



Rekonstruksi Tanggung Jawab Negara atas Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Pasca Reformasi Hukum Kesehatan Indonesia

Munafaroh¹

¹ Fakultas Hukum, Universitas Annuqayah, Indonesia

Correspondence: munafaroh.mt@gmail.com

Article Info

Article history:

Received July 21st, 2026

Revised Aug 29th, 2026

Accepted Sept 8th, 2026

Keyword:

AAAQ; Hak atas kesehatan; Hak asasi perempuan; Kesehatan reproduksi; Tanggung jawab negara.

ABSTRACT

Penelitian ini menganalisis rekonstruksi tanggung jawab negara atas hak kesehatan reproduksi perempuan setelah reformasi hukum kesehatan Indonesia. Penelitian hukum normatif ini menggunakan pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan gender-responsif dengan menelaah hukum nasional serta standar hak asasi manusia internasional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pembaruan melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, dan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2024 telah memperkuat dasar normatif kesehatan reproduksi, tetapi belum cukup apabila tanggung jawab negara hanya dibaca sebagai pengakuan hak. Penelitian ini menemukan bahwa kewajiban menghormati, melindungi, dan memenuhi perlu diuji secara silang melalui empat unsur Availability, Accessibility, Acceptability, dan Quality (AAAQ). Matriks tersebut memperjelas tanggung jawab atas otonomi perempuan, pengawasan penyedia layanan, akses tanpa diskriminasi, informasi, pemerataan, dan mutu pelayanan. Rekonstruksi yang ditawarkan menggeser fokus dari inventarisasi hak menuju akuntabilitas negara yang dapat diuji secara normatif.



© 2026 The Authors. Published by Punggawa Legacy Center. This is an open access article under the CC BY license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

INTRODUCTION

Hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia yang berhubungan langsung dengan martabat manusia. Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menjamin hak setiap orang memperoleh pelayanan kesehatan, sedangkan Pasal 28I ayat (4) menempatkan perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia sebagai tanggung jawab negara, terutama pemerintah. Pada tingkat internasional, Pasal 12 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai. General Comment No. 14 menegaskan bahwa hak tersebut tidak identik dengan hak untuk selalu sehat, melainkan menuntut tersedianya kondisi, fasilitas, barang, dan layanan yang memungkinkan hak atas kesehatan dinikmati (CESCR, 2000).

Kesehatan reproduksi perempuan memiliki karakter khusus karena bersentuhan dengan integritas tubuh, otonomi, non-diskriminasi, akses informasi, kehamilan, persalinan, kontrasepsi, dan berbagai kebutuhan kesehatan sepanjang siklus kehidupan. General Comment No. 22 menempatkan hak atas kesehatan seksual dan reproduksi sebagai bagian integral dari hak atas kesehatan dalam Pasal 12 ICESCR (CESCR, 2016). CEDAW juga mewajibkan negara menghapus diskriminasi terhadap perempuan dalam pelayanan kesehatan. Dengan demikian, kesehatan reproduksi tidak tepat ditempatkan hanya sebagai urusan medis; ia merupakan arena pertanggungjawaban negara terhadap martabat dan kesetaraan perempuan.

Gagasan dasar penelitian ini berangkat dari persoalan penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak kesehatan perempuan yang telah menjadi perhatian akademik penulis sejak studi magister. Namun, kerangka hukum yang menjadi konteks persoalan tersebut telah berubah secara fundamental. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan telah dicabut oleh Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Reformasi itu kemudian diikuti Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksanaan dan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2024 tentang Kesejahteraan Ibu dan Anak pada Fase Seribu Hari Pertama Kehidupan. Oleh karena itu, analisis yang hanya mengulang kerangka hukum lama tidak lagi memadai.

Perkembangan penelitian terdahulu juga menunjukkan pergeseran penting. Hasbi, Saputra, Iskandar, dan Asmara (2026) menganalisis keadilan reproduksi dan hak kesehatan perempuan dengan menyoroti perlindungan hukum serta ketimpangan struktural setelah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Prihadianto (2026) mengkaji perlindungan hukum pemenuhan hak reproduksi perempuan dalam sistem hukum kesehatan. Wibawa, Hardiyan, dan Juliani (2026) mengembangkan kritik mengenai transparansi informasi, biopower, dan otonomi perempuan. Furqon (2026) menggunakan parameter layanan kesehatan untuk menilai hak kesehatan seksual dan reproduksi perempuan pengungsi. Sementara itu, Putri dan Kusumawati menempatkan kesehatan reproduksi dalam perdebatan rekonstruksi pengaturan aborsi melalui pendekatan perbandingan hukum.

Penelitian-penelitian tersebut penting, tetapi menyisakan ruang analisis yang berbeda. Artikel ini tidak memusatkan perhatian pada satu layanan reproduksi tertentu, tidak pula menjadikan ketimpangan empiris sebagai temuan utama. Kebaruan penelitian ini terletak pada konstruksi matriks normatif dua lapis yang mengintegrasikan tiga bentuk kewajiban negara - menghormati, melindungi, dan memenuhi - dengan empat unsur AAAQ: Availability, Accessibility, Acceptability, dan Quality. Integrasi ini digunakan untuk menguji arsitektur tanggung jawab negara setelah reformasi hukum kesehatan 2023-2024. Dengan cara itu, pertanyaan bergeser dari 'hak apa yang diakui' menjadi 'kewajiban siapa, dalam bentuk apa, dan dengan parameter apa kepatuhannya dapat diuji'.

Penelitian ini menjawab dua persoalan. Pertama, bagaimana konstruksi tanggung jawab negara dalam penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak kesehatan reproduksi perempuan setelah reformasi hukum kesehatan Indonesia? Kedua, bagaimana integrasi tripartite state obligations dan AAAQ dapat digunakan untuk merekonstruksi parameter pertanggungjawaban negara? Tujuannya adalah menghasilkan kerangka hukum yang lebih operasional untuk menilai hubungan antara pengakuan hak, kewajiban negara, penyelenggara layanan, dan kualitas pemenuhan hak kesehatan reproduksi perempuan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif. Bahan hukum primer terdiri atas UUD NRI 1945, Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang pengesahan CEDAW, Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 tentang pengesahan ICESCR, Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, dan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2024. Instrumen interpretatif internasional yang digunakan terutama General Comment No. 14 dan General Comment No. 22 CESCR serta CEDAW.

Pendekatan yang digunakan meliputi pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan gender-responsif. Pendekatan perundang-undangan menilai hubungan antaraturan dan perubahan arsitektur hukum kesehatan. Pendekatan konseptual menguraikan right to health, reproductive health rights, state obligations, dan AAAQ. Perspektif gender digunakan untuk menguji apakah norma yang tampak netral telah mengakomodasi kebutuhan biologis dan hambatan sosial yang berbeda tanpa mereduksi perempuan menjadi fungsi reproduktif. Bahan hukum dianalisis secara kualitatif-preskriptif melalui interpretasi sistematis dan argumentasi hukum. Artikel ini tidak menggunakan kasus individual lama atau data lapangan yang tidak terverifikasi sebagai dasar kesimpulan empiris.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Transformasi Kerangka Hukum Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan

Reformasi hukum kesehatan melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 mengubah titik pijak analisis. Undang-undang tersebut mencabut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 dan

mengonsolidasikan berbagai pengaturan kesehatan ke dalam satu kerangka yang mencakup hak dan kewajiban, tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah, upaya kesehatan, fasilitas pelayanan, sumber daya manusia kesehatan, pendanaan, partisipasi masyarakat, pembinaan, dan pengawasan. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 kemudian memberi pengaturan pelaksanaan yang luas terhadap sistem tersebut. Karena itu, hak reproduksi perempuan perlu dianalisis sebagai bagian dari sistem kesehatan yang utuh, bukan sebagai norma yang berdiri sendiri.

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2024 menambahkan dimensi perlindungan pada fase seribu hari pertama kehidupan. Secara normatif, perlindungan kehamilan, persalinan, masa setelah persalinan, dan pengasuhan awal merupakan bagian penting dari kewajiban negara. Namun, pendekatan hak asasi menuntut kehati-hatian agar perlindungan maternitas tidak menggeser perempuan dari subjek hak menjadi semata-mata instrumen bagi kesehatan anak. Perempuan tetap merupakan pemegang hak atas tubuh, kesehatan, informasi, persetujuan, dan perlakuan tanpa diskriminasi.

Kerangka internasional memperkuat pembacaan tersebut. General Comment No. 22 (2016) menegaskan bahwa hak atas kesehatan seksual dan reproduksi merupakan bagian integral dari hak atas kesehatan. Posisi ini penting karena memperluas analisis dari pelayanan maternal semata menuju otonomi reproduksi, akses informasi, kebebasan dari diskriminasi, dan ketersediaan layanan yang dapat diterima dan berkualitas. Dengan demikian, reformasi hukum nasional seharusnya ditafsirkan secara harmonis dengan ICESCR dan CEDAW yang telah diratifikasi Indonesia.

Tiga Lapis Kewajiban Negara: Menghormati, Melindungi, dan Memenuhi

Kewajiban menghormati mengharuskan negara menahan diri dari tindakan yang secara langsung mengganggu penikmatan hak. Dalam kesehatan reproduksi, bentuknya antara lain tidak membentuk kebijakan diskriminatif, tidak menghambat akses informasi kesehatan yang sah, tidak melakukan intervensi sewenang-wenang terhadap tubuh, dan tidak mengabaikan kapasitas perempuan dalam pengambilan keputusan medis. Kewajiban ini mengubah orientasi perempuan dari objek kebijakan kesehatan menjadi subjek hukum.

Kewajiban melindungi muncul ketika ancaman terhadap hak berasal dari pihak ketiga. Sistem kesehatan melibatkan rumah sakit swasta, klinik, tenaga medis, tenaga kesehatan, pemberi kerja, perusahaan asuransi, dan aktor non-negara lain. Keterlibatan pihak swasta tidak menghapus kewajiban HAM negara. Negara harus menetapkan standar, perizinan, pengawasan, mekanisme pengaduan, serta bentuk pertanggungjawaban yang efektif. Inilah titik yang sering hilang apabila pembahasan hak kesehatan hanya memeriksa apakah negara telah menyediakan fasilitas.

Kewajiban memenuhi menuntut langkah positif melalui legislasi, kebijakan, anggaran, pendidikan, informasi, fasilitas, tenaga kesehatan, sistem rujukan, dan bentuk dukungan lain. Pemenuhan tidak berarti semua layanan harus diselenggarakan langsung oleh pemerintah, tetapi negara harus menjamin bahwa sistem secara keseluruhan memungkinkan hak dinikmati. Pada hak ekonomi, sosial, dan budaya terdapat dimensi realisasi progresif, tetapi prinsip non-diskriminasi dan kewajiban mengambil langkah tetap memiliki daya normatif (CESCR, 2000).

Ketiga lapis kewajiban tersebut saling berhubungan. Negara dapat tidak melakukan diskriminasi secara langsung, tetapi tetap gagal melindungi apabila membiarkan penyedia layanan melakukan praktik diskriminatif. Negara dapat pula memiliki regulasi pengawasan, tetapi gagal memenuhi apabila sistem rujukan atau fasilitas tidak memungkinkan akses efektif. Oleh karena itu, pengujian harus dilakukan secara bersamaan.

AAAQ sebagai Parameter Kualitas Pemenuhan Hak

General Comment No. 14 merumuskan Availability, Accessibility, Acceptability, dan Quality sebagai elemen esensial hak atas kesehatan (CESCR, 2000). Availability menuntut fasilitas, barang, layanan, dan program tersedia dalam jumlah yang memadai. Dalam kesehatan reproduksi, ketersediaan tidak cukup diukur dari jumlah fasilitas kesehatan secara umum, tetapi harus dikaitkan dengan layanan reproduksi, maternal, tenaga terampil, obat, sistem rujukan, dan penanganan kondisi darurat.

Accessibility memiliki dimensi non-diskriminasi, akses fisik, akses ekonomi, dan akses informasi. Karena itu, layanan yang tersedia secara formal belum tentu memenuhi hak apabila tidak terjangkau karena jarak, biaya, hambatan informasi, disabilitas, atau perlakuan diskriminatif. Prinsip ini menghubungkan hak kesehatan reproduksi dengan kesetaraan substantif: perlakuan yang sama tidak selalu adil apabila kondisi dan hambatan yang dihadapi kelompok berbeda tidak diperhitungkan.

Acceptability menuntut agar pelayanan menghormati etika medis, budaya yang kompatibel dengan HAM, kerahasiaan, gender, dan martabat pasien. Dalam kesehatan reproduksi, elemen ini

berkaitan langsung dengan informed consent, privasi, cara komunikasi tenaga kesehatan, dan otonomi pasien. Sensitivitas budaya tidak dapat digunakan untuk membenarkan diskriminasi atau paksaan terhadap perempuan.

Quality menuntut fasilitas, barang, dan layanan yang sesuai secara ilmiah dan medis serta bermutu. Hak tidak terpenuhi hanya dengan membuka akses terhadap pelayanan apabila pelayanan itu tidak aman atau tidak memenuhi standar. Quality karena itu berhubungan dengan kompetensi tenaga kesehatan, keselamatan pasien, obat dan alat kesehatan, akreditasi, standar profesi, serta pengawasan.

Keempat elemen tersebut tidak dapat dipisahkan. Fasilitas dapat tersedia tetapi tidak dapat diakses; dapat diakses tetapi tidak dapat diterima karena mengabaikan kerahasiaan; atau dapat diterima tetapi tidak memenuhi mutu. Karena itu, AAAQ berfungsi sebagai parameter yang mengubah konsep hak atas kesehatan dari abstraksi menjadi ukuran normatif.

Matriks Respect-Protect-Fulfil dan AAAQ sebagai Kebaruan Analitis

Kontribusi utama penelitian ini adalah mempertemukan dua kerangka tersebut dalam satu matriks. Pada kewajiban menghormati-availability, negara tidak boleh secara sewenang-wenang menutup atau membatasi layanan reproduksi yang secara hukum harus tersedia. Pada menghormati-accessibility, negara tidak boleh menciptakan diskriminasi atau hambatan informasi. Pada menghormati-acceptability, negara harus menghindari kebijakan yang mereduksi otonomi dan persetujuan perempuan. Pada menghormati-quality, negara tidak boleh menurunkan standar keselamatan secara tidak dapat dipertanggungjawabkan.

Pada lapis melindungi, AAAQ menguji bagaimana negara mengatur pihak ketiga. Protect-availability menuntut regulasi agar penyedia layanan mendukung keberlanjutan layanan esensial; protect-accessibility menuntut pencegahan diskriminasi dan hambatan ekonomi yang melanggar hukum; protect-acceptability menuntut perlindungan privasi, persetujuan, dan martabat pasien; sedangkan protect-quality menuntut lisensi, standar, pembinaan, pengawasan, dan mekanisme pertanggungjawaban.

Pada lapis memenuhi, fulfil-availability berkaitan dengan kebijakan penyediaan fasilitas, tenaga, obat, dan sistem rujukan; fulfil-accessibility dengan pembiayaan, pemerataan, akses informasi, dan jangkauan kelompok rentan; fulfil-acceptability dengan desain layanan yang gender-responsif dan menghormati pasien; serta fulfil-quality dengan investasi pada kompetensi, keselamatan, standar, dan evaluasi mutu.

Matriks ini membedakan artikel ini dari penelitian Hasbi et al. (2026). Penelitian tersebut menekankan keadilan reproduksi, perlindungan hukum, dan ketimpangan struktural. Artikel ini tidak mengklaim menemukan besaran ketimpangan faktual, melainkan membangun perangkat uji normatif untuk mengidentifikasi jenis kewajiban dan dimensi layanan yang bermasalah. Ia juga berbeda dari Wibawa et al. (2026) yang berfokus pada transparansi informasi dan otonomi melalui kritik biopower, serta berbeda dari kajian aborsi yang menempatkan satu jenis layanan sebagai pusat rekonstruksi.

Kerangka ini memiliki manfaat metodologis. Penelitian normatif tidak perlu memaksakan klaim empiris yang tidak didukung data lapangan. Ketika terdapat isu distribusi fasilitas, misalnya, artikel normatif dapat menyatakan bahwa hukum wajib memiliki desain untuk menjamin accessibility dan availability, sementara besaran kesenjangan aktual harus dibuktikan melalui data resmi atau penelitian empiris. Pemisahan tersebut menjaga integritas metodologis dan mencegah anekdot lama digunakan sebagai bukti keadaan kontemporer.

Otonomi Tubuh, Kontrasepsi, dan Relasi Kuasa dalam Kesehatan Reproduksi

Otonomi tubuh merupakan titik temu antara kewajiban negara dan pengalaman konkret perempuan dalam sistem kesehatan. Dalam kerangka hak asasi manusia, keputusan reproduksi tidak boleh direduksi menjadi persoalan administratif atau semata-mata pilihan keluarga. Keputusan mengenai penggunaan kontrasepsi, jarak kehamilan, tindakan medis, dan penerimaan informasi kesehatan melekat pada martabat serta kapasitas perempuan sebagai subjek hukum. Karena itu, penghormatan terhadap keluarga dan nilai sosial harus dibedakan dari pengalihan kewenangan atas tubuh perempuan kepada pasangan, keluarga besar, petugas, atau institusi. Negara berkewajiban membangun tata kelola pelayanan yang menjaga agar keputusan kesehatan didasarkan pada informasi yang memadai, persetujuan yang bebas, dan kepentingan pasien.

Persoalan kontrasepsi memperlihatkan dengan jelas bagaimana norma yang tampak netral dapat menghasilkan beban yang tidak seimbang. Widiyani, Niko, Magna, dan Efridadewi (2026) menunjukkan bahwa tanggung jawab kontrasepsi di Indonesia masih banyak dibebankan kepada

perempuan, sementara keputusan reproduksi juga dipengaruhi relasi dengan suami, otoritas medis, kebijakan negara, nilai budaya, dan interpretasi keagamaan. Temuan tersebut penting bagi penelitian ini bukan untuk menyimpulkan keadaan seluruh keluarga Indonesia, melainkan untuk menunjukkan bahwa *accessibility* dan *acceptability* tidak cukup dibaca sebagai tersedianya alat kontrasepsi. Kedua unsur itu juga menyangkut apakah perempuan dapat memperoleh informasi, mempertimbangkan pilihan, dan memberikan persetujuan tanpa paksaan.

Dalam konteks demikian, program keluarga berencana harus ditempatkan sebagai layanan yang memungkinkan perencanaan dan penjarangan kehamilan secara bertanggung jawab, bukan sebagai mekanisme yang membebaskan target demografis pada tubuh perempuan. Pendekatan berbasis hak menghendaki pilihan metode yang memadai, informasi mengenai manfaat dan risiko, kesempatan untuk menolak, serta pembagian tanggung jawab reproduksi yang lebih setara. Ketika perempuan ditempatkan sebagai satu-satunya pihak yang harus menanggung konsekuensi biologis sekaligus tanggung jawab kontrasepsi, kebijakan yang secara formal netral dapat berhadapan dengan prinsip kesetaraan substantif.

Wibawa, Hardiyan, dan Juliani (2026) juga memperlihatkan bahwa keterbukaan informasi kesehatan reproduksi tidak otomatis menghasilkan otonomi substantif. Informasi baru mempunyai arti apabila pemegang hak memiliki kapasitas nyata untuk memahami dan menggunakannya dalam pengambilan keputusan. Perspektif ini memperkuat matriks yang ditawarkan artikel ini: *respect-accessibility* menuntut negara tidak menghambat informasi; *protect-acceptability* menuntut perlindungan dari paksaan pihak ketiga; sedangkan *fulfil-accessibility* dan *fulfil-acceptability* menuntut sistem komunikasi kesehatan yang dapat dipahami dan menghormati keputusan pasien.

Dimensi relasi kuasa juga relevan ketika keputusan kesehatan perempuan berlangsung dalam rumah tangga. Keterlibatan pasangan dapat menjadi dukungan, tetapi dukungan berbeda secara hukum dari pengambilalihan keputusan. Negara dan tenaga kesehatan perlu membedakan persetujuan pasien dari persetujuan sosial keluarga. Pada tindakan yang menurut hukum mensyaratkan *informed consent* pasien, tekanan keluarga tidak boleh menggantikan kehendak pasien yang cakap. Kerangka ini penting karena hak kesehatan reproduksi tidak hanya berurusan dengan ada atau tidaknya fasilitas, tetapi juga siapa yang diakui sebagai pemegang otoritas atas keputusan yang menyangkut tubuh perempuan.

Akuntabilitas Penyelenggara Layanan dan Pembagian Tanggung Jawab Pemerintahan

Reformasi hukum kesehatan juga menuntut pembacaan yang lebih presisi mengenai siapa yang harus bertanggung jawab ketika layanan diselenggarakan oleh banyak aktor. Negara tidak dapat melepaskan kewajiban HAM hanya karena pelayanan diberikan rumah sakit atau klinik non-pemerintah. Dalam tipologi *protect*, kewajiban negara justru tampak pada kemampuan membentuk standar, mengawasi kepatuhan, menyediakan prosedur pengaduan, dan memastikan adanya konsekuensi ketika hak pasien dilanggar. Pengaturan perizinan dan akreditasi karena itu perlu dibaca sebagai instrumen perlindungan hak, bukan sekadar administrasi sektor kesehatan.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 berlaku sebagai kerangka kesehatan nasional dan secara resmi mencabut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 beserta sejumlah undang-undang sektoral kesehatan sebelumnya. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 kemudian menjadi peraturan pelaksanaan yang berlaku bagi kerangka tersebut. Perubahan ini penting karena analisis tanggung jawab negara tidak lagi tepat apabila masih bertumpu pada struktur regulasi sebelum 2023. Rekonstruksi harus memeriksa sistem baru secara utuh, termasuk hubungan pemerintah pusat dan daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga medis dan tenaga kesehatan, pembinaan, serta pengawasan.

Dalam negara yang penyelenggaraan pemerintahannya terdesentralisasi, pembagian urusan tidak boleh berubah menjadi kekosongan pertanggungjawaban. *Availability* dan *accessibility* dapat membutuhkan tindakan berbeda di setiap daerah, tetapi standar perlindungan hak tetap harus dapat ditelusuri. Pemerintah pusat berkepentingan pada standar, kebijakan nasional, dan pengendalian sistem, sedangkan pemerintah daerah memiliki peran penting dalam penyelenggaraan layanan sesuai kewenangannya. Matriks *respect-protect-fulfil* dan AAAQ membantu mengidentifikasi apakah suatu persoalan muncul karena norma yang membatasi, pengawasan yang lemah, atau kegagalan menyediakan sumber daya dan jalur layanan.

Hal yang sama berlaku terhadap kualitas. *Quality* bukan sekadar kepuasan pengguna, melainkan tuntutan agar pelayanan sesuai standar ilmiah dan medis. Negara perlu memastikan kompetensi tenaga, keselamatan pasien, mutu obat dan alat kesehatan, serta sistem rujukan dan evaluasi. Apabila layanan tersedia dan dapat dijangkau tetapi mutu klinisnya tidak memadai, kewajiban

memenuhi belum selesai. Sebaliknya, standar mutu yang tinggi tetapi hanya dapat dinikmati kelompok tertentu juga belum memenuhi accessibility. Interaksi antarunsur inilah yang membuat AAAQ perlu dibaca bersama tipologi kewajiban negara.

Akuntabilitas juga memerlukan mekanisme koreksi. Pengaduan yang efektif memberi fungsi ganda: menyediakan jalan bagi pemegang hak dan menghasilkan informasi bagi negara untuk memperbaiki sistem. Pada kesehatan reproduksi, desain pengaduan harus memperhitungkan kerahasiaan data, risiko stigma, ketimpangan posisi antara pasien dan institusi, serta kemungkinan viktimisasi ulang. Oleh sebab itu, prosedur yang hanya tersedia secara formal tetapi sulit dipahami atau menimbulkan risiko bagi pengadu tidak memenuhi gagasan akses yang efektif.

Rekonstruksi Tanggung Jawab Negara Pasca Reformasi Hukum Kesehatan

Rekonstruksi pertama adalah menggeser orientasi dari pengakuan hak menuju akuntabilitas kewajiban. Norma yang menyatakan adanya hak harus dapat diterjemahkan menjadi subjek yang berkewajiban, tindakan yang harus dilakukan atau dihindari, standar layanan, mekanisme pengawasan, dan jalur pemulihan. Dengan demikian, pembentukan regulasi bukan akhir dari pemenuhan hak, melainkan awal dari pengujian tanggung jawab.

Rekonstruksi kedua adalah memperkuat pengawasan pihak ketiga. Negara harus memastikan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk yang dikelola non-pemerintah, tunduk pada standar non-diskriminasi, keselamatan pasien, kerahasiaan, informed consent, dan kewajiban pelayanan sesuai hukum. Mekanisme pertanggungjawaban perlu disesuaikan dengan karakter pelanggaran sehingga persoalan administratif, etik, disiplin, perdata, atau pidana tidak dicampuradukkan.

Rekonstruksi ketiga adalah menempatkan otonomi dan informasi sebagai unsur sentral. Kementerian Kesehatan sendiri menjelaskan bahwa Undang-Undang Kesehatan menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi berdasarkan siklus hidup. Jaminan tersebut harus dimaknai bersama hak atas informasi dan persetujuan. Perempuan tidak cukup diberi layanan; ia harus dapat memahami pilihan, risiko, manfaat, dan konsekuensi tindakan sehingga keputusan medis tidak berubah menjadi keputusan sepihak institusi atau keluarga.

Rekonstruksi keempat adalah menghubungkan pemerataan dengan kewajiban hukum. Desentralisasi pelayanan tidak menghapus tanggung jawab negara. Pemerintah pusat dan daerah harus bekerja dalam kerangka standar dan koordinasi yang menjamin bahwa lokasi geografis atau kemampuan ekonomi tidak berubah menjadi penghalang yang tidak proporsional. Pemerataan tidak berarti setiap daerah memiliki fasilitas identik, tetapi setiap orang harus memiliki jalur efektif menuju layanan yang dibutuhkan.

Rekonstruksi kelima adalah membangun harmonisasi lintas sektor. Hak kesehatan reproduksi beririsan dengan perlindungan dari kekerasan seksual, ketenagakerjaan, perlindungan ibu dan anak, jaminan sosial, serta tata kelola fasilitas kesehatan. Harmonisasi dibutuhkan agar perlindungan maternitas tidak berubah menjadi diskriminasi kerja, agar korban kekerasan memperoleh layanan pemulihan, dan agar kebijakan kesehatan tetap menghormati otonomi perempuan.

Rekonstruksi keenam adalah memastikan mekanisme pengaduan dan pemulihan dapat diakses. Hak kehilangan daya guna apabila pelanggaran tidak dapat dipersoalkan. Mekanisme pengaduan harus jelas, menjaga kerahasiaan, mencegah viktimisasi ulang, dan menghasilkan tindak lanjut. Hal ini terutama penting pada kesehatan reproduksi karena informasi yang dipersoalkan sering bersifat intim dan dapat menimbulkan stigma.

Rekonstruksi ketujuh adalah melakukan evaluasi kebijakan yang responsif gender. Kebijakan yang tampak netral dapat menghasilkan dampak berbeda bagi perempuan karena kebutuhan biologis, relasi kuasa, kondisi ekonomi, disabilitas, atau hambatan geografis. Karena itu, analisis dampak terhadap penikmatan hak perlu dilakukan sejak pembentukan kebijakan, bukan hanya setelah sengketa muncul.

Pada akhirnya, reformasi hukum kesehatan harus mempertahankan perempuan sebagai subjek hak. Perlindungan khusus dapat dibenarkan untuk mengatasi kebutuhan dan ketimpangan, tetapi tidak boleh berubah menjadi paternalism yang meniadakan kapasitas perempuan mengambil keputusan. Kesetaraan substantif mengharuskan hukum mengakui perbedaan kebutuhan sekaligus menjaga martabat, otonomi, dan kesempatan yang setara.

Kerangka rekonstruksi tersebut sekaligus menetapkan batas analisis penelitian ini. Artikel ini tidak menyatakan bahwa seluruh hambatan kesehatan reproduksi di Indonesia dapat dibuktikan hanya melalui pembacaan peraturan. Persoalan mengenai seberapa jauh fasilitas tersedia, bagaimana

pengalaman pasien, apakah terdapat diskriminasi dalam praktik, dan seberapa efektif mekanisme pengaduan bekerja memerlukan data empiris tersendiri. Fungsi penelitian normatif ini adalah menentukan parameter hukum yang harus diuji ketika data tersebut tersedia. Dengan demikian, temuan empiris mengenai keterbatasan fasilitas dapat ditempatkan pada availability, hambatan biaya atau jarak pada accessibility, persoalan persetujuan dan kerahasiaan pada acceptability, serta keselamatan dan kompetensi pada quality. Setelah dimensi masalah ditemukan, tipologi respect-protect-fulfil membantu menentukan apakah persoalan berasal dari intervensi negara, kegagalan mengendalikan pihak ketiga, atau kurangnya tindakan positif. Pemisahan antara temuan normatif dan temuan empiris ini penting agar kritik terhadap negara tidak dibangun dari generalisasi yang tidak terverifikasi. Pada saat yang sama, pemisahan tersebut tidak mengurangi daya preskriptif penelitian hukum: justru ia menghasilkan perangkat evaluasi yang dapat digunakan oleh pembentuk kebijakan, pengawas layanan, peneliti empiris, dan masyarakat untuk menilai apakah reformasi hukum kesehatan benar-benar bergerak dari pengakuan formal menuju pemenuhan hak yang dapat dipertanggungjawabkan.

Implikasi praktisnya, setiap evaluasi kebijakan kesehatan reproduksi seharusnya menjawab sekurang-kurangnya dua pertanyaan secara berurutan. Pertama, unsur AAAQ mana yang terdampak oleh suatu norma, kebijakan, atau praktik pelayanan. Kedua, bentuk kewajiban negara mana yang relevan untuk memperbaikinya. Pola tersebut mencegah rekomendasi berhenti pada seruan umum agar pemerintah meningkatkan perlindungan. Rekomendasi dapat diarahkan secara lebih spesifik pada perubahan norma, penguatan pengawasan pihak ketiga, penyediaan sumber daya, perbaikan informasi, atau pembentukan mekanisme pemulihan. Dengan demikian, matriks yang ditawarkan bukan sekadar klasifikasi konseptual, tetapi alat penalaran hukum untuk menghubungkan hak perempuan dengan tindakan pemerintahan yang dapat dinilai dan dipertanggungjawabkan.

KESIMPULAN

Reformasi hukum kesehatan Indonesia telah memperkuat dasar normatif hak kesehatan reproduksi perempuan melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, dan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2024. Namun, tanggung jawab negara tidak dapat dinilai hanya dari keberadaan regulasi. Negara harus diuji pada tiga lapis kewajiban: menghormati dengan tidak mengintervensi hak secara sewenang-wenang, melindungi melalui pengaturan dan pengawasan pihak ketiga, serta memenuhi melalui langkah positif yang memungkinkan hak dinikmati.

Kebaruan penelitian ini adalah matriks integratif respect-protect-fulfil dan AAAQ. Matriks tersebut menghubungkan bentuk kewajiban dengan ketersediaan, aksesibilitas, penerimaan, dan kualitas pelayanan sehingga akuntabilitas dapat dinilai lebih presisi. Rekonstruksi tanggung jawab negara karena itu diarahkan pada pengawasan penyedia layanan, akses tanpa diskriminasi, perlindungan otonomi dan informed consent, pemerataan sistem layanan, kualitas pelayanan, harmonisasi lintas sektor, serta mekanisme pengaduan dan pemulihan. Kerangka ini menjaga analisis tetap normatif tanpa menggantung kesimpulan pada kasus atau data empiris yang tidak terverifikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12), E/C.12/2000/4.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2016). General Comment No. 22 on the right to sexual and reproductive health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22.
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. (1979).
- Furqon, A. F. (2026). Refugee women's sexual and reproductive health rights in Indonesia. *Walisongo Law Review*, 8(1), 131–150. <https://doi.org/10.21580/walrev.2026.8.1.31354>
- Hasbi, Y., Saputra, F., Iskandar, H., & Asmara, R. (2026). Reproductive justice and women's health rights in Indonesia: Between legal protection and structural inequality. *Masalah-Masalah Hukum*, 55(1), 47–81. <https://doi.org/10.14710/mmh.55.1.2026.47-81>
- Prihadianto, D. G. (2026). Legal protection for the fulfillment of women's reproductive rights in the Indonesian health legal system. *Ratio Legis Journal*, 5(2), 2511–2530.
- Putri, D. K., & Kusumawati, E. D. (2025). Quo vadis hak atas kesehatan reproduksi: Analisis rekonstruksi pengaturan aborsi di Indonesia (perbandingan hukum Indonesia dengan Perancis). *Jurnal Hukum & Pembangunan*, 55(1). <https://doi.org/10.21143/jhp.vol55.no.1.1673>

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2024 tentang Kesejahteraan Ibu dan Anak pada Fase Seribu Hari Pertama Kehidupan.
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. (1966).
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Widiyani, H., Niko, N., Magna, M. S., & Efridadewi, A. (2026). Who bears the burden? Gender, contraceptive responsibility, and the legal regulation of reproductive choice in Indonesia. *Jurnal Hukum Progresif*, 14(2), 269–298. <https://doi.org/10.14710/jhp.14.2.269-298>
- Wibawa, K. C. S., Hardiyan, S. P., & Juliani, H. (2026). Beyond health information transparency: Reproductive justice, biopower, and women's autonomy in Indonesia. *Jurnal Hukum Progresif*, 14(2), 299–328. <https://doi.org/10.14710/jhp.14.2.299-328>.