

Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan

(Komnas Perempuan)

Laporan Independen

Lembaga HAM Nasional

Tentang:

Hak Atas Kesehatan

Bagi Perempuan Korban Kekerasan di Indonesia

Diserahkan Kepada :

Pelapor Khusus untuk hak setiap orang untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang setinggi mungkin yang dapat dicapai

Mr. Dainius Puras

Dalam kunjungan resminya ke Indonesia

(22 Maret – 3 April 2017)

Jakarta, 24 Maret 2017

Kata Pengantar

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

Laporan ini merupakan kompilasi data Komnas Perempuan yang didapatkan dari hasil pemantauan lapangan, pengaduan korban yang diterima langsung oleh Komnas Perempuan, dan data yang diserahkan oleh lembaga layanan yang merupakan mitra kerja Komnas Perempuan. Laporan ini fokus pada persoalan kekerasan terhadap perempuan dan hak korban atas kesehatan yang diformulasikan berdasarkan pengalaman korban dan analisa peraturan/kebijakan negara. Laporan ini juga dituliskan dengan mendengarkan masukan dari hasil konsultasi kelompok masyarakat sipil yang disiapkan dalam rangka menyambut kunjungan pelapor khusus.

Komnas Perempuan menyambut baik semua kunjungan dari Mekanisme HAM PBB ke Indonesia. Hal tersebut termasuk kunjungan resmi maupun informal dari para Pelapor Khusus, kunjungan dari Komisi Tinggi HAM PBB dan dari Komite CEDAW. Salah satu pelaksanaan mandat Komnas Perempuan sebagai lembaga HAM nasional, Komnas Perempuan memfasilitasi kunjungan, mengirimkan laporan, menyediakan data dan menjadi pen jembatan antara kelompok masyarakat sipil, khususnya kelompok korban dengan mekanisme HAM PBB.

Komnas Perempuan berharap laporan ini dapat menjadi bahan pertimbangan dan alat bagi Pelapor Khusus Hak Atas Kesehatan untuk membantu dalam penyusunan rekomendasi bagi Indonesia. Semoga rekomendasi yang dihasilkan dapat merespon pemenuhan HAM perempuan dan ramah terhadap perempuan korban kekerasan dan juga dapat mendorong negara Indonesia untuk menciptakan dan mengimplementasi kebijakan tentang kesehatan yang memenuhi standar hak asasi

manusia,

Komnas Perempuan

Table of Contents

Pendahuluan	Error! Bookmark not defined.
Daftar Isu.....	iii
1. Kesehatan Perempuan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga	1
Layanan Bagi Perempuan Korban Kekerasan disediakan oleh Beberapa Kategori Lembaga.....	Error! Bookmark not defined.
2. Hak Kesehatan Reproduksi dan Seksual	6
2.1. Kriminalisasi Aborsi	Error! Bookmark not defined.
2.2. Perkawinan Anak.....	Error! Bookmark not defined.
2.3. Pemotongan/Pelukaan Genitalia Perempuan	Error! Bookmark not defined.
2.4. Kematian Ibu	
3. Akses Layanan Kesehatan Kelompok Rentan	13
3.1. Pekerja Migran dan Hak Atas Kesehatan	Error! Bookmark not defined.
3.2. Kekerasan Terhadap Perempuan Penyandang Disabilitas dan Kondisi Terhadap Akses Kesehatan	Error! Bookmark not defined.
3.3. Perempuan dengan Ekspresi Gender dan Orientasi Seksual yang Beragam.....	17
4. Hak Atas Kesehatan para Pengungsi/IDP (Internally Displaced Person), Lansia dan Korban Intoleransi Agama	20
4.1. Permasalahan Akses Atas Kesehatan yang dialami oleh Lansia Korban Tragedi 1965, Korban Tragedi Mei 1998 dan Kasus Tanjung Priok	20
4.2. Hak Atas Kesehatan bagi Perempuan Korban Intoleransi : Hak Atas Kesehatan bagi Perempuan Ahmadiyah dan Syiah	22
4.3. Kesehatan Perempuan dan Konflik Sumber Daya Alam: Efek Penambangan Batu Kapur dan Pembangunan Pabrik Semen di Pegunungan Kendeng.....	24
4.4. Layanan Kesehatan di Papua.....	Error! Bookmark not defined.

1. Kesehatan Perempuan Korban Kekerasan dalam Rumah Tangga

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

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

Pasal 7 UU No.23/2004 tentang PKDRT mendefinisikan kekerasan psikologis sebagai sebuah tindakan yang mengakibatkan korban menjadi takut, tidak percaya diri, tidak berdaya, dan/atau menyebabkan penderitaan psikologis yang serius.

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

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

- 1) Depresi, kecemasan, gangguan tidur dan keinginan untuk bunuh diri;
- 2) Stress pasca trauma : mudah terkejut, selalu waspada, mengalami kilas balik dan mimpi buruk, dan merasa ketakutan setiap melihat pelaku atau orang yang menyerupai pelaku/obyek/situasi yang mengingatkan korban kepada pengalaman kekerasan ;
- 3) Kemerosotan dalam merawat diri, termasuk dalam hal makanan dan kebersihan;
- 4) Kehilangan ketertarikan terhadap interaksi sosial
- 5) Gangguan terhadap aktivitas rutin dan kerja;
- 6) Tidak percaya diri;
- 7) Tidak berani untuk melakukan tindakan;
- 8) Memiliki kebiasaan yang berlebihan atau tidak lazim seperti tertawa;
- 9) Kelakuan yang agresive;
- 10) Merasa kesakitan tanpa sebab medis (psikosomatis).

Layanan bagi perempuan korban kekerasan disediakan oleh beberapa kategori lembaga.

Kategori pertama adalah layanan yang disediakan oleh institusi negara seperti polisi, pusat kesehatan dan trauma (dikelola oleh Kementerian Sosial). Perempuan korban kekerasan membutuhkan pemulihan yang komprehensif sesuai dengan kebutuhannya secara individual, dengan demikian maka kordinasi antar institusi yang disebutkan diatas merupakan keharusan. Saat ini tidak ada mekanisme rujukan walaupun sudah dimandatkan dalam aturan hukum seperti UU No. 23/2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga.

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

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

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

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

1. Secara umum layanan konseling yang disediakan oleh P2TP2A dan oleh lembaga layanan berbasis komunitas belum memenuhi kebutuhan perempuan korban kekerasan yang kondisinya sangat beragam dan lokasinya tersebar. Banyak lembaga

layanan mengalami masalah kekurangan tenaga konselor dan kapasitasnya pun kurang. Tidak semua tenaga konselor memiliki latar belakang pendidikan di bidang psikologi. Layanan konseling yang disediakan oleh P2TP2A diseluruh wilayah Indonesia tidak sama standard kualitasnya dan ada beberapa wilayah yang layanannya tidak aktif.

2. Layanan untuk konseling dan kejiwaan juga bervariasi di setiap wilayah. Beberapa pemerintah daerah sudah memiliki MoU (kesepakatan kerjasama) dengan rumah sakit jiwa atau memiliki program layanan terpadu sehingga dapat menyediakan layanan yang relatif baik bagi perempuan korban kekerasan. Tetapi hal ini tidak berlaku terhadap daerah yang belum memiliki MoU atau bentuk kesepakatan kerjasama lainnya. Permasalahan lain adalah terkait jumlah rumah sakit jiwa yang sangat terbatas. Kalaupun ada rumah sakit jiwa biasanya lokasinya sangat jauh dari kediaman perempuan korban kekerasan.

3. Di beberapa wilayah, layanan visum diberikan secara cuma-cuma kepada perempuan korban kekerasan. Hal ini dimungkinkan bila dalam wilayah tersebut sudah ada penandatanganan MoU dengan Kementerian Kesehatan. MoU ini mengatur bahwasanya biaya visum ditanggung oleh pemerintah. Contoh daerah-daerah yang sudah melakukan ini diantaranya adalah provinsi Jawa Tengah dan Sulawesi Tenggara. Di beberapa tempat sistem yang digunakan adalah reimbursement. Untuk mendapatkan reimbursement, perempuan korban kekerasan harus menunjukkan rujukan dari penyedia layanan yang direkomendasikan oleh pemerintah seperti P2TP2A. Beberapa wilayah sudah mengeluarkan peraturan untuk menggratiskan biaya visum dari rumah sakit daerah bagi perempuan korban kekerasan. Layanan visum juga tersedia di rumah sakit polisi yang ada di setiap ibukota provinsi.

4. Tidak semua daerah sudah membuat kebijakan untuk membangun sistem layanan terpadu dan memastikan setiap institusi yang terkait menyediakan layanan medis secara cuma-cuma untuk perempuan korban kekerasan. Sebelumnya di Jakarta biaya visum bagi perempuan korban kekerasan ditanggung oleh pemerintah daerah, tetapi kebijakan ini tidak berlaku lagi setelah ada skema JKN (Jaminan

Kesehatan Nasional). Permasalahannya adalah tidak semua perempuan korban kekerasan memiliki kartu JKN. Layanan kesehatan bagi korban kekerasan sangat tergantung pada kemampuan sosial ekonominya.

5. Karena jumlah lembaga penyedia layanan sangat terbatas, perempuan korban kekerasan yang tinggal jauh dari kota besar sering menghadapi masalah untuk mengakses layanan yang mereka butuhkan. Sebagai contoh, rumah sakit polisi yang menyediakan layanan cuma-cuma bagi korban hanya berlokasi di kota-kota besar.

6. Secara umum biaya tes DNA itu tidak cuma-cuma. Biayanya berkisar dari Rp 4,5 juta hingga Rp 7 juta, yang hal ini menyebabkan perempuan korban kekerasan sulit mengaksesnya karena biaya yang cukup besar. Sejumlah kecil rumah sakit polisi dan daerah sudah berhasil untuk mengupayakan dan menyediakan tes DNA secara cuma-cuma.

Rekomendasi :

- (1) Pemerintah harus memperhatikan kualitas penyediaan layanan medis bagi perempuan korban kekerasan, terutama yang berkaitan dengan pengumpulan bukti dalam proses hukum seperti visum dan tes DNA. Pemerintah harus memastikan melalui kebijakan dan penyediaan anggaran agar penyediaan visum dan layanan tes DNA dapat tersedia secara cuma-cuma dan mudah diakses di seluruh wilayah Indonesia.
- (2) Pemerintah harus memastikan agar layanan medis bagi perempuan korban kekerasan tidak hanya dapat diakses melalui skema BPJS karena sistem tersebut hanya bisa diakses bila individu merupakan pemegang JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)
- (3)
- (4) Pemerintah harus mengembangkan layanan psikologis berbasis komunitas untuk memastikan perempuan korban kekerasan mendapatkan konseling atas trauma dan berbagai masalah psikologis lainnya.

(5) Pemerintah harus membuat aturan terkait layanan terpadu untuk perempuan korban kekerasan yang meliputi akses terhadap layanan psikologis, medis dan pemulihan. Aturan ini dapat berupa keputusan presiden atau peraturan gubernur yang mengatur secara spesifik bahwa layanan terhadap perempuan korban kekerasan harus disediakan sebagaimana dimandatkan dalam UU Nomor 23 tahun 2004 dan UU Nomor 21 tahun 2007.

2. Hak Kesehatan Reproduksi dan Seksual

2.1. Kriminalisasi Aborsi

Pasal 75 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan pasal 194 KUHP menyatakan bahwa aborsi adalah perbuatan pidana dan orang yang melakukannya dapat dipenjara hingga 10 tahun dan didenda hingga Rp 1 juta.

Hanya ada dua kondisi untuk dapat dilakukan aborsi yang legal oleh petugas kesehatan : (1) Dalam kondisi ada komplikasi kehamilan yang mengancam nyawa ibu, (2) kehamilan disebabkan oleh perkosaan.

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

Menteri Kesehatan menyatakan bahwa aborsi hanya menyumbang 1-5% dari angka kematian ibu, sedangkan penyumbang angka penyebab kematian tertinggi adalah pendarahan. Disisi lain WHO memperkirakan bahwa aborsi tidak aman menyebabkan angka kematian ibu sebesar 10-50%, tergantung pada kondisi negara.

Kriminalisasi aborsi tidak menyelesaikan masalah tingginya kehamilan yang tidak direncanakan atau hubungan seksual diluar perkawinan; tetapi justru berkontribusi terhadap pelanggaran hak asasi manusia.

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

Lahirnya Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi merupakan terobosan bagi perempuan korban kekerasan seksual dengan memperbolehkan korban perkosaan untuk mendapatkan akses ke aborsi aman. Tetapi berdasarkan aturan ini, korban perkosaan hanya boleh melakukan aborsi apabila umur kandungan belum mencapai 40 hari. Untuk mendapatkan akses aborsi, dibutuhkan keterangan dari tenaga medis, psikolog dan polisi. Pembatasan waktu 40 hari dirasakan sangat singkat bagi korban untuk menyadari bahwa ia hamil dan untuk mendapatkan syarat bukti dari berbagai pihak.

Rekomendasi :

- (1) Komnas Perempuan merekomendasikan Kementerian Kesehatan untuk menyediakan dan melatih tenaga medis profesional untuk memberikan layanan aborsi yang aman untuk korban perkosaan sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan reproduksi, dan agar Pemerintah melatih dan memastikan tenaga profesional memiliki perspektif HAM dan gender.
- (2) Komnas Perempuan merekomendasikan Kementerian Kesehatan untuk menindaklanjuti pasal 25 Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi dengan membuat dan mengimplementasikan kebijakan nasional untuk menyediakan aturan untuk memberikan kontrasepsi darurat untuk korban perkosaan dan perempuan yang tidak menggunakan kontrasepsi, dalam rangka untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

2.2. Perkawinan Anak

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

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

Dalam banyak komunitas seorang perempuan dianggap dewasa ketika sudah mengalami menstruasi dan dengan demikian sudah layak untuk menikah. Pernikahan anak juga terjadi karena banyaknya keresahan di masyarakat atas stigma “perawan tua”. Penyebab utama lainnya pernikahan anak termasuk untuk menghindarkan remaja dari kehamilan yang tidak direncanakan dan pernikahan dengan tujuan untuk menghindari zina.

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

Kebijakan : Komnas Perempuan menyesalkan putusan Mahkamah Konstitusi yang menolak permohonan judicial review pasal 7 ayat (1) dan (2) UU Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan untuk menaikkan usia minimum perkawinan menjadi 18 tahun. Hukum nasional inilah yang melegitimasi praktek perkawinan anak di Indonesia karena batas usia minimum pernikahan adalah 16 tahun.

Selama proses persidangan judicial review, telah disampaikan sejumlah argumentasi yang menunjukkan efek negatif dari perkawinan anak dari aspek kesehatan, psikologis dan pelanggaran HAM anak. Komnas Perempuan sebagai salah satu Saksi Ahli dalam permohonan judicial review ini menyampaikan kesaksian bahwa perkawinan anak mengakibatkan; kekerasan dalam rumah tangga, potensi perdagangan orang dan pedofilia terselubung. Meskipun berbagai argumentasi ini sudah disampaikan, negara tidak melihat urgensi untuk merevisi hukum tersebut demi untuk keamanan jutaan anak perempuan Indonesia.

Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) telah menyiapkan modul untuk pencegahan perkawinan anak dengan melibatkan

kementerian yang terkait, gerakan masyarakat sipil dan pelajar dari berbagai sekolah. Hanya ada beberapa pemerintah daerah yang sudah mengeluarkan aturan untuk mencegah perkawinan anak, yaitu Pemda Gunung Kidul yang mengeluarkan SK Bupati untuk pencegahan perkawinan anak, dan Bupati Lombok Barat yang mengeluarkan surat edaran mengenai usia perkawinan yang layak yang menetapkan usia minimum 21 tahun bagi laki-laki dan perempuan untuk menikah.

Rekomendasi:

- (1) Negara harus segera mereview UU Nomor 1 Tahun 1974 mengenai Perkawinan, khususnya untuk pasal mengenai persyaratan usia perkawinan bagi anak perempuan;
- (2) Negara harus membuat peraturan yang secara eksplisit bertujuan untuk menghapuskan dan mencegah perkawinan anak.

2.3. Pematangan/Pelukaan Genitalia Perempuan (P2GP)

Praktek FGM (yang dalam beberapa komunitas di Indonesia disebut sebagai sunat perempuan) masih terjadi secara luas di sejumlah wilayah di Indonesia. Penyebab masih terjadinya praktek ini adalah faktor budaya dan ajaran agama. Ada 10 provinsi yang memiliki praktek FGM paling tinggi yaitu : Gorontalo, Banten, Bangka, Belitung, Kalimantan Selatan, Riau, Jawa Barat, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Barat, Sumatra Barat, Jambi (Riskedas, 2013).

Pada tahun 2006, Dirjen Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan mengeluarkan surat edaran HK.00.07.1.3.1047a yang melarang tenaga medis untuk melakukan praktek FGM/C. Surat edaran tersebut memaparkan dampak dari FGM sebagai berikut :

- 1.FGM/C is a direct result of the practice of female circumcision.FGM/C adalah dampak langsung dari praktek sunat perempuan.
- 2.Praktek FGM/C bervariasi mulai dari tindakan simbolik hingga ke tindakan pematangan yang dilakukan oleh dukun atau oleh tenaga medis dengan memotong bagian dari kelamin perempuan dengan menggunakan pisau atau gunting. FGM/C

yang dilakukan oleh petugas medis adalah bentuk medikalisasi praktek FGM.

3.FGM/C adalah sebuah tindakan yang tidak memiliki manfaat kesehatan. Tindakan itu merusak alat kelamin perempuan (clitoris).

4.FGM/C menimbulkan dampak negatif terhadap fungsi reproduktif perempuan dan melanggar prinsip-prinsip kesehatan.

Surat Edaran tersebut mendapatkan respon dari Majelis Ulama Indonesia (MUI) yang kemudian mengeluarkan fatwa nomor 9A tahun 2008 mengenai pelarangan sunat perempuan. Fatwa tersebut dikeluarkan berdasarkan pertimbangan “ ada beberapa elemen di dalam masyarakat yang menolak sunat perempuan dan ada permintaan petunjuk dari Kementerian Pemberdayaan dan Perlindungan Perempuan dan anak.” Berdasarkan hal-hal diatas dan untuk kepentingan kepastian hukum, MUI merasa wajib untuk mengeluarkan fatwa mengenai sunat perempuan. Fatwa menekankan bahwa meskipun sunat perempuan bukan bersifat wajib tetapi anjuran, pelarangan terhadap sunat perempuan bertentangan dengan syariah. Berdasarkan fatwa, sunat perempuan hanya terbatas pada pengikisan kulit yang menutup clitoris dan tidak boleh dilakukan berlebihan sehingga dapat melukai perempuan tersebut.

Pada tanggal 15 November 2010, Menteri Kesehatan mengeluarkan peraturan Nomor 1636/MENKES/PER/XI/2010 tentang sunat perempuan. Peraturan ini tidak melarang sunat perempuan, sebaliknya peraturan ini mengeluarkan pedoman bagaimana melakukan sunat perempuan dengan prosedur “aman” untuk perempuan yang disunat. Setelah itu Kementerian Kesehatan mengeluarkan peraturan No.6/2014 tentang pembatalan peraturan nomor 1636/MENKES/PER/XI/2010 tentang sunat perempuan. Pasal 2 peraturan Nomor 6/2014 memberikan mandat kepada Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syara’ untuk mengeluarkan pedoman untuk memfasilitasi pelaksanaan sunat perempuan yang menjamin keamanan dan kesehatan perempuan dan tidak memotong alat kelamin perempuan.

Rekomendasi:

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

2.4 Kematian Ibu

Indonesia melalui program Millennium Development Goals (MDGs) menargetkan bahwa pada tahun 2015 angka kematian Ibu adalah 102 dari 100.000 peristiwa kelahiran. Berdasarkan data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, angka kematian ibu di Indonesia adalah 305 kematian dari 100.000 peristiwa kelahiran. Hal ini jauh dari target, data menunjukkan bahwa upaya pemerintah untuk menaikkan kuantitas dan kualitas layanan tidak membawa dampak yang cukup signifikan untuk mengurangi angka kematian ibu di Indonesia. Dalam rumusan dokumen Rencana Strategis Kementerian Pemberdayaan dan Perlindungan Perempuan dan Anak 2010-2014 dikatakan bahwa angka kematian ibu memang merupakan masalah. Kementerian juga mempunyai visi untuk kesetaraan gender dan pemenuhan hak-hak anak , dan misi untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup bagi perempuan dan anak. Tetapi, Menteri belum menetapkan strategi untuk menurunkan angka kematian ibu. Angka kematian Ibu sangat berkaitan dengan minimnya layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang tersedia bagi perempuan dan terbatasnya kesempatan bagi perempuan untuk mengambil keputusan terkait tubuhnya. Pernikahan anak, tidak adanya akses terhadap aborsi aman dan juga akses

terhadap informasi kesehatan reproduksi dan seksual adalah penyebab-penyebab tingginya angka kematian ibu.

3. Akses Layanan Kesehatan Kelompok Rentan

3.1. Pekerja Migran dan Hak Atas Kesehatan

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

1) Pencegahan

Semua pekerja migran harus menjalani test kesehatan selama tahap awal rekrutment yang mana ini merupakan syarat sebelum diterima bekerja di luar negeri. Pemeriksaan kesehatan ini dilakukan di rumah sakit dan dilaksanakan sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Idealnya pemeriksaan ini harus dapat diakses diberbagai wilayah. Tetapi pada prakteknya pemeriksaan ini hanya tersedia di Jakarta atau kota-kota besar lain yang dekat dengan kantor PPTKIS (Pelaksana Penempatan Tenaga Kerja Indonesia Swasta) yang biasanya berjarak jauh dari rumah pekerja migran. Pembayaran tes kesehatan adalah kewajiban dari pekerja migran dan pembayarannya dilakukan dengan memotong upah pekerja migran setelah mereka ditempatkan. Walaupun pemerintah telah menetapkan standard biaya untuk tes kesehatan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2015, sering ditemui dalam kenyataannya pekerja migran harus membayar lebih dari jumlah maksimum yang sudah ditetapkan dalam peraturan.

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

Masalah penting lainnya adalah terkait dengan kurangnya quality control terhadap fasilitas medis yang menyediakan layanan terhadap pemeriksaan medis. Ada beberapa kasus pekerja migran dinyatakan lulus tes kesehatan berdasarkan pemeriksaan kesehatan di Indonesia, tetapi ketika pekerja

migran ini diperiksa lagi di negara penerima mereka dinyatakan tidak sehat dan diharuskan untuk kembali ke Indonesia.

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

2) Kuratif (masa pengobatan)

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

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

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

Tidak tersedia layanan kesehatan mental yang cukup bagi pekerja migran yang kembali ke Indonesia dengan masalah kejiwaan, terutama di daerah yang terpencil. Sebagai contoh, pekerja migran dari daerah Nusa Tenggara Timur harus berangkat ke Bali untuk mendapatkan akses terdekat dengan rumah sakit kejiwaan.

3) Rehabilitasi (masa pemulihan)

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

Rekomendasi :

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

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

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

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

tidak mengerti apa dampak dari diberlakukannya tindakan tersebut. Pemaksaan kontrasepsi adalah pelanggaran terhadap hukum nasional yaitu UU Nomor 8 tahun 2016 mengenai Penyandang Disabilitas, yang dalam pasal 5 nya menyatakan “Perempuan penyandang disabilitas memiliki hak untuk menerima atau menolak penggunaan kontrasepsi.”

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

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

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

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

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

Rekomendasi :

Walaupun UU No.8/2016 tentang penyandang disabilitas sudah berlaku sebagai hukum nasional, tetapi aturan tersebut belum memberikan secara penuh kebutuhan penyandang disabilitas. Oleh karena itu direkomendasikan agar :

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

3.3 Perempuan dengan ekspresi gender dan orientasi seksual yang beragam

Hak atas kesehatan bagi perempuan LBT

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

Dalam FGD yang diselenggarakan oleh Komnas Perempuan bersama dengan kelompok rentan , terungkap bahwa perempuan transgender sangat rentan dalam hal mendapatkan akses kesehatan seksual dan reproduksi dan sering terabaikan

untuk mendapatkan aksesnya. Dengan tingkat pendidikan yang rendah (pendidikan dasar atau menengah), perempuan transgender sering berprofesi sebagai pekerja seks. Kondisi kesehatan seksual dan reproduksi perempuan transgender sangat rentan karena pengetahuan yang rendah terkait penyakit menular seperti HIV/AIDS dan akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan.

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

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

Rekomendasi:

- (1) Negara perlu membuat dan memperkenalkan kurikulum pendidikan yang dirancang untuk meminimalisir stigma dan diskriminasi terhadap perempuan LBT, dan perlu melibatkan berbagai kelompok termasuk institusi agama untuk meminimalisir stigma di dalam komunitas.

- (2) Layanan kesehatan harus dapat diakses oleh perempuan LBT dan tidak melakukan diskriminasi terhadap kelompok minoritas seksual baik dalam proses administrasi maupun bentuk perawatannya.
- (3) Negara tidak boleh mereduksi hak atas kesehatan perempuan LBT semata pada pencegahan HIV/AIDS.

4. Hak atas kesehatan para pengungsi (IDP's), lansia dan korban intoleransi agama

4.1. Permasalahan akses atas Kesehatan yang dialami oleh Lansia Korban Tragedi 65, Korban Kerusuhan Mei 1998 dan Kasus Tanjung Priok

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

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

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

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

Langkah-langkah yang sudah diambil oleh negara untuk meningkatkan akses layanan kesehatan bagi para korban pelanggaran HAM masa lalu, masih sangat sedikit. Kalaupun ada layanan yang diberikan, itu masih bersifat individual yang dikarenakan adanya gugatan melalui proses hukum. Akses tersebut diberikan masih berdasarkan kasus per kasus tidak berdasarkan pada kelompok korban secara keseluruhan.

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

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

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

Semua hambatan terhadap layanan kesehatan ini terjadi karena tidak ada pengakuan dari negara atas kasus pelanggaran HAM masa lalu. Tidak ada aturan hukum yang membentuk Komisi Kebenaran dan Rekonsiliasi. Ketidakadanya

pengakuan terhadap kasus-kasus tersebut, mengakibatkan tidak adanya aturan untuk pemberian kompensasi dan pemulihan bagi para korban termasuk akses layanan kesehatan. Stigma keras yang dialami oleh para korban memberikan pengaruh negatif bagi kesehatannya; korban diberi label sebagai komunis atau penjahat, atau menjadi target kebencian rasial.

Rekomendasi:

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

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

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

Tindakan-tindakan intoleransi menyebabkan penganut agama minoritas tercerabut secara paksa dari lingkungan tempat tinggalnya dan dipaksa hidup dalam kamp pengungsian. Hingga saat ini program rekonsiliasi dan reintegrasi belum ada kemajuan yang cukup walaupun sudah ada UU Penanganan Konflik Sosial yang dikeluarkan pada tahun 2012 dan Keputusan Presiden tentang Rencana Aksi Nasional P3KS tahun 2014.

Beberapa permasalahan terkait hak atas kesehatan yang sudah diidentifikasi oleh Komnas Perempuan : A) pemeluk Ahmadiyah yang tinggal di pengungsian transit di Lombok NTB, kondisinya tidak layak dan membahayakan. Lingkungan mereka kotor

dan sanitasinya sangat buruk. Ketersediaan air bersih sangat kurang dan huniannya tidak layak. Para pengungsi ini hidupnya sangat tergantung kepada pemerintah sejak tahun 2009. Saat ini ada 400 KK yang hidup dalam kompleks pengungsian dan sudah ada 17 bayi yang dilahirkan dalam kondisi tersebut.

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

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

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

Pemerintah Indonesia hanya mengenal 6 (enam) agama resmi (Islam, Kristen Protestan, Katolik, Hindu, Budha dan Konghucu). UU tahun 2006 tentang Catatan Sipil mensyaratkan warga negara untuk mencantumkan identitas agama dalam KTP. UU tersebut tidak memperbolehkan warga negara mencantumkan yang lain selain 6 (enam) agama resmi diatas. Secara hukum warga negara dapat mengosongkan kolom agama, tetapi aparat negara tidak mengenali opsi ini.

Seringkali penganut agama minoritas dipaksa untuk mencantumkan satu dari 6 (enam) agama resmi ini didalam kartu identitasnya. Kartu identitas ini sangat penting

bagi warga negara Indonesia, karena merupakan syarat untuk mendapatkan berbagai layanan dari negara termasuk layanan kesehatan.

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

Rekomendasi :

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

4.3. Kesehatan Perempuan dan Konflik Sumber Daya Alam : Efek penambangan batu kapur dan pembangunan pabrik semen di pegunungan Kendeng

Komnas Perempuan telah membahas isu lingkungan sejak tahun 2003 dan melakukan pemantauan atas kekerasan terhadap perempuan dalam beberapa kasus konflik sumber daya alam, termasuk di Bulukumba Sulawesi Selatan, Sape-Bima dan Lapindo, Sidoarjo.

Pada tahun 2016, Komnas Perempuan melakukan pemantauan di pegunungan Kendeng untuk menginvestigasi dampak dari pembangunan pabrik semen di wilayah Pati, Rembang dan Grobongan. Penambangan minyak yang sangat ekstensif Pegunungan Karst Kendeng juga dipantau karena mengakibatkan dampak bagi

pemenuhan HAM dan kesehatan perempuan.

Temuan Komnas Perempuan di Tegal Dowo, Rembang, bahwa penambangan minyak limestone secara ekstensif dan pengangkutan limestone dengan menggunakan truk besar telah mengakibatkan terjadinya pencemaran udara dengan menyebarkan partikel-partikel debu. Menghirup udara yang tercemar debu dan konsumsi air yang telah terkena partikel debu menyebabkan banyak penduduk desa yang terkena penyakit ISPA (infeksi saluran pernafasan).

Debu dari batu kapur menempel di tanaman sayuran, tanaman obat dan rumput untuk pakan ternak. Ternak tidak mau mengkonsumsi tanaman yang sudah terlapisi oleh debu, hal ini mengakibatkan perempuan harus berjalan jauh untuk mencari tumbuhan untuk pakan ternak, yang ini juga mengakibatkan perempuan terpapar oleh debu.

Masyarakat lokal di Mrisi, Grobongan telah menambang kapur sejak tahun 1980 an. Penambangan tersebut dilakukan secara manual oleh perempuan dan anak-anak. Para penambang tersebut bekerja tanpa menggunakan perlindungan pernafasan. Sebagai akibatnya mereka menghirup banyak debu kapur.

Para penambang terdampak masalah kesehatan yang disebabkan oleh polusi udara dan debu yang membahayakan saluran pernafasan, mata dan kulit. Ada juga dampak kuat terhadap kesehatan reproduksi perempuan penambang karena mereka melakukan pekerjaan mengangkat batu-batu berat secara sering dan berulang tanpa ada mekanisme perlindungan. Ada potensi besar terjadinya kerusakan saluran kencing (urine prolapse) yang meningkatkan potensi terjadinya keguguran dan kematian ibu melahirkan. Penduduk juga melaporkan adanya perempuan dan anak yang mati akibat tanah longsor dan tertimpa batu ketika melakukan aktivitas penambangan.

Tidak ada jaminan sosial maupun layanan kesehatan yang dapat diakses oleh penduduk di wilayah pegunungan Kendeng yang terdampak oleh kegiatan penambangan dan pembangunan pabrik semen. Para perempuan yang memprotes pembangunan pabrik semen mengalami ancaman dan kekerasan dari negara

maupun kelompok non negara yang hal ini meresikokan kesehatan fisik dan psikologis mereka.

Hasil pemantauan Komnas Perempuan menunjukkan bahwa perempuan pejuang lingkungan dan pembela HAM di Kendeng telah mengalami berbagai lapisan kekerasan berbasis gender yang mencakup :

(1) Kekerasan fisik terhadap 155 perempuan yang melakukan aksi memblokir jalan menuju lokasi pabrik semen. Aksi ini dibubarkan secara paksa oleh aparat keamanan. Para perempuan tersebut ditendang, diinjak dan dicekik oleh polisi demi untuk membubarkan protes. Beberapa perempuan secara paksa dilempar ke seman-semak sehingga pingsan dan beberapa mengalami luka-luka.

(2) Kekerasan psikologis dari polisi yang mengancam para perempuan yang melakukan aksi demonstrasi bahwa mereka akan diculik dan rumah mereka didatangi preman bayaran dan diancam dengan parang. Pada tanggal 21 Maret 2017 yaitu pada puncak aksi penolakan pabrik semen , seorang perempuan pembela HAM meninggal setelah mengikuti demonstrasi dimana sebelumnya perempuan tersebut melakukan aksi dengan menyemen kakinya.

Situasi saat ini terkait operasi penambangan dan resiko kesehatan perempuan di pegunungan Kendeng menunjukkan bahwa negara telah melanggar pasal 12 Kovenan Hak-hak ekonomi sosial dan budaya (Kovenan ICESCR) yang menyatakan bahwa : Negara pihak konvensi ICESCR mengakui hak setiap orang atas penikmatan capaian tertinggi hak atas kesehatan fisik dan mental. Dan pasal 2 : Negara Pihak harus melakukan langkah-langkah untuk mencapai pemenuhan secara maksimal hak-hak ini yang mencakup : (b) peningkatan semua aspek higienis lingkungan dan industri; (d) menciptakan lingkungan yang menjamin untuk layanan kesehatan dan perawatan medis apabila terjadi peristiwa penyakit.

Selain itu dengan tidak disediakan layanan kesehatan yang memadai bagi perempuan di pegunungan Kendeng, Negara telah melanggar Rekomendasi Umum Nomor 19/1992 yang dikeluarkan oleh Komite CEDAW yang menyatakan bahwa perempuan memiliki hak atas pencapaian standard tertinggi untuk kesehatan fisik dan mental.

Rekomendasi:

- (1) Menghentikan pembangunan pabrik semen yang meresikokan kesehatan para penduduk, khususnya para perempuan di pegunungan Kendeng.
- (2) Menjamin dan menyediakan layanan kesehatan bagi para penduduk yang telah terdampak oleh proyek penambangan dan pembangunan.

4.4. Layanan Kesehatan di Papua

Dua publikasi Komnas Perempuan yaitu *Stop Sudah dan Anyam Noken Kehidupan* menjelaskan secara detail tingginya tingkat kekerasan terhadap perempuan yang dialami oleh perempuan Papua. Hal ini termasuk kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan yang dilakukan dalam ranah publik dan juga kekerasan yang dilakukan oleh Negara. Perempuan Papua juga mengalami kekurangan gizi, tingginya angka HIV dan trauma akibat kekerasan seksual.

Angka kematian Ibu di Papua cukup tinggi. BKKBN mencatat bahwa hampir 500 perempuan mati pertahun akibat melahirkan dan data dari Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa pada tahun 2013 hanya ada 33,51% perempuan Papua yang melahirkan dengan mendapatkan fasilitas dan bantuan dari petugas medis dan hanya 25,54% perempuan yang mengakses layanan pemeriksaan medis selama masa kehamilan. Dalam buku *Stop Sudah*, Komnas Perempuan mencatat bahwa ada 138 kasus kekerasan terhadap perempuan yang dilakukan oleh negara pada tahun 2009. Kekerasan ini termasuk penyiksaan seksual, perkosaan, perbudakan seksual dan pemaksaan aborsi. Sulit bagi Komnas Perempuan untuk mengidentifikasi secara tepat berapa jumlah kekerasan terhadap perempuan yang terjadi di Papua, karena sangat sedikitnya organisasi lembaga layanan yang berlokasi disana.

Disamping tingginya tingkat kekerasan terhadap perempuan di Papua, pemerintah tidak menyediakan layanan kesehatan yang layak. Pada tahun 2011 di provinsi Papua, hanya ada 93 puskesmas yang menyediakan layanan rawat inap, 267 puskesmas untuk layanan umum, dan 29 rumah sakit umum dan swasta dan satu rumah sakit khusus. Jumlah ini sangat jauh dari mencukupi untuk memenuhi

kebutuhan layanan kesehatan dasar di provinsi Papua. Ratio layanan kesehatan adalah 11,26 layanan untuk 100.000 penduduk, yang kondisi ini sangat tidak ideal.

Jumlah tenaga kesehatan profesional dan alat-alat kesehatan juga sangat tidak mencukupi di Papua. Ada beberapa kabupaten dan kota ddi dalam provinsi yang bahkan tidak memiliki 1 (satu) rumah sakit pun. Perempuan Papua yang mengalami kekerasan dan trauma membutuhkan konseling atau layanan spesifik. Tetapi para korban ini sering tidak mendapatkan akses untuk layanan tersebut karena tidak semua kabupaten atau kota diperlengkapi dengan rumah aman dan layanan bagi perempuan korban kekerasan. Kalaupun ada kabupaten yang dilengkapi dengan layanan seperti diatas, korban sering tidak mampu mengaksesnya karena jarak ke lokasi yang sangat jauh dan infrastruktur sangat buruk.

Publikasi Komnas Perempuan juga mengidentifikasi berbagai bentuk kekerasan terhadap perempuan yang dilakukan oleh aparat keamanan negara (polisi, militer). Bentuk-bentuk kekerasan ini mencakup eksploitasi seksual dan perbudakan seksual. Dalam kasus-kasus ini hak korban atas kompensasi dan pemulihan sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah No.3/2002 tentang Kompensasi, Restitusi dan Rehabilitasi untuk Korban Pelanggaran HAM telah dilanggar.

Recommendations:

- (1) Untuk mengurangi tingkat kematian ibu, pemerintah perlu menyediakan fasilitas kesehatan yang berkualitas dan mudah diakses, dan harus mensosialisasikan keberadaan layanan tersebut kepada komunitas yang terpencil.
- (2) Pemerintah pusat harus mengidentifikasi dan menjawab beberapa permasalahan terkait hak kesehatan dan kekerasan yang dialami oleh perempuan Papua. Pemerintah pusat harus memprioritaskan akses layanan kesehatan di Papua.

- (3) Pemerintah daerah harus membangun fasilitas kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan perempuan korban kekerasan dan termasuk didalamnya penyediaan layanan kesehatan kejiwaan.
- (4) Pemerintah Pusat harus menjalankan amanat yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 3/2002 tentang Kompensasi, Restitusi dan Rehabilitasi bagi korban pelanggaran HAM, yaitu memulihkan dan memenuhi hak perempuan Papua yang mengalami kekerasan yang dilakukan oleh Negara dan melakukan tindakan untuk menghapus stigma pada perempuan Papua.
- (5) Pemerintah daerah perlu segera mengimplementasikan Perdasus Nomor 1/2001 mengenai Pemulihan bagi perempuan Papua korban kekerasan dan pelanggaran HAM.
- (6) Pemerintah harus meningkatkan kemudahan akses untuk layanan kesehatan fisik dan psikologi bagi perempuan Papua, dan membuat program pemulihan dan pencegahan untuk memastikan kekerasan tidak berulang.
- (7) Pemerintah menyediakan pengobatan HIV secara cuma-cuma bagi perempuan Papua positif HIV, berupaya untuk menghapuskan stigma pada perempuan positif HIV dan menyediakan lapangan pekerjaan yang layak.
- (8) Pemerintah perlu mengalokasikan anggaran yang memadai untuk pemenuhan kebutuhan korban, menyediakan layanan kesehatan fisik dan psikologis dan juga membangun rekonsiliasi sosial dan pemberdayaan ekonomi bagi para korban kekerasan. ***