*Kajian Etis atas PP No. 61 Tahun 2014 tentang Pengaturan
Kesehatan Reproduksi*

Yeremias Jena

ABSTRAK: Dalam rangka memenuhi tuntutan UU Kesehatan No. 36/2009, Kementerian Kesehatan RI menerbitkan PP No. 61/2014 untuk mengatur kesehatan reproduksi. Peraturan Pemerintah ini sebetulnya sebuah ketentuan teknis bagaimana kesehatan reproduksi harus diselenggarakan di Indonesia, dan ini dianggap perlu untuk memastikan terjaminnya kesehatan ibu usia subur. Selain itu, peraturan pemerintah ini juga diposisikan sebagai alat untuk mewujudkan apa yang oleh pemerintah disebut sebagai generasi yang sehat dan berkualitas. Namun peraturan tersebut telah memicu dua pertanyaan etis sekaligus. Pertama, regulasi ini diklaim untuk mengatasi kesetaraan akses terhadap kesehatan reproduksi sebagai *conditio sine qua non* demi mencegah kematian ibu, menyebarnya penyakit menular, kehamilan yang tidak direncanakan, pemerkosaan dan sebagainya. Penulis berpendapat bahwa peraturan ini tidak mempertimbangkan secara saksama dimensi-dimensi sosial dan nilai lokal mengenai seksualitas serta nilai-nilai keluarga. Pertanyaan apakah hal ini dapat dibenarkan secara etis tetap tak terjawab. Kedua, seluhur dan semulia apa pun sebuah tujuan, ia tidak bisa membenarkan sarana yang digunakan. Dalam arti itu, upaya mewujudkan generasi yang sehat dan berkualitas tidak bisa serta merta menggunakan sarana (peraturan) yang menerabas nilai-nilai kultural dan moral masyarakat. Argumen makalah ini disusun dalam dua cara. Di satu sisi penulis berpendapat bahwa adalah tidak etis menghalalkan cara atau alat untuk mencapai tujuan tertentu. Dalam hal ini, kebijakan di bidang kesehatan reproduksi tidak boleh mengabaikan nilai-nilai moral dan budaya lokal. Penulis berpendapat bahwa sudah waktunya kita memiliki kebijakan terobosan yang bisa mengakomodasi pentingnya mengakses kesehatan reproduksi dan pada saat yang sama tidak merugikan kelompok yang menolaknya atas nama agama atau moralitas tertentu. Di sisi lain, tidak dibenarkan secara etis untuk menentukan kualitas warga hanya berdasarkan kriteria sehat-sakit, normal-cacat jika martabat manusia hendak dipertimbangkan secara serius.

KATA KUNCI: kesehatan reproduksi, kontrasepsi, aborsi, PP No. 61/2014, etika

ABSTRACT: *To meet the demand of Indonesian Health Law No. 36/2009, the ministry of health has issued a reproductive health regulation, known as Regulation No.61, 2014. Technical provision on reproductive health is considered to be necessary in order to ensure the health of mothers of childbearing age. It is also perceived as a tool to realize what has been labeled by the government as healthy and qualified generation, and by that the number of maternal deaths is believed to be minimized. Yet the regulation has triggered two ethical questions all together. First, the regulation is claimed to address the equality of access to reproductive health as sine qua non condition for preventing maternal mortality, the spread of infectious diseases, unplanned pregnancy, rape and so on, As the regulation does not take into consideration all the social values, culture of sexuality and the family values, the question of whether it can be justified ethically is remained unanswered. Secondly, can it be ethically justified if the state positioned itself as an institution that defines and establishes healthy and qualified citizen. The argument of this paper is arranged in two ways. On the one hand it argued that it is ethically unacceptable to justify the ends by the means used. In that sense, the policies in the field of reproductive health should not ignore moral values and local culture. It is timely to have a breakthrough policy that could accommodate the importance of accessing reproductive health and at the same time not harming the groups that reject it in the name of religious ethics or morality. On the other hand, it is not ethically justifiable to define the quality of the citizens merely based on healthy-sick normal-deformed criteria when human dignity is taken into consideration seriously.*

KEY WORDS: *reproductive health, contraception, abortion, Regulation No. 61/2014, ethics*

1. PENDAHULUAN

Di bulan Juli 2014, Pemerintah Indonesia di bawah pemerintahan Presiden Soesilo Bambang Yudhoyono, menerbitkan Peraturan Pemerintah (PP) No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.¹ PP yang ditandatangani oleh Amir Syamsuddin selaku Menteri Hukum dan Ham itu dibentuk sebagai upaya untuk merealisasikan mandat UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Bagian Keenam dari UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 (pasal 71-77) mengatur mengenai Kesehatan Reproduksi.² Sebagaimana diketahui,

UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 menegaskan kembali definisi kesehatan sebagaimana ditetapkan WHO, yakni keadaan di mana seseorang berfungsi secara normal (*normal functioning*), yakni tidak adanya patologi, baik mental maupun fisik. Selain itu, UU Kesehatan yang sama juga menegaskan bahwa kesehatan adalah hak asasi sebagaimana diatur dalam pasal 25 ayat 1 Deklarasi HAM, bahwa “Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan, serta pelayanan sosial yang diperlukan.”

Untuk menjamin hak atas kesehatan, pemerintah RI menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan (UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009, pasal 47), yang meliputi pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang diselenggarakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan reproduksi jelas merupakan salah satu upaya pemerintah menyelenggarakan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk menjamin tercapainya keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan, tetapi juga meliputi pelayanan kesehatan (a) saat sebelum hamil, hamil, melahirkan, dan sesudah melahirkan; (b) pengaturan kehamilan, alat kontrasepsi, dan kesehatan seksual; dan (c) kesehatan sistem reproduksi.

Sebetulnya PP No. 61 Tahun 2014 diterbitkan sebagai panduan bagi tenaga kesehatan dalam merealisasikan UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009. Sebagai panduan, PP ini cukup ringkas dan jelas. Meskipun demikian, PP ini sendiri menimbulkan problem-problem etis yang harus didiskusikan

secara mendalam. Diskusi etis atas PP ini idealnya dilakukan selama sebelum atau selama proses penyusunan. Meskipun begitu, diskusi yang sifatnya retrospektif pun tidak kalah pentingnya, terutama demi memberikan wawasan etis kepada para pelayan kesehatan, bahwa mereka memiliki suara hati dan hak untuk menolak melakukan tindakan-tindakan medis tertentu yang bertentangan dengan perasaan moral mereka sendiri.

Untuk dapat menunjukkan di mana persisnya problem etis dan diskusi-diskusi etis-filosofisnya, sebuah pemaparan singkat mengenai isi PP No. 61 Tahun 2014 sebaiknya dikemukakan terlebih dahulu. Uraian deskriptif ini akan diikuti dengan perumusan pertanyaan-pertanyaan etis. Pembahasan etis atas pertanyaan-pertanyaan tersebut akan menjadi inti paper ini sebelum akhirnya diajukan beberapa poin sebagai penutup.

2. PP. NO. 61 TAHUN 2014 DAN PERTANYAAN ETIS

Tampaknya PP No. 61 Tahun 2014 diterbitkan khusus untuk mengatur tidak hanya pelayanan kesehatan ibu, tetapi juga pengecualian aborsi karena alasan medis atau perkosaan, dan reproduksi dengan bantuan. Sebetulnya sudah sejak UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan sekarang PP No. 61 Tahun 2014, kita menangkap kesan kuat bahwa Pemerintah Indonesia bertekad memajukan kesehatan ibu dalam usia produktif. Sebagaimana dinyatakan jelas dalam PP No. 61 Tahun 2014, komitmen ini diambil karena peran ibu yang tak tergantikan sebagai yang melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas. Demikianlah, pemerintah Indonesia sangat memberi penekanan pada peran ibu sebagai aktor yang “melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas”. Bagi pemerintah Indonesia, generasi berkualitas

hanya bisa dicapai melalui kebijakan yang baik dan tepat di bidang kesehatan reproduksi. Selain itu, terjaminnya kesehatan ibu usia produktif mampu mengurangi angka kematian ibu (pasal 3b).

Ada delapan area yang diberi penekanan khusus dalam PP No. 61, Tahun 2014, terutama tentang bagaimana mempromosikan kesehatan ibu sebagai aktor yang melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas. Kedelapan area itu meliputi (1) kesehatan ibu dapat dijamin dengan memastikan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi sejak dini, yakni sejak masa remaja (pasal 8 ayat 2-3). (2) Akses tersebut meliputi juga pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi aktif sejak dini (remaja) dengan maksud supaya bisa mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko dan perilaku berisiko lainnya yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi dan melindungi remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab (pasal 11:1). (3) Perempuan memiliki hak atas kehidupan seksual yang sehat secara aman, tanpa paksaan, dan tanpa rasa takut, malu, dan rasa bersalah. Kehidupan seksual yang sehat itu meliputi (a) keadaan terbebas dari infeksi menular seksual; (b) terbebas dari disfungsi dan gangguan orientasi seksual; (c) terbebas dari kekerasan fisik dan mental; (d) mampu mengatur kehamilan; dan (e) sesuai dengan etika dan moralitas. (4) Perencanaan keluarga berencana yang tampaknya “wajib” diselenggarakan (pasal 23), karena setiap pasangan yang sah harus mendukung pilihan metode kontrasepsi (ayat 1) dan setiap pasangan yang sah harus berpartisipasi dalam penggunaan kontrasepsi (ayat 2), dengan catatan bahwa metode keluarga berencana tersebut dipilih oleh pasangan suami istri tanpa paksaan (pasal 21). (5) Pengaturan kehamilan (usia ideal untuk melahirkan, jumlah ideal anak,

jarak ideal kelahiran anak (pasal 19:2). (6) Perencanaan kelahiran melalui pemanfaatan teknologi reproduksi, dengan maksud untuk memperoleh anak di luar cara alamiah (pasal 40:1) dengan memperhatikan tuntutan etika.³ (7) Mencegah lahirnya anak-anak cacat (pasal 32:1a-b). Dan (8) Mencegah kelahiran anak hasil perkosaan (pasal 34).

PP 61 Tahun 2014 sebagaimana dideskripsikan secara singkat tersebut menimbulkan paling sedikit 4 problem etis yang harus dijawab. Problem etis tersebut dapat dirumuskan melalui pertanyaan-pertanyaan berikut. *Pertama*, akses terhadap kesehatan reproduksi, pada level tertentu memang dapat dibenarkan secara etis. Masalahnya, apakah akses terlalu dini pada kesehatan reproduksi, terutama pada usia remaja dengan alasan pencegahan kehamilan dan/atau penularan penyakit kelamin dapat dibenarkan secara etis? Kalau pun akses dini tersebut berdasarkan hak perempuan atas seks dan tubuhnya, apakah alasan semacam ini pun masih bisa dibenarkan secara etis?

Kedua, apakah dibenarkan secara etis jika negara mendefinisikan generasi berkualitas? Bukankah preferensi pada generasi berkualitas justru melanggar hak hidup kaum disabel, atau bahkan hak hidup dari *potential person*? Bukankah penyeragaman kebijakan mengenai generasi berkualitas menutup ruang bagi pemaknaan keturunan (*having a child*) sebagai berkat?

Ketiga, akses terhadap teknologi reproduksi pun menimbulkan persoalan etis yang serius. Bukankah “kewajiban” menggunakan teknologi reproduksi, terutama alat kontrasepsi, justru mereduksikan perempuan dan tubuhnya menjadi sekadar “alat” untuk pengendalian penduduk (tujuan ekonomi dan politik)? Akses terhadap penggunaan teknologi reproduksi untuk memperoleh anak di luar cara alamiah juga menimbulkan problem

etis yang serius, terutama menyangkut “apakah memperoleh anak adalah sebuah hak?” Bagaimana dengan kelompok yang menikah tetapi memilih untuk tidak memiliki anak atau mereka yang memang kesulitan memiliki anak tetapi menerimanya secara sukacita sebagai bagian dari hidupnya? Bagaimana dengan pemilihan jenis kelamin untuk anak kedua?

Keempat, apakah dibenarkan secara etis jika negara melegalisasi aborsi karena kedaruratan medis dan kehamilan karena korban paksaan?

3. **DISKUSI PROBLEM ETIS**

Keempat pertanyaan tersebut akan saya diskusikan satu persatu di bawah ini untuk menunjukkan banyaknya problem etis yang lolos dari perhatian saat PP No. 61 Tahun 2014 disusun dan diterbitkan. Saya akan merumuskan sekali lagi isu etisnya sebelum membahasnya secara rinci dan filosofis.

Sehubungan dengan pertanyaan pertama, benar bahwa perempuan harus dilindungi. Meskipun demikian, apakah perlindungan itu harus dengan menyediakan akses dini terhadap teknologi reproduksi atau pengakuan terhadap seks sebagai hak?

Merujuk kepada fakta tingginya angka kekerasan terhadap perempuan, aborsi, atau penyebaran penyakit kelamin seperti HIV/AIDS, kita seakan tidak punya pilihan lain selain menyepakati bahwa perempuan harus dilindungi sejak remaja. Data Komnas Perempuan tentang kekerasan terhadap perempuan menunjukkan bahwa rata-rata setiap hari ada 12 perempuan menjadi korban kekerasan seksual (2011). Sementara itu, ada 4.336 kasus kekerasan terhadap perempuan (perkosaan dan pencabulan

sebanyak 1620, percobaan perkosaan sebanyak 8, pelecehan seksual sebanyak 118), perdagangan perempuan untuk kepentingan seks sebanyak 403 (2012). Dan juga ada 279.760 kasus kekerasan terhadap perempuan (sebanyak 263.285 kekerasan terhadap istri, 2.507 kekerasan dalam pacaran, 6.243 kekerasan seksual, 1.704 korban perkosaan, dan 614 perdagangan perempuan).

Pada level internasional, laporan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tahun 2013 menunjukkan bahwa sedikitnya 1 dari 4 laki-laki di Asia mengaku pernah memperkosa pacar, saudara perempuan, orang lain, atau orang yang tidak dikenal. Sementara itu, data World Health Organization (WHO) tahun 2013 menunjukkan bahwa 1 dari 3 perempuan di dunia menjadi korban kekerasan fisik dan seksual di masa hidupnya.

Data-data yang disitir di atas menegaskan tingkat kerentanan perempuan. Menyadari tingkat kerentanan itulah kita kemudian mencapai semacam kesepakatan, bahwa perempuan harus mendapat perlindungan sejak dini. Apalagi dalam banyak kasus juga muncul bahwa ternyata kekerasan seksual seperti pelecehan seksual dapat dialami seorang perempuan sejak balita.

Kesadaran moral tentang pentingnya perlindungan terhadap perempuan sejak dini akan semakin menguat jika kita menyimak dampak yang dialami perempuan korban kekerasan. Salah satunya adalah tingginya kemungkinan perempuan menderita morbiditas karena dampak dari tekanan mental, psikis, dan sosial. Untuk menyebut segelintir contoh, tingkat morbiditas karena kekerasan terhadap perempuan di Meksiko mencapai angka 5,6 persen dari seluruh korban kekerasan terhadap perempuan,

sementara di Victoria (Australia) mencapai 7,9 persen (Claudia Garcia-Morena, 2011).

Selain morbiditas, dampak lain dari kekerasan terhadap perempuan adalah tingginya angka percobaan bunuh diri yang dalam penelitian Pape-Blabolil dkk (Pape-Blabolil, 2014: 1540-1551) mencapai 36 persen dari 534 perempuan korban kekerasan yang diteliti di Minnesota (USA), selain dampak-dampak lain seperti kabur dari rumah, penyalahgunaan obat-obatan terlarang, atau melukai diri sendiri yang juga menunjukkan peningkatan yang meresahkan (Karen Devries, 2011: 79-86). Dari Indonesia, misalnya, penelitian yang dilakukan Suci Musvita Ayu dkk menunjukkan adanya kecemasan berlebihan yang dialami perempuan remaja yang mengalami kekerasan selama masa pacaran (Suci Musvita Ayu dkk, 2012: 61-72).

Sekali lagi, berbagai data penelitian ini mau menunjukkan pentingnya memiliki perangkat hukum atau perundang-undangan yang mampu melindungi perempuan sejak dini. Jika kemudian, perlindungan sejak dini itu diterjemahkan sebagai akses terhadap alat kesehatan reproduksi sebagaimana ditegaskan dalam PP No. 61 Tahun 2014, apakah ini merupakan jalan keluar yang paling tepat mengatasi kekerasan terhadap perempuan? Kalaupun akses sejak dini terhadap teknologi reproduksi atas nama hak atas seks, apakah ini merupakan langkah penyelesaian yang mendasar?

Pertanyaan-pertanyaan ini bukan tanpa dasar, terutama kalau kita juga mempertimbangkan dampak negatif dari akses yang terlalu dini terhadap teknologi reproduksi, salah satunya adalah hubungan seksual pra nikah atau hubungan seksual yang terjadi pada usia yang terlalu dini. Ini tampak dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Intan Puspita Dewi dkk,

yang menunjukkan bahwa selama tahun 1993–2002, sebanyak 5-10 persen perempuan dan 38 persen laki-laki telah melakukan hubungan seksual pra nikah. Selain itu, terdapat 34,37 persen dari 288 remaja di Jakarta pernah berhubungan seks (Intan Puspita Dewi, dkk: 2013).

Di sini saya melihat adanya kekeliruan dalam pendekatan mengenai akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi sejak dini. Kita sepakat bahwa seluruh kegiatan promotif dan pencegahan kekerasan terhadap perempuan sejak dini sangat dibutuhkan. Itu artinya kebijakan pemerintah di bidang promotif dan pencegahan seharusnya bersifat masif, terbuka, dan merata sampai ke seluruh pelosok. Di sini prinsip moral keadilan atau prinsip kesetaraan akses mendapat tempat istimewa. Dalam arti itu, perlindungan terhadap perempuan sejak usia dini melalui penyelenggaraan kegiatan promotif dan pencegahan kekerasan adalah kewajiban yang harus dijalankan pemerintah.

Sebaliknya, akses terhadap alat kesehatan reproduksi, misalnya demi alasan pengakuan atas hak seks, seharusnya dapat dilakukan bukan berdasarkan prinsip *equality*, tetapi mengikuti prinsip *equity* karena perbedaan tingkat pendidikan, latar belakang budaya, latar belakang agama, konsepsi masyarakat mengenai *bonum communa*, dan sebagainya seharusnya dipertimbangkan (Jena, 2011: 287-312). Langkah ini dimaksud untuk mencegah dampak buruk dari penyalahgunaan teknologi reproduksi, misalnya dalam praktik hubungan seksual pra nikah atau hubungan seksual pada usia yang terlalu dini sebagaimana ditunjukkan di atas.

Sehubungan dengan pertanyaan etis nomor dua, menentukan generasi berkualitas atas dasar apa pun tidak dapat dibenarkan secara etis. Penentuan sewenang-wenang melanggar hak hidup kaum disabel dan potential person.

Jika keadaan sehat didefinisikan sebagai keadaan di mana seseorang berfungsi secara normal (*normal functioning*), yakni tidak adanya patologi, baik mental maupun fisik, generasi yang berkualitas tampaknya harus dipahami dalam konteks ini. Problem etisnya terletak pada upaya mereduksikan generasi berkualitas sebagai generasi sehat yang bebas dari berbagai patologi, baik mental maupun fisik sebagai semacam “izin” bagi pelayan kesehatan untuk menggugurkan kandungan dari kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan janin, termasuk yang menderita genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi hidup di luar kandungan. Dalam cara berpikir demikian kita juga dipaksa menerima bahwa kehamilan karena perkosaan pun harus digugurkan karena permintaan perempuan yang bersangkutan (pasal 35:2c) yang merasa harus menanggung penderitaan, baik secara fisik maupun psikis.

Apa pun alasannya, aborsi karena kedaruratan medis (di luar kasus kehamilan karena perkosaan) biasanya menempatkan perempuan sebagai alat untuk kepentingan di luar dirinya. *Pertama*, menurut PP No. 61 Tahun 2014, aborsi karena kasus kedaruratan medis harus dengan seizin suami (pasal 35:2d). Dalam masyarakat dan budaya Indonesia di mana perempuan umumnya menyerahkan berbagai keputusan penting pada suami atau keluarga, izin perempuan yang diprasyartkan PP untuk bisa menggugurkan kandungan karena perkosaan sudah hampir pasti tidak dibutuhkan. Apakah dengan begitu, ada kemungkinan perempuan mempertahankan kandungannya meskipun itu adalah korban perkosaan atau kandungan yang terdeteksi memiliki kecacatan seperti *spina bifida* dan *down syndrome*? Ruang bagi kemungkinan ini tentu selalu ada dan seharusnya juga dihormati. Ada

cukup banyak kasus di mana perempuan mempertahankan kandungannya meskipun terindikasi kecacatan, dan kemudian merawat anak-anaknya dengan sukacita (Kittay, 2010: 393-413).

Kedua, terjadi bahwa alasan kedaruratan medis, terutama ketika janin yang dikandung memiliki kecacatan, telah diketahui melalui teknologi *preimplantation genetic diagnosis* (PGD). Sering keputusan menggugurkan kandungan, apalagi telah diperintahkan UU, didasarkan pada pertimbangan yang sangat utilitaristik, misalnya terbatasnya dana yang dibutuhkan untuk merawat kelompok disabel, terbatasnya akses terhadap pelayanan dan sarana publik, bahkan absennya kebebasan dan otonomi dalam menentukan diri sendiri dan masa depannya (Singer, 2010: 331-344). Cara berpikir demikian pasti bersifat eugenik, karena menyeleksi secara sengaja manusia dengan karakteristik tertentu saja yang diizinkan hidup dalam sebuah komunitas.

Ketiga, PP No. 61 Tahun 2014 memberi tempat bagi pengakuan atas hak seksual perempuan (pasal 26 ayat 1-2). Secara implisit pengakuan ini menegaskan pula bahwa pemerintah RI mengakui hak perempuan atas tubuhnya. Jika terjadi bahwa perempuan mempertahankan kehamilannya meskipun terindikasi kecacatan dan itu dilakukan berdasarkan haknya atas tubuhnya, apakah negara berhak memaksa perempuan menggugurkannya? Bukankah pemaksaan justru menegasikan pengakuan atas hak perempuan atas tubuhnya? Di sini kita bisa belajar dari reaksi beberapa ibu di Belgia terhadap praktik PGD untuk mengetahui apakah janin yang dikandung memiliki kecacatan atau tidak dapat dilihat berikut. Ketentuan hukum di Belgia mengharuskan tenaga kesehatan menggugurkan janin yang teridentifikasi cacat. Terhadap praktik ini, Ibu Aida mengatakan: “*I would*

never have an abortion because my baby had Down's syndrome. This is my child. I accept it just the way it is.” Senada dengan Aida, ibu Karima juga menegaskan, *“I would keep my child anyway, even if it has Down's syndrome. That's your child, you have to keep it.”* Menarik juga mencatat reaksi ibu non-Muslim seperti yang dikatakan Christel, *“We already decided that we would not keep the baby if there was something wrong* (De Vleminck, 2012: 142-143).

Ini menunjukkan adanya kelemahan pengaturan kehamilan dan penerapannya secara sistemik dan yang mengikat bagi seluruh warga negara. Sekali lagi, pemaksaan kebijakan dapat dipastikan berdasarkan alasan ideologis (eugenik) atau ekonomis tertentu.

Problem etis akses terhadap keluarga berencana dalam pertanyaan ketiga yang dikemukakan di atas berhubungan dengan pengaturan jumlah ideal anak, jarak ideal kelahiran anak (PP No. 61 Tahun 2014, pasal 19) bahkan mengendalikan keseimbangan komposisi penduduk berdasarkan jenis kelamin (pasal 44). Saya berargumentasi bahwa kebijakan semacam ini bersifat tidak etis karena tidak memberi ruang bagi pemaknaan keturunan sebagai berkat (*having a child as a gift*).

Berdasarkan alasan medis, pada usia berapa sebaiknya seorang perempuan mengandung atau jarak ideal kelahiran memang dapat ditentukan dan memang sebaiknya diatur. Tetapi dapat terjadi bahwa praktik semacam ini tidak murni dilakukan berdasarkan alasan kesehatan. Kebijakan negara mengenai pengendalian penduduk justru sering menjadi pertimbangan dalam menentukan jarak ideal kelahiran dan usia perkawinan. Pengendalian penduduk yang dipaksakan seperti yang pernah di praktikkan di Cina dengan kebijakan “satu anak” mungkin belum dirasakan di Indonesia. Meskipun

begitu, masuknya pertimbangan politik atau bahkan ekonomi ke dalam kalkulasi jumlah anak yang harus dilahirkan justru melanggar kebebasan perempuan, tidak hanya bagi mereka yang ingin memiliki lebih dari jumlah anak yang diperbolehkan pemerintah, tetapi bahkan memutuskan untuk menikah tanpa keturunan.

PP No. 61 Tahun 2014, aplikasi teknologi reproduksi berbantuan (*assisted reproductive technology*) atau kehamilan di luar cara alamiah melarang penentuan jenis kelamin untuk anak pertama, tetapi membolehkannya untuk anak kedua. Pertimbangan semacam ini tentu lebih bersifat sosiologis atau kultural, dan bukan medis. Umumnya terjadi bahwa pertimbangan semacam ini bersifat diskriminatif, terutama terhadap perempuan. Penggunaan *flow cytometer* memang sangat membantu keberhasilan pembuahan sel telur dan sperma berdasarkan jenis kelamin yang diinginkan dengan tingkat keberhasilan yang sangat tinggi (perempuan 91 persen dan laki-laki 76 persen). Meskipun demikian, seleksi semacam ini tetap saja menjadi instrumen diskriminasi, umumnya terhadap perempuan (Sandel, 2007: 22). Meskipun penelitian Chayang Yanisa Yunika Prestiche Putri (2015) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara nilai anak laki-laki/perempuan dengan preferensi jenis kelamin pada perempuan usia subur, beberapa masyarakat patrilineal seperti di Batak atau Bali masih menempatkan anak laki-laki sebagai yang lebih bernilai secara sosial-psikologis-ekonomi. Pandangan kultural semacam ini akan mempengaruhi preferensi terhadap anak dengan jenis kelamin laki-laki lebih tinggi dari anak dengan jenis kelamin perempuan (Putri, 2015). Dalam pandangan budaya demikian, praktik penentuan jenis kelamin dapat bersifat diskriminatif terhadap perempuan.

Di atas semuanya itu, pembatasan jumlah anak atau pengendalian jenis kelamin anak sebenarnya bertentangan dengan gagasan “anak dan kehidupan sebagai anugerah” (*life as a gift*). Keputusan untuk memiliki anak seharusnya dimaknakan sebagai keterbukaan kepada yang tak kelihatan, sehingga setiap upaya mengurangi atau menyingkirkan keterbukaan semacam ini hanya akan menghapus atau meniadakan apa yang oleh Michael Sandel disebut sebagai “*the mystery of birth*” (Sandel, 2007: 46). Mengenai hidup sebagai anugerah, Sandel menulis, “*We do not choose our children. Their qualities are unpredictable*” (Sandel, 2007: 45).

PP No. 61 Tahun 2014 mengizinkan para petugas kesehatan melakukan aborsi atas nama kedaruratan medis dan kehamilan karena korban perkosaan. Meskipun diikuti dengan syarat-syarat aborsi yang cukup ketat, “legalisasi” semacam ini menimbulkan problem etis yang serius.

Meskipun mengaborsi janin karena mengancam keselamatan sang ibu dapat dibenarkan dari segi medis, syarat-syarat ketat yang menyertainya tetap dibutuhkan demi melindungi janin dari kesewenang-wenangan praktik medis. Poin yang memicu perdebatan etis pada pasal 32:1b dari PP No. 61 Tahun 2014 terletak pada pernyataan bahwa aborsi diperbolehkan jika janin memiliki penyakin genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan. Pendekatan “*human capabilities*” mungkin saja diacu untuk memberikan pendasaran etisnya. Martha Nussbaum, misalnya, mengatakan bahwa hidup yang layak dan bermartabat hanya akan dicapai jika manusia memiliki “*basic capabilities*” tertentu, seperti *life, bodily health, bodily integrity, senses, imagination and thought, emotions, practical reason, affiliation, play and*

control over one's environment, dan bahwa ketiadaan satu atau lebih kapabilitas-kapabilitas itu akan menyulitkan manusia merealisasikan kehidupannya yang bermartabat (Nussbaum, 2006: 76-78). Pertanyaannya, apakah “*basic capabilities*” ini adalah sebuah konsepsi abstrak atau sebuah kebijakan publik? Jika sebuah kebijakan publik, siapakah yang menentukannya? Apakah dalam penentuan itu kaum disabel juga dilibatkan?

Poin yang paling menarik perhatian publik adalah legalisasi aborsi karena korban perkosaan. Tampak jelas bahwa legalisasi aborsi karena korban perkosaan berangkat dari pemahaman WHO mengenai kesehatan sebagai keadaan sehat secara utuh (fisik, mental, dan sosial). Dari perspektif perempuan sebagai korban perkosaan, dapat dikatakan bahwa mereka akan marah, terhina, terpinggirkan, stress yang mendalam, susah melupakan pengalaman tersebut, dan sebagainya (Ekandari Sulistyaningsi, 2002: 2-23). Keadaan mental semacam ini, ditambah dengan kekerasan terhadap fisik, atau stigmatisasi oleh komunitas sosial tertentu, tentu memosisikan perempuan dalam keadaan yang tidak sehat.

Perempuan memberontak dan menolak kehamilan sebagai akibat dari pemerkosaan. Kehamilan semacam ini adalah kehamilan yang tidak diinginkan. Pertanyaannya, apakah gagasan kehamilan yang tidak diinginkan juga termasuk kehamilan karena hasil hubungan seksual dengan suami yang sah, tetapi terjadi melalui hubungan seksual yang dipaksakan atau yang disertai kekerasan (*intimate partner violence*), dan karena itu harus juga diaborsi?⁴ Selain itu, jika aborsi harus dilakukan terhadap janin korban perkosaan, mengapa harus menunggu sampai 40 hari sebagaimana ditegaskan PP No. 61 Tahun 2014? Bukankah tersedia tindakan preventif

yang lebih “manusiawi”, misalnya dengan memberikan “*morning after pill*” yang dari segi moralitas agama masih bisa ditoleransi⁵

Legalisasi aborsi korban perkosaan termasuk upaya penyelesaian masalah di hilir dan bukan di hulu dengan mengorbankan janin yang tidak mampu membela dirinya. Pemerintah Indonesia seharusnya peduli dan memiliki program yang jelas pada upaya memberikan hukuman yang berat kepada pelaku pemerkosaan demi sebuah efek jera.⁶ Dengan begitu, seorang pelaku pemerkosaan dapat dihukum secara maksimal.⁷ Langkah promotif dan preventif lain yang tidak kalah penting adalah memperkuat jaringan keluarga, meminimalisir sikap permisif terhadap revolusi seks melalui berbagai kebijakan (termasuk pendidikan, media massa, institusi agama, dan sebagainya). Pendekatan semacam ini jauh lebih penting dan akrab terhadap budaya Indonesia dibandingkan dengan tindakan pengguguran kandungan.

Kemudahan mengakses aborsi karena korban perkosaan justru menimbulkan persepsi bahwa negara memang tidak menginginkan anak-anak dari hasil perkosaan. Pemerintah seharusnya lebih memperkuat posisinya sebagai institusi yang melindungi “*potential person*”, dan itu bukan dengan mempromosikan aborsi, tetapi dengan memperkuat jaringan pengasuhan anak korban perkosaan. Menyangkut hal ini, PP No. 61 Tahun 2014 belum berhasil menegakan posisi pemerintah. Memang disebutkan bahwa perempuan korban perkosaan yang menolak menggugurkan kandungannya, pihak keluarga dapat berperan sebagai pengasuh anak yang dia lahirkan (pasal 38:2) atau diasuh oleh pihak lain sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku (pasal 38:3). Mengacu ke pasal 34 ayat 1 UUD 1945 yang menyatakan bahwa “fakir miskin dan anak-anak terlantar di pelihara oleh

negara”, negara seharusnya menjadi pengadopsi dan pemelihara anak-anak korban perkosaan ketika keluarga inti, keluarga luas, atau pihak lain tidak bersedia menjadi pengasuh. Poin ini yang tampaknya tidak dinyatakan secara cukup tegas dalam PP ini.

4. **PENUTUP**

Sebagai salah satu kelompok rentan, perempuan seharusnya dilindungi. Meskipun demikian, perlindungan terhadap perempuan, terutama dalam hal akses terhadap kesehatan reproduksi, bukan tanpa batas. Beberapa aspek seperti akses terhadap kesehatan reproduksi sebagai hak yang dihubungkan dengan hak atas seks, pengendalian kelahiran atau penentuan jenis kelamin anak melalui teknologi reproduksi, dan sebagainya, justru berpotensi mereduksikan perempuan sebagai alat untuk mencapai tujuan tertentu di luar dirinya.

Setiap dokter dan petugas kesehatan lainnya diharapkan mendahulukan keselamatan pasien di atas berbagai kepentingan ideologis, religius, atau ekonomis. Dengan begitu, keputusan-keputusan yang diambil, terutama yang menyangkut akses terhadap teknologi reproduksi, seharusnya berdasarkan pertama-tama pada “*the best interest of the patient*”. Dalam arti itu, pendekatan yang seharusnya ditonjolkan adalah pendekatan *equity* dan bukan *equality*, dalam arti “kepentingan setiap manusia (atau perempuan) dipertimbangkan secara setara, tetapi bukan pada perlakuan kepada setiap mereka.” Dalam arti itu, menjalankan PP No. 61 Tahun 2014 secara sistemik dan setara justru bertentangan dengan maksud awal PP itu sendiri, yakni memperlakukan perempuan sebagai makhluk yang bermartabat.

CATATAN AKHIR

¹ Lihat <http://www.kemenpppa.go.id/jdih/peraturan/PP-Nomor-61-Tahun-2014-Tentang-KESEHATAN-REPRODUKSI.pdf> Akses 12 Februari 2016.

² Lihat http://www.kemenpppa.go.id/jdih/peraturan/UU_NO_36__2009.pdf

³ PP No. 61 Tahun 2014 mengajukan kerangka etis yang harus dipenuhi dalam mengakses teknologi reproduksi. Misalnya, penegasan bahwa teknologi reproduksi hanya boleh diakses oleh pasangan yang terikat perkawinan sah dan mengalami infertilitas, sperma dan ovum yang dibuahi berasal dari pasangan sah yang ditanam dalam rahim istri pemilik ovum. Juga prinsip etis yang mengatur kelebihan embrio yang menurut PP ini harus disimpan sampai saudaranya lahir, bisa diperpanjang satu tahun, dan tidak boleh diperpanjang lagi dan harus dimusnahkan, tidak ditanam dalam rahim pasangan yang bercerai. PP juga mengajukan kerangka etis yang mengatur pemilihan jenis kelamin yang hanya diperbolehkan bagi anak kedua dan seterusnya (PP No. 61 Tahun 2014, pasal 44).

⁴ Pertanyaan semacam ini harus dianggap serius, terutama kalau kita memperhatikan praktik di negara lain. Belgia misalnya, mengenakan hukuman pidana terhadap perkosaan yang dilakukan oleh pasangan yang sah, di mana pelakunya dapat dihukum, sebagaimana diatur dalam Penal Code Art. 375.

⁵ Pandangan Gereja Katolik mengenai hal ini, misalnya, mengatakan bahwa “A female who has been raped should be able to defend herself against a potential conception from the sexual assault. If after appropriate testing, there is no evidence that conception has occurred already, she may be treated with medications that would prevent ovulation, sperm capacitation, or fertilization. It is not permissible, however, to initiate or to recommend treatments that have as their purpose or direct effect the removal, destruction, or interference with the implantation of a fertilized ovum”. Lihat: The statement follows the Directives of 1994 and the statement by the Pennsylvania Catholic Conference “Guidelines for Catholic Hospitals Treating Victims of Sexual Assault” (April 1, 1993), *Origins* 22: 81D (May 6, 1993).

⁶ Dalam 285 KUHP yang sekarang berlaku, ditegaskan bahwa pemerkosa akan diancam hukuman minimal satu hari dan maksimal 12 tahun. RUU KUHP yang sedang dipersiapkan, terutama di pasal 423 ditetapkan batas minimal 3 tahun.

⁷ Lihat RUU KUHP: Tindak Pidana Perkosaan Gunakan Batas Hukuman Minimal, dalam <http://www.hukumonline.com/berita/baca/hol9138/ruu-kuhp-tindak-pidana-perkosaan-gunakan-batas-hukuman-minimal>. Akses 16 Mei 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- De Vleminck, Aline, dkk (2012). Experiences and perceptions of Muslim and non-Muslim women during prenatal screening: a comparative study in Flanders and Brussels, Belgium. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 38(2), 142-143.
- Dixon, Rosalind dan Martha Nussbaum, *Abortion, dignity and a capabilities approach*. Chicago Law and Legal Theory Working Paper No. 345. March 2011.
- Feder Kitay, Eva dan Licia Carlson, “Cognitive Disability and Its Challenge to Moral Philosophy”, dalam Singer, Singer (Ed.) (2010). *Speciesism and Moral Status*. New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Jena, Yermias (2011). Perspektif health equity Amartya Sen dan kesehatan reproduksi di Indonesia. *Respons* 16(2), 287-312.
- Karen Devries dan Charlotte Watts, Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*. July 2011, Vol 73(1): 79-86.
- Musvita Ayu, Suci dkk (2012). Kekerasan dalam pacaran dan kecemasan remaja putri di Kabupaten Purworejo. *Kesehatan Masyarakat* 6(1), 61-72.
- Nussbaum, Martha (2006). *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Pape-Blabolil, dkk (2014). Multiple perpetrator rape among girls evaluated at a hospital-based Child Advocacy Center: Seven years of reviewed cases. *Child abuse & neglect* 38(9), 1540-1551.
- Puspitadesi, Dewi Intan dkk (2013). Hubungan Antara Figur Kelekatkan Orangtua dan Kontrol Diri dengan Perilaku Seksual Remaja SMA Negeri 11 Yogyakarta. *Jurnal Ilmiah Psikologi Candrajiwa* 1.4.

YEREMIAS JENA – KAJIAN ETIS ATAS PP NO. 61 TAHUN 2014 TENTANG
PENGATURAN KESEHATAN REPRODUKSI

Putri, Chayang Yanisa Yunika Prestiche (2015). Hubungan Persepsi Nilai Anak dengan Jumlah dan Jenis Kelamin Anak yang Diinginkan pada Wanita Usia Subur Pranikah di Perdesaan. *Biometrika dan Kependudukan* 3.1.

Sandel, Michael J. (2007). *The Case Against Perfection: Ethics in the Age of Genetic Engineering*. Massachusetts: Harvard University Press.

Singer, Peter (2011). *Practical ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.

SUMBER INTERNET

PP No. 61 Tahun 2014: <http://www.kemennpppa.go.id/jdih/peraturan/PP-Nomor-61-Tahun-2014-Tentang-KESEHATAN-REPRODUKSI.pdf> Diakses pada 12 Februari 2016.

UU No. 36 Tahun 2009: http://www.kemennpppa.go.id/jdih/peraturan/UU_NO_36__2009.pdf Diakses pada 12 Februari 2016.

The statement follows the Directives of 1994 and the statement by the Pennsylvania Catholic Conference “Guidelines for Catholic Hospitals Treating Victims of Sexual Assault” (April 1, 1993), *Origins* 22: 81D (May 6, 1993). (Dapat diakses dari <http://www.catholicnewsagency.com/resources/life-and-family/sexuality-contraception/the-morning-after-pill-rape-victims-and-ethical-and-religious-directives-for-catholic-health-care-services/>).

RUU KUHP: Tindak Pidana Perkosaan Gunakan Batas Hukuman Minimal, dalam <http://www.hukumonline.com/berita/baca/hol9138/ruu-kuhp-tindak-pidana-perkosaan-gunakan-batas-hukuman-minimal>. Akses 16 Mei 2015