasuk kepada kader) agar tidak bersikap mengharuskan jenis kontrasepsi tertentu ketika mereka menawarkan kontrasepsi kepada perempuan.
- Perlu mensosialisasikan kepada masyarakat tentang hak-hak mereka terhadap informed consent dalam kaitannya dengan semua konsultasi kesehatan, termasuk keluarga berencana.
- Peran serta pria dalam keluarga berencana di kedua provinsi ini perlu dipromosikan melalui: sosialisasi kepada para pria untuk menjamin bahwa mereka sadar akan manfaat dan ketersediaan metode kontrasepsi bagi pria; sosialisasi terhadap penyedia pelayanan keluarga berencana untuk secara teratur menawarkan kontrasepsi kepada para pria; memastikan ketersediaan metode kontrasepsi pria secara gratis.
- Pemerintah provinsi dan kabupaten di NTB dan NTT sebaiknya menerapkan kebijakan Pemerintah Indonesia tentang penyediaan kontrasepsi darurat, dan ketersediaan kontrasepsi darurat tersebut seharusnya disosialisasikan secara meluas.
- Pelayanan keluarga berencana di NTB dan NTT seharusnya disediakan secara gratis tanpa diskriminasi berdasarkan status perkawinan. Penyedia pelayanan keluarga berencana perlu diberikan informasi untuk menyediakan pelayanan, termasuk konseling dan kontrasepsi bagi orang yang belum menikah dan para remaja.
- Di NTT, ada kebutuhan untuk meningkatkan ketersediaan bahan-bahan KIE (tentang berbagai jenis metode kontrasepsi, bagaimana cara kerja alat kontrasepsi, manfaat dan efek sampingnya) bagi pasangan-pasangan

usia subur, pemimpin agama, pemimpin masyarakat, LSM, dan para pihak terkait. Khususnya, para pemimpin gereja seharusnya dilibatkan untuk menyebarkan bahan-bahan KIE keluarga berencana.

Pihak-pihak yang potensial bertanggung jawab:

Gubernur, DPRD (Propinsi dan kabupaten), DPD, Bupati, BAPPEDA, Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala BKKBN/KBKS/BKBKS, Kantor Pemberdayaan Perempuan, Lembaga Pemberdayaan Masyarakat, Departemen Agama pada tingkat Propinsi, lembaga-lembaga dan pemimpin agama, LSM, dan penyedia pelayanan keluarga berencana swasta.

3.3 Tingkat Pencatatan Kelahiran yang rendah

3.3.1 Pertimbangan-pertimbangan terkait Kesehatan

Tingkat Nasional

Jika para bayi dan anak-anak tidak tercatat secara resmi, mereka sebenarnya akan dirugikan dalam kaitannya dengan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang gratis, saat masuk pendidikan formal, dan untuk mengakses manfaat-manfaat program sosial lainnya. Anak-anak yang tidak tercatat pada saat lahir secara resmi dianggap tidak ada dan oleh karena itu mereka akan mengalami banyak kesulitan sepanjang hidupnya. Rendahnya angka pencatatan kelahiran juga mempengaruhi kemampuan pemerintah untuk merencanakan kebutuhan akan kesehatan dan pendidikan bagi anak-anak yang tidak terdaftar itu secara akurat. Angka nasional, memperkirakan hanya 54 % anak-anak tercatat, walaupun pencatatan kelahiran adalah tanggung jawab dari pemerintah daerah, bukan pemerintah pusat. Alasan yang paling umum diberikan mengapa tidak mencatatkan kelahiran anak adalah biaya, tetapi alasan lainnya adalah tidak mengetahui bahwa kelahiran anak harus dicatatkan, tidak tahu di mana melakukan pencatatan, dan kantor Catatan Sipil terlalu jauh letaknya.⁴³

Tingkat Provinsi

Di NTB, data yang tersedia memperkirakan bahwa pencatatan kelahiran bagi anak-anak di bawah usia lima tahun adalah 30%

⁴³ "Menggunakan Hak Azasi Manusia Using di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapangan Indonesia", Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

untuk wilayah perkotaan dan 14% untuk wilayah pedesaan. Di Kabupaten Sumbawa, pencatatan kelahiran dilaporkan sebesar 42% di wilayah perkotaan dan 25% di wilayah pedesaan, dan di Kota Mataram pencatatan kelahiran mencapai 48%⁴⁴. Survei data primer tahun 2007 menunjukkan bahwa kelahiran yang dicatatkan lebih rendah dibandingkan dengan laporan data BPS. Di Mataram, hanya 17% dari anak-anak dari para ibu yang disurvei telah tercatat dan di Sumbawa hanya 36% dari anak-anak para ibu yang disurvei yang telah tercatat.

Di NTT, UNICEF telah melaporkan bahwa pencatatan kelahiran mencapai jumlah 46% pada tahun 2006, sementara pemerintah provinsi melaporkan hanya 15% pencatatan kelahiran di seluruh provinsi pada tahun 2006.⁴⁵ Survei Data Primer (2007) menemukan bahwa pencatatan kelahiran di Kota Kupang adalah 35% dan 24% di Kabupaten TTTS. Alasan rendahnya tingkat pencatatan kelahiran yang disampaikan oleh perempuan dalam Survei Data Primer itu (yang kerap muncul) adalah belum mengurus: (75.6%); biaya registrasi yang mahal (13.4%); tidak tahu bahwa anak harus didaftarkan (5%); tidak tahu kemana mendaftarkan (1.6%); dan bagi NTT diasumsikan bahwa surat baptis adalah sama dengan pencatatan kelahiran. Hal ini merupakan asumsi yang bisa dimengerti karena memang surat baptis memberikan hak kepada anak-anak untuk mengakses pelayanan kesehatan dan pendidikan yang diselenggarakan oleh lembaga gereja.

3.3.2 Pertimbangan-Pertimbangan Hak Azasi Manusia⁴⁶

Konvensi Internasional tentang Hak-Hak Anak menyatakan bahwa setiap anak memiliki hak untuk memiliki nama dan kewarganegaraan serta hak untuk dilindungi dan tidak dicabut identitasnya. Pasal 7 konvensi tersebut menyatakan bahwa "anak harus dicatatkan segera setelah lahir dan berhak untuk diberi nama, hak untuk mendapatkan kewarganegaraan. ...". Kerangka undang-undang di Indonesia dengan jelas menyatakan bahwa pendaftaran kelahiran anak bersifat wajib dan gratis. Undang-undang Perlindungan Anak secara tegas menyatakan bahwa setiap anak harus diberi identitas yang harus dinyatakan dalam suatu akta lahir dan selanjutnya mengatur syarat-syarat tentang pendaftaran kelahiran.⁴⁷



Nusa Tenggara Barat: Remaja laki-laki dan perempuan duduk bersama dalam sebuah kelas reproduksi remaja © SISKES

Undang-Undang ini (Pasal 28(3)) menyatakan bahwa pendaftaran kelahiran bersifat cuma-cuma (Pasal 28(3)). Rencana Aksi Nasional tentang Hak Azasi Manusia dan Undang-Undang No. 10 tahun 1992 tentang Kependudukan juga menyatakan bahwa setiap orang disyaratkan untuk mendaftarkan setiap kelahiran, sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku.⁴⁸

Selanjutnya, Undang-Undang No 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menyatakan bahwa pemerintah propinsi memiliki kewajiban untuk mengelola pelayanan kependudukan dan pencatatan Sipil.⁴⁹ Undang-Undang No. 23 tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan menyatakan (pasal 26), "*warga Negara yang tidak dapat mengurus untuk melaporkan peristiwa-peristiwa Kependudukan sendiri dapat ditolong oleh lembaga-lembaga yang menerapkan atau oleh orang lain*".

⁴⁴ BPS NTB (2005).

⁴⁵ Biro Tata Pemerintahan Setda (2006).

⁴⁶ "Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Suatu alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan; Laporan Analisis Uji Lapangan Indonesia", Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia, (2007) Pp 26.

⁴⁷ Undang-Undang No. 23 tentang Perlindungan Anak, pasal 27, 28. Menurut Undang-Undang ini, diterbitkannya akta kelahiran harus didasarkan pada pernyataan dari orang-orang yang melihat atau membantu proses kelahiran. Pembuatan dan penerbitan akta kelahiran ini menjadi tanggung jawab pemerintah dan akan dilaksanakan di tingkat desa atau kelurahan. Hal ini akan dilakukan paling lambat 30 hari setelah dimasukkannya formulir dan akan diberikan secara gratis.

⁴⁸ UU No. 10 tahun 1992, pasal 28 ayat (3).

⁴⁹ UU No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah pasal 13.

Lebih jauh, Undang-Undang No.27 Pasal 1 menentukan, *“Setiap kelahiran harus dilaporkan oleh warga negara kepada lembaga yang berwenang tempat kelahiran itu terjadi paling lambat 60 hari setelah kelahiran itu”*: Dan Pasal 2 menentukan bahwa *“Tentang laporan sebagaimana disebutkan pada Pasal 1, petugas pencatatan sipil yang berwenang mencatatnya pada register pendaftaran kelahiran dan menerbitkan kutipan akta kelahiran.*

Dalam kesimpulan observasi terakhirnya, Komite tentang Hak-Hak Anak menyambut ketentuan yang terkandung dalam Undang-undang No 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, yang menentukan bahwa akta kelahiran harus diterbitkan oleh pemerintah, secara cuma-cuma. Walaupun demikian komite tetap khawatir rendahnya angka pencatatan kelahiran dan memperhatikan fakta bahwa sedikit sekali tindakan kongkrit yang telah dilakukan untuk meningkatkan pencatatan kelahiran itu. Dengan memperhatikan bahwa Undang Undang Hak Azasi Manusia tahun 1999 yang menjamin hak anak terhadap kewarganegaraan, komite menyatakan keprihatinannya bahwa dalam beberapa hal, anak-anak yang dilahirkan di luar perkawinan dapat diabaikan haknya untuk mengetahui siapa ayahnya, dan anak-anak yang memiliki ayah berkebangsaan asing diabaikan kewarganegaraan Indonesianya.

Komite merekomendasikan agar pemerintah mengamandemen semua undang-undang nasional dan peraturan daerah terkait dengan akta kelahiran dan pemerintah menerapkan strategi komprehensif untuk mencapai 100% pendaftaran kelahiran pada tahun 2015, termasuk bekerjasama dengan UNICEF dan lembaga-lembaga internasional lainnya.⁵⁰

Pencatatan kelahiran disyaratkan untuk melindungi hak anak atas identitas, hak mereka atas kewarganegaraan, dan hak atas kesehatan, pendidikan, dan informasi, serta hak atas pelayanan sosial lainnya.

Di NTB dan NTT, suamilah yang biasanya dianggap berperan untuk mengurus administrasi keluarganya. Hal ini menimbulkan masalah bagi para ibu, karena tidak semua perempuan sadar akan manfaat pencatatan kelahiran anak dan tidak semua perempuan mampu menegosiasikan akses

anak-anak mereka terhadap pelayanan yang amat penting jika akta lahir itu tidak diurus oleh suami mereka, atau jika suami mereka tidak bisa memberi informasi kepada mereka bahwa anak memang perlu dicatatkan atau tidak memberi tahu di mana akta kelahiran itu disimpan. Dengan demikian, adanya kebiasaan hanya ayah yang mengurus administrasi keluarga juga dapat menyebabkan diskriminasi terkait dengan hak perempuan untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan anak-anak mereka.

3.3.3 Upaya Pemerintah

Tingkat Nasional

Strategi dan perencanaan telah disusun secara terperinci dengan memasukkan kegiatan penyebarluasan informasi tentang pentingnya memiliki akta kelahiran bagi semua warga negara, serta mendorong petugas kesehatan dan rumah sakit (rumah sakit umum kabupaten, rumah sakit swasta, klinik bersalin, dan bidan) untuk saling bekerjasama dalam pembuatan surat keterangan lahir. Departemen Dalam Negeri juga menerbitkan kebijakan tentang Penerapan Tindak Lanjut Pelatihan Kerja untuk Pencatatan Sipil, yang terdiri dari prosedur operasional pencatatan sipil (No 893.3/1558/POUD).

Sebagai bagian dari pemecahan masalah akan rendahnya kepemilikan akte kelahiran ini, pemerintah daerah di beberapa kabupaten melakukan program “akta kelahiran masal” melalui sekolah-sekolah, pembuatan akte kelahiran gratis bagi anak-anak yang belum memilikinya tanpa mensyaratkan akta perkawinan dari orangtua. Sayangnya, hal ini belum menjadi sebuah program nasional.⁵¹

UNICEF bekerja sama dengan Pemerintah Indonesia di tingkat provinsi dan tingkat nasional dan pihak-pihak lain yang terkait juga telah menerapkan program pendaftaran kelahiran pada 16 kabupaten di 5 provinsi. Program ini meliputi: penandatanganan nota kesepahaman antara sektor-sektor terkait yang terlibat dalam pelayanan kelahiran dan pendaftarannya di tingkat kabupaten; reformasi hukum guna mendapatkan peraturan daerah tentang pendaftaran kelahiran gratis; serta penyederhanaan prosedur di Kantor Catatan Sipil

⁵⁰ CRC/C/15/Add.223/2004.

⁵¹ Program pendaftaran kelahiran Sampanag

dengan tujuan mendekatkan pelayanan di tingkat desa; meningkatkan kemampuan para petugas pencatatan sipil dan para pemangku kepentingan lainnya termasuk organisasi-organisasi berbasis masyarakat; dan kampanye guna meningkatkan kesadaran publik untuk pelaporan kelahiran.

Tingkat Provinsi

NTB

Pemerintah daerah NTB, telah mempunyai kebijakan yang mencanangkan program meliputi perbaikan sistem pendataan kelahiran melalui supervisi, perbaikan fasilitas dan infrastruktur pencatatan kelahiran, pembentukan database demografi, peningkatan pelayanan publik dan program pemutihan/pembebasan akte kelahiran. Pemerintah daerah NTB mengeluarkan kebijakan pencatatan kelahiran gratis melalui: penyelenggaraan pencatatan kelahiran melalui koordinasi antara dinas kependudukan dan kantor catatan sipil, koordinasi, pembinaan, supervisi, sosialisasi kepada Petugas Catatan Sipil dan mengalokasikan anggaran untuk pencatatan kelahiran gratis

Pemerintah Kota Mataram telah menerbitkan Peraturan Walikota Mataram No.13/PERT/ 2007 tentang pembebasan biaya penerbitan Kutipan Akta Kelahiran jika diproses dalam jangka waktu 60 hari setelah lahir.

Pemerintah Kabupaten Sumbawa juga menerbitkan 2 peraturan daerah:

- Peraturan Daerah No.13 tahun 2003 tentang Kependudukan dan Pencatatan sipil, pasal 17, menyatakan bahwa setiap kelahiran dari penduduk tetap maupun penduduk sementara harus dilaporkan kepada Kepala Desa dalam jangka waktu 60 hari setelah lahir; sebagai bukti kelahiran, dalam sertifikat haruslah dilampirkan catatan kelahiran dari penyedia pelayanan kesehatan tempat anak tersebut dilahirkan.
- Peraturan Daerah No. 21 tahun 2005, menyatakan bahwa: setiap anak yang dicatatkan dalam waktu 60 hari setelah kelahiran harus menerima suatu akta kelahiran secara gratis; dispensasi akta kelahiran (bagi anak yang

lahir sebelum tahun 1985) akan dikenai biaya sebesar Rp. 8.000; registrasi bagi kelahiran khusus (bagi anak yang lahir setelah tahun 1986) akan dikenai biaya Rp. 10.000.

NTT

Sejumlah kabupaten/kota telah mengeluarkan beberapa kebijakan daerah yang membebaskan biaya pencatatan kelahiran meski tenggang waktunya berbeda-beda (dilihat dari usia kelahiran). Beberapa peraturan/kebijakan daerah yang dikeluarkan antara lain:

- Peraturan Daerah Kota Kupang No. 9 tahun 2006 mengatur pembebasan biaya akta kelahiran kelahiran dari 0-18 tahun.
- Surat Keputusan Bupati TTS No. 5/2007 tentang Biaya Retribusi dan Kompensasi Biaya Penerbitan Kartu Tanda Penduduk dan Akte Pencatatan Sipil yang membebaskan biaya pencatatan kelahiran bagi anak berusia 0-18 tahun.
- Sebagai perbandingan Flores Timur dan Sikka menjamin akte gratis sampai usia 18 tahun; Belu dan Sumba Timur menjamin akte gratis sampai usia 17 tahun dan 16 tahun di Rote-Ndao. Sementara kabupaten Sumba Barat dan Ngada masih memberlakukan akte gratis hanya sampai 60 hari.

Dalam rangka mencapai pencatatan kelahiran gratis di seluruh kabupaten di Provinsi NTT, Biro Tata Pemerintahan Setda NTT bekerjasama dengan UNICEF melakukan sejumlah aktifitas antara lain:

- Advokasi kepada bupati/walikota untuk membebaskan biaya pencatatan kelahiran dan penyederhanaan prosedur pencatatan kelahiran
- Pelatihan pelatih pencatatan kelahiran kepada petugas catatan sipil, bidan, aparat RT /RW untuk menyederhanakan prosedur pencatatan kelahiran
- Sosialisasi pentingnya pencatatan kelahiran anak dan hak mereka atas pencatatan kelahiran gratis.



Nusa Tenggara Barat: Kader KB di Dusun sedang melihat kondom wanita © SISKES

3.3.4 Upaya Lembaga Non-pemerintah

Peran LSM internasional dan badan – badan internasional lainnya sangat menonjol dalam memperbaiki situasi yang terjadi saat ini. Hal ini dikarenakan pemerintah kabupaten sangat kekurangan sumber daya yang bisa dipakai untuk peningkatan pencatatan kelahiran terutama di daerah-daerah terpencil di NTB dan NTT.

Mereka saling bekerjasama dengan pemerintah provinsi termasuk UNICEF (NTT/NTB) dan Plan International (NTT). Lembaga Perlindungan Anak (NTB/NTT), dan Yayasan Annisa serta Yayasan Gagas Foundation (NTB) (didukung oleh UNICEF dan UNESCO) termasuk beberapa LSM lokal yang bekerja di tingkat provinsi dan kabupaten. Upaya-upaya LSM ini langsung diarahkan untuk mendanai kebijakan tentang pencatatan kelahiran gratis dan melakukan

edukasi dan kampanye tentang pencatatan kelahiran. Badan internasional yang memberikan perhatian besar terhadap rendahnya pencatatan kelahiran adalah UNICEF, yang telah aktif di NTB sejak tahun 1985 dan di NTT sejak tahun 1990, dan memiliki rencana kerja di NTB/NTT untuk tahun 2006 sampai tahun 2010.

3.3.5 Kesenjangan dalam Undang-Undang, Peraturan, Kebijakan, Strategi dan Penerapannya

Tingkat Nasional

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Masih rendahnya pelaksanaan tentang peraturan pencatatan kelahiran gratis kedalam peraturan daerah. Walaupun Undang-Undang Perlindungan Anak dan Rencana Kerja Nasional Hak-Hak Asasi Manusia mensyaratkan pencatatan bagi setiap anak secara cuma-cuma, peraturan daerah yang dikeluarkan terutama sebelum diberlakukannya Undang-Undang Perlindungan Anak masih mensyaratkan biaya untuk pencatatan kelahiran tersebut.
- Adanya kesenjangan antara Undang Undang Perlindungan Anak dan Undang Undang Perkawinan terkait dengan pencatatan kelahiran. Peraturan pemerintah daerah tentang pencatatan sipil dari seorang anak mensyaratkan adanya akta nikah untuk pendaftaran kelahiran; dan penerbitan akta kelahiran yang berbeda untuk anak yang dilahirkan secara sah dan anak yang dilahirkan di luar perkawinan. Ketentuan-ketentuan ini bertentangan dengan UUD 45, Undang-Undang Perlindungan Anak, dan ketentuan-ketentuan yang termuat dalam Undang-Undang Hak Azasi Manusia, yang kesemuanya tidak memperbolehkan adanya diskriminasi.

Hambatan terkait kebijakan, strategi, perencanaan, dan penerapannya

- Program Pencatatan Kelahiran hanya dilaksanakan di beberapa daerah di Indonesia, di antaranya di 16 kabupaten dari 430 kabupaten yang ada, dan di 5 provinsi dari 33 provinsi yang ada.

- Pada tahun 2004, diterbitkan Surat Keputusan Presiden (No 40) tentang Rencana Kerja Nasional tentang Hak Azasi Manusia 2004–2009. Di antara tindakan-tindakan yang disebutkan adalah penerapan norma-norma dan standar-standar dari instrumen hak azasi manusia yaitu “meningkatkan hak-hak anak untuk mendapatkan akta kelahiran”. Rencana Kerja Hak Azasi Manusia sebelumnya juga menyebutkan tindakan yang sama.

Walaupun ada inisiatif seperti itu, masih belum tampak usaha komprehensif di tingkat nasional yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan anak-anak yang berasal dari keluarga berpenghasilan rendah dan tinggal di daerah terpencil dan terisolasi dan/atau di daerah pedesaan, dan mereka yang memiliki ibunya berpendidikan rendah dan berstatus sosial ekonomi rendah. Dibutuhkan kejelasan sektor mana dari pemerintah yang bertanggung jawab atas penerapan undang-undang dan rencana kerja nasional itu.

Tingkat Provinsi

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Di NTB, kepemilikan akta perkawinan orangtua merupakan persyaratan secara hukum untuk mendaftarkan kelahiran anak. Hal ini berarti bahwa anak yang dilahirkan dari orangtua yang pernikahannya tidak terdaftar di catatan sipil - misalnya pasangan yang menikah menurut hukum agama - akan mengalami hambatan dalam mengajukan permohonan akte kelahiran anaknya.
- Di NTT, adanya batasan hukum yang mensyaratkan tercatatnya identitas kedua orang tua kandung dari anak yang lahir di luar nikah dan anak yang diadopsi tanpa surat-surat resmi, menjadi salah satu alasan kelahiran anak di luar nikah atau yang diadopsi tidak tercatat.

Hambatan terkait kebijakan, strategi, perencanaan, dan penerapannya.

- Kurangnya perencanaan regional yang terpadu dengan perencanaan strategis tingkat provinsi dan kabupaten di

NTT dan NTB untuk mempromosikan pencatatan kelahiran gratis.

- Tiap – tiap kabupaten di NTB dan NTT memiliki komitmen, sumber daya dan ketersediaan dana yang berbeda dalam melaksanakan rencana nasional dan provinsi tentang pencatatan kelahiran. Lambatnya proses desentralisasi juga kurang dipertimbangkan terkait dengan kesiapan dan kemampuan kabupaten di wilayah ini untuk bisa sukses melaksanakan program provinsi dibidang peningkatan pencatatan kelahiran.
- Tingginya ketergantungan dari kedua provinsi untuk mengandalkan bantuan internasional dan lembaga donor dalam pencapaian target pemerintah sehingga pelaksanaan rencana provinsi tentang pencatatan kelahiran di kabupaten-kabupaten diluar cakupan wilayah program lembaga bantuan internasional tersebut menjadi terhalang.
- Pesan-pesan yang tertuang dalam kampanye Informasi, Pendidikan, dan Komunikasi tentang pendaftaran kelahiran di NTT telah gagal menjangkau daerah-daerah terpencil karena masalah transportasi dan cuaca, serta kurangnya bahan kampanye. Evaluasi terhadap kampanye juga mencatat adanya ketidaksesuaian antara metode-metode kampanye yang digunakan dengan kondisi budaya dan geografis dari daerah terpencil itu.
- Adanya perbedaan biaya pencatatan kelahiran (sebelum dan setelah 30 hari, atau sebelum atau setelah 60 hari) serta perbedaan kategori untuk kelahiran (umum, khusus, dan dispensasi) menyebabkan kurangnya keyakinan masyarakat akan kebenaran promosi pelayanan pencatatan kelahiran gratis.

3.3.6 Rekomendasi untuk Tindakan-Tindakan Prioritas

Tingkat Nasional

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Perlunya revisi peraturan-peraturan daerah tentang pencatatan sipil agar lebih sesuai dengan prinsip-prinsip

hak azasi manusia yang tidak boleh mendiskriminasi atau memberi stigma pada anak lahir di luar nikah

- Semua peraturan daerah harus menjamin bahwa pencatatan kelahiran dilakukan secara gratis, serta diterapkan dan ditegakkan demi terjangkanya pencatatan kelahiran itu bagi semua warga, termasuk warga miskin.

Pihak yang potensial bertanggung jawab:

Departemen Hukum dan Hak Azasi Manusia, Departemen Dalam Negeri, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan

Tindakan terkait kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan

- Untuk menjamin bahwa setiap anak yang baru lahir menerima akta kelahiran, pemerintah daerah dan penyedia pelayanan kesehatan harus berkoordinasi dengan memperjelas peran dan tanggung jawab masing-masing. Koordinasi harus dimulai dari tingkat desa, dengan penugasan yang jelas tentang siapa yang akan menandatangani akta kelahiran dan siapa yang bertanggung jawab untuk menyimpan dokumentasi tersebut.
- Pihak-pihak yang bertanggung jawab atas pencatatan kelahiran (ibu, ayah, dokter, bidan, dukun melahirkan) harus diberi informasi, edukasi, dan diberdayakan agar mampu melakukan hal itu. Para ibu khususnya perlu diberi informasi tentang pentingnya pencatatan kelahiran.
- Program Pencatatan Kelahiran harus diterapkan secara nasional, dengan perhatian khusus diberikan kepada anak-anak yang berasal dari keluarga berpenghasilan rendah, anak-anak yang tinggal di daerah terpencil, jauh dan/atau di pedesaan, dan anak-anak yang ibunya memiliki pendidikan rendah dan status sosial ekonomi rendah.

Pihak yang potensial bertanggung jawab :

Departemen Hukum dan Hak Azasi Manusia, Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri, BKKBN, pemerintah daerah.



Nusa Tenggara Timur: Sebuah poster promosi kesehatan menggunakan Bahasa Kupang © SISKES

Tingkat Provinsi

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Sosialisasi Undang-Undang Nomor 23/ 2006 tentang Administrasi Kependudukan untuk menjamin para orang tua memahami bahwa pencatatan kelahiran harus dilengkapi dalam jangka waktu 60 hari.
- Sosialisasi bagi pihak yang berwenang dan para orang tua untuk menjamin diberikannya kebijakan guna membantu orang-orang yang mengalami kesulitan dalam mendaftarkan kelahiran.
- NTB dan NTT perlu menerbitkan peraturan yang terkait tentang pencatatan kelahiran gratis bagi anak-anak yang saat ini belum tercakup, seperti anak adopsi, anak yang lahir di luar nikah, dan anak yang orangtuanya tidak memiliki akta perkawinan.

Pihak yang potensial bertanggung jawab:

Gubernur, Bupati/Walikota, Dewan Perwakilan Daerah, dan Kantor Catatan Sipil.

Tindakan terkait kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan

- Semua kabupaten di NTT dan NTB harus melaksanakan program pencatatan kelahiran gratis

⁵² Monitoring Pandemi AIDS (MAP/Monitoring The AIDS Pandemic/) (2001). The Status and Trends of the HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific. Melbourne: MAP Network.

- Perlu peningkatan koordinasi antara Dinas Kesehatan dan Dinas Kependudukan dalam mekanisme pencatatan kelahiran yang mudah dan terpadu dengan melibatkan pihak-pihak yang terkait misalnya Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik Bersalin, Bidan, Gereja, Kantor Kecamatan, Kantor Desa/Kelurahan
- Masyarakat perlu menerima sosialisasi tentang manfaat pencatatan kelahiran, biaya pencatatan kelahiran yang gratis dan prosedur pencatatan kelahiran.
- Intervensi dalam pencatatan kelahiran perlu ditingkatkan dengan menetapkan target waktu untuk pencapaian tujuan guna memastikan adanya pencatatan sebesar 70% dari kelahiran yang belum terdaftar di NTB dan 60-85% dari kelahiran yang belum terdaftar di NTT.
- Di NTT, petugas pencatatan sipil perlu bersikap proaktif dalam berkoordinasi dengan pihak gereja untuk memperbaiki prosedur pencatatan kelahiran.
- Di NTT kantor catatan sipil perlu melibatkan pihak sekolah untuk melakukan pendataan dan penerbitan akta kelahiran bagi siswa yang belum memilikinya.

Pihak yang potensial bertanggung jawab :

Dewan Perwakilan Daerah Provinsi dan Kabupaten (DPRD), Gubernur, Bupati/Walikota, Kepala Dinas Kependudukan dan Kantor Catatan Sipil, Direktur Rumah Sakit, Klinik-Klinik Swasta, Kepala Puskesmas, Bidan, Kepala Gereja, Kepala Kelurahan, Kepala Desa, Departemen Pendidikan..

3.4 PMS, HIV dan AIDS: Kurangnya Pengetahuan, Pendidikan dan akses untuk Upaya Pencegahan dan Pengobatan

3.4.1 Pertimbangan- Pertimbangan Kesehatan

Tingkat Nasional

Beberapa Penyakit Menular Seksual (PMS) seperti klamidia, gonorea, trikomoniasis, penyakit ulkus kelamin dan herpes, bertanggung jawab terhadap timbulnya komplikasi kesehatan yang serius pada masa kehamilan dan juga bayi yang baru

dilahirkan. PMS juga meningkatkan risiko penularan HIV. Di Indonesia, prevalensi PMS tidak didokumentasikan secara sistematis/nasional. Laporan Uji Coba Lapangan Nasional mencatat bahwa data yang didapat dari hasil surveilans terhadap kelompok rentan, seperti pekerja seks, yang menunjukkan tingginya kasus-kasus sifilis dan gonorea. Meskipun prevalensi HIV masih dilaporkan rendah jika dibandingkan dengan Negara – negara yang sudah melaporkan adanya endemi, laporan MAP tahun 2001 menggambarkan epidemi di Indonesia sebagai “ledakan” dengan peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS yang melonjak sekitar 60% dari tahun 2000 sampai 2001.⁵² Pada bulan Desember 2003, UNAIDS memperkirakan bahwa ada 110.000 orang Indonesia yang hidup dengan HIV/AIDS, dan pada tahun 2007 diperkirakan meningkat menjadi 170.000. Sampai dengan 31 Desember 2003, jumlah kumulatif kasus AIDS adalah 1371 dengan jumlah kasus kematian sebanyak 479. UNAIDS memperkirakan adanya 5500 jumlah kematian akibat AIDS pada tahun 2007.

Kurangnya akses yang memadai terhadap obat-obatan anti -retroviral untuk penderita HIV positif di Indonesia disinyalir menjadi penyebab utama meningkatnya kasus kematian akibat AIDS beberapa tahun terakhir ini.⁵³ Sejak akhir 2002 terlihat kenaikan yang sangat tajam dari jumlah kasus AIDS dan di beberapa daerah pada sub-populasi berisiko tinggi, angka prevalensi sudah mencapai 5%. Sehingga, sejak saat itu Indonesia dimasukkan ke dalam kelompok negara dengan epidemik terkonsentrasi (Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010).

Sampai saat ini pengumpulan data tentang HIV/AIDS masih mengandalkan Sistem Surveillance Perilaku Nasional (BSS), yang berfokus pada kelompok rentan seperti pekerja seks komersial, pelaut dan pekerja pelabuhan, pengemudi truk dan pekerja pabrik. Survei tahun 2000 memasukkan mahasiswa sebagai kelompok sasaran. Walaupun BSS telah dilaksanakan rutin sejak tahun 1996, survei ini hanya mengambil sampel penduduk di kota-kota besar seperti Jakarta, Surabaya, dan Manado. Ini berarti bahwa kota-kota kecil di wilayah Indonesia lain dan penduduk pedesaan seperti di NTB dan NTT tidak termasuk dalam pengumpulan data itu. Fokus yang terbatas dalam program pengawasan PMS/HIV ini menimbulkan

⁵³ UNAIDS Indonesia Country profile (2006). Diakses di: http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/indonesia.asp

masalah besar karena melupakan usaha melobi untuk memasukkan program pencegahan dini dalam perencanaan di provinsi seperti di NTT dan NTB.⁵⁴

Survei Kesehatan Reproduksi Remaja (2003), yang tidak memasukkan para remaja dari NTT/NTB, menunjukkan bahwa pengetahuan remaja di Indonesia tentang PMS selain HIV/AIDS masih terbatas. Dua dari tiga perempuan dan enam dari sepuluh laki-laki tidak mengetahui tentang gejala-gejala PMS. Survei yang sama menunjukkan hanya 40 % responden dapat menyebut satu cara untuk menghindari HIV/AIDS dan hanya 10% dari responden menyebut secara tepat dua cara untuk menghindari HIV/AIDS.

Tingkat Provinsi

Pengumpulan data HIV/AIDS di provinsi NTB dan NTT baru belakangan ini dilakukan. Jumlah keseluruhan penderita yang dilaporkan positif terjangkit HIV pada tahun 2007 di NTB adalah 1 orang (61 pria dan 30 perempuan). Jumlah kasus AIDS di NTB yang dilaporkan sampai tahun 2007 adalah 47 orang, dan sampai saat ini ada 32 orang yang telah meninggal karena sebab-sebab yang berkaitan dengan AIDS (KPA, NTB). Di NTB telah tercatat satu kasus penularan ibu kepada anak dan dua kasus perempuan hamil yang positif HIV. (VCT clinic, 2007).

Menurut KPAD jumlah keseluruhan orang yang positif terkena HIV yang dilaporkan di NTT adalah 231 orang, terdiri atas 126 positif HIV dan 105 orang kasus AIDS (2007). Kematian terkait AIDS yang dilaporkan di NTT adalah sebanyak 73 orang pada tahun 2006⁵⁵. Jumlah keseluruhan kasus HIV / AIDS yang didokumentasikan di Kota Kupang adalah 85 kasus, terdiri atas 56 orang terinfeksi HIV dan 29 kasus AIDS, dengan 20 kematian terkait AIDS yang dilaporkan. Di Kabupaten TTS, 5 orang yang terkena AIDS sudah meninggal. LSM Yayasan Tanpa Batas juga telah melaporkan ibu hamil yang positif HIV dan dua anak yang berusia di bawah 10 tahun adalah positif HIV. (2006)

Uji saring komponen darah terhadap HIV telah dilakukan 100% di kedua provinsi. Selanjutnya, di NTB terdapat kecenderungan yang sangat positif dalam jumlah orang yang melakukan tes HIV, dengan jumlah keseluruhan yang tercatat

menjalani tes HIV setiap tahun meningkat. Global Fund melaporkan sejumlah 584 orang menjalani tes pada tahun 2005, 3577 orang pada tahun 2006, dan sampai bulan Mei 2007 terdapat 1998 orang telah menjalani tes. Data paralel terbaru tentang jumlah orang yang melakukan tes HIV di NTT tidak tersedia. Terdapat 6 institusi (termasuk LSM) yang kini aktif dalam menyediakan pelayanan terkait dengan HIV dan AIDS di NTB dan tes untuk HIV tersedia di tiga insitusi. Di NTT, ada 5 institusi kunci yang menyediakan pelayanan terkait HIV dan AIDS dan semuanya menyediakan tes untuk HIV.

Survei Demografi Kesehatan Indonesia atau SDKI (2002-2003) melaporkan bahwa 38.7% pria dan 18.9% perempuan yang dapat mengakses informasi untuk pencegahan HIV dan AIDS di NTB dan 33.4% pria dan 18% perempuan yang memiliki akses yang sama di NTT. Data ini memberikan sinyal bahaya yaitu betapa kurangnya pengetahuan anak muda di NTB/NTT tentang HIV dan AIDS. Data Survei Rumah Tangga (2007) juga menunjukkan bahwa dua pertiga dari responden di NTT dan setengah dari responden di NTB pernah mendengar tentang HIV dan AIDS. Namun, penting dibedakan antara “pernah mendengar tentang HIV dan AIDS” dengan “memiliki pengetahuan yang cukup tentang HIV dan AIDS untuk upaya pencegahan penularan”.

Survei Data Primer (2007) memasukkan sepuluh pertanyaan untuk mengkaji pengetahuan perempuan terhadap HIV/AIDS dan metode-metode untuk pencegahan penularan HIV. Lebih dari sepertiga perempuan yang diwawancarai tidak mampu memberikan jawaban yang tepat terhadap tes pengetahuan HIV tersebut. Lebih dari separuhnya hanya bisa menjawab 3 pertanyaan atau kurang secara benar (dari 10 pertanyaan), dan hanya 22,2% mampu menjawab 7 pertanyaan (dari 10) pertanyaan secara tepat. Gambaran ini menunjukkan proporsi yang patut diwaspadai bahwa responden perempuan yang diwawancarai tidak memiliki pengetahuan sama sekali atau memiliki pengetahuan yang rendah tentang HIV atau pengetahuan tentang pencegahan terhadap penularan infeksi HIV.

3.4.2 Pertimbangan-Pertimbangan Hak Azasi Manusia

Hak perempuan untuk memperoleh pengetahuan tentang

⁵⁴ (Bennett 2005: 138).

⁵⁵ Yayasan Tanpa Batas (2006).

PMS/HIV, pencegahan serta pengobatannya merupakan hak yang mendasar, yang menambahkan hak-hak dasar perempuan atas kesehatan, hak untuk hidup dan bertahan hidup serta tumbuh dan berkembang, hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan; hak atas privasi; hak atas informasi dan pendidikan; dan hak untuk tidak didiskriminasi. Menjadi orang yang terjangkit HIV juga berdampak pada hak perempuan untuk menikah dan berkeluarga karena perempuan yang positif HIV akan mengalami kesulitan dalam menemukan pasangan dan resiko yang ditanggung jika ingin memiliki anak.

Telah diakui bahwa di berbagai bagian dunia, perempuan, remaja perempuan dan anak perempuan kekurangan akses untuk memperoleh informasi serta akses pelayanan yang dapat menjamin status kesehatan reproduksi mereka serta pelayanan untuk dapat mendeteksi dan mengobati PMS, termasuk didalamnya HIV dan AIDS. Pemerintah setuju bahwa perlindungan hak asasi manusia merupakan hal yang penting untuk mengurangi prevalensi PMS termasuk HIV dan AIDS. Pemerintah juga sepakat untuk memberlakukan peraturan perundang-undangan serta tindakan-tindakan yang sesuai untuk menghapus segala bentuk diskriminasi terhadap Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) dan para kelompok rentan lainnya.

Secara global, perempuan, remaja perempuan dan anak perempuan memang diakui paling rentan terkena imbas dari HIV dan AIDS. Untuk itu Pemerintah menyepakati untuk segera mengembangkan dan mempercepat pelaksanaan strategi nasional yang meningkatkan kemampuan masyarakat termasuk perempuan dan remaja putri untuk dapat melindungi dirinya dari penularan infeksi HIV. Telah disepakati bahwa pemerintah akan mengambil langkah-langkah konkrit untuk meningkatkan kapasitas kaum perempuan untuk mampu melindungi diri, melalui program layanan kesehatan seksual dan reproduksi, pemberian informasi tentang pencegahan, serta penyuluhan kesetaraan gender dengan menggunakan pendekatan sosial budaya. Telah disepakati juga bahwa Pemerintah harus mempercepat pelaksanaan Strategi Nasional dalam upaya pemberdayaan perempuan, promosi dan perlindungan agar perempuan dapat menikmati hak asasi manusia secara utuh, terbebas dari ancaman penularan HIV, melalui penghapusan segala bentuk diskriminasi dan kekerasan terhadap perempuan dan anak perempuan.⁵⁶

3.4.3 Upaya Pemerintah

Tingkat Nasional

Di tingkat nasional, Presiden melalui keputusannya, telah membentuk Komisi Penanggulangan AIDS Nasional pada tahun 1994. Komisi ini mempromosikan Strategi Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional, suatu upaya kolaborasi antara pemerintah dan organisasi non pemerintah, sektor swasta dan masyarakat. Strategi ini mempromosikan gaya hidup sehat, seks yang lebih aman melalui penggunaan kondom, suntikan aman dan dukungan terhadap ODHA. Program-program dan pembentukan komite yang sama dirancang di tingkat propinsi dan kabupaten sebagai respon terhadap realita baru dibidang HIV/AIDS dengan penyesuaian lokal. (Departemen Kesehatan 2001, tercantum dalam SDKI 2002-2003).

Satu-satunya provinsi yang mampu menanggapi kebutuhan akan perlunya Undang-Undang resmi untuk menangani HIV dan AIDS dengan memberlakukan Peraturan Daerah No. 5 tahun 2002 tentang Pencegahan dan Pengelolaan HIV dan AIDS, adalah Provinsi Jawa Timur.

Departemen Kesehatan juga telah membuat suatu program terpadu yang terkait dengan strategi pengelolaan pencegahan HIV dan AIDS untuk perempuan hamil. Program ini mencakup:

1. Kebijakan umum pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak sesuai dengan kebijakan menyeluruh mengenai kesehatan ibu dan anak serta kebijakan tentang pengelolaan HIV/AIDS di Indonesia
2. Pelayanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak yang direncanakan akan digabungkan ke dalam pelayanan asuhan maternal dan neonatal serta pelayanan KB di setiap tingkat pelayanan kesehatan, mulai dari pelayanan dasar sampai pelayanan tertinggi.
3. Setiap perempuan yang mengunjungi pos pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan pelayanan KB, akan menerima informasi tentang cara-cara pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak, khususnya selama masa kehamilan, persalinan dan menyusui.

⁵⁶ Resolusi diadopsi oleh Majelis Umum S-26/2. Deklarasi tentang Komitmen terhadap HIV/AIDS. Tindak lanjut dari deklarasi ini tersedia di: <http://www.unaids.org/en/AIDSReview2006/AIDSReview2006/default.asp>

4. Sebagai bagian dari pelayanan, telah diterbitkan buku pedoman tentang cara-cara pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak, yang mencakup penyediaan pendampingan psikologi, sosial dan pengobatan kepada ibu yang positif HIV serta anak-anaknya.

Tingkat Provinsi

NTB

Pemerintah Daerah NTB telah mengesahkan dua peraturan yaitu Peraturan Gubernur No.12A/2007 tentang pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS provinsi NTB dan Surat Gubernur No.43/2007 tentang pembentukan Komisi Kesehatan Reproduksi untuk pemberian pelayanan perawatan kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi.

Di NTB program-program berikut termasuk di dalam strategi kesehatan ibu dan anak, yang ditujukan untuk isu HIV/AIDS:

- BKKBN dan PKBI menyediakan konseling, pelatihan, dan pelayanan kesehatan reproduksi.
- Pencegahan HIV-AIDS melalui program PMTCT - Pencegahan Transmisi Ibu ke Anak
- Program PMTCT dilaksanakan di RSUD Mataram yang merupakan Rumah Sakit rujukan perawatan ODHA.
- Pengobatan HIV dengan menggunakan obat Anti Retro Viral (ARV) selama kehamilan, kelahiran normal dan penggantian air susu ibu.
- Ibu-ibu hamil yang positif HIV dianjurkan untuk menjalani proses melahirkan anak secara caesar.

NTT

Pemerintah Daerah NTT hingga saat ini telah menetapkan satu ketentuan yaitu Keputusan Gubernur No.271 /KEP/HK/2003 tentang pembentukan Komisi Pencegahan AIDS. Keputusan ini telah ditindaklanjuti di sejumlah kabupaten/kota antara lain di Kabupaten TTS dengan SK Bupati TTS No. 33/KEP/HK/2005 tentang Pembentukan Komisi Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS dan

di Kotamadya Kupang dengan SK Walikota No. 113/KEP/HK/2005 tentang Pembentukan Komisi Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS. Dinas Kesehatan Provinsi NTT juga telah mengembangkan program PMTCT. Dinas Kesehatan NTT telah mengembangkan program PMTCT. Di NTT telah tersedia 5 tempat pelayanan VCT di 4 Rumah Sakit di Kota Kupang yaitu di RSUD Prof. W.Z. Johannes, RS Bhayangkara, RS Wirasakti dan di Klinik VCT Yayasan Tanpa Batas dan 1 di Maumere (RSUD TC Hilers).

3.4.4 Upaya Lembaga Non-pemerintah

NTB

LSM Lokal:

- KAMELIFO/Kanai Memorial Liver Foundation (NTB) – melakukan kegiatan penelitian, promosi kesehatan, dan sosialisasi kepada masyarakat terkait dengan HIV/AIDS dan Hepatitis.
- PIKPK (Mataram, NTB) bekerja sama dengan Pusat Kajian Perempuan di Universitas Mataram – menyelenggarakan penelitian, sosialisasi kesehatan, pelatihan, dan pelayanan terkait dengan kesehatan reproduksi.
- Fatayat NU – melakukan kegiatan penelitian, sosialisasi, dan pelatihan terkait dengan kesehatan reproduksi.
- PKBI – Menyediakan pelayanan pencegahan HIV/AIDS, bantuan intensif untuk para ODHA dan IDU, membuka layanan VCT bagi penderita PMS /HIV dan pelayanan Konseling, distribusi kondom, memberi konseling dan penyuluhan kesehatan reproduksi remaja.

NTT

LSM Lokal:

- PKBI dengan dukungan dana dari IHPCP (Kota Kupang dan Kupang Timur) – dengan sasaran pencegahan HIV/AIDS, pendampingan intensif bagi ODHA dan IDU, memberikan pelayanan bagi penderita PMS dan

HIV/AIDS serta layanan VCT, distribusi kondom, konseling dan penyuluhan kesehatan reproduksi remaja.

- Yayasan Tanpa Batas (Kupang, NTT) – Melakukan kegiatan KIE tentang HIV/AIDS bagi masyarakat dan kelompok rentan, pendampingan bagi penderita yang HIV positif, layanan VCT, khususnya bagi para pekerja seksual dan kliennya, dan sosialisasi kepada masyarakat tentang HIV/AIDS.
- Flobamora Support (Kupang, Sikka dan Kabupaten Belu) – program layanan masyarakat dan pendampingan bagi para ODHA.
- Yayasan Bina Mandiri – Mempromosikan cara sunat yang sehat (terkait dengan praktek sifon), pelatihan kesehatan seksual untuk dukun sifon, mahasiswa dan orang-orang muda, pelatihan tentang sunat yang sehat dan pemberian sunat kit, rujukan pasien PMS ke puskesmas, pelayanan sunat ke sarana kesehatan bagi para pemuda, dan pembagian kondom bagi pekerja bangunan.

Kesenjangan antara undang-undang, peraturan, kebijakan, strategi, dan penerapannya

Tingkat Nasional⁵⁷

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

Masih kurangnya peraturan perundang-undangan yang dibutuhkan dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS. Selain itu, akses pelayanan kesehatan bagi orang-orang yang positif HIV juga kurang. Dalam upaya menghapus stigmatisasi dan diskriminasi terhadap ODHA, diperlukan kebijakan yang tegas dan mekanisme yang mampu menjamin bahwa tidak ada diskriminasi dan stigmatisasi bagi ODHA dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Hambatan terkait kebijakan, strategi, perencanaan, dan penerapannya

Sehubungan dengan cepatnya peningkatan prevalensi HIV di Indonesia, maka dibutuhkan tindakan-tindakan dan terobosan strategi yang terkait dengan pencegahan penularan

HIV/AIDS (terutama melalui kegiatan kampanye informasi publik), memudahkan akses untuk konseling dan testing HIV termasuk diagnosa dan pengobatan.

Informasi, program serta pelayanan terpadu kesehatan reproduksi terutama yang menyangkut infeksi menular seksual masih jauh dari memadai, sehingga diperlukan investasi sumber daya manusia lebih lanjut (baik melalui pendidikan dan pelatihan) terutama bagi petugas kesehatan

Adanya kekhawatiran bahwa pembentukan Komisi AIDS Nasional dianggap belum cukup efektif untuk menanggulangi penyebaran epidemi ini.

Tingkat Provinsi

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Di NTT, rancangan peraturan daerah provinsi tentang penanggulangan HIV / AIDS masih berada dalam proses legalisasi.
- Masih tidak jelas apakah peraturan provinsi di NTB dan NTT menyatakan perlindungan terhadap ODHA dari stigmatisasi dan diskriminasi dalam mengakses pelayanan kesehatan.
- Di NTB dan NTT, peraturan terkait alokasi anggaran bagi kegiatan-kegiatan penanggulangan HIV/AIDS dan dukungan bagi ODHA masih sangat kurang.

Hambatan terkait kebijakan, strategi, perencanaan, dan penerapannya

- Sementara komisi-komisi untuk pencegahan HIV/AIDS telah dibentuk di tingkat provinsi, koordinasi dari pelayanan dan tindakan nyata masih sangat kurang. Komite-komite ini perlu secara dramatis meningkatkan kapasitasnya dalam mengkoordinasikan pelayanan dan tindakan nyata pada sektor-sektor terkait.
- Kurangnya data yang memadai tentang prevalensi PMS/HIV, konsep jaringan seksual (sexual network), dan pengalaman orang-orang yang positif HIV.

⁵⁷ Dikutip dari "Megggunakan Hak Azasi Manusia Using di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal : Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapangan Indonesia", Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia Office (2007).

- Kurangnya kapasitas penelitian lokal, baik dalam hal ketrampilan meneliti maupun sumber daya kelembagaan.
- Kurangnya tenaga terlatih di Indonesia yang bekerja dalam penanggulangan PMS/HIV menyebabkan tingginya ketergantungan terhadap tenaga ahli dari luar.
- Resistensi berkelanjutan terhadap promosi pemakaian kondom.
- Walaupun fakta menunjukkan bahwa sebenarnya seluruh masyarakat memiliki resiko, fokus hanya terbatas kepada kelompok rentan. Perhatian yang hanya ditujukan pada kelompok yang berisiko tersebut juga menyuburkan stigma yang melekat bahwa kelompok berisiko tersebut lekat dengan PMS dan HIV.
- Ketergantungan terhadap lembaga donor.
- Ketergantungan yang tinggi terhadap LSM di kedua provinsi menyebabkan upaya-upaya pencegahan melalui penyuluhan langsung kepada masyarakat masih dilakukan secara insidental dan sporadis,
- Resistensi berkelanjutan terhadap pendidikan seks dan reproduksi komprehensif bagi remaja dan dewasa muda, walaupun ada permintaan yang kuat dari berbagai sektor masyarakat untuk memperoleh pendidikan tersebut.
- Minimnya upaya kolaborasi diantara lembaga pelaksana terkait.
- Kurangnya dana yang berasal dari masyarakat.
- Rendahnya kualitas dan kesesuaian bahan-bahan KIE dengan budaya setempat.
- Tidak semua kabupaten memiliki fasilitas atau tenaga terlatih untuk melakukan tes PMS dan HIV atau pengobatannya.
- Terbatasnya metodologi dan program-program di Indonesia yang dirancang secara spesifik untuk mengatasi stigma dan tabu-tabu dikaitkan ketika berdiskusi tentang PMS dan HIV.
- Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Miskin (Askeskin) dan (PJKMM) tidak dapat diakses oleh orang-orang yang positif HIV.

- Di kedua provinsi, kapasitas rumah sakit untuk memberikan pelayanan khusus yang memadai bagi ODHA masih kurang.

3.4.5 Rekomendasi untuk tindakan-tindakan prioritas⁵⁸

Tingkat Nasional

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Adanya perlindungan terhadap hak-hak ODHA, yang harus secara khusus dicantumkan dalam UU Kesehatan yang saat ini sedang dalam proses amandemen.
- Dikembangkan suatu mekanisme yang dapat mengontrol dan memastikan bahwa setiap ODHA memiliki akses ke pelayanan kesehatan tanpa didiskriminasi karena status HIV-nya. Surat keputusan perlu diterbitkan untuk memformalkan keputusan tersebut.
- Orang-orang yang positif HIV tidak boleh mendapat perlakuan diskriminasi di tempat kerja, karenanya surat ketetapan khusus harus dikeluarkan untuk menangani hal ini.

Pihak yang Potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan, Departemen Tenaga Kerja, Departemen Hukum dan Hak Azasi Manusia, organisasi profesi, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten.

Tindakan terkait kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan

- Perlu dikembangkan suatu kebijakan dalam pengumpulan data PMS tingkat nasional, bukan hanya data tentang HIV/AIDS.
- Setiap Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) harus mampu memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif serta terjangkau biayanya termasuk di dalamnya testing dan pengobatan PMS, HIV dan AIDS.

⁵⁸Dikutip dari "Menggunakan Hak Azasi Manusia Using di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal : Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapangan Indonesia ", Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

- Peran dan tanggungjawab Komisi Penanggulangan AIDS nasional perlu ditingkatkan agar mampu melakukan upaya promosi dan edukasi terhadap masyarakat secara lebih efektif dan nyata. Untuk itu, komisi harus mampu menjalin kemitraan dengan LSM, lembaga donor dan kelompok masyarakat lainnya.

Pihak-pihak yang potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan, Departemen Kesejahteraan Sosial, Komisi AIDS Nasional, LSM.

Tingkat Provinsi

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Perlindungan terhadap hak-hak ODHA harus dijamin oleh peraturan di tingkat provinsi.
- Perlu ditetapkan suatu lembaga di tingkat provinsi di NTB dan NTT yang ditugaskan untuk menjamin akses bagi ODHA dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan tidak mengalami diskriminasi yang terkait dengan layanan kesehatan dan kesejahteraan sosial.
- Perlu dikeluarkan suatu peraturan provinsi yang menjamin ODHA mendapatkan semua pengobatan yang diperlukan secara gratis.
- Perlu dikembangkan suatu kebijakan pengumpulan data komprehensif yang terkait dengan informasi tentang PMS dan HIV/AIDS dari penyedia pelayanan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten, klinik-klinik dan rumah sakit VCT.

Pihak-pihak yang potensial bertanggung jawab

Gubernur NTB dan NTT, KPA Provinsi NTB dan NTT, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Dinas Hukum dan Hak Azasi Manusia, organisasi-organisasi profesi kesehatan.

Tindakan terkait kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan.

- Dinas kesehatan di kedua provinsi harus mengalokasikan dana yang memadai untuk membiayai peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di puskesmas serta menyediakan peralatan agar setiap puskesmas mampu menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai termasuk tes dan pengobatan PMS termasuk HIV/AIDS.
- Komisi Penanggulangan AIDS (KPAD) di kedua provinsi harus memperkuat dan memperluas kapasitas serta perannya dalam penanggulangan HIV, dan membangun jalinan kemitraan yang lebih baik dengan LSM, organisasi profesi, dan mitra-mitra donor lainnya.
- Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin/PJKMM) harus memasukkan pengobatan gratis bagi ODHA.
- Setiap rumah sakit kabupaten harus memiliki fasilitas untuk tes, konseling, dan pengobatan HIV/AIDS.
- Kurikulum pendidikan Tenaga Kesehatan harus direvisi dengan memasukkan materi konseling tentang PMS, HIV dan AIDS
- Pelatihan penyegaran perlu diberikan bagi tenaga kesehatan yang lulus sebelum PMS dan HIV/AIDS dimasukkan sebagai bagian dari kurikulum standar.
- Materi KIE yang disesuaikan dengan budaya setempat perlu disediakan bagi semua tenaga kesehatan yang akan memberikan penyuluhan tentang PMS dan konseling HIV/AIDS.
- Kampanye-kampanye yang ditujukan untuk promosi penggunaan kondom perlu dilakukan bagi seluruh masyarakat. Di kedua provinsi, kegiatan ini perlu didesain secara khusus dengan mempertimbangkan resistensi budaya dan agama yang kuat terhadap dalam penggunaan kondom.
- Seluruh masyarakat, termasuk perempuan, laki-laki, dan remaja, harus diberdayakan dengan pemberian pengetahuan yang tepat tentang pencegahan penularan HIV.

⁵⁹ Komisi Nasional Kekerasan terhadap Perempuan . Laporan Tahunan tentang Kekerasan Terhadap Perempuan. (2004/2005).

⁶⁰ Mitra Perempuan, Statistik Kekerasan Dalam Rumah Tangga, Lembar Fakta (2005).

- Pemberian materi–materi edukasi tentang PMS dan HIV/AIDS harus terus diintegrasikan kedalam pelayanan kesehatan ibu.
- Materi-materi tentang edukasi dan pencegahan PMS dan HIV/AIDS perlu diintegrasikan kedalam pendidikan reproduksi remaja yang komprehensif.
- Program-program ke masyarakat perlu dikembangkan untuk mengedukasi dan membantu kelompok resiko tinggi.
- Kelompok resiko tinggi perlu mendapatkan penawaran gratis untuk tes PMS dan HIV.
- Mekanisme pengumpulan data yang akurat perlu dikembangkan sehingga memungkinkan terkumpulnya semua data tentang PMS, HIV dan AIDS pada penyedia pelayanan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten, klinik-klinik VCT dan rumah sakit.
- Perlu dilakukan penelitian mendalam tentang prevalensi HIV, pola penularannya, dan jaringan seksualnya. Selain itu, diperlukan juga penelitian tentang kebutuhan orang-orang yang positif HIV serta praktik-praktik budaya yang meningkatkan risiko penularan HIV seperti sifon dan pengeringan vagina (vaginal drying).

Pihak yang potensial bertanggung jawab:

Gubernur, DPRD, bupati/walikota, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten, Dinas Sosial, Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BAPPEDA), Komisi Penanggulangan AIDS, Direktur Rumah Sakit Provinsi/ Kabupaten, LSM, Organisasi Profesi, Kelompok-kelompok pendukung ODHA.

3.5 Kekerasan terhadap Perempuan

3.5.1 Pertimbangan-Pertimbangan Kesehatan

Tingkat Nasional

Fokus utama bentuk kekerasan terhadap perempuan yang menjadi isu kesehatan utama dalam laporan ini adalah - kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), perkosaan, dan seks

yang tak diinginkan dalam perkawinan, serta sunat perempuan yang kesemuanya merepresentasikan adanya banyak pelanggaran terhadap hak-hak perempuan. Semua bentuk kekerasan itu meniadakan hak – hak perempuan atas kesehatan, hak atas rasa aman dan bebas dari perlakuan yang tidak manusiawi dan merendahkan martabat manusia, bertentangan dengan hak mereka untuk tidak didiskriminasikan, dan juga mengabaikan hak-hak marital perempuan sebagaimana dihormati dalam ajaran-ajaran 2 agama mayoritas yaitu Islam maupun Kristen.

Di Indonesia, belum ada pengumpulan data yang sistematis secara nasional mengenai kasus kekerasan terhadap perempuan. Sehingga, data di masyarakat tentang prevalensi segala kasus kekerasan yang dialami oleh perempuan tidak bisa dipresentasikan kepada para penentu kebijakan dan perencana program. Laporan dari pusat-pusat krisis perempuan, kantor polisi, dan fasilitas kesehatan dan institusi lainnya (pengadilan, pelayanan psikologi, dsb) menunjukkan adanya peningkatan kasus kekerasan terhadap perempuan. Data yang terkumpul dari Uji Lapangan Nasional – Menggunakan Hak Azasi Manusia di Kesehatan Maternal dan Neonatal menunjukkan bahwa 72% dari perempuan yang dilaporkan mengalami kekerasan adalah perempuan yang sudah menikah dan kebanyakan pelakunya adalah suami.⁵⁹ Hal ini dikonfirmasi dengan data tambahan yang menunjukkan bahwa sebagian besar (80%) dari perempuan yang melaporkan terjadinya kekerasan ke pusat-pusat krisis, pelakunya adalah suami, bekas suami, pacar, keluarga atau orang tuanya. Dari perempuan yang lapor, 4,5% berusia di bawah 18 tahun.⁶⁰

Estimasi tentang prevalensi dari berbagai KDRT didapatkan dari beberapa penelitian yang dilakukan di Jawa Timur. Di daerah lain, terdapat perkiraan tentang prevalensi berbagai jenis kekerasan dalam rumah tangga, dan hal ini didapat dari sejumlah penelitian di Jawa Timur. Andajani-Sutjahjo (2003)⁶¹ melaporkan bahwa 29,3% perempuan yang diwawancarai telah mengalami kekerasan yang dilakukan oleh pasangan mereka. Sementara itu, Hakimi dkk. (2001)⁶² melaporkan temuan yang sama, yaitu 27% perempuan pernah mengalami kekerasan yang dilakukan oleh pasangan mereka.

Andajani-Sutjahjo (2003) juga menemukan bahwa 31,5% dari

⁶¹ Andajani-Sutjahjo, S. (2003). *Motherhood and women's emotional wellbeing in Indonesia*. Tesis PhD yang tidak dipublikasikan, The University of Melbourne; Melbourne.

⁶² Hakimi, M., Nur Hayati, E., Marlinawati, V. U., Winkvist, A., & Ellsberg, M. C. (2001). *Membisu demi Harmoni: Kekerasan terhadap Istri dan Kesehatan Perempuan di Jawa Tengah, Indonesia*. Yogyakarta: LpkGm-FK-UGM (Indonesia), Rifka Annisa Women's Crisis Centre (Indonesia), Umea University (Sweden), Women's Health Exchange (USA).

perempuan melaporkan mengalami seks yang tidak diinginkan dalam perkawinan selama 12 bulan terakhir dan bahwa 6,5% dari perempuan telah mengalami kekerasan selama kehamilannya. Walaupun penelitian-penelitian tersebut hanya mengukur prevalensi di beberapa propinsi dan kabupaten terpilih, tetapi penelitian tersebut memberikan pemahaman penting tentang prevalensi KDRT di daerah. Dengan adanya desentralisasi, perencana di tingkat propinsi dan kabupaten seharusnya bisa segera menanggapi masalah ini.

Tingkat Provinsi

Di provinsi NTB dan NTT, data sekunder tentang kekerasan terhadap perempuan dikumpulkan melalui Instrumen A dipaparkan dalam bentuk angka riil dan bukan dalam persentase terhadap jumlah populasi. Sehingga sangat dimungkinkan terjadinya perhitungan prevalensi kekerasan terhadap perempuan menjadi lebih rendah secara bermakna yang disebabkan karena data tersebut bergantung terhadap sampel terbatas dari perempuan-perempuan yang melaporkan terjadinya kekerasan. Oleh karenanya, dimungkinkan membuat perkiraan yang lebih rendah secara signifikan dalam hal prevalensi kekerasan terhadap perempuan karena hal ini berdasarkan sub-sampel terbatas dari perempuan yang benar-benar melaporkan terjadinya kekerasan.

Di NTB, pada tahun 2006 jumlah perempuan yang datang ke puskesmas dengan bukti adanya kekerasan tercatat 9440 orang. Dari jumlah tersebut, 58% nya adalah pekerja migran.⁶³ Perempuan pekerja migran merupakan kelompok masyarakat rentan yang menghadapi tantangan tersendiri dalam mendapatkan perlindungan dan pelayanan, karena pengalaman mereka akan kekerasan terjadi di luar negeri di mana kemampuan mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan dan pelayanan hukum sangat terhambat oleh status mereka sebagai pekerja migran.⁶⁴ Di NTT, jumlah keseluruhan kasus kekerasan terhadap perempuan yang dilaporkan antara tahun 2003 dan 2006 adalah 1.037 kasus.⁶⁵

Survei Data Primer menghasilkan data terpercaya tentang prevalensi kekerasan dalam rumah tangga dengan sampel yang diambil dari 1004 perempuan menikah di empat kabupaten di NTB/NTT. Walaupun data ini tidak mewakili keseluruhan

populasi di kedua propinsi, namun data ini menunjukkan kecenderungan umum tentang prevalensi kekerasan terhadap perempuan di wilayah ini dan merupakan sampel terbesar serta survei yang paling sistematis tentang kekerasan terhadap perempuan yang dilakukan di wilayah Indonesia bagian timur.

Rata-rata 50,3% dari perempuan di 4 kabupaten yang disurvei melaporkan telah mengalami pelecehan secara fisik atau emosional yang dilakukan oleh pasangannya. Juga ada sejumlah perempuan yang melaporkan bahwa mereka telah dilukai oleh pasangannya selama hamil. Perempuan hamil yang mengalami kekerasan fisik di Tanjung Karang Kota Mataram tercatat sebesar 9.2% dan 2.4% di Sumbawa.

Di NTT, perempuan hamil yang mengalami kekerasan fisik di Kota Kupang tercatat sebesar 4.4% dan 2.4% di Timor Tengah Selatan. Dari keseluruhan perempuan yang disurvei dan melaporkan bahwa mereka takut terhadap suami mereka atau orang lain (n=328), 57.6% mengatakan tidak memiliki tempat berlindung ketika kekerasan itu mereka alami atau ketika kekerasan itu membahayakan hidup mereka. Temuan ini jelas memperlihatkan perlunya peningkatan jumlah ruang penampungan khusus bagi perempuan dan tersedianya akomodasi jangka pendek bagi perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di NTB dan NTT. Akhir-akhir ini, hanya ada dua pusat krisis perempuan yang beroperasi di dua propinsi ini, masing-masing satu di Mataram dan Kupang.

Jumlah kasus-kasus perkosaan (di luar perkawinan) yang tercatat antara tahun 2004 dan 2006 adalah 94.⁶⁶ Pada kurun waktu yang sama, di NTT ada 291 kasus yang dilaporkan.⁶⁷ Tanpa adanya kebijakan toleransi nol terhadap kekerasan terhadap perempuan, peraturan perundang-undang nasional di Indonesia belum melihat perkosaan dalam perkawinan, dan serangan seksual dalam perkawinan sebagai sebuah kejahatan. Perempuan yang mengalami kekerasan seksual dalam perkawinan biasanya pergi tanpa adanya dukungan dari masyarakat atau keluarga karena mereka malu atas kekerasan yang menimpanya. Selain pengetahuan mereka masih kurang, akses pada layanan konseling dan layanan pendukung lainnya yang memadai juga masih kurang. Sejumlah 57.4% perempuan pada sampel Survei Data Primer dilaporkan mengalami seks yang tak diinginkan dalam satu tahun terakhir. Temuan ini

⁶³ Kantor Pemberdayaan Perempuan NTB (2006).

⁶⁴ Dua LSM yang khusus bekerja untuk mengumpulkan data tentang pekerja migran di NTB adalah PPK (Perkumpulan Panca Karsa) dan Solidaritas Perempuan.

⁶⁵ Profil Perempuan dan Anak-Anak NTT (2006).

⁶⁶ Kantor Kepolisian Daerah NTB (2007).

⁶⁷ Profil Perempuan dan Anak-Anak di NTT (2007).

berdampak serius pada kerentanan perempuan terhadap PMS termasuk HIV/AIDS. Seks yang tak diingini dalam perkawinan melanggar hak perempuan untuk bebas dari kekerasan seksual, dan dalam beberapa kasus, hal ini juga melanggar hak perempuan untuk mengendalikan kehamilannya.

Di Indonesia bagian timur, lebih akurat untuk menggunakan istilah sunat perempuan (FGC=female genital circumcision), daripada mutilasi alat kelamin perempuan (FGM=female genital mutilation), karena praktik-praktik berbahaya dari clitoradectomy (pemotongan klitoris) dan infibulation secara agama maupun budaya tidak dikenai sanksi dan bukan merupakan praktik tradisi di kalangan penduduk setempat. Bentuk sunat perempuan yang secara tradisional dipraktikkan di NTB paling tepat digambarkan sebagai sesuatu yang bersifat “simbolis” dan tidak dilakukan dengan cara menyayat daging.

Umumnya di Lombok, para bayi perempuan dipotong alat kelaminnya secara simbolis segera setelah lahir dan bidan-bidan hanya membuat bercak darah melalui tusukan kecil atau torehan kecil di klitoris dengan pisau.⁶⁸ Perempuan remaja dan dewasa yang diwawancarai mengenai pengalaman mereka atas pemotongan alat kelamin itu di Lombok menegaskan bahwa pemotongan alat kelamin tersebut kurang memberikan dampak negatif, dan tidak terlalu menghambat fungsi atau kenikmatan seksualnya.⁶⁹

Karena belum pernah diteliti, kurang diketahui bagaimana pengalaman perempuan terhadap sunat perempuan di Sumbawa. Tetapi, rumor dan data di pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa di Sumbawa, sunat perempuan dilakukan pada waktu mereka berusia empat atau lima tahun, atau di beberapa kabupaten sunat dilakukan pada usia pubertas. Sejenis upacara juga dilakukan sebagai perayaan acara sunat di Sumbawa yang tidak dilakukan pada perempuan di Lombok. Sebenarnya secara substansial tidak ada data yang jelas tentang sunat perempuan di NTT. Hal ini mungkin disebabkan oleh pengaruh agama Kristen yang kuat di provinsi ini yang menghasilkan asumsi bahwa hal ini memang tidak lazim dipraktikkan.

Disamping pengetahuan yang didapatkan dari bukti-bukti yang bersifat anekdot dan juga penelitian kualitatif, masih banyak yang belum diketahui tentang bagaimana tepatnya praktik sunat perempuan itu dilakukan dan bagaimana praktik ini berubah di NTB dan NTT. Oleh karena itu, diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang praktik ini di masyarakat.⁷⁰

Sunat pada pria secara umum dipraktikkan di NTB dan NTT, dimana hal ini dihubungkan dengan adanya penurunan resiko kesehatan yang signifikan bagi pria dan anak laki-laki. Di NTB, sunat laki-laki biasanya dilakukan antara umur 7 sampai 10 tahun, tetapi bisa dilakukan lebih dini dengan pertimbangan biaya yang lebih murah jika dilakukan bersama dengan sepupu lain yang lebih tua. Di NTB, masyarakat miskin di pedesaan, sunat laki-laki seringkali dilakukan secara tidak higienis karena dilakukan oleh tenaga non-medis dan mereka tidak diberikan antibiotik untuk mengurangi risiko infeksi. Akibatnya seringkali terjadi infeksi disertai rasa nyeri pada anak laki-laki yang disunat itu.

Di NTT, penyunatan terhadap laki-laki dipraktikkan pada awal masa dewasa dan ini sangat kuat diasosiasikan dengan kematangan seksual dan seringkali dihubungkan dengan praktek sifon. Di beberapa wilayah, setelah pelaksanaan sunat dilakukan hubungan seks yang tidak aman dengan berganti-ganti pasangan dipraktikkan oleh pemuda sebagai bagian dari hak seksual mereka. Sehingga sunat laki-laki di NTT menghadapi masalah dalam artian meningkatkan risiko penularan IMS termasuk HIV yang oleh karenanya penerimaan budaya terhadap praktik berbahaya ini juga membuat pasangan pria tersebut menjadi berisiko.⁷¹ Dalam perhatian terhadap hak-hak reproduksi, sangat jelas bahwa sunat laki-laki di NTB dan NTT memerlukan penelitian lebih mendalam dan perhatian lebih lanjut guna mengurangi akibat negatif terhadap kesehatan pria dan pasangannya.

3.5.2 Pertimbangan Hak Azasi Manusia

Laporan Uji Lapang Nasional menggaris bawahi kesimpulan terakhir dari pengamatan Komite CEDAW terhadap

⁶⁸ Bennett, L.R. (2005) *Women, Islam and Modernity: Single Women, Sexuality and Reproductive Health in Contemporary Indonesia*. Routledge: London. Pp 55.

⁶⁹ Bennett Ibid.

⁷⁰ Budiharsana, M. ET.AL (2003) “Sunat Perempuan di Indonesia; Luas, Dampak, dan Intervensi yang Memungkinkan untuk Meningkatkan Hak-Hak Kesehatan Perempuan .” Lembaga Kependudukan, didanai oleh USAID.

⁷¹ Untuk penelitian yang ada saat ini tentang risiko kesehatan yang terdapat pada sifon di Indonesia Timur, lihat Hull, T. dan Budiharsana, M. (2001) *Male circumcision and penis enhancement in Southeast Asia: matters of pain and pleasure. Reproductive Health Matters* 9 (18):60–67, and Hull, T. (2006) *Engaging and Serving Men in the Indonesian Reproductive Health programme: Issues and Obstacles*, Makalah disajikan pada Population Association of America: New York.

⁷² CEDAW A/53/38/Rev.1 (1998).

Indonesia, yang mengungkapkan keprihatinan serius atas kurangnya pengumpulan data terpilah menurut jenis kelamin secara sistimatis dan kurangnya dokumentasi mengenai tingkat, bentuk dan prevalensi kekerasan terhadap perempuan di Indonesia. Komite mendesak pemerintah untuk mengumpulkan data mengenai tingkat, sebab dan konsekuensi masalah kekerasan terhadap perempuan di Indonesia sebagai prioritas. Kami percaya bahwa instrumen B dalam survey ini bisa memberikan sumbangan yang penting bagi pengembangan metodologi yang sesuai dengan kultur budaya setempat guna mengukur tingkat kekerasan terhadap perempuan di Indonesia, dan didalam survey instrumen ini juga menunjukkan kelayakan dengan pengumpulan jumlah sampel besar, yang belum pernah dilakukan di Indonesia. Komite juga menekankan perlunya sensitifitas gender untuk petugas-petugas yang berwenang, termasuk pengadilan, penegak hukum, pengacara, pekerja sosial, petugas kesehatan profesional atau petugas lainnya yang terlibat secara langsung dalam memerangi kekerasan terhadap perempuan.⁷²

3.5.3 Upaya Pemerintah

Tingkat Nasional

Komitmen Pemerintah Indonesia untuk menghapuskan kekerasan terhadap perempuan terus meningkat sejak tahun 2005 dengan dilakukannya serangkaian langkah penting dalam hal kebijakan dan perundang-undangan ditingkat pusat. Tetapi upaya tiap-tiap daerah dalam menerapkan kebijakan dan inisiatif pemerintah tersebut sangat bervariasi. Penerapan “Kebijakan Toleransi Nol” atau “Zero Tolerance Policy” merupakan salah satu langkah kunci yang diambil pemerintah pusat dalam rangka melarang segala bentuk kekerasan terhadap perempuan yang akhirnya diundangkan pada tahun 2005. Selain itu, rencana pembangunan jangka menengah untuk tahun 2005-2009 secara khusus menetapkan sasaran pencegahan kekerasan terhadap perempuan serta peningkatan peran dan status kesehatan perempuan. Beberapa surat keputusan keputusan presiden yang ditujukan untuk mencegah timbulnya kekerasan terhadap perempuan juga telah dikeluarkan, termasuk Instruksi Presiden No. 9 tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender, yang kemudian menghasilkan alokasi anggaran baru guna mengatasi

kekerasan terhadap perempuan termasuk adanya pendekatan lintas sektor dalam mengatasi masalah diskriminasi gender. Keputusan Presiden No. 181 tahun 1998 yang membentuk Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan juga memainkan peran penting dalam meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya memerangi kekerasan terhadap perempuan. Rancangan Aksi Nasional dari Departemen Pemberdayaan Perempuan juga berperan amat penting dalam mendukung dibentuknya pusat-pusat kajian perempuan yang didanai pemerintah untuk pertama kali, walaupun jangkauan pusat-pusat krisis ini masih rendah jika dibandingkan dengan jumlah keseluruhan populasi dan mayoritas wilayah non metropolitan dan provinsi luar (Jawa) masih belum mempunyai pusat krisis tersendiri.

Belakangan ini pemerintah pusat mulai melakukan upaya yang berarti untuk menghapuskan sunat perempuan. LSM-LSM dan organisasi profesional seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) mulai mengadakan lokakarya yang mengkaji semua hal yang terkait dengan sunat perempuan. Berdasarkan kesimpulan dari lokakarya tersebut, diputuskan untuk mengembangkan bahan-bahan advokasi guna menghapuskan sunat perempuan atau pun mutilasi alat kelamin perempuan. Dari hasil berbagai lokakarya ini, Departemen Kesehatan menerbitkan surat edaran yang ditandatangani oleh Direktur Jendral Kesehatan Masyarakat (tertanggal April 2006), yang didasarkan pada kesepakatan bahwa sunat perempuan tidak memberikan manfaat tertentu bagi kesehatan perempuan.

Selain itu, pemotongan alat kelamin perempuan bisa membahayakan kesehatan anak perempuan dan oleh karenanya disepakati bahwa pemotongan alat kelamin perempuan seharusnya tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan. Juga disepakati bahwa semua organisasi profesional harus menyebarkan informasi ini kepada para anggotanya untuk memastikan bahwa semua praktik yang terkait dengan sunat atau pun mutilasi alat kelamin perempuan harus dihentikan.⁷³ Standar pelayanan kebidanan yang diadopsi oleh Departemen Kesehatan dari standar WHO tentang Praktik Kebidanan untuk Keselamatan Ibu⁷⁴ jelas menyatakan bahwa bidan harus menghindari praktik-praktik tradisional yang membahayakan dan mendukung praktik-praktik yang baik.

⁷³ Surat Edaran bagi Tenaga Kesehatan tentang Pencegahan dan Larangan Pengobatan Sunat Perempuan, Departemen Kesehatan, Direktur Jendral Kesehatan Masyarakat, 20 April (2006).

⁷⁴ Standar Praktik Kebidanan untuk Keselamatan Ibu, Organisasi Kesehatan Dunia/WHO, Kantor Regional Asia Tenggara, New Delhi, Regional Publication, SEARO, NO. 38 (2001).

Selanjutnya, DEPKES menerbitkan suatu kebijakan pada tahun 2006 yang melarang tenaga kesehatan untuk melaksanakan sunat perempuan, dan para bidan yang sebelumnya telah menjadi penyedia pelayanan pemotongan alat kelamin perempuan di NTB / NTT tampaknya menyadari kebijakan baru ini.

Tingkat Provinsi

Selama satu dekade terakhir, Pemerintah provinsi di NTB dan NTT merujuk pada undang-undang dan peraturan nasional terkait dengan kekerasan terhadap perempuan, perbaharuan undang-undang yang diarahkan untuk mencegah dan menghukum tindak pidana yang dilakukan terhadap perempuan juga aktif dilakukan di tingkat provinsi serta kabupaten.

- Di NTB, telah dibuat empat surat keputusan / peraturan provinsi penting sejak tahun 2000. Keempat peraturan tersebut adalah: Perda NTB No 9. of 2000 tentang Pembentukan Bagian Pemberdayaan Perempuan; Instruksi Gubernur NTB No 2. tahun 2001 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan di Provinsi NTB; Keputusan Gubernur NTB No. 7 tahun 2006 tentang Pembentukan Komite Aksi Perlindungan Anak dan Perempuan di Provinsi NTB; dan Keputusan Polisi Provinsi NTB No. POL: SKE/153/VII/11/2004 tentang Pembentukan Pelayanan Konseling bagi Perempuan Korban Kekerasan.
- Keputusan/peraturan tingkat Provinsi di NTT meliputi: Peraturan Gubernur NTT No. 12 tahun 1998 tentang Peningkatan Perlindungan dan Kesejahteraan Perempuan dan Anak di Provinsi NTT; Surat Keputusan Kepala Polisi Republik Indonesia Nomor SKEP/730/X/2003 tentang Pembentukan Pelayanan Terpadu di Rumah Sakit Bayangkara; Putusan Gubernur NTT No 36. tahun 2001 tentang Pembentukan Tim Evaluasi dan Tim Kerja untuk Merevisi Peraturan Propinsi No. 12 tahun 1998 tentang Peningkatan Perlindungan Kesejahteraan Ibu dan Anak; Keputusan Gubernur NTT No. 221/KEP/HK/2006 tentang Standard Prosedur Tim Koordinasi Pelayanan Terpadu untuk Penanganan Korban Kekerasan Terhadap

Perempuan dan Anak di NTT; Keputusan Gubernur NTT No 75/KEP/HK/2004 tentang Pembentukan Pengurus Manajemen dan Ahli untuk Lembaga Perlindungan Anak di NTT periode tahun 2004-2006; Keputusan Gubernur NTT No 23/KEP/HK/2003 tentang Pembentukan Panitia Pengarah, Tim Teknis, dan Kelompok Kerja untuk Penerapan Pemberdayaan Perempuan dalam Pembangunan; Ketetapan Gubernur NTT No. 173/KEP/HK/2004 tentang Pembentukan Unit Kerja tentang Rancangan Aksi untuk Perdagangan Perempuan dan Anak; Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Provinsi W.Z. Johannes-Kupang No 01/RSUD/KEP/III/2006 tentang Pembentukan Pusat Pelayanan Ibu dan Anak Terpadu.

Rencana dan Strategi

Di tingkat provinsi NTB maupun NTT, masalah kekerasan terhadap perempuan semakin mendapat perhatian pada tahun-tahun terakhir ini. Walaupun demikian, sifat kegiatan dan intervensi yang dilakukan belum mencapai tingkatan yang memadai dalam hal keikutsertaan, penyedia pelayanan, sehingga sistem – sistem di kesehatan, advokasi, pengadilan, dan kepolisian bisa sepenuhnya tanggap dalam merespon kasus kekerasan terhadap perempuan. Di NTT, telah ada kemajuan yang berarti dengan dibentuknya kelompok-kelompok kerja terkait, seperti: Tim Koordinasi Pelayanan Terpadu untuk Penanggulangan Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak di NTT; Kelompok Kerja untuk Pelaksanaan Pemberdayaan Perempuan dalam Pembangunan; Unit Kerja pada Rencana Aksi Nasional tentang Perdagangan Perempuan dan Anak di NTT.

Bagian Pemberdayaan Perempuan di Kantor Gubernur NTT juga telah melakukan upaya yang diarahkan untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan dan meningkatkan perlindungan terhadap perempuan yang mengalami kekerasan, meningkatkan kesejahteraan dan perlindungan anak; pelembagaan pengarusutamaan gender dan perlindungan anak; dan integrasi kebijakan yang berhubungan dengan perlindungan anak dan kualitas hidup perempuan. Hasil nyata dari berbagai upaya pelayanan ini di NTT pada tahun-tahun terakhir di antaranya adalah Pusat Pelayanan

Terpadu Perempuan dan Anak yang beroperasi di kota Kupang dan beberapa tempat kerja perempuan di kantor polisi provinsi dan kabupaten.

Di NTB, sangat jelas ketegantungan pemerintah provinsi terhadap kelompok perempuan untuk menjelaskan kebijakan yang tegas guna meningkatkan kapasitas organisasi-organisasi perempuan dalam mendukung pembangunan daerah. Dukungan yang diberikan oleh pemerintah daerah kepada LSM – LSM diarahkan untuk hal-hal sebagai berikut: penguatan pemberdayaan perempuan; mempromosikan kewirausahaan perempuan; meningkatkan peran LSM dalam melindungi perempuan; meningkatkan peran LSM dalam pendidikan keluarga dan pendidikan kesehatan; memperkuat peran serta perempuan dalam politik dan pengambilan keputusan; meningkatkan peran serta perempuan dalam pengambilan keputusan umum dan politik; memperkuat keterlibatan masyarakat dalam mencapai kesetaraan gender; koordinasi dari tim terpadu untuk mengatasi kasus-kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak; mengarahkan para pihak yang berkepentingan dalam membahas masalah perdagangan seksual anak; pembuatan program-program berkesinambungan mengenai penegakan hukum dan advokasi dalam hal kekerasan terhadap perempuan. Sementara kelompok-kelompok perempuan di NTB sangat aktif dan mengarahkan sasaran program mereka pada penduduk perkotaan dan pedesaan, upaya mereka terkendala oleh struktur organisasi dan dana yang terbatas. Tindakan pemerintah daerah yang lebih besar sangat dibutuhkan di tingkat provinsi maupun kabupaten. NTB kini memiliki satu Pusat Krisis Perempuan dan Anak yang terpadu di Mataram.

3.5.4 Upaya Lembaga Non-Pemerintah

Sejumlah LSM lokal di NTT dan NTB terlibat aktif dalam menanggulangi kekerasan terhadap perempuan. Beberapa LSM tersebut adalah:

Di NTB

LSM lokal:

- PKBI (Perhimpunan Keluarga Berencana Indonesia) – memberikan edukasi, pelayanan kesehatan dan konseling

kepada para korban kekerasan.

- YKSSI (Yayasan Keluarga Sehat Sejahtera Indonesia) – memberikan sosialisasi tentang kekerasan dalam rumah tangga, konseling, dan rujukan bagi korban kekerasan.
- Korporasi Annisa – memberikan sosialisasi tentang kekerasan dalam rumah tangga, konseling, rujukan bagi korban kekerasan dan program-program peningkatan penghasilan.
- LBH APIK – memberikan bantuan hukum bagi korban kekerasan, dan mengadakan penelitian dan dokumentasi tentang kekerasan terhadap perempuan.
- Bina Cempe Foundation, Dompu - memberikan penyuluhan tentang kekerasan terhadap perempuan dan konseling, rujukan bagi korban dan program-program peningkatan penghasilan.
- PPK (Perkumpulan Panca Karsa) – memberikan pendampingan bagi pekerja migran perempuan yang mengalami kekerasan.
- Solidaritas Perempuan – juga menyediakan pendampingan bagi para pekerja migran perempuan yang mengalami kekerasan.

NTT

LSM Lokal:

- PKBI (Perhimpunan Keluarga Berencana Indonesia) – menyediakan pelayanan yang setara dengan pelayanan yang disediakan di NTB.
- Yayasan Tanpa Batas – menyediakan klinik kesehatan bagi perempuan korban kekerasan.
- Sanggar Suara Perempuan, TTS – memberikan sosialisasi tentang kekerasan terhadap perempuan, konseling, dan rujukan bagi korban kekerasan.
- Rumah Perempuan – memberikan sosialisasi dan konseling, rujukan dan program peningkatan penghasilan.

- LBH Yustisia – menyediakan bantuan hukum bagi para korban kekerasan dan melaksanakan penelitian dan dokumentasi tentang kekerasan terhadap perempuan.

3.5.5 Kesenjangan dalam Undang-Undang, Kebijakan, Strategi, dan Pelaksanaan

Tingkat Nasional

Hambatan Terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

Adanya kesenjangan antara Undang-Undang tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga dan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana yang berkenaan dengan kekerasan seksual dalam perkawinan. Pemerintah pusat telah melakukan upaya yang berarti untuk memberikan perlindungan hukum bagi para perempuan dengan menggunakan Undang-Undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga.⁷⁵ Walaupun demikian, sementara Undang-Undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga itu memuat segala bentuk kekerasan tanpa memandang status perkawinannya, pasal 285 dan 286 Kitab Undang-Undang Pidana masih belum mengakui kekerasan seksual dalam perkawinan.

Di Indonesia, sementara kedua UU ini - KUHP dan Undang-Undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga - mengakui pemerkosaan sebagai kejahatan berat, Undang-Undang dan beberapa peraturan Kesehatan tidak mengizinkan perempuan untuk menghadapi konsekuensi yang mungkin terjadi karena pemerkosaan – seperti kehamilan yang tak diinginkan dan biaya pelayanan yang gratis bagi korban kekerasan tersebut. Kurangnya peraturan hukum tentang pelayanan aborsi aman bagi perempuan korban pemerkosaan atau inses dapat menimbulkan kerugian yang besar terhadap kesehatan fisik dan mental korban. Karena alasan inilah sebaiknya amandemen terhadap UU Kesehatan guna membuka akses terhadap pelayanan aborsi yang aman.

Kurangnya pelatihan tentang hak azasi manusia di berbagai sektor dan pelatihan kepekaan jender bagi orang-orang yang bekerja di bidang peradilan termasuk para hakim, berakibat pada terciptanya lingkungan yang sangat diskriminatif

terhadap perempuan yang berusaha mencari keadilan hukum karena mengalami kekerasan. Khususnya, bagi perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga atau mengalami pemerkosaan dalam perkawinan seringkali gagal dalam mengupayakan perceraian. Mereka yakin bahwa sistem peradilan tidak memberikan perlindungan yang memadai terhadap hak-hak mereka.⁷⁶ Lebih jauh lagi, kurangnya pengetahuan tentang hukum dan tingginya biaya perkara semakin merugikan perempuan ketika mengakses pelayanan hukum dan berusaha memperoleh ganti rugi atau pembebasan atas kekerasan yang dialaminya.

Tingkat Provinsi

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Tidak semua undang-undang dan peraturan nasional yang relevan bagi perlindungan perempuan dari kekerasan diratifikasi di tingkat provinsi dan tingkat kabupaten.
- Jika terjadi kasus KDRT, akses perempuan ke pengadilan sangatlah terbatas. Sistem peradilan perlu diperbaharui agar bisa lebih mendukung perempuan yang mengajukan kasus pelecehan yang dilakukan oleh pasangannya ke pengadilan.
- Perempuan yang tidak memiliki akta perkawinan menjadi terhambat untuk bisa mengakses proses peradilan dan mengaksesnya secara gratis. Semua pelayanan hukum yang dianggap gratis bagi warga miskin seharusnya juga gratis bagi perempuan, tanpa melihat apakah mereka memiliki akta perkawinan atau tidak.

Hambatan terkait Kebijakan, Strategi, Perencanaan dan Penerapannya

Beberapa hal ini menghambat keberhasilan program dan strategi yang ditujukan untuk menanggulangi kekerasan terhadap perempuan, yaitu:

- Kurangnya sumber daya manusia (analisis dan perencanaan jender yang terampil) khususnya di tingkat kabupaten.
- Kurangnya konselor yang terampil di daerah metropolitan, di pedesaan, maupun di semua sektor pelayanan.

⁷⁵ UU no. 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga.

⁷⁶ Idrus, N. (2003) "To Take Each Other": Bugis Practices of Gender, Sexuality and Marriage. Tesis PhD. Australian National University: Canberra, Bab 6.



Anita Berwinth

West Nusa Tenggara: A community volunteer teaches reproductive health © SISKES

- Pendanaan yang tak memadai bagi semua program penanganan kekerasan terhadap perempuan, termasuk biaya pelaksanaan bagi pusat layanan.
- Kurangnya kerjasama lintas sektor walaupun ada kebijakan “toleransi nol” yang secara luas disetujui oleh departemen-departemen di pemerintahan.
- Program-program jangka pendek dan program-program yang disetir donor menyebabkan ketergantungan pada program tersebut.
- Program – program seringkali dikembangkan tanpa berdasarkan bukti yang memadai atau dievaluasi guna mengukur dampak.
- Kurangnya keterampilan konseling yang memadai di kalangan tenaga kesehatan yang sehari-hari berhubungan langsung dengan perempuan yang hidup dengan kekerasan.

- Kurangnya keterampilan dan pelatihan yang memadai di kalangan kepolisian.
- Kurangnya keterampilan dan pelatihan yang memadai di dalam sistem peradilan.
- Kurangnya program penjarangan operasional tentang kekerasan terhadap perempuan di kalangan dokter umum dan bidan.
- Biaya pengacara yang tinggi sehingga perempuan miskin sulit menjangkau bantuan hukum.
- Keengganan masyarakat untuk mengungkapkan peristiwa kekerasan dalam rumah tangga didasarkan pada sikap bahwa masalah ini merupakan masalah pribadi keluarga, dan kurangnya kesadaran bahwa kekerasan dalam rumah tangga adalah suatu tindak pidana.
- Perempuan korban kekerasan ketika masalah mereka diketahui oleh masyarakat, khususnya dalam kasus kekerasan seksual.
- Kurangnya layanan akomodasi jangka pendek dan menengah bagi perempuan yang ingin meninggalkan hubungan yang menjerus ke kekerasan.
- Kurangnya program-program atau layanan bagi laki – laki yang bertujuan mencegah terjadinya kekerasan.
- Kurangnya kesadaran di kalangan perempuan dalam masyarakat terhadap pelayanan yang tersedia, dan bahwa pelayanan tersebut seharusnya gratis.

3.5.6 Rekomendasi untuk Tindakan-tindakan Prioritas

Tingkat Nasional

Berdasarkan temuan penelitian ini, berbagai pemangku kepentingan telah meratifikasi rekomendasi tindakan-tindakan prioritas, yang ditulis dalam Laporan Uji Lapang Nasional. Hal ini mencakup:

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- Kitab Undang-Undang Hukum Pidana dan Undang-Undang tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga harus diselaraskan dan harus segera diambil tindakan nyata yang menjamin bahwa revisi KUHP mempertimbangkan berlakunya Undang-Undang Penghapusan KDRT, terutama yang berkenaan dengan perkosaan dalam perkawinan.
- Proses amandemen Undang-Undang Kesehatan yang saat ini sedang berlangsung perlu dipercepat untuk memastikan penyediaan pelayanan aborsi aman dalam kasus-kasus pemerkosaan dan hubungan sedarah (incest).
- Perlu diterbitkan surat keputusan yang mengatur pelayanan gratis terhadap korban kekerasan/orang yang berhasil selamat dari kekerasan, termasuk pengobatan gratis atas luka-luka fisik dan psikologis.

Pihak yang potensial bertanggung jawab:

Departemen Hukum dan Hak Azasi Manusia; Departemen Kesehatan; Departemen Pemberdayaan Perempuan; Departemen Sosial; Kepolisian, dan sistem peradilan.

Tindakan terkait Kebijakan, Strategi, dan Sistem Kesehatan

- Data provinsi/kabupaten/kota tentang kekerasan terhadap perempuan harus dikumpulkan secara berjenjang/sistematik.
- Undang-undang tentang KDRT dengan implementasinya perlu disosialisasikan kepada semua pihak, dengan perhatian khusus kepada para penegak hukum.
- Segala upaya perlu dilakukan guna memastikan bahwa kasus-kasus kekerasan terhadap perempuan tercatat dan termonitor dengan benar di semua fasilitas kesehatan.
- Semua tenaga kesehatan perlu menerima pelatihan tentang kekerasan terhadap perempuan dan mampu mencatat kasus-kasus kekerasan yang terjadi. Kurikulum di tingkat pendidikan juga perlu memasukkan topik ini.
- Perlu dibuat ukuran untuk memastikan bahwa penyebab

kematian dari setiap perempuan yang dicurigai sebagai korban kekerasan terdokumentasi secara memadai.

- Sosialisasi terhadap kebijakan Toleransi Nol terhadap kekerasan terhadap perempuan yang saat ini berlaku perlu ditegakkan di semua tingkat birokrasi.

Pihak yang potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan; Departemen Pemberdayaan Perempuan; Departemen Kesejahteraan Sosial; Kepala Kepolisian.

Tingkat Provinsi

Tindakan terkait hukum dan peraturan perundang-undangan

- Perlu sosialisasi kepada seluruh masyarakat mengenai Undang-Undang No. 23/2003 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga. Sosialisasi ini harus mencakup pemasyarakatan kepada perempuan dan laki-laki, tenaga kesehatan dan penyedia pelayanan kesejahteraan sosial, serta para penegak hukum.
- Surat Keputusan tingkat propinsi perlu diterbitkan untuk memastikan pelayanan gratis kepada para korban atau orang yang selamat dari kekerasan, termasuk pengobatan gratis bagi yang mengalami luka-luka fisik atau pun psikologis.
- Surat keputusan tingkat propinsi perlu diterbitkan, yang menyatakan bahwa perempuan memiliki hak untuk mengajukan perceraian karena alasan mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Bantuan ekonomi khusus perlu disediakan bagi perempuan untuk membayar biaya peradilan pada saat mereka mengajukan perceraian karena alasan mengalami kekerasan dalam rumah tangga.

Tindakan terkait Kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan

- Data tentang kekerasan terhadap perempuan di tingkat provinsi dan tingkat kabupaten perlu dikumpulkan secara sistematis. Hal ini mencakup koordinasi pelaporan antara

penyedia layanan kesehatan, polisi, pengadilan, dan ruang pelayanan khusus bagi perempuan.

- Di NTB, perlindungan terhadap perempuan yang mengalami kekerasan sebaiknya diperluas dengan memadukan suatu sistem rujukan bagi para korban kekerasan ke dalam program Desa Siaga.
- Jumlah Ruang Pelayanan Khusus (RPK) yang disediakan untuk membantu perempuan yang mengalami kekerasan perlu ditambah.
- Perlu ditetapkan program bantuan keuangan jangka pendek bagi perempuan yang menjalani hubungan yang penuh kekerasan dan berusaha meninggalkan hubungan tersebut guna membantu perempuan dan anak-anaknya dalam menemukan tempat yang aman untuk tinggal.
- Perlu dibuat program-program pemberdayaan masyarakat yang secara khusus diarahkan pada perempuan, guna menyebarkan informasi tentang ilegalitas dari kekerasan terhadap perempuan, dan menyediakan Ruang Pelayanan Khusus/ RPK dan pelayanan lainnya. Para pemimpin agama perlu bersikap aktif dalam program-program pemberdayaan masyarakat.
- Pelatihan tentang deteksi kekerasan terhadap perempuan dan anak-anak perlu diberikan bagi profesional kesehatan dan pendamping sosial.
- Profesional kesehatan dan kesejahteraan masyarakat perlu menjalani pelatihan intensif untuk mendapatkan ketrampilan konseling yang memadai guna mendukung perempuan yang mengalami kekerasan.
- Pekerja-pekerja lapangan perlu dilatih untuk memberi konseling, informasi, dan rujukan guna mendukung pelayanan bagi perempuan yang mengalami kekerasan di dalam masyarakatnya, karena kebanyakan perempuan masih enggan untuk mengakses pelayanan di luar komunitas atau di luar desanya.
- Program-program pencegahan dan pengobatan perlu dikembangkan bagi kaum pria yang melakukan kekerasan terhadap pasangan dan anak-anaknya. Khususnya bagi pria

yang dihukum karena melakukan tindak pidana terhadap istri dan anak-anaknya tidak boleh dilepaskan dari penjara tanpa menerima terapi yang bisa membantu mereka untuk tidak mengulangi tindakan yang sama.

- Perlu dilakukan penelitian mendalam tentang sunat perempuan.
- Perlu dilakukan penelitian mendalam tentang sunat laki-laki, dan di NTT praktik-praktik seksual yang terkait dengan sifon perlu diteliti lebih jauh.
- Perlu dilakukan penelitian mendalam tentang perdagangan manusia, dan data yang terpilah berdasarkan jenis kelamin tentang perdagangan manusia perlu dicatat.

Pihak yang potensial bertanggung jawab:

Kantor Gubernur NTB/NTT, Bupati/walikota, Dewan Perwakilan Daerah (DPRD), Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BAPPEDA), Biro Pemberdayaan Perempuan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten, Rumah Sakit (umum/kabupaten, Dinas Kesejahteraan Sosial, Departemen Kepolisian, Biro Hukum, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), LSM, dan para pemimpin agama dan masyarakat.

3.6 Tak terpenuhinya Kebutuhan Layanan Aborsi Aman

3.6.1 Pertimbangan-Pertimbangan Kesehatan

Tingkat Nasional

Sebagian besar kehamilan yang tidak dikehendaki berakhir dengan aborsi yang disengaja, tanpa peduli apakah hal ini memperoleh perlindungan hukum atau tidak, serta dilakukan secara aman atau tidak.⁷⁷ Bukti selama 20 tahun terakhir menunjukkan bahwa peningkatan akses terhadap kontrasepsi, sistem hukum yang tidak restriktif terhadap aborsi, serta adanya pedoman dan pelatihan yang memadai bagi para dokter, dapat secara signifikan mengurangi angka aborsi yang disengaja, termasuk aborsi yang tidak aman, dan tingkat kesakitan dan kematian maternal yang berkaitan dengan

⁷⁷ World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of mortality and morbidity. Geneva (2005).

aborsi.⁷⁸ Pada Tujuan Pembangunan Milenium Nomor 5 (MDGs), telah diungkapkan bahwa komplikasi aborsi tidak aman merupakan satu kategori komplikasi obstetrik yang fatal yang hampir seluruhnya dapat dicegah melalui pemberian pelayanan yang sesuai. Masyarakat internasional telah menyepakati bahwa ketika aborsi itu legal, maka harus dilakukan secara aman, dan dilakukan untuk semua kasus, komplikasi dari aborsi yang tak aman harus segera ditangani melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi.

Di Indonesia, jumlah kasus aborsi tidak banyak dilaporkan dikarenakan adanya larangan aborsi dalam undang-undang tetapi estimasi terakhir memperkirakan angka sekitar dua juta (kasus yang disengaja maupun spontan). Angka ini dianggap jauh dari perkiraan sesungguhnya. Hal ini mengindikasikan adanya kebutuhan layanan aborsi aman yang jauh dari terpenuhi. Data dari survei rumah tangga tahun 2001 menunjukkan bahwa komplikasi dari aborsi (tak aman) menyumbang sebesar 5% kematian ibu.⁷⁹ Walaupun demikian, perkiraan lain menunjukkan bahwa aborsi tak aman bisa jadi bertanggung jawab atas 13-30% kematian ibu⁸⁰ bahkan Dirjen Kesehatan Masyarakat memperkirakan bahwa 50% kematian ibu disebabkan oleh adanya aborsi tak aman.⁸¹ Data dari tahun 2001 menunjukkan bahwa 24% dari aborsi tak aman dilakukan oleh dukun melahirkan (berkisar 15% di daerah perkotaan dan 84% daerah pedesaan).⁸²

Tingkat Provinsi

Tidak ada data statistik resmi dari pemerintah tentang aborsi di NTB dan NTT. Walaupun demikian, penelitian yang paling komprehensif tentang aborsi di Indonesia sampai saat ini yang dilakukan oleh Yayasan Kesehatan Perempuan di Jakarta (2004) memasukkan jumlah responden sebanyak 1446 klien perempuan yang mencari layanan aborsi di klinik-klinik kesehatan reproduksi di 9 kota Indonesia.⁸³ Mataram di NTB

adalah salah satu kota yang termasuk dalam sampel ini.

Dari penelitian ini, 12% responden klien perempuan berstatus tidak menikah, dan 86% sampel klien perempuan berstatus menikah, dan 1% bercerai. Hal ini memperjelas bahwa perempuan yang tidak menikah juga membutuhkan dan mencari akses ke pelayanan aborsi. Penelitian ini menemukan bahwa 67% dari semua perempuan yang disurvei telah berusaha untuk melakukan aborsi sendiri dengan melakukan upaya-upaya non-medis sebelum akhirnya mencari bantuan medis di klinik-klinik. Temuan yang jelas menunjukkan bahwa praktik-praktik aborsi tak aman yang dilakukan secara non medis masih sangat sering dilakukan di Indonesia. Ketika ditanyakan mengapa kehamilan yang tak diinginkan itu terjadi, sebanyak 61% dari responden menjawab bahwa hal itu disebabkan oleh gagalnya alat kontrasepsi dan sebanyak 38% menjawab bahwa kehamilan itu terjadi karena hubungan seks tanpa kontrasepsi. Walaupun demikian, di Mataram, proporsi dari perempuan yang melakukan hubungan seks tanpa kontrasepsi adalah 74% sebagai alasan kehamilan tidak dikehendaki. Angka ini jauh lebih besar dari pada kejadian di kota lain.

Fakta bahwa perempuan di Mataram tampaknya menanggung risiko yang lebih besar dalam hubungannya dengan seks yang tak terlindung perlu diteliti lebih jauh. Dalam penelitian ini, sejumlah 58% klien menyebutkan faktor psikologis, sosial, atau ekonomi sebagai alasan lain untuk melakukan aborsi. Sebuah temuan yang memperjelas pentingnya pembaharuan undang-undang aborsi di Indonesia yang mengizinkan aborsi legal berdasarkan alasan-alasan selain alasan medis. Dalam penelitian ini, sebanyak 22% perempuan menyatakan bahwa biaya aborsi medis terlalu tinggi. Mengingat responden berasal dari perkotaan yang memiliki kemampuan finansial dalam mengakses klinik, bisa jadi presentase sesungguhnya dari perempuan terhadap keseluruhan populasi yang mengeluhkan tingginya biaya aborsi sebagai hambatan serius untuk bisa mendapatkan pelayanan aborsi menjadi jauh lebih tinggi.⁸⁴

⁷⁸ Who's got the power? Transforming health systems for women and children. UN Millennium Project. Task Force on Child Health and Maternal Health. 2005. Abortion Law, Policy and Practice in Transition. *Reproductive Health Matters* (2004); 12 (24 Supplement):1-8.

⁷⁹ Utomo B. At al. Aspek-aspek sosial/psikologis pada aborsi di Indonesia. Survei kemasyarakatan di sepuluh kota besar dan enam kabupaten, tahun (2000). Pusat Kajian Kesehatan Universitas Indonesia, Jakarta 2001.

⁸⁰ NGO Forum on BPPFA. +10, Jakarta (2005).

⁸¹ *Harian Kompas* (2003).

⁸² Utomo B. Dkk. Aspek-aspek sosial/psikologis pada aborsi di Indonesia. Survei kemasyarakatan di sepuluh kota besar dan enam kabupaten, tahun (2000). Pusat Kajian Kesehatan Universitas Indonesia, Jakarta 2001

⁸³ Widyantoro, N dan Lestari, H (2004). Laporan Penelitian Penghentian Kehamilan Tak Diinginkan Yang Aman Berbasis Konseling: Penelitian di 9 Kota Besar. Jakarta: Yayasan Kesehatan Perempuan.

⁸⁴ Biaya aborsi dilaporkan dalam penelitian ini berkisar antara 600.000 rupiah sampai 2.000.000 rupiah. Sebagian besar klien yang disurvei menyatakan bahwa mereka percaya biaya aborsi medis seharusnya tidak lebih dari 500,000 rupiah.

Wawancara paska- tindakan yang dilakukan terhadap klien perempuan dalam penelitian di atas mendapatkan bahwa 76% perempuan merasa lega dan/atau puas atas prosedur medis yang dijalannya dan konseling sebelum/setelah aborsi. Sebanyak 6% lainnya menyatakan sedikit menyesal atau tertekan setelah menjalani aborsi, dan 18% perempuan memilih untuk tidak mengungkapkan perasaan mereka. Temuan ini mengindikasikan pentingnya layanan konseling sebelum maupun sesudah aborsi guna memastikan hasil terbaik bagi perempuan yang mencari pelayanan aborsi medis. Temuan penting lainnya dari penelitian di sembilan kota tersebut adalah jika aborsi aman dengan biaya terjangkau tidak tersedia bagi perempuan, kemungkinan perempuan untuk berusaha menjalani metode aborsi yang tak aman menjadi meningkat.

Survei Rumah Tangga SISKES (2007) juga menunjukkan data statistik yang relevan tentang praktik-praktik aborsi di NTB dan NTT. 12,2% responden di NTB dan 10,5% responden di NTT yang memiliki anak di bawah lima tahun, terdapat bukti adanya aborsi dalam sejarah obstetrinya.⁸⁵ Temuan ini menunjukkan adanya kebutuhan yang tinggi akan aborsi aman di kedua propinsi ini.

Penelitian kualitatif tentang aborsi di Mataram – NTB (200%) mengungkapkan bahwa metode penghentian kehamilan tidak aman sangat populer digunakan oleh perempuan yang menikah maupun yang tidak.⁸⁶ Metode-metode ini meliputi pengaturan menstruasi dengan jamu (*berbal medicines*), pijat, memasukkan benda-benda tajam ke dalam mulut rahim (*cervix*) melalui vagina, mengkonsumsi obat-obatan farmasi yang bersifat kontra indikasi selama hamil, pil kontrasepsi dalam dosis berlebihan, memakan makanan yang diketahui sebagai bisa menyebabkan keguguran selama hamil, konsumsi alkohol yang berlebihan selama hamil dan/atau dengan obat-obatan lain, dan meloncat dari ketinggian agar janin gugur.

Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa perempuan yang tidak menikah menggunakan metode non medis yang lebih membahayakan untuk aborsi yang disengaja, dan kemungkinan besar akan mengulang tindakan yang sama jika

usaha aborsi pertama tidak berhasil. Perempuan yang sudah menikah lebih sering mengandalkan pijat dan jamu, dan sedikit kemungkinannya mengkonsumsi bahan beracun atau berusaha melakukan intervensi fisik selain pijat. Kecenderungan perempuan yang tidak menikah untuk menempuh risiko yang lebih besar terkait dengan aborsi yang disengaja ini disebabkan adanya stigma yang negatif pada kehamilan pra nikah sehingga perempuan enggan untuk mengakses pelayanan aborsi aman, disamping itu para penyedia pelayanan aborsi lebih suka memberikan pelayanan kepada perempuan menikah yang berusaha melakukan aborsi karena alasan kegagalan alat kontrasepsi daripada memberikan pelayanan aborsi kepada perempuan yang belum menikah.

3.6.2 Pertimbangan-Pertimbangan Hak Azasi Manusia⁸⁷

Beberapa badan pemantau perjanjian hak-hak asasi manusia telah menyatakan keprihatinan mereka terhadap adanya kriminalisasi dari aborsi tidak aman dalam konteks hak atas kehidupan, hak atas kesehatan dan hak atas privasi (*privacy*) yang semuanya tercakup dalam berbagai perjanjian hak-hak asasi manusia. Komite Hak Asasi Manusia menggolongkan tingginya angka kematian maternal yang disebabkan oleh aborsi yang tidak aman sebagai pelanggaran terhadap hak perempuan atas kesehatan dan hidup. Komite merekomendasikan bahwa tindakan perlindungan harus dilakukan, guna menjamin kepatuhan terhadap kewajiban negara untuk menghormati dan menjamin hak-hak asasi manusia yang diakui dalam berbagai perjanjian.⁸⁸

Komite secara tegas meminta agar negara-negara mengkaji kembali dan mengubah undang-undang yang mengkriminalisasi aborsi, dan negara-negara itu telah menyetujui bahwa pemerintah dan pihak terkait lainnya yang relevan harus mengkaji dan merevisi undang-undang, peraturan, dan praktik yang mengancam kesehatan perempuan termasuk yang berkaitan dengan aborsi.⁸⁹

Selanjutnya, karena aborsi adalah merupakan tindakan yang legal untuk sekurangnya satu alasan di hampir semua negara dan untuk menjaga kesehatan fisik dan mental perempuan di

⁸⁵ Di NTB, 9 kabupaten yang dijadikan sampel dan kelaziman di kabupaten berkisar antara 18,3% sampai 4,6%. Di NTT 13 kabupaten disampel pertama kali, sementara kabupaten selebihnya dicakup kemudian dan kelaziman berkisar antara 25,9% sampai 5,1%.

⁸⁶ Bennett, L. R. (2001) Ibid.

⁸⁷ Dikutip dari Laporan Lapang Nasional: Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standard pelayanan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapang”, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

⁸⁸ United Nations, Human Rights Committee. Concluding Observations on Peru:11/18/96. UN Doc. ICCPR/C/79/Add.72 at para. 15.19.22.

⁸⁹ Deklarasi Beijing dan Landasan Aksi (*Beijing Platform for Action*), para 96.

tiga per lima dari seluruh negara di dunia, maka masyarakat internasional menyepakati bahwa "sistem kesehatan harus melatih dan melengkapi para penyedia pelayanan kesehatan serta mengambil tindakan lain untuk memastikan bahwa aborsi aman dan dapat diakses."⁹⁰

3.6.3 Upaya Pemerintah

Tingkat Nasional

Strategi MPS – Menuju Persalinan Selamat, telah menjadi pedoman dari upaya pemerintah dalam mengatasi kematian ibu sejak tahun 2001, mengenali aborsi tak aman sebagai salah satu sebab utama kematian ibu, dan salah satu dari pesan kunci dari strategi ini adalah bahwa setiap perempuan perlu memiliki akses untuk mencegah kehamilan yang tak diinginkan dan penanganan terhadap komplikasi aborsi tak aman. (Rencana strategi nasional tentang Menuju Persalinan Selamat di Indonesia, 2001-2010. Jakarta, 2001). Sasaran kegiatan ini terutama ditujukan untuk mencegah kehamilan melalui keluarga berencana dan penyediaan asuhan paska keguguran. Strategi ini tidak membahas masalah aborsi tak aman yang memberikan kontribusi terhadap kematian ibu dan tidak terpenuhinya kebutuhan akan pelayanan aborsi aman.

Sebagai tindak lanjut survei yang dilakukan pada tahun 2003,⁹¹ LSM bersama-sama dengan Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi (POGI) dan rumah sakit/klinik di sembilan kota besar mulai mengembangkan standar pelayanan persalinan untuk layanan aborsi aman dalam kasus-kasus yang diijinkan oleh undang-undang (pasal 15 UU Kesehatan).

Tingkat Provinsi

NTB

Pelayanan aborsi yang aman yang tersedia di NTB didasarkan pada perarutaran – peraturan nasional dalam kasus-kasus yang diindikasikan secara medis bagi perempuan. Upaya pemerintah provinsi dibatasi untuk menyediakan pelayanan medis bagi perempuan yang mengalami keguguran untuk menghindarkan kematian, misalnya kasus infeksi dan perdarahan hebat, dan untuk mencegah kematian ibu.

Program ini dikenal dengan nama APK (Asuhan Pasca Keguguran). Selama tahun 2006, Rumah Sakit Umum Mataram memberikan pelayanan pasca aborsi untuk 34% dari 563 perempuan yang datang untuk mendapatkan pelayanan pasca aborsi/keguguran.

Sebagai kelanjutan dari survei yang telah dilakukan oleh Yayasan Kesehatan Perempuan pada tahun 2003, dikembangkanlah suatu standar pelayanan aborsi untuk kasus-kasus yang diperbolehkan menurut Pasal 15 UU Kesehatan No. 23/1992. Rumah Sakit Umum Mataram adalah salah satu rumah sakit yang telah menerapkan pelayanan standar aborsi yang aman dengan pelatihan dokter dan konselor.

NTT

Di NTT, pelatihan tentang perawatan pasca-aborsi telah dilakukan untuk 29 bidan dan 29 dokter (Pelayanan kesehatan di RS WZ Johannes, 2003-2007). Walaupun demikian, pelatihan ini belum menyentuh semua bidan dan dokter di NTT. Rumah Sakit WZ Johannes, melaporkan sebanyak 60 kasus aborsi aman pada triwulan kedua pada tahun 2006. Akan tetapi laporan rumah sakit ini tidak menunjukkan apakah kasus-kasus tersebut adalah kehamilan yang tidak diinginkan atau apakah mereka ditawari program perawatan pasca-aborsi setelah mengalami keguguran.

3.6.4 Upaya Lembaga non-pemerintah

Upaya-upaya yang telah dilakukan oleh lembaga non pemerintah dalam mengatasi masalah aborsi tidak dimuat dalam laporan ini karena ketentuan hukum atas masalah aborsi yang masih mendua di Indonesia, dan memiliki potensi resiko untuk menyebutkan upaya-upaya yang telah dilakukan oleh lembaga-lembaga non pemerintah, para praktisi dan klinik swasta di tingkat kabupaten dan propinsi, yang mendukung hak-hak perempuan untuk mendapatkan aborsi yang aman.

3.6.5 Kesenjangan antara undang-undang, peraturan, kebijakan, strategi, dan penerapannya

Tingkat nasional

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan.⁹²

⁹⁰ ICPD+5 paragraph 63iii.

⁹¹ Widyantoro, N dan Lestari, H (2004). Laporan Penelitian Pengentian Kehamilan Tak Diinginkan Yang Aman Berbasis Konseling: Penelitian di 9 Kota Besar. Jakarta: Yayasan Kesehatan Perempuan.

⁹² Dikutip dari "Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan kesehatan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapang Indonesia", Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

Secara hukum, perlindungan bagi ibu hamil untuk menyelamatkan kehidupannya dalam situasi gawat darurat dan pengakuan atas hak untuk kesehatan dalam hubungannya dengan aborsi masih kurang. Walaupun beberapa perjanjian hak azasi manusia telah diratifikasi oleh Pemerintah Indonesia, seperti: CEDAW, Konvensi Hak-Hak Anak dan Kovensi Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, dan juga UU dan peraturan tentang HAM, mensyaratkan perlindungan yang mutlak terhadap hak untuk hidup tanpa diskriminasi, UU Kesehatan (UU No. 23 tahun 1992) tidak menyediakan perlindungan yang jelas terhadap hak atas hidup bagi perempuan yang berada dalam situasi darurat. Pasal 14(1) dari UU tersebut menyatakan bahwa “dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan/atau janinnya, tindakan medis tertentu dapat dilakukan.”

Kurangnya perlindungan yang mutlak terhadap hak atas hidup seorang ibu dalam keadaan darurat ini juga bertentangan dengan penjelasan resmi dari Pasal 9 (tentang hak untuk hidup) dari UU HAM (UU 39/1999) yang menyatakan bahwa, dalam keadaan yang luar biasa untuk menyelamatkan jiwa ibu, aborsi dapat dilaksanakan.

Selanjutnya, penghentian kehamilan secara sengaja dianggap sebagai tindak pidana menurut KUHP (Pasal 346-348). Pengabaian pelayanan yang dibutuhkan perempuan dalam menyelamatkan jiwanya dan kesehatannya adalah bertentangan dengan UU yang melindungi hak atas hidup dan kesehatan, dan juga bertentangan dengan pedoman hak azasi manusia.

Hambatan terkait kebijakan, strategi, perencanaan, dan penerapannya⁹³

Dalam pandangan sifat aborsi yang secara hukum dilarang, para penyedia pelayanan kesehatan tidak menyadari dasar-dasar aborsi yang mana yang bisa dilayani dalam konteks undang-undang yang ada saat ini.

Selain itu, pelatihan bagi penyedia pelayanan kesehatan dalam hal metode aborsi yang aman juga masih kurang. Karena itu, diperlukan informasi untuk mengukur besarnya kejadian aborsi tak aman, juga komplikasi aborsi terhadap kesakitan dan kematian maternal, sehingga kebijakan dan program-program bisa dibuat untuk mengatasi masalah ini.

Tingkat Provinsi

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

Para pemangku kepentingan di tingkat provinsi dan kabupaten menegaskan kembali kendala-kendala yang telah diidentifikasi di tingkat nasional.

Hambatan terkait kebijakan, strategi, perencanaan, dan penerapannya

- 1) Walaupun permintaan untuk pelayanan aborsi yang aman terbukti ada, dan aborsi aman dapat disediakan oleh para dokter dan konselor terlatih, Pemerintah Propinsi masih belum cukup yakin untuk mengembangkan sebuah kebijakan atau rencana kegiatan untuk menyediakan pelayanan aborsi yang aman.
- 2) Data berbasis penduduk yang mewakili diperlukan untuk mengukur angka aborsi tak aman dan kontribusinya terhadap kematian dan kesakitan maternal, sehingga para pembuat kebijakan terinformasikan dengan baik guna bisa mengembangkan suatu kebijakan sistematis dan efektif untuk menyediakan pelayanan aborsi yang aman sehingga dapat menurunkan kematian maternal.
- 3) Perlu dilakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang bahaya aborsi tak aman dan praktik-praktik aborsi tradisional, sehingga perempuan yang mengalami kehamilan tak diinginkan akan mencari pelayanan aborsi yang aman sebelum berusaha menggunakan metode-metode aborsi yang tak aman.
- 4) Biaya pelayanan aborsi saat ini di NTB dan NTT (berkisar Rp. 250.000 dan Rp.600.000) merupakan penghambat bagi sebagian besar penduduk untuk mendapatkan pelayanan aborsi aman.

3.6.6 Rekomendasi untuk tindakan prioritas

Tingkat Nasional

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan⁹⁴

⁹³ Dikutip dari Laporan Lapang Nasional : “Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memberkuat undang-undang, kebijakan, dan standard pelayanan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapang Indonesia”, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007)

⁹⁴ Ibid.

- Rumusan UU Kesehatan yang baru terkait dengan aborsi seharusnya mencerminkan standar hak azasi manusia internasional yang berhubungan dengan perlindungan atas hidup dan kesehatan perempuan, dan kebutuhan publik kesehatan perempuan yang mungkin mengalami kehamilan tak diinginkan dan yang mungkin meninggal karena mengalami komplikasi aborsi tak aman.
- KUHP perlu diperbaharui agar tidak menghukum perempuan yang mencari pelayanan aborsi. KUHP juga perlu direvisi untuk tidak menghukum para petugas yang secara medis terlatih yang menyediakan pelayanan aborsi aman apabila undang-undang tersebut memperbolehkan hal itu.

Pihak-pihak yang potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan, Departemen Hukum dan HAM, Departemen Agama, Para anggota DPR, organisasi-organisasi profesi.

Tindakan terkait kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan⁹⁵

- Pelayanan aborsi yang aman untuk semua indikasi yang dijamin oleh hukum harus menjadi bagian yang terintegrasi dari pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif guna memperkecil kemungkinan kematian dan kesakitan yang tidak perlu yang disebabkan oleh aborsi tak aman.
- Data tentang aborsi tak aman harus dikumpulkan secara nasional untuk mengukur besar dan dampaknya terhadap kesehatan perempuan.
- Kesadaran para profesional dan masyarakat secara luas perlu ditingkatkan tentang Fatwa No.4/2005 yang memperbolehkan aborsi apabila kehamilan itu akibat perkosaan (diperbolehkan sebelum umur kehamilan mencapai 40 hari).

Pihak-Pihak yang Potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan, BKKBN, Anggota DPR, organisasi profesi, (khususnya POGI, IBI, IDAI), Departemen Dalam Negeri.

Tingkat Provinsi

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

NTB

UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 perlu direvisi, pada tingkat propinsi untuk menetapkan penerapan pelayanan aborsi yang aman dalam kasus-kasus perkosaan dan/atau inses, sesuai dengan Fatwa Majelis Ulama Indonesia dan standar WHO.

NTT

Pemerintah NTT perlu menghidupkan kembali UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 untuk memperbolehkan aborsi apabila ada indikasi medis demi menyelamatkan jiwa ibu, dan untuk membantu korban perkosaan dan/atau inses.

Pihak-Pihak yang Potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten di NTB dan NTT, DPRD NTB dan NTT, Kanwil Agama.

Tindakan terkait kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan

- Meningkatkan kesadaran masyarakat (termasuk para remaja) dan pembuat kebijakan tentang dampak kesehatan yang negatif (fisik, psikologis, dan sosial) yang disebabkan oleh aborsi tak aman melalui kegiatan informasi, pendidikan, dan komunikasi.
- Memperluas akses terhadap informasi, konseling, dan pelayanan bagi kehamilan yang tak diinginkan (termasuk metode-metode kontrasepsi untuk mencegah kehamilan tak diinginkan dan informasi yang berkenaan dengan pelayanan aborsi aman)
- Dengan adanya kasus-kasus pemerkosaan dan/atau inses terjadi di NTB, suatu kebijakan rujukan perlu dikembangkan untuk menugaskan penyedia pelayanan dan fasilitas kesehatan yang kompeten untuk melaksanakan aborsi aman bagi korban pemerkosaan dan inses.

⁹⁵ Ibid.

- Sebuah lembaga yang berperan untuk mengkoordinasikan pelayanan dan dukungan bagi para korban pemerkosaan dan /atau inses perlu dibentuk untuk menjamin pemulihan jangka panjang.
- Sebuah lembaga yang berperan untuk mengkoordinasikan pelayanan dan dukungan bagi para korban pemerkosaan dan /atau inses perlu dibentuk untuk menjamin pemulihan jangka panjang.
- Advokasi bagi pemuka agama tentang perlunya pelayanan aborsi aman.
- Di NTB, Fatwa MUI No.4 tahun 2005 tentang aborsi aman perlu disebarluaskan
- Pelayanan aborsi aman sebaiknya tersedia di semua rumah sakit umum daerah (RSUD).
- Pelatihan penyegaran dan supervisi teratur perlu dilakukan bagi para penyedia pelayanan aborsi untuk memastikan bahwa mereka memberikan pelayanan yang paling berkualitas.
- Perlu dilakukan penelitian tentang dampak aborsi tak aman dan dampaknya terhadap kesehatan maternal.
- Pelayanan aborsi aman perlu disediakan secara gratis bagi masyarakat miskin.

Pihak-Pihak yang Potensial bertanggung jawab :

Gubernur, Bupati/Walikota, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi/kabupaten, DPRD, Direktur RSUD & RSUD, Kepala Kanwil Departemen Agama, Kepala Kantor Kesejahteraan Masyarakat dan Pemberdayaan Perempuan, Kepala Dinas Pendidikan dan Olah Raga, organisasi profesi, Pusat Kajian Perempuan, LSM.

3.7 Kesehatan reproduksi remaja: perkawinan dan kehamilan dini, dan akses yang terbatas terhadap pendidikan seksual dan kesehatan reproduksi, dan pelayanan kesehatan reproduksi & kesehatan seksual

3.7.1 Pertimbangan-Pertimbangan Kesehatan

Tingkat nasional⁹⁶

Fakta menunjukkan bahwa perkawinan yang dilakukan pada usia dini memungkinkan terjadinya kehamilan pada usia dini, hal ini merupakan risiko tinggi bagi kesehatan ibu dan bayi. Bila kehamilan ditunda, kesehatan ibu dan bayi akan menjadi lebih baik

Di Indonesia:⁹⁷

- Ada suatu peningkatan tajam pada usia perkawinan pertama selama duapuluh tahun terakhir, dimana perempuan berpendidikan lebih banyak menikah pada usia yang lebih tua dibandingkan dengan perempuan yang kurang berpendidikan, yang menikah pada usia lebih muda. Sejak tahun 1991, ada perubahan usia rata-rata perempuan menikah, yakni dari 17 tahun menjadi 19 tahun. Walaupun demikian, perkawinan anak perempuan berusia 15 tahun atau di bawahnya masih tetap terjadi di Indonesia, khususnya di wilayah pedesaan, sehingga usia melahirkan pertama bervariasi dari suatu provinsi ke provinsi lainnya.
- Ada peningkatan yang paralel dalam proporsi perempuan yang melahirkan pada usia 15 tahun atau lebih muda, perkiraan saat ini menunjukkan hanya 1% dibandingkan 7% pada 30 tahun yang lalu.
- Persentase perempuan berusia antara 15-19 tahun yang sudah mengalami persalinan masih 10,4 % pada tahun 2002-2003.
- Ada perbedaan mendasar dalam hal fertilitas di kalangan remaja yang tinggal di daerah pedesaan dan perkotaan. Di daerah pedesaan, proporsi remaja yang memulai persalinan dua kali lipat dari proporsi remaja di wilayah perkotaan (masing-masing 14% dan 7%).

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Data pada bagian ini diperoleh dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia, (2002-2003), dan Survei Kesehatan Reproduksi Remaja 2002-2003, Macro-DHS,(2003).⁹⁸. Indikator Kesejahteraan Umum NTB (2005).

- Perempuan dengan tingkat pendidikan kurang lebih mungkin untuk mulai melahirkan pada usia remaja dibandingkan dengan perempuan yang berpendidikan tinggi. Sejumlah 14% remaja yang tidak mengenyam pendidikan formal telah menjadi ibu, hanya 4% dari remaja yang berpendidikan sekolah menengah pertama atau sekolah menengah atas yang sudah menjadi ibu.
- Remaja yang tidak menikah tidak dapat mengakses pelayanan yang dibutuhkan terkait dengan kesehatan reproduksinya.
- Pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dan seksualitas masih rendah. Misalnya, kurang dari separuh remaja memahami proses perkembangan manusia, dan kurang dari 30% remaja mengetahui cara menghindari HIV/AIDS.

Tingkat Provinsi

Perkawinan dan Kehamilan Usia Dini

Statistik resmi tentang usia perkawinan di NTB menunjukkan bahwa rata-rata usia perkawinan pertama untuk perempuan adalah pada usia 20 tahun pada tahun 2005.⁹⁸ Statistik resmi di NTT memperkirakan rata-rata usia perkawinan pertama bagi perempuan adalah 22 tahun pada tahun 2006.⁹⁹ Survei Data Primer (2007) menemukan bahwa perempuan-perempuan yang diwawancarai di 2 kabupaten di NTB (n= 201) kawin sebelum berusia 18 tahun (yang paling muda pada usia 10 tahun), dan dari perempuan di 2 kabupaten yang disurvei di NTT, sebanyak 18% (n=90) menikah pada usia 18 tahun (7 orang diantaranya menikah pada usia 12 tahun).

Di NTB, proporsi jumlah perempuan yang diwawancarai yang telah melahirkan anak pertama pada usia sebelum 18 tahun sebanyak 23%, dan di NTT 15% dari perempuan yang menjadi sampel survey telah menjadi ibu pada usia sebelum 18 tahun. Data ini menunjukkan bahwa perkawinan dan melahirkan pada usia dini masih menjadi isu yang perlu diperhatikan di kabupaten-kabupaten dimana disurvei dilakukan.

Akses ke pelayanan kesehatan reproduksi yang tidak memadai

Fakta yang menunjukkan bahwa perempuan yang tidak menikah secara hukum tidak bisa mengakses berbagai pelayanan yang diberikan oleh BKKBN merupakan masalah yang serius tentang hak remaja perempuan atas kesehatan. Diskriminasi dalam penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja juga merupakan hal yang menjadi masalah karena perkiraan meningkatnya jumlah remaja yang secara seksual aktif sebelum menikah, dan karena masalah beban kesehatan yang dialami oleh perempuan muda yang disebabkan oleh kehamilan diluar nikah dan aborsi tak aman. Diperkirakan sebesar 50% aborsi disengaja di Indonesia dilakukan oleh perempuan yang tidak menikah dan antara 10% sampai 25% diantaranya masih berusia belasan tahun.¹⁰⁰

Karena saat ini tidak ada data statistik berbasis penduduk yang terpercaya yang dikumpulkan di NTB/NTT tentang kesakitan reproduksi remaja atau bahkan tentang perilaku seksual remaja, maka suatu penelitian kualitatif yang luas telah dilakukan di NTB yang menonjolkan tentang bagaimana dan mengapa perempuan muda mengalami diskriminasi ketika mencari pelayanan kesehatan reproduksi.¹⁰¹ Penelitian kualitatif ini (Bennett, 2005) menunjukkan bahwa stigma sosial, biaya, dan sikap diskriminatif dari para penyedia pelayanan kesehatan reproduksi mempengaruhi akses perempuan lajang ke pelayanan kesehatan reproduksi menjadi lebih sulit dibandingkan akses yang bisa diperoleh oleh perempuan yang sudah menikah.

Selain itu, kesalahpahaman di kalangan masyarakat bahwa masalah kesehatan reproduksi perempuan yang tidak menikah berhubungan dengan seks pra nikah juga menghalangi remaja perempuan dalam mengakses pelayanan kesehatan reproduksi untuk mengungkapkan keluhan-keluhan yang dialami, seperti infeksi saluran reproduksi, masalah menstruasi, endometriosis, tumor di saluran kencing dan kanker di alat reproduksi. Seperti yang telah dijelaskan pada bagian tentang aborsi, para remaja berada pada risiko yang lebih besar dalam berupaya melakukan aborsi disengaja secara non medis yang tak aman dan melakukannya lebih dahulu sebelum mencari pelayanan aborsi yang aman. Jika kesulitan mengakses kontrasepsi yang terpercaya ditambahkan dalam pembahasan ini, kerugian yang dialami oleh remaja perempuan terkait perlindungan kesehatan reproduksi dan seksualnya tidak bisa

⁹⁸ Indikator Kesejahteraan Umum NTB (2005).

⁹⁹ Susenas BPS (2006).

¹⁰⁰ Singarimbun cited in Nurdiana, E. et al. (2002). "Hak Untuk Mengakhiri Kahamilan". in Perempuan dan Hak Kesehatan Reproduksi. Jakarta: Ford Foundation and Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia: 117-140.

¹⁰¹ Bennett, L.R. (2005) *Women, Islam and Modernity: Single Women, Sexuality and Reproductive Health in Contemporary Indonesia*. Routledge: London. ¹⁰² BPS NTB and NTB, *Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur Dalam Angka* (2006).

diabaikan dan sebaiknya tidak dibiarkan untuk tidak dibicarakan oleh pemerintah nasional atau pun propinsi.

Kurangnya memadainya pendidikan reproduksi/seks

Sementara upaya-upaya berbasis masyarakat termasuk kegiatan-kegiatan LSM dan organisasi keagamaan untuk menyediakan pendidikan seksual yang komprehensif bagi remaja ada di kedua propinsi, NTB dan NTT, namun tidak ada penyediaan pendidikan seksual yang sistematis secara formal ke remaja di sekolah-sekolah. Dari 291 perempuan dalam Survei Data Primer (2007) yang menikah pada usia sebelum 18 tahun, sebagian besar (95%; n=277) dilaporkan tidak pernah menerima pendidikan seks secara formal. Selanjutnya, kurang dari 10% perempuan yang menikah sebelum usia 18 tahun yakin bahwa mereka memiliki cukup pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada saat mereka menikah. Temuan ini secara jelas membenarkan perlunya pendidikan seks/reproduksi sebelum menikah bagi para remaja perempuan.

Lebih Tingginya angka putus sekolah remaja perempuan pada tingkat sekolah menengah atas

Data resmi tentang pencapaian tingkat pendidikan di NTB dan NTT menunjukkan kesenjangan secara jender, dan kesenjangan antara perkiraan nasional dan perkiraan propinsi tentang pencapaian pendidikan perempuan. Presentase anak perempuan yang tidak pernah mengenyam sekolah secara nasional diperkirakan sebesar 10.9%. Di NTB diperkirakan berkisar antara 23.37% dan 45.80%, dan di NTT 43.76% dari anak perempuan diperkirakan tidak pernah sekolah.¹⁰²

Sedangkan angka masuk SD anak perempuan terhadap anak laki-laki di NTB dan NTT adalah tinggi, bahkan lebih tinggi dibandingkan angka masuk anak laki-laki (NTB -102.48% and NTT -107.2%), anak perempuan lebih banyak yang putus sekolah dibandingkan dengan anak laki-laki ketika mereka di sekolah menengah pertama.

Proporsi angka masuk sekolah menengah anak perempuan di terhadap anak laki-laki di NTB adalah 97.63% dan di NTT 93.14%. Jadi, menjadi jelas bahwa peningkatan akses anak perempuan ke pendidikan menengah pertama di NTB/NTT

akan memainkan peran penting dalam mempromosikan status kesehatan dan pilihan hidup mereka. Fakta bahwa orangtua tampaknya memasukkan anak perempuannya ke sekolah dasar pada presentasi yang sama atau bahkan lebih tinggi dengan anak laki-laki menunjukkan tingginya nilai pendidikan tingkat dasar bagi anak perempuan. Penelitian tentang alasan dibalik lebih tingginya angka drop out anak perempuan di sekolah menengah penting untuk mengembangkan strategi yang efektif dalam meningkatkan pencapaian pendidikan anak perempuan. Secara khusus, penelitian hendaknya dilakukan untuk memperkirakan angka pasti drop out remaja perempuan sebagai akibat dari kehamilan remaja yang tak rencanakan.

3.7.2 Pertimbangan-Pertimbangan Hak Azasi Manusia¹⁰³

Pemerintah, melalui berbagai perjanjian internasional dan dokumen-dokumen kesepakatan, UU dan peraturan-peraturan pemerintah, sepakat untuk melindungi dan mempromosikan hak-hak remaja atas pendidikan, informasi, dan pelayanan kesehatan reproduksi.¹⁰⁴ Pemerintah juga menyetujui rancangan dan pelaksanaan program yang melibatkan remaja secara penuh, sebagaimana layaknya, menyediakan mereka pendidikan, informasi, dan pelayanan yang memadai, khas, dan ramah pengguna, terjangkau, tanpa diskriminasi, untuk memenuhi secara efektif kebutuhan kesehatan reproduksi dan seksual mereka, dengan mempertimbangkan hak mereka atas privasi, hak atas kerahasiaan, hak untuk dihargai dan dan informed consent (persetujuan tertulis).

Pemerintah juga mengakui tanggung jawab, hak, dan kewajiban dari orangtua dan wali untuk menyediakan bimbingan dan petunjuk, dengan cara yang konsisten dengan kemampuan anak yang berkembang untuk memenuhi hak-hak anak yang diakui dalam Konvensi Hak-Hak Anak dan sesuai dengan CEDAW dan memastikan bahwa dalam semua tindakan yang menyangkut anak-anak, pertimbangan yang harus diutamakan adalah apa yang terbaik bagi anak.¹⁰⁵

Komite Hak Anak dalam kesimpulan pengamatannya di Indonesia mencatat tentang pembentukan Komisi Hak Reproduksi pada tahun 1999, yang antara lain menangani masalah-masalah kesehatan remaja, pencegahan HIV/AIDS dan keluarga berencana. Namun, komite memperhatikan

¹⁰² BPS NTB and NTB, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur Dalam Angka (2006)

¹⁰³ Dikutip dari "Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan kesehatan; Suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapangan Indonesia", Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

¹⁰⁴ CRC, ICPD, CEDAW, GC 4 CRC, GC 24 CEDAW, CESCR, GR 14 CESCR.

¹⁰⁵ Beijing Plus Five (2000). Paragraph 79 (f).

bahwa isu-isu ini tetap menjadi sebuah masalah bagi para remaja dan masih tidak ada sistem pelayanan dan konseling kesehatan reproduksi yang terorganisir, juga tidak ada pendidikan tentang HIV/AIDS dan IMS bagi para remaja.

Komite ini merekomendasikan kepada Negara:

- Mengembangkan kebijakan dan perencanaan yang komprehensif tentang kesehatan remaja, dengan memperhatikan komentar umum Komite No. 4 (2003) tentang kesehatan dan perkembangan remaja;
- Memperkuat penerapan rekomendasi dari Komisi Kesehatan Reproduksi, & mempromosikan kerjasama antara lembaga-lembaga pemerintah/negara & LSM untuk menyusun suatu sistem pendidikan formal dan informal tentang HIV/AIDS dan IMS serta pendidikan seks;
- Memperhatikan komentar umum Komite No. 3 (2003) tentang HIV/AIDS dan hak-hak anak dan Panduan Internasional mutakhir tentang HIV/AIDS dan Hak Azasi Manusia guna mempromosikan dan melindungi hak azasi anak-anak yang terinfeksi dan terkena HIV/AIDS;
- Menjamin adanya akses ke konseling dan informasi serta pelayanan kesehatan reproduksi bagi semua remaja. Komite juga memperhatikan bahwa, selain rekomendasi terdahulu, usia sah perkawinan bagi perempuan (16) dan pria (19) adalah masih diskriminatif. Komite juga menyatakan keprihatinannya bahwa sangat banyak jumlah anak-anak, khususnya anak perempuan, yang menikah sebelum usia 15 tahun, dan secara hukum mereka dianggap sebagai orang dewasa, ini berarti bahwa Konvensi ini tidak berlaku bagi mereka. Komite merekomendasikan agar negara meninjau batas usia yang ditentukan oleh berbagai undang-undang untuk menjamin bahwa berbagai undang-undang tersebut sesuai dengan prinsip-prinsip dan ketentuan dari Konvensi. Komite juga secara khusus merekomendasikan agar Negara :
- Menjamin bahwa tidak ada diskriminasi berdasarkan seks yang terjadi, dan bahwa ketentuan usia perkawinan bagi perempuan adalah sama dengan ketentuan usia perkawinan bagi laki-laki;

- Mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk mencegah perkawinan dini;¹⁰⁶
- Melakukan kampanye yang meningkatkan kesadaran tentang kerugian dan bahaya akibat perkawinan usia dini.

3.7.3 Upaya Pemerintah

Tingkat Nasional

Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2002-2003 melaporkan bahwa “pelayanan keluarga berencana yang tersedia bagi para remaja menyediakan berbagai informasi, pendidikan, dan konseling. Akan tetapi, penyediaan metode-metode kontrasepsi bagi orang-orang yang belum menikah tidak menjadi bagian dari program keluarga berencana nasional.”

Akhir-akhir ini, Pemerintah mulai melaksanakan program kesehatan reproduksi remaja. Program ini bertujuan untuk menyiapkan para remaja agar bertanggung jawab dalam perilaku kesehatan reproduksinya. Program ini fokus pada pemberian informasi dan konseling bagi para remaja tentang masalah-masalah kesehatan reproduksi. Di pihak pemerintah, program kesehatan reproduksi remaja dilaksanakan oleh BKKBN, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama dan Departemen Sosial. Misalnya, Departemen Kesehatan fokus pada penyiapan pelayanan kesehatan sebagai pusat-pusat rujukan, sementara itu BKKBN fokus pada pemberdayaan remaja melalui kelompok-kelompok masyarakat. Pelayanan kesehatan reproduksi yang peduli bagi kaum remaja dilakukan melalui Pelayanan Kesehatan Ramah Remaja di beberapa pusat pelayanan sebagai suatu pelayanan percontohan.

Meningkatnya angka kehamilan di kalangan remaja telah menggugah LSM-LSM untuk menyediakan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi para remaja. Bekerja sama dengan PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia), dan BKKBN, UNFPA mendukung pembuatan bahan-bahan pendidikan untuk menjangkau para orangtua, pembuat kebijakan, dan tokoh-tokoh masyarakat dalam mempromosikan pesan “seks sebelum menikah tidak layak dilakukan oleh remaja”.¹⁰⁷

¹⁰⁶ CRC/C/15/Add.223. 2004. Para 26.27.

¹⁰⁷ UNFPA, dikutip dalam Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2002-2003, Macro-DHS(2003).

Tingkat Provinsi

Di NTB kesehatan reproduksi remaja telah mendapatkan perhatian yang semakin meningkat. Lembaga yang menangani keluarga berencana di tingkat provinsi/kabupaten (BKKBN/KBKS/BKBKS), Kantor Wilayah Departemen Agama, Biro Pemberdayaan Perempuan (di Kantor Gubernur), dan LSM lokal bekerjasama untuk melakukan kampanye sosialisasi tentang usia ideal perkawinan (minimum 21 tahun), pencegahan perkawinan dini (usia sebelum 19 tahun) dan pentingnya pencatatan perkawinan. Kampanye ini menggunakan sarana khotbah yang disampaikan dalam sembahyang Jum'at, pembentukan Forum Ulama, melalui siaran radio lokal, kelompok pengajian Al Qur'an, dan forum-forum remaja.

Pemerintah Propinsi bekerja sama dengan LSM lokal seperti Annisa, Pusat Kajian Perempuan di Universitas Mataram, PKBI, YKSSI dan UNESCO menciptakan sebuah program pemberdayaan bagi remaja perempuan putus sekolah dengan memberikan pendidikan kesehatan remaja.

Sebuah klinik yang menyediakan pelayanan kesehatan remaja telah di dirikan di Desa Banyumulek Lombok Barat (2002-2006), yang dikelola secara bersama oleh Pusat Informasi Kesehatan dan Perlindungan Keluarga (PIKPK) serta Pusat Kajian Perempuan di Universitas Mataram, yang didanai oleh Ford Foundation.

Pemerintah Provinsi NTT, bekerjasama dengan BKKBN dan KBKS di Kota Kupang juga telah memelopori program untuk meningkatkan usia menikah kaum perempuan melalui pendidikan masyarakat tentang kesehatan reproduksi remaja. Program ini dilakukan dengan mengadakan diskusi dengan para remaja di sekolah-sekolah dan siaran radio yang dirancang bagi pendengar kaum muda. Program-program tambahan yang diarahkan untuk menunda perkawinan dikemas dalam bentuk pertemuan remaja. Paket pendidikan tentang Keterampilan Hidup dalam Kesehatan Reproduksi Remaja telah dikembangkan, yang melibatkan kerjasama antara PKBI, LSM Yasmasa dan Yayasan Tanpa Batas, juga BKKBN, Dinas Kesehatan Propinsi, dan Dinas Pendidikan dan Kebudayaan.

Gereja Katolik dan Kantor Pencatatan Sipil dan Kependudukan telah bekerjasama untuk meningkatkan pendaftaran perkawinan resmi, dengan menawarkan pelayanan pendaftaran perkawinan sebagai bagian dari proses perkawinan. Selanjutnya, program-program perkawinan masal dilakukan di beberapa kabupaten bagi masyarakat miskin. Sebagai upaya untuk menunda kewajiban yang harus dipenuhi untuk melakukan perkawinan yang disebabkan oleh ketidakmampuan pria dan keluarganya untuk membayar mas kawin (disebut *belis*), Pemerintah Kabupaten Sumba Timur telah menetapkan standar *belis*.

3.7.4 Upaya Lembaga Non-pemerintah

NTB

LSM Lokal:

- Annisa – memberikan pendidikan bagi perempuan muda yang terpaksa meninggalkan sekolah karena hamil atau miskin, melaksanakan program-program pendidikan kesehatan dan pendidikan jender bagi kaum muda yang punya risiko tinggi, termasuk anak-anak perempuan jalanan.
- YKSSI – memberikan informasi, pendidikan, dan komunikasi tentang HIV/AIDS bagi kaum muda dan melatih pendidik sebaya untuk bekerja di kalangan pemandu pariwisata.
- Fatayat NU – memberikan pendidikan seks dan kesehatan reproduksi bagi remaja
- PKBI – memberi pendidikan seks/ kesehatan reproduksi dan konseling bagi kaum muda.
- Desa Siaga – kelas kesehatan reproduksi bagi remaja berbasis masyarakat dan memberi rujukan ke pusat konseling kesehatan.

NTT

LSM Lokal

- PKBI NTT – menyelenggarakan sebuah pusat kaum muda yang menyediakan informasi kesehatan reproduksi

- Yayasan Tanpa Batas – memberi pendidikan kesehatan reproduksi khususnya ditujukan pada anak-anak jalanan dan pekerja seks, dan menyediakan tes HIV, konseling, dan pemeriksaan kesehatan reproduksi.

3.7.5 Hambatan terkait undang-undang, peraturan, kebijakan, strategi, dan penerapannya.

Tingkat nasional

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan.

Masih terdapat ketentuan hukum yang tak sama dalam hal usia perkawinan dan kurang memadainya perlindungan bagi anak perempuan/perempuan dari perkawinan dini. UU Perkawinan¹⁰⁸ yang menentukan usia kawin 19 tahun bagi pria dan 16 tahun bagi perempuan adalah bertentangan dengan ketentuan internasional tentang penghapusan perkawinan anak-anak khususnya ketentuan CEDAW dan Konvensi Hak Anak yang menganggap perkawinan dini dan kehamilan dini adalah praktik yang merugikan. Selain itu, dalam konteks kesetaraan antara perempuan dan laki-laki, CEDAW meminta negara-negara untuk mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk menghapuskan diskriminasi terhadap perempuan di segala bidang yang terkait dengan perkawinan dan hubungan kekeluargaan dan khususnya bahwa perempuan memiliki hak yang sama untuk memasuki perkawinan sebagaimana pria.

Selanjutnya, Konvensi tentang Hak-Hak Anak menetapkan batas usia minimum 18 tahun sama baik bagi perempuan dan laki-laki. Semua prinsip ini diwujudkan dalam UU Perlindungan Anak yang menganggap bahwa siapa pun yang berusia di bawah 18 tahun adalah anak dan meminta orangtua untuk tanggung jawab dan dipercayakan untuk mencegah perkawinan di bawah umur (Pasal 26). Itulah mengapa UU Perkawinan bertentangan dengan komitmen internasional dan perundang-undangan nasional, yang mensyaratkan hak yang sama untuk menikah dan menetapkan batas usia minimum 18 tahun, yang merupakan batas usia yang sama antara laki-laki dan perempuan.

Kesenjangan lain juga masih ada antara UU perkawinan dan

UU Perlindungan Anak yang menyangkut persetujuan. Sementara, UU tentang Perkawinan mensyaratkan persetujuan orangtua untuk menikah bagi mereka yang belum mencapai usia 21 tahun (Pasal 6, ayat (2)), UU Perlindungan Anak menyatakan bahwa anak adalah orang-orang yang berusia di bawah 18 tahun. Itulah mengapa UU Perkawinan bertentangan dengan UU Perlindungan Anak dan Konvensi tentang Hak Anak yang menentukan bahwa anak adalah yang berusia di bawah 18 tahun.

Poligami

Kesenjangan lain yang ditemukan dalam UU Perkawinan (UU No 1 tahun 1974 Pasal 3) adalah berkaitan dengan poligami. Walaupun UU tersebut menyatakan bahwa seorang pria harus memiliki satu orang istri dan seorang perempuan hanya memiliki satu orang suami, namun disebutkan pula bahwa pengadilan bisa memberikan ijin kepada seorang suami untuk memiliki lebih dari satu istri, jika dikehendaki oleh pihak-pihak yang terlibat didalamnya. Ijin untuk suami ini akan berlaku jika istri “tidak dapat melaksanakan kewajiban sebagai istri, jika istri cacat atau menderita penyakit yang tak bisa disembuhkan, atau jika istri tak mampu melahirkan anak.” UU ini bertentangan dengan beberapa perjanjian internasional, UU tentang Konvensi Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan/CEDAW (UU No.7 tahun 1984, pasal 1), UU (No. 39 tahun 1999) tentang Hak Azasi Manusia (Pasal 3 ayat 3), dan juga bertentangan dengan UUD (Pasal 28B ayat 2), yang semuanya itu melindungi hak untuk bebas dari diskriminasi. Ketentuan-ketentuan yang disebutkan di atas tentang UU Perkawinan menghapuskan status perempuan di masyarakat dan hal ini bisa berdampak langsung atau pun tak langsung terhadap kesehatan perempuan serta akses perempuan ke pelayanan kesehatan.

Tidak memadainya perlindungan hukum bagi remaja yang tidak menikah terkait pelayanan kesehatan reproduksi.

Perjanjian hak azasi manusia internasional, juga dokumen-dokumen kesepakatan seperti Program Aksi dari ICPD dan Rancangan Aksi dari Konferensi Perempuan Sedunia ke empat (4) (Fourth World Conference on Women/FWCW), yang

¹⁰⁸ Undang-Undang No. 1 tahun 1974 tentang Perkawinan, Pasal 7 Ayat (1).

masing-masing diratifikasi dan ditandatangani oleh Pemerintah Indonesia, mensyaratkan agar pemerintah menyediakan pelayanan yang terjangkau, dan berkualitas baik bagi semua lapisan penduduk tanpa diskriminasi. Walaupun ada fakta bahwa komitmen internasional meminta negara untuk melindungi hak reproduksi dan hak seksual setiap orang tanpa diskriminasi dan secara khusus remaja - kesehatan seksual dan reproduksi tanpa diskriminasi termasuk penyediaan pelayanan, namun Undang-Undang Kependudukan mengizinkan pelayanan keluarga berencana hanya bagi pasangan yang sudah menikah.

Hal ini berarti bahwa para remaja yang belum menikah yang tidak bisa mendapatkan pelayanan kontrasepsi kemungkinan mengalami kehamilan yang tak diinginkan dan kemungkinan melakukan aborsi yang disengaja yang seringkali dilakukan dalam keadaan tidak aman. Karena hakekat aborsi sebagai sesuatu hal yang dilarang, maka aborsi kemungkinan dilakukan oleh orang-orang yang tidak ahli dalam kondisi yang tidak aman, yang bisa menimbulkan risiko kesehatan yang tinggi.

Itulah mengapa ketentuan khusus tentang Undang Undang Kependudukan yang mengizinkan hanya pasangan menikah yang bisa mendapatkan pelayanan keluarga berencana adalah bertentangan dengan Undang Undang Dasar (pasal 34 (3), Undang-Undang Hak Azasi Manusia (Pasal 49.(3), Pasal 62, Undang-Undang Perlindungan Anak (pasal 18), Undang-Undang Kesehatan (Pasal 4) dan Undang-Undang tentang Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan (Pasal 12) yang kesemuanya itu mensyaratkan diberikannya pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan yang memadai bagi semua orang tanpa diskriminasi.

Selanjutnya, hal ini juga bertentangan dengan ketentuan-ketentuan yang tercantum dalam Konvensi Hak-Hak Anak dan UU Perlindungan anak yang mensyaratkan perlindungan hak atas kesehatan anak-anak, termasuk mereka yang belum berusia 18 tahun.

Dalam konteks kesehatan dan perkembangan remaja, menurut penafsiran resmi dari Konvensi ini negara wajib mengembangkan dan melaksanakan program-program yang menyediakan akses ke pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk pelayanan keluarga berencana,

kontrasepsi, dan pelayanan aborsi aman bila aborsi tersebut tidak bertentangan dengan undang-undang, memberikan pelayanan dan konseling di bidang obstetrik yang memadai dan menyeluruh; memelihara sikap yang positif dan mendukung terhadap para remaja yang sudah menjadi orangtua; serta mengembangkan kebijakan yang mengizinkan ibu-ibu remaja untuk melanjutkan pendidikannya.¹⁰⁹

Undang Undang Perlindungan Anak dalam kaitannya dengan Undang-undang dan Konvensi Hak-Hak Anak menjelaskan bahwa setiap anak memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan jaminan sosial yang sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual, dan sosialnya

Pemerintah mulai mengambil langkah-langkah untuk mengembangkan program-program yang menyediakan konseling dan informasi tentang kesehatan reproduksi bagi para remaja. Namun, tak satu pun dari program itu yang menyediakan pelayanan kontrasepsi, hanya memberi informasi dan pendidikan.

Hambatan terkait kebijakan, strategi, perencanaan, dan penerapannya

- Untuk mencegah perkawinan dini, Pemerintah Indonesia (tercermin dalam kebijakan BKKBN) mempromosikan penundaan usia kawin bagi perempuan dan laki-laki. Akan tetapi, kebijakan ini merekomendasikan usia perkawinan 21 tahun bagi perempuan dan 24 tahun bagi laki-laki. Kebijakan ini bertentangan dengan CEDAW, yang mensyaratkan hak yang sama antara laki-laki dan perempuan untuk menikah dan membentuk keluarga.
- Penyediaan pelayanan yang ramah kepada kaum remaja di Indonesia masih merupakan tahap uji coba dan belum tersebar luas di seluruh negeri.
- Implementasi rencana di tingkat nasional dan propinsi untuk pelayanan dan informasi kesehatan reproduksi dan seksual bagi remaja masih belum memadai. Belum ada standar bagi pusat-pusat remaja, standar pelatihan bagi pendidik sebaya dan konselor sebaya, juga belum ada materi minimum yang disepakati untuk pendidikan kesehatan reproduksi dan seks bagi kaum remaja.

¹⁰⁹ Komentar Umum No. 4. Kesehatan dan perkembangan remaja dalam konteks Konvensi Hak-Hak Anak. Komite Hak-Hak Anak, sesi ke tiga puluh tiga (2003).

- Fokus utama informasi dan konseling bagi para remaja tentang kesehatan reproduksi adalah moralitas dan hal-hal yang dilarang. Muatan informasi, pendidikan, dan komunikasi serta konseling itu tidak memadai untuk melindungi remaja dari kehamilan yang tak diinginkan, PMS, dan masalah-masalah seksualitas.

Tingkat Provinsi

Hambatan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan.

- Pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi di provinsi merujuk pada undang-undang kependudukan nasional dan seringkali mensyaratkan perempuan remaja untuk menunjukkan surat nikah sebelum memberikan mereka akses untuk bisa mendapatkan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Hal ini berarti mengabaikan perempuan yang tidak menikah dan remaja dari pelayanan pemerintah yang bisa didapatkan secara cuma-cuma.
- Tidak ada peraturan daerah yang mensyaratkan sekolah untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi remaja.

Hambatan terkait kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan

- Di NTB dan NTT tidak ada kebijakan khusus ditingkat provinsi terkait dengan ketentuan usia untuk melangsungkan perkawinan.
- Di NTB, walaupun sudah ada saran khusus yang dikeluarkan oleh FKPP (Forum Komunikasi Pondok Pesantren) terkait dengan pentingnya pencegahan perkawinan dini dan perceraian, namun masih banyak perkawinan dan perceraian yang dilakukan di bawah usia 19 tahun.
- Secara budaya masih diterima di masyarakat di NTB dan NTT perempuan yang menikah di usia belasan tahun.
- Tingginya angka putus sekolah remaja perempuan di tingkat sekolah menengah pertama berarti bahwa kaum

perempuan mungkin menikah lebih muda jika mereka putus sekolah sebelum tamat SMP.

- Sekolah masih tetap enggan untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada remaja sebagai bagian dari kurikulum standarnya. Kemampuan sekolah untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi seperti itu, baik dalam hal ketrampilan guru maupun penyediaan bahan pendidikan yang memadai, masih sangat kurang.
- Di kedua provinsi ini, alokasi anggaran yang disediakan untuk penyuluhan khusus kesehatan reproduksi remaja masih sangat kurang.
- Di kedua provinsi, remaja, terutama remaja perempuan, masih menghadapi diskriminasi dalam mengakses pelayanan kesehatan reproduksi.
- Kegiatan-kegiatan yang ada saat ini yang bertujuan untuk pendidikan remaja dan promosi kesehatan reproduksinya, cenderung sangat bergantung pada lembaga-lembaga donor dan diberikan dalam waktu yang singkat.
- Biaya untuk pelayanan kesehatan reproduksi swasta tidak mempertimbangkan sebagian besar remaja yang tidak memiliki sumber pendapatan sendiri.
- Kurangnya privasi yang dialami di kebanyakan klinik – dimana pelayanan kesehatan reproduksi diberikan – menghambat remaja, khususnya para remaja perempuan, mengakses pelayanan karena tingginya stigma yang melekat pada seks sebelum menikah bagi perempuan.

3.7.6 Rekomendasi untuk tindakan-tindakan prioritas

Tingkat Nasional¹¹⁰

Tindakan terkait Hukum dan Peraturan Perundang-undangan

- UU Perkawinan yang berlaku saat ini perlu direvisi untuk menghapuskan perkawinan dini dan kehamilan dini dengan menentukan usia minimum yang sah untuk melangsungkan perkawinan, 18 tahun bagi perempuan dan

¹¹⁰ Dikutip dari: “Menggunakan Hak Azasi Manusia di Bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan; Suatu laporan tentang Uji Lapang Indonesia”, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

laki-laki. Persetujuan dari orang tua untuk perkawinan sebelum usia 18 tahun diperlukan.

- Ketentuan dalam UU Perkawinan (UU No.1 tahun 1974 – Pasal 3) yang memberikan wewenang kepada pengadilan untuk memberi ijin pada seorang suami untuk memiliki lebih dari satu istri jika diinginkan oleh kedua belah pihak dan khususnya jika istri “tidak dapat melaksanakan kewajibannya sebagai istri, jika ia cacat, menderita penyakit yang tak dapat disembuhkan, atau jika ia tidak dapat melahirkan anak,” harus dihapuskan.
- UU Kependudukan maupun UU Kesehatan, keduanya perlu diubah dan direvisi guna memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang menyeluruh termasuk penyediaan layanan kontrasepsi, pelayanan yang dapat diakses dan terjangkau untuk laki-laki dan perempuan, termasuk bagi para remaja.

Pihak-Pihak yang potensial bertanggung jawab:

Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan, Departemen Pendidikan, Departemen Agama, dan Departemen Hukum dan Hak Azasi Manusia, BKKBN.

Tindakan terkait Kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan

- Perlu dikembangkan sebuah kebijakan dan strategi untuk memberdayakan kaum remaja & kaum muda tentang pengetahuan & keterampilan seksual dan kesehatan reproduksi; dan untuk menjamin pelayanan yang ramah remaja.
- Kebijakan mengenai promosi usia minimum perkawinan bagi pria dan perempuan perlu disesuaikan.
- Komisi Kesehatan Reproduksi perlu dihidupkan kembali dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan dan melibatkan kaum muda.

Pihak-pihak yang potensial bertanggung jawab:

Departemen Kesehatan dan Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan, bekerja sama dengan Departemen Pendidikan, Departemen Agama dan BKKBN.

Tingkat Provinsi

Tindakan terkait hukum dan peraturan perundang-undangan

- Perlu diterbitkan peraturan di tingkat propinsi/kabupaten guna menjamin diterapkannya UU Perlindungan Anak No. 23 tahun 2002. Hal ini mensyaratkan bahwa UU Perkawinan Indonesia (UU No.1 tahun 1974), yang menetapkan usia minimum 16 tahun bagi perempuan untuk menikah adalah sesuai dengan UU Perlindungan Anak No. 23 tahun 2002 yang menyatakan bahwa orang-orang berusia di bawah 18 adalah termasuk anak-anak.
- Perlu diterbitkan peraturan daerah yang menyatakan bahwa remaja memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, tanpa memandang status perkawinan mereka.

Pihak-pihak yang potensial bertanggung jawab:

Menteri Pemberdayaan Perempuan, DPRD, Gubernur, Bupati/Walikota, Kepala Bappeda, Biro Pemberdayaan Perempuan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten, BKKBN, Kanwil Departemen Agama

Tindakan terkait Kebijakan, strategi, dan sistem kesehatan

- Memasukkan pendidikan seks/kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum sekolah.
- Pelatihan bagi para guru dalam menyediakan pendidikan kesehatan reproduksi/ seks, baik dalam hal metode pengajaran maupun pengetahuan tentang seks/kesehatan reproduksi.
- Membangun kemampuan melalui pelatihan tentang kesehatan reproduksi remaja bagi para tenaga kesehatan, pemimpin agama, PKK, LSM, kelompok-kelompok masyarakat, Tim UKS dan konselor sekolah.
- Memperkuat peran dan fungsi Komite Pelindungan Anak dan Remaja.
- Sosialisasi berkelanjutan kepada masyarakat tentang risiko dan bahaya perkawinan dan kehamilan dini serta promosi

¹¹⁰ Dikutip dari: “Menggunakan Hak Azasi Manusia di Bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan; Suatu laporan tentang Uji Lapang Indonesia”, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

penundaan usia perkawinan.

- Sosialisasi berkelanjutan mengenai pentingnya pencatatan perkawinan.
- Sosialisasi kepada masyarakat tentang berbagai isu kesehatan reproduksi yang dialami oleh kaum remaja, dan fakta bahwa kaum remaja yang secara seksual tidak aktif juga perlu mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan. Kegiatan ini hendaknya ditujukan untuk mengurangi kesan dan stigma masyarakat bahwa pelayanan kesehatan reproduksi remaja adalah pelayanan yang terkait dengan seks sebelum menikah.
- Membentuk Pusat Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIKRR) di setiap sekolah (termasuk pondok-pondok pesantren Islam dan sekolah-sekolah Katolik).
- Penyediaan ruang konseling remaja pada setiap Pusat Kesehatan Masyarakat
- Pelatihan yang luas dan intensif tentang ketrampilan konseling yang tepat bagi para petugas kesehatan, guru, dan orang-orang lain yang mampu memberikan dukungan kepada para remaja terkait kesehatan reproduksinya.
- Di program-program sekolah perlu dikembangkan untuk mendukung remaja perempuan yang hamil agar tetap melanjutkan pendidikannya, dengan tujuan mengurangi angka putus sekolah di kalangan perempuan di sekolah menengah pertama.

Pihak-pihak yang potensial bertanggung jawab:

Gubernur, Walikota/Bupati, BAPPEDA, Biro Pemberdayaan Perempuan, Dinas Kesehatan Provinsi/Daerah, Dinas Pendidikan, BKKBN, Kantor Wilayah Departemen Agama, LSM, para pemimpin agama, dan organisasi/kelompok muda keagamaan. 🌈



Karsten van der Oord

BAB 4

4. NON-DISKRIMINASI, KESETARAAN DAN KELOMPOK-KELOMPOK YANG RENTAN

4. NON-DISKRIMINASI, KESETARAAN DAN KELOMPOK-KELOMPOK YANG RENTAN

Non-diskriminasi adalah prinsip pokok dari pendekatan atau penerapan semua hak dari hak asasi manusia yang dikembangkan, termasuk kesehatan. Penerapan pendekatan hak asasi ini mensyaratkan bahwa perhatian khusus diberikan kepada masalah diskriminasi, kesetaraan, keadilan, dan kelompok-kelompok rentan. Yang termasuk dalam kelompok rentan ini adalah kelompok minoritas, masyarakat asli dan lain-lainnya, bergantung pada situasi khas sebuah Negara.¹¹¹

Para pemangku kepentingan di propinsi dan kabupaten di NTB dan NTT mempertimbangkan dan menegaskan kembali temuan dari Laporan Lapang Nasional tentang tanpa-diskriminasi, kesetaraan, dan kelompok-kelompok yang rentan. Kelompok-kelompok yang diidentifikasi sebagai kelompok yang rentan di dua propinsi ini diuraikan lebih terperinci pada paparan di bawah ini, sesuai dengan faktor-faktor yang membuat mereka rentan dalam hal kesehatan.

4.1 Hak atas non-diskriminasi dan kesetaraan¹¹²

Non-diskriminasi adalah prinsip yang paling mendasar di antara prinsip-prinsip dasar undang-undang internasional hak asasi manusia. Ketika para pemerintah negara, termasuk Pemerintah Indonesia, meratifikasi perjanjian internasional tentang Hak-Hak Sipil, Sosial, dan Budaya, meratifikasi CEDAW, konvensi tentang Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan dan meratifikasi Konvensi Hak-Hak Anak, serta perjanjian-perjanjian internasional lainnya, pemerintah menjadi terikat secara hukum untuk melarang semua bentuk diskriminasi dan menjamin bahwa semua orang adalah sederajat, serta memberi perlindungan yang efektif terhadap diskriminasi yang dilakukan atas alasan apa pun, termasuk alasan ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, pendapat politik, atau pendapat lainnya, asal usul kebangsaan atau sosial, kelahiran, atau status lainnya.¹¹³

Sementara Undang-Undang Dasar Indonesia tidak memberikan definisi tentang apa yang dimaksud dengan non-diskriminasi, UU Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa “Diskriminasi berarti semua pembatasan, penistaan, atau

pengasingan, baik langsung atau pun tak langsung, dengan alasan perbedaan agama, suku, kelompok, faksi, status sosial, ekonomi, jenis kelamin, bahasa, atau keyakinan politik, yang berakibat menurunnya, dilanggarnya, atau dihapuskannya pengakuan, pelaksanaan, atau penerapan hak asasi manusia dan kebebasan dasar dalam politik, hukum, sosial, budaya, dan bidang-bidang kehidupan lainnya”.¹¹⁴

Karena negara terikat pada prinsip-prinsip dalam perjanjian hak asasi manusia internasional dan perundang-undangan nasional ini, maka negara wajib bertindak menentang diskriminasi di segala bidang hak-hak politik dan sipil, juga hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya, termasuk kesehatan. Sesuai dengan perjanjian internasional di bidang hak asasi manusia, pasal 4 UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa: “Setiap orang memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal.”

Kewajiban negara untuk menjamin hak atas kesehatan dan hak-hak asasi lainnya terkait dengan penyelamatan jiwa ibu, berdasarkan kesetaraan dan non-diskriminasi, berdampak pada kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak perempuan atas pelayanan kesehatan, informasi dan pendidikan, juga berkewajiban untuk menghapus undang-undang, kebijakan, dan praktik-praktik yang mendiskriminasi karena alasan tertentu dan macam-macam alasan lainnya.

Oleh karena itu perlu diteliti bagaimana negara menjamin bahwa negara menghapus semua bentuk diskriminasi dengan alasan apa pun. Walaupun setiap bentuk diskriminasi bisa dijelaskan secara terpisah, dalam praktiknya hal itu seringkali tumpang tindih. Diskriminasi jenis kelamin, misalnya, seringkali diperburuk dengan adanya diskriminasi berdasarkan status perkawinan, suku, usia, tempat tinggal dan berdasarkan kelompok pedesaan dan kelas sosial, seringkali berakibat pada perempuan muda, kelompok rasial minoritas, dan kelompok status ekonomi rendah yang tinggal di pedesaan yang paling rentan terhadap resiko kematian maternal. Jadi, pemerintah diminta untuk memperhatikan saling keterkaitan antara berbagai bentuk diskriminasi tersebut.¹¹⁵

¹¹¹ Human Rights in Development, OHCHR. Tersedia di: <http://www.unhchr.ch/development/approaches-04.html>

¹¹² Dikutip dari: “Menggunakan Hak Asasi Manusia di Bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan; Suatu laporan tentang Uji Lapang Indonesia”, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

¹¹³ ICPPR pasal 2 dan 26.

¹¹⁴ UU No.39/1999 tentang Hak Asasi Manusia pasal 1 huruf c.

¹¹⁵ Komentar Umum No. 28: Kesetaraan hak antara laki-laki dan perempuan, (pasal 3): 29/03/2000. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10. para. 30.



Nusa Tenggara Timur: Sebuah keluarga di daerah terpencil di Sumba © SISKES

Karsen van der Oord

4.2 Non-diskriminasi dalam konteks kesehatan ibu dan khususnya kelompok-kelompok rentan di Indonesia

4.2.1 Jender

Semua perjanjian internasional yang diratifikasi Pemerintah Indonesia meminta tidak adanya diskriminasi berdasarkan jenis kelamin. Pasal 1 UU No. 7 tahun 1984 tentang ratifikasi CEDAW mendefinisikan diskriminasi terhadap perempuan sebagai “segala macam pembedaan, pengucilan, atau pembatasan yang dibuat berdasarkan jenis kelamin yang berakibat atau bertujuan untuk melemahkan, menghilangkan pengakuan, penikmatan, atau penerapannya bagi perempuan, tanpa memandang status perkawinannya yang didasarkan pada kesetaraan perempuan dan laki-laki, pada hak azasi manusia dan hak-hak mendasar yang diakui dalam bidang politik, ekonomi, sosial, bidang sipil, atau bidang-bidang lainnya.”¹¹⁶

Negara-negara yang telah meratifikasi CEDAW, termasuk Pemerintah Indonesia, perlu menjamin agar hak atas tanpa-diskriminasi itu dilaksanakan dan perlu mengkaji berbagai cara yang memungkinkan dilanggarnya hak azasi perempuan di bidang pelayanan kesehatan tersebut. Misalnya, negara berkewajiban untuk menyediakan pelayanan yang hanya dibutuhkan perempuan sehingga bisa memastikan bahwa pelayanan yang memadai bagi perempuan dalam konteks kehamilan, kelahiran, dan periode pasca melahirkan, menjamin pelayanan cuma-cuma bila diperlukan, dan juga menyediakan gizi yang baik selama kehamilan dan menyusui. Bila dimungkinkan, menurut Komite CEDAW, perundang-undangan yang memidana pelaku aborsi perlu diamandemen untuk mencabut ketentuan pidana yang dikenakan kepada perempuan yang melakukan aborsi.¹¹⁷

4.2.2 Kelompok-Kelompok Rentan di NTB dan NTT: perempuan

Data yang disajikan di bab terdahulu telah menjelaskan bagaimana perempuan dalam berbagai hal merupakan kelompok yang rentan dalam banyak hal karena jenis kelamin mereka. Hanya perempuan yang bisa hamil, dan oleh karena itu hanya perempuanlah yang menghadapi risiko kematian karena hamil dan hanya perempuan yang mengalami risiko yang disebabkan aborsi yang tak aman. Dalam kasus kegagalan kontrasepsi, atau kurangnya akses terhadap kontrasepsi, perempuan jugalah yang menanggung risiko utama dan menanggung beban karena kehamilan yang tak terencana dan tak diinginkan. Perempuan adalah yang lebih rentan dalam kekerasan yang terjadi dalam rumah tangga, dibandingkan dengan pria. Mereka juga lebih rentan terhadap infeksi HIV karena psikologinya, ancaman kekerasan dan seks yang tak diinginkan, kesulitan dalam bernegosiasi terkait penggunaan kondom, dan karena masih diterimanya secara diam-diam paktek poligami di kalangan masyarakat di NTB, dan resiko terkait praktik sifon di NTT.

4.2.3 Usia¹¹⁸

Hak atas non-diskriminasi berdasarkan usia pada umumnya dilanggar dalam hubungannya dengan kesehatan seksual dan reproduksi. Remaja seringkali tidak diberikan informasi dan

¹¹⁶ CEDAW, pasal 1.

¹¹⁷ CEDAW, Rekomendasi Umum No. 24 (siding ke 20t, 1999) (pasal : Perempuan dan kesehatan).

¹¹⁸ Dikutip dari Laporan Lapang Nasional “Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal : Alat Ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan; suatu Laporan tentang Analisis Uji Lapang Indonesia”, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

pelayanan terkait dengan seksualitas dan reproduksinya. Fakta ini amat penting diangkat kedalam konteks meningkatnya risiko yang diakibatkan oleh kehamilan dini. Fakta menunjukkan bahwa perempuan yang melahirkan sebelum usia 18 tahun kemungkinan meninggal tiga kali lebih tinggi ketika melahirkan anak dibandingkan dengan perempuan yang sudah berusia di atas 18 tahun.¹¹⁹

Konvensi tentang Hak-Hak Anak yang diratifikasi dengan Keputusan No. 36 tahun 1990 di Indonesia, dan juga UU 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, mendefinisikan seorang anak adalah orang yang berusia di bawah 18 tahun. Selanjutnya, Konvensi dan Undang Undang Perlindungan Anak ini menyatakan bahwa "Negara wajib menghormati dan menjamin hak-hak anak yang ditetapkan dalam Konvensi ini terhadap setiap anak yang berada di dalam yurisdiksi mereka tanpa diskriminasi apa pun, tanpa memandang ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, pendapat politik atau pendapat-pendapat lainnya, asal-usul suku atau sosial, kebangsaan, harta kekayaan, ketidakmampuan, kelahiran, atau status yang dimiliki oleh orang tua atau walinya". Klausula tanpa-diskriminasi ini dikemukakan juga, di antaranya pada pasal 24(1) Konvensi Hak-Hak Anak yang menyatakan bahwa "Negara wajib berusaha menjamin bahwa tidak ada anak yang dicabut hak-haknya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan."

Selanjutnya, UU No. 7 tahun 1984 tentang ratifikasi CEDAW menyatakan bahwa negara wajib menyediakan semua sarana yang memadai untuk menghapuskan diskriminasi terhadap perempuan di bidang pelayanan kesehatan untuk menjamin akses atas pelayanan kesehatan yang terkait dengan keluarga berencana, berdasarkan kesederajatan antara pria and perempuan. Konvensi tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, yang diratifikasi dengan UU No. 11 tahun 2005 di Indonesia, mensyaratkan ketentuan tentang hak atas kesehatan tanpa diskriminasi, dan melarang alasan-alasan untuk mendiskriminasikan, khususnya termasuk alasan usia.

Undang-Undang dan kebijakan serta praktik-praktik klinis yang menentukan batasan usia untuk jenis-jenis pelayanan kesehatan, dan menolak informasi dan pelayanan seksual dan kesehatan reproduksi kepada remaja yang mampu untuk minta

berdasarkan kemampuan mereka, adalah bertentangan dengan perjanjian-perjanjian internasional di bidang hak azasi manusia yang diratifikasi oleh Negara dan perundang-undangan nasional tentang hak atas kesehatan tanpa diskriminasi.

4.3 Kelompok-kelompok rentan di NTB dan NTT: anak-anak perempuan dan remaja perempuan

Anak perempuan dan remaja perempuan merupakan kelompok yang rentan hampir di semua aspek kesehatan reproduksi di Indonesia. Perkawinan dini, masih terjadi di NTB dan NTT (khususnya di wilayah pedesaan), yang mengekspos remaja untuk melakukan hubungan seksual pada usia dini dan mengalami kehamilan dini. Persalinan pada usia dini seringkali berakibat pada masalah kesehatan termasuk kesakitan maternal dan kematian, bayi dengan berat badan lahir rendah, dan paritas yang sangat tinggi bagi perempuan dalam kehidupan selanjutnya. Anak perempuan dan remaja perempuan juga kurang memperoleh pendidikan seks reproduksi yang komprehensif, dan seperti data pada bab sebelumnya juga menunjukkan bahwa kebanyakan dari mereka merasa tidak memiliki pengetahuan cukup tentang reproduksi ketika mereka menikah. Hambatan terkait hukum dan stigma yang diasosiasikan dengan seks dan kehamilan sebelum nikah, kedua-duanya berpengaruh sebagai penghambat yang serius dalam perlindungan anak perempuan dan remaja perempuan untuk bisa mengakses pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Kurangnya pelayanan kesehatan reproduksi yang esensial ini membuat anak-anak perempuan dan remaja perempuan tetap sebagai kelompok yang rentan untuk bisa selamat dari metode aborsi yang tak aman.

4.4 Status sosial ekonomi dan status pendidikan, serta tempat tinggal secara geografis.¹²⁰

Pasal 14 dari Undang-Undang No. 7 tahun 1984 tentang ratifikasi CEDAW menyatakan bahwa negara harus mempertimbangkan masalah-masalah khusus yang dihadapi oleh kaum perempuan pedesaan dan peran pentingnya, dimana perempuan pedesaan berperan dalam ketahanan ekonomi keluarga. Komite CEDAW, lebih lanjut, mengklarifikasi hal ini dalam Rekomendasi Umumnya 24,

¹¹⁹ World Bank. World Development Report 1993 – Investing in Health. New York, Oxford University Press (1993): 84-117.

¹²⁰ Dikutip dari: "menggunakan Hak Azasi MAnusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal : Alat ukur untuk memperkuat undang-undang, kebijakan, dan standard pelayanan; Laporan Uji Lapang Indonesia: Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

tentang Perempuan dan Kesehatan, bahwa perwujudan hak perempuan atas kesehatan sepenuhnya hanya dapat dicapai jika negara mengambil langkah untuk memfasilitasi akses fisik dan ekonomi terhadap sumber-sumber daya produktif khususnya bagi perempuan desa, serta mengakui keterkaitannya dengan kesehatan perempuan. Hal ini berarti bahwa negara harus menjamin akses perempuan desa untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, termasuk pelayanan informasi dan konseling serta keluarga berencana.

Selanjutnya, Komite ini meminta agar negara-negara menjamin akses yang setara untuk mendapatkan pendidikan, sehingga, memungkinkan perempuan untuk mengakses pelayanan kesehatan lebih cepat dan mengurangi angka putus sekolah di kalangan perempuan, yang seringkali disebabkan oleh kehamilan dini, juga menjamin informasi pendidikan khusus kepada anak perempuan dan remaja perempuan guna membantu mereka menjamin kesejahteraan keluarganya, termasuk pemberian informasi dan saran tentang keluarga berencana. Tanpa-diskriminasi berdasarkan status sosial ekonomi, tempat tinggal geografis dan status pendidikan telah diakui jika dalam perjanjian internasional lainnya, seperti perjanjian internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya yang diratifikasi Indonesia pada tahun 2005.

4.4.1 Kelompok-kelompok yang rentan di NTB & NTT: perempuan miskin, perempuan berpendidikan rendah atau tidak berpendidikan, & perempuan pedesaan

Di NTB dan NTT, walaupun telah ada berbagai upaya untuk meningkatkan keterjangkauan pelayanan kesehatan maternal bagi perempuan miskin dan perempuan pedesaan, para perempuan ini masih mengalami kesulitan yang lebih besar dalam mengakses pelayanan kesehatan. Banyak perempuan miskin enggan mendapatkan kartu miskin yang diperlukan untuk mengakses program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin. Kaum perempuan miskin dan pedesaan sering juga kekurangan sumber keuangan dan kemandirian keuangan yang diperlukan untuk membayar ongkos kendaraan untuk bisa mendapatkan pelayanan kesehatan.

Hal ini merupakan faktor amat penting yang seringkali menyebabkan kematian maternal yang bisa dihindari karena mereka tidak mengakses pelayanan kesehatan atau tiba terlambat di tempat pelayanan kesehatan tersebut. Perempuan pedesaan yang ditunjukkan dalam penelitian ini memiliki tingkat pengetahuan yang rendah terhadap Penyakit Menular Seksual dan HIV, mereka juga cenderung memiliki pencapaian pendidikan dan angka melek huruf yang rendah. Penelitian di seluruh dunia menunjukkan bahwa perempuan yang berpendidikan rendah atau tidak berpendidikan sama sekali mempunyai kesehatan maternal dan anak-anak yang rendah, dan hal ini sama dengan temuan dalam penelitian ini. Bayi-bayi yang ibunya miskin dan/atau tinggal di wilayah pedesaan, serta berpendidikan rendah atau tidak berpendidikan sama sekali, juga berisiko lebih tinggi untuk meninggal selama bulan pertama kehidupannya.

4.5 Status Perkawinan¹²¹

Undang-Undang No. 7 tahun 1984 tentang ratifikasi konvensi CEDAW mensyaratkan agar perempuan melaksanakan hak-hak mereka tanpa “memandang status perkawinan mereka” dan perjanjian – perjanjian internasional lain yang diratifikasi oleh Indonesia juga melarang diskriminasi berdasarkan status lain yang termasuk status perkawinan. Komite Hak Azasi Manusia, yang memonitor ditaatinya perjanjian Internasional tentang Hak-Hak Sipil dan Politik menjelaskan dalam kaitannya dengan ketentuan perjanjian internasional ini, bahwa hak setiap orang untuk diakui di mana pun sebagai seorang individual di hadapan hukum khususnya untuk perempuan, yang sering dikurangi hak-haknya dengan alasan jenis kelamin atau status perkawinannya. Misalnya, stigmatisasi yang dialami oleh kaum perempuan yang hamil di luar perkawinan, bahkan ketika mereka hamil karena penyalahgunaan seksual atau mendapat serangan seksual, bisa menghilangkan akses mereka terhadap pelayanan dan kualitas pelayanan yang mereka terima, memperburuk kerentanan mereka terhadap pelayanan kesehatan maternal yang tidak aman. Komite ini meminta negara-negara untuk mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk menghapuskan undang-undang atau praktik yang membiarkan perlakuan seperti itu.¹²²

¹²¹ Dikutip dari: “Menggunakan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Maternal dan Neonatal: Suatu alat ukur untuk memperluas undang-undang, kebijakan, dan standar pelayanan: Laporan Uji Lapangan Indonesia”, Departemen Kesehatan dan Kantor WHO Indonesia (2007).

¹²² Komentar Umum No. 28: Kesetaraan hak antara laki-laki dan perempuan, (pasal 3): 29/03/2000. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10. para 19.

4.5.1 Kelompok-kelompok yang rentan di NTB dan NTT: perempuan yang tidak menikah

Status perkawinan bisa menjadi faktor pelindung di NTB and NTT karena status perkawinan menciptakan kondisi yang memungkinkan perempuan untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi. Pada beberapa pelayanan kesehatan masyarakat di NTB dan NTT, para petugas kesehatan meminta surat nikah sebelum memberikan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Perempuan tidak menikah yang hamil juga sangat rentan untuk dipaksa kawin.

Perempuan yang hamil tanpa suami mengalami perasaan malu dan mendapatkan stigma sosial, yang berdampak buruk terhadap kesehatan psikologisnya dan menghambat perilaku mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak menikah tidak mendapatkan, atau kurang mendapatkan, pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan selama kehamilan dan pasca melahirkan. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa perempuan yang tidak menikah lebih mungkin melahirkan bayinya di rumah dan dibantu oleh dukun. Para remaja yang hamil juga mengalami diskriminasi dalam hal pendidikan karena mereka diharapkan keluar dari sekolah.

4.6 Status Lain

Kelompok “status lain” mencakup alasan-alasan lain diskriminasi yang dilarang, yang bisa mempengaruhi kemampuan perempuan untuk memenuhi hak mereka yang melekat pada status mereka sebagai ibu. Hal ini berarti bahwa negara bertanggung jawab untuk menjamin bahwa perundang-undangan, kebijakan, dan praktik-praktiknya agar sesuai dengan kewajiban untuk memenuhi, menghormati, dan melindungi hak azasi manusia bagi seluruh lapisan penduduk, khususnya bagi kelompok-kelompok yang rentan.

4.6.1 Kelompok yang rentan di NTB dan NTT: perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS, pekerja migran, dan pekerja seks

Khusus di NTB, pekerja migran perempuan sangat rentan terhadap kekerasan dan eksploitasi seksual ketika mereka

bekerja di luar negeri. Perempuan yang menikah dengan laki-laki pekerja migran juga sangat lebih rentan terhadap PMS termasuk HIV ketika suami mereka memiliki hubungan seksual di luar nikah dan kemudian kembali kepada istrinya. Perempuan yang menikah dengan pekerja migran juga rentan terkait akses mereka terhadap pelayanan keluarga berencana, seperti di beberapa tempat di NTB, petugas kesehatan menolak memberikan alat kontrasepsi kepada para ibu yang suaminya bekerja di luar negeri. Pekerja seks khususnya berisiko terkena PMS, termasuk HIV/AIDS, risiko ini di NTB dan NTT, bertambah parah karena kegagalan mempromosikan penggunaan kondom dan menjamin pasokan kondom gratis secara ajeg kepada pekerja seks. Di kedua propinsi ini, khusus kaum perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS merupakan kelompok yang rentan karena tingginya stigma yang terkait dengan HIV/AIDS, selain adanya fakta bahwa saat ini pengobatan medis HIV dan dukungan sosial terhadap mereka masih dalam taraf dikembangkan. 🌈



Karsten van der Oord

BAB 5

KESIMPULAN



5. KESIMPULAN

Laporan ini menyajikan hasil penelitian eksploratif tentang pemenuhan Hak Azasi Manusia di bidang Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir di tingkat provinsi dan kabupaten di dua propinsi, NTB dan NTT, yang membahas temuan-temuannya dengan merujuk pada undang-undang, kebijakan, perencanaan, dan strategi yang dilakukan di tingkat nasional. Laporan ini memuat data yang luas tentang banyaknya upaya yang dilakukan oleh pemerintah propinsi dan Lembaga Swadaya Masyarakat dalam promosi hak azasi manusia di bidang kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Laporan ini juga memuat beberapa rekomendasi khusus tentang bagaimana meningkatkan pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan ibu dan bayi baru lahir, yang dikembangkan dan disetujui oleh para pemangku kepentingan pada beberapa kali lokakarya pemangku kepentingan yang diselenggarakan pada bulan Juni 2007 di Bali, dan di setiap provinsi pada bulan Agustus serta September 2007. Temuan yang muncul sangat jelas dalam laporan ini adalah bahwa ada sejumlah hambatan terkait undang-undang, peraturan, kebijakan, dan sistem kesehatan yang masih perlu diatasi guna mempercepat berkurangnya angka kematian dan kesakitan dari para ibu dan bayi baru lahir di Provinsi NTB dan NTT. Telaahan pada hambatan-hambatan ini dalam konteks kewajiban Pemerintah Indonesia tentang hak asasi manusia menurut hukum internasional dan undang-undang nasional, menunjukkan bahwa tindakan atau langkah-langkah perlu dilakukan tidak hanya oleh Departemen Kesehatan, tetapi juga berbagai aktor diberbagai tingkat pemerintahan, di pusat, provinsi, dan daerah, serta para penggiat di LSM. Jelaslah bahwa kerjasama yang kuat antara berbagai kelompok yang berkepentingan yang berpartisipasi dalam proses penelitian ini diperlukan untuk menjamin meningkatnya pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan maternal dan neonatal.

Melalui proses penyelesaian laporan ini, para pemangku kepentingan telah mengidentifikasi berbagai pelaku di berbagai sektor yang bertanggung jawab untuk menindaklanjuti rekomendasi-rekomendasi dalam laporan ini. Para pelaku di tingkat provinsi dan kabupaten yang akan membawa perubahan diharapkan untuk meningkatkan pemenuhan hak azasi manusia di bidang kesehatan ibu dan

bayi baru lahir di Provinsi NTB and NTT termasuk: Pejabat Gubernur NTB dan NTT; DPRD; Kepala Daerah Kabupaten/Kota; Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten di NTB dan NTT; BKKBN di NTB dan NTT; BAPPEDA NTB dan NTT; Kantor Ketenagakerjaan (termasuk bagian Transmigrasi) NTB dan NTT; Departemen Pendidikan NTB dan NTT; Kantor Kependudukan dan Catatan Sipil NTB and NTT; Kantor Pemberdayaan Perempuan NTB dan NTT; Kepolisian Daerah NTB dan NTT (POLDA); PKK NTB dan NTT; Pusat Kajian Perempuan di universitas-universitas di NTB dan NTT; Kanwil Departemen Agama, para pemimpin agama dan lembaga agama; Komisi Pencegahan AIDS di NTB dan NTT; Fasilitas pelayanan kesehatan umum maupun swasta; organisasi profesi bidan dan dokter, LSM lokal yang disebutkan dalam laporan ini; kelompok-kelompok pendukung bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS; dan LSM Internasional dan donor internasional yang disebutkan dalam laporan ini.

Berpijak pada laporan ini, akan dilakukan serangkaian pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan untuk merencanakan kegiatan tindak lanjut yang dapat dipadukan kedalam rencana aksi yang sudah ada di kedua provinsi ini. Apabila rancana aksi saat ini tidak dapat mengakomodasi pendekatan hak azasi manusia, intervensi tersendiri akan di dirancang dengan para pemangku kepentingan untuk mempromosikan pemenuhan hak azasi manusia. Peningkatan dalam pemenuhan hak asasi manusia akan dicapai melalui komitmen para kelompok pemangku kepentingan yang luas dalam melakukan pendekatan kolaboratif yang akan melibatkan berbagai lembaga pemerintah dan sektor dan organisasi non-pemerintah bekerja bersama-sama untuk mencapai tujuan yang sama.

Pembelajaran utama terkait dengan metode penelitian ini adalah:

- Penggunaan Tool A - WHO adalah metodologi yang memadai diterapkan pada wilayah yang terdesentralisasi. Walaupun, pada saat penelitian ini dilakukan dibutuhkan



para peneliti yang berpendidikan Strata 3 untuk menggunakan alat tersebut. Kami yakin bahwa kapasitas para pemangku kepentingan lokal untuk lebih berperan dalam proses penelitian ini dapat ditingkatkan dengan menyederhanakan kompleksitas Tool A dan selanjutnya menyesuaikannya untuk cocok dengan standar terminology dan indikator yang digunakan dalam mendiskusikan kesehatan maternal dan neonatal di Indonesia

- Pengembangan alat pelengkap untuk pengumpulan data primer adalah cara yang tepat untuk memperoleh informasi tambahan dari masyarakat, yang memberikan keseimbangan informasi karena berasal dari sudut pandang klien, sedangkan sebagian besar informasi dari penggunaan Tool A berasal dari lembaga dan instansi pemerintah yang berperan sebagai penyedia berbagai pelayanan. Penggunaan Tool B juga telah membuka keterlibatan yang luas dan pengembangan kapasitas organisasi-organisasi non-pemerintah lokal di bidang hak azasi manusia dan kesehatan maternal and neonatal. Keterlibatan staf LSM sebagai peneliti juga meningkatkan interaksi antara LSM dan pejabat pemerintah yang berperan dalam menangani kesehatan bagi ibu dan anak, dan kami berharap hubungan yang telah terjalin baik ini akan berlanjut menjadi kerjasama yang terus menerus.
- Kelemahan dari penerapan kedua alat ukur ini adalah bahwa keduanya kemungkinan sangat memerlukan suatu sumber pendanaan dari luar untuk mendukung proses penelitian, khususnya dalam hal pelatihan bagi para pemangku kepentingan tentang pendekatan hak azasi manusia; pelatihan untuk peneliti, biaya lapangan, dan analisis serta interpretasi data kualitatif.

Jadi, laporan ini diharapkan dapat membantu dalam memperkuat pemahaman tentang bagaimana kesehatan ibu dan bayi baru lahir dibahas dari sisi hak asasi manusia, untuk mendukung aksi yang akan dilakukan oleh semua pihak yang terlibat dalam upaya peningkatan kesehatan maternal dan neonatal dalam era desentralisasi. 🍌

Kupang, Mataram, dan Jakarta

Juli 2008