

# **Rebel Bodies: A Guide to The Gender Health Gap Revolution**

Emilly Octavia Mubarok

**Penulis** : Sarah Graham

**Penerbit** : Green Tree, Bloomsbury Publishing Plc

**Tahun** : 2023

**Halaman** : 284

Buku "*Rebel Bodies: A Guide to the Gender Health Gap Revolution*" karya Sarah Graham menyajikan argumen komprehensif bahwa kesenjangan kesehatan gender yang meluas adalah realitas yang mengakar dalam sistem kesehatan yang misoginis. Tujuan utama dari buku ini adalah untuk mengungkap disparitas tersebut melalui narasi serta pengalaman pasien, serta untuk mengadvokasikan transformasi radikal dalam sistem pelayanan kesehatan. Dorongan utama Graham menulis buku ini adalah rasa ketidakadilan yang menyulut semangatnya untuk mengatasi kesenjangan pelayanan kesehatan berdasarkan gender. Melalui pendekatan jurnalisme naratif dan feminisme interseksional, Graham menyusun mosaik pengalaman pasien untuk menunjukkan bahwa kesehatan bukan ranah netral, melainkan ruang perebutan kekuasaan yang membentuk siapa yang dianggap 'layak didengar dan dirawat'. Bedah literatur ini akan menerangkan karya Graham yang transformatif dan merefleksikannya dengan keadaan kesehatan di Indonesia saat ini.

## **Pendahuluan**

Sarah Graham memulai bukunya dengan mengusung jargon feminis klasik yang tetap relevan hingga kini, yakni "*the personal is political.*" Ia menggarisbawahi bahwa pengalaman kesehatan individu dibentuk oleh konteks sosial-politik yang ekstensif, termasuk keputusan tentang pendanaan

penelitian dan pemotongan anggaran pelayanan publik. Graham menegaskan bahwa kesehatan adalah masalah yang sangat pribadi, tetapi keputusan politik dapat memengaruhi kesejahteraan sehari-hari individu secara langsung. Kesenjangan kesehatan gender digambarkan sebagai masalah kritis dengan dampak luas, yang memengaruhi keluarga, hubungan, pekerjaan, serta menimbulkan biaya ekonomi yang signifikan.

Disparitas kesehatan memiliki akar permasalahan yang persisten dalam sikap dan kepercayaan historis yang telah lama menganggap model laki-laki cis-hetero, berkulit putih, dan berbadan sehat sebagai standar bawaan. Tubuh-tubuh selain itu, seperti tubuh perempuan, tubuh penyandang disabilitas, hingga tubuh orang kulit berwarna—*Black, Indigenous, People of Color* (BIPOC)—dianggap sebagai yang *liyan* (*The Other*), sehingga kerap kali diabaikan, kurang dipahami, atau didiskreditkan oleh ilmu kesehatan. Graham menarik benang historis stigma gender yang melekat sejak Mesir Kuno dan Yunani hingga periode modern, salah satunya terkait istilah '*hysteria*' dari Bahasa Yunani yang berarti rahim. Stigma ini menyalahkan rahim perempuan sebagai dalang di balik “gangguan perilaku” yang dialami perempuan. Pada abad ke-19, setelah periode di mana histeria dikaitkan dengan sihir dan kerasukan setan, Sigmund Freud menafsirkan ulang histeria sebagai kondisi psikologis. Ia membantu membangun hubungan antara histeria dan gangguan ‘konversi’ atau ‘psikomatik’ yang mengarah pada keyakinan bahwa kedokteran tidak dapat menjelaskan gejala seorang perempuan, atau dapat dikatakan, “Hanya ada di kepalanya.” Diagnosis histeria, yang digunakan untuk menjelaskan segala hal, mulai dari nyeri menstruasi hingga ketidakpatuhan istri, baru dihapus dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Amerika Serikat pada tahun 1980. Kendati demikian, ‘hantu’ dari penyakit perempuan yang utama ini masih membayangi praktik medis modern hingga kini.

Asosiasi historis perempuan dengan histeria kemudian berdampak pada isu-isu feminis yang lebih luas, menyebabkan perempuan diabaikan karena mereka 'terlalu emosional' atau 'hormonal', sehingga otonomi mereka ditolak. Pesan yang mendasarinya adalah bahwa perempuan tidak dapat dipercaya. Pengamatan ini menitikberatkan ketidakadilan epistemik yang simultan, di mana kelompok-kelompok tertentu—perempuan, orang kulit berwarna, individu penyandang disabilitas—secara inheren dianggap kurang kredibel sebagai penentu tubuh dan pengalaman mereka sendiri. Graham menyatakan bahwa narasi dari konstruksi budaya yang sistematis ini merusak rasionalitas dan kepercayaan terhadap perempuan. Warisan ini diperparah oleh praktik-praktik yang secara terang-terangan diskriminatif.

Buku ini mengakui bahwa meskipun dokter individu mungkin menunjukkan bias, namun masalah yang ada, tentu saja, bersifat struktural dan sistemik. Layanan Kesehatan Nasional (*National Health Service/NHS*) Inggris, serupa dengan sistem pelayanan kesehatan global lainnya, menghadapi tantangan signifikan, terutama ketika Pandemi COVID-19 yang memperburuk sumber daya dan pengelolaan aparatur kesehatan. Kapasitas NHS tertinggal banyak dari negara Uni Eropa dalam hal jumlah tempat tidur, fasilitas perawatan kritis, jumlah tenaga kerja, dan sumber daya di perawatan primer dan komunitas. Perempuan, sebagai pengguna terbesar layanan kesehatan dan sosial untuk diri mereka sendiri maupun sebagai orang tua atau pengasuh, mau tidak mau merasakan dampak terbesar dari krisis sumber daya tersebut. Hal ini mencakup bergumul dengan birokrasi kesehatan sejak masa remaja, mulai dari masalah menstruasi, kontrasepsi, hingga skrining, dibandingkan dengan laki-laki.

Problematika ini diperparah oleh krisis yang berlangsung pada Oktober 2021 di Inggris, dengan jumlah bidan di Inggris yang turun hampir 300 dalam dua bulan—penurunan tercepat dalam lebih dari 20 tahun. Sebanyak 57%

bidan mempertimbangkan untuk berhenti dalam setahun ke depan karena kekurangan staf dan kekhawatiran tentang keselamatan perawatan. Layanan ambulans di seluruh negeri berada pada tingkat siaga tertinggi, dengan pasien menunggu hingga 11 jam di ambulans di luar rumah sakit. Jumlah dokter umum turun hampir 1.400 sejak 2015, meskipun ada janji untuk meningkatkannya sebanyak 5.000 pada tahun 2020. Dokter umum melaporkan peningkatan kontak pasien dari 30–35 pada hari yang buruk, menjadi 50 pada hari rata-rata sejak pandemi. Selain itu, tenaga kesehatan menghadapi peningkatan pelecehan dan kekerasan, dengan 37% dokter mengalami pelecehan verbal pada Juli 2021, serta lebih dari separuh menyaksikan kekerasan atau pelecehan terhadap staf lain.

Kondisi ini menciptakan efek amplifikasi. Ketika sistem pelayanan kesehatan kronis kekurangan dana, kelangkaan staf, dan beroperasi di bawah tekanan yang masif, tenaga kesehatan terpaksa membuat keputusan cepat. Ekosistem ini membuat mereka lebih rentan untuk mengandalkan stereotip yang berakar pada bias historis yang dijelaskan oleh Graham. Oleh karena itu, meskipun bias bersifat inheren, tekanan sistemik bertindak sebagai katalis—mempersulit profesional kesehatan untuk memberikan perawatan yang bernuansa, empatik, dan berbasis bukti yang diperlukan. Hal tersebut secara tidak proporsional merugikan pasien yang terpinggirkan dan sudah menjadi penerima bias ini.

### **Kesehatan Menstruasi dan Hormonal**

Graham memperdalam analisisnya dengan memetakan berbagai problematika diskriminatif yang dialami oleh perempuan dan kelompok termarginalkan ketika mengakses pelayanan kesehatan. Gejala menstruasi kerap kali diabaikan sebagai 'normal' atau "sesuatu yang harus ditanggung oleh siapa pun yang memiliki rahim." Sikap ini bertindak sebagai penghalang

untuk mengakses perawatan yang tepat. Menurut Graham, terdapat celah dalam pemahaman penelitian medis mengenai masalah menstruasi umum. Misalnya, 50% perempuan muda mengalami nyeri haid yang cukup kronis sehingga membutuhkan pengobatan, tetapi pengobatannya memiliki tingkat kegagalan 20–25%. Sebuah tinjauan pada tahun 2016 menemukan lima kali lebih banyak penelitian tentang disfungsi ereksi—memengaruhi 19% laki-laki—daripada *Premenstrual Syndrome* (PMS) —memengaruhi 90% perempuan.

Endometriosis, yakni kondisi ketika jaringan yang melapisi bagian dalam dinding rahim tumbuh di luar rahim tidak bisa luruh dan keluar dari tubuh, adalah penyakit yang bisa dialami oleh setiap perempuan. Meski demikian, endometriosis termasuk kondisi yang paling sedikit didanai oleh *United State National Institutes of Health* (Layanan Kesehatan Nasional Amerika Serikat). Diagnosis endometriosis di Inggris rata-rata membutuhkan waktu delapan tahun, dengan beberapa perempuan menunggu lebih dari dua dekade. Terlebih, mereka sering kali salah didiagnosis dengan *Irritable Bowel Syndrome* (IBS), depresi, atau kecemasan. Graham menceritakan kisah perjalanan 23 tahun Dee Montague untuk mendapatkan diagnosis endometriosis. Pasien kerap disangkal dari pengalamannya, diberitahu bahwa rasa sakit mereka semuanya psikologis, dituduh “mencari obat,” bahkan hingga ditertawakan. Seorang tenaga medis perempuan melaporkan seorang ahli bedah menyebut pasien endometriosis ‘gila’.

Endometriosis secara historis dianggap sebagai ‘penyakit perempuan kulit putih’, yang menyebabkan rasa sakit perempuan kulit hitam diabaikan dan salah didiagnosis dengan fibroid atau *Pelvic Inflammatory Disease* (PID) berdasarkan stereotip rasis. Beberapa ahli bedah ginekologi cenderung memilih histerektomi, yaitu prosedur pengangkatan rahim, sebagai langkah

pengobatan utama. Keputusan ini sering kali diambil meskipun histerektomi bukan satu-satunya solusi atau ketika pilihan penanganan yang lebih konservatif dan tidak terlalu radikal masih tersedia. Fenomena ini menjadi lebih mengkhawatirkan karena histerektomi kerap dilakukan pada perempuan muda yang masih memiliki keinginan untuk memiliki anak dan membangun keluarga. Sementara itu, Alex, seorang non-biner, harus berjuang selama bertahun-tahun untuk mendapatkan histerektomi yang diinginkan untuk endometriosis dan adenomiosis parah. Hal ini menyoroti masalah yang lebih luas tentang otonomi tubuh yang ditolak atau ditentukan oleh usia, status kesuburan, atau gender. Perawatan *Polycystic Ovary Syndrome* (PCOS) sering kali berfokus pada kesuburan, mengabaikan gejala fisik dan mental lainnya. Komentar menghakimi tentang pergaulan bebas dari dokter umum atau anggota keluarga dapat bertindak sebagai penghalang pengobatan di beberapa komunitas. *Premenstrual Dysphoric Disorder* (PMDD), yakni penyakit PMS parah, acapkali diabaikan sebagai “hanya PMS” atau “terlalu emosional,” meskipun dampaknya melemahkan, termasuk memunculkan ide bunuh diri. Ketika kondisi seperti endometriosis kurang diteliti dan salah didiagnosis selama bertahun-tahun, hal itu menyebabkan nyeri kronis, disabilitas, dan hilangnya produktivitas yang signifikan. Pengabaian sistemik ini, yang didorong oleh bias gender, menciptakan beban tersembunyi pada individu dan masyarakat, di mana penderitaan perempuan yang “dapat diterima” secara langsung diterjemahkan menjadi inefisiensi ekonomi dan kualitas hidup yang berkurang, padahal dapat diatasi dengan investasi dan pengakuan yang tepat.

### **Normalisasi Rasa Sakit dan Kekerasan Epistemik**

Salah satu narasi paling kuat dalam buku ini adalah pembongkaran terhadap konstruksi sosial dan medis yang menormalisasi rasa sakit perempuan. Perempuan mengalami dan melaporkan nyeri yang lebih sering

dan lebih besar daripada laki-laki, kendati perempuan tidak menerima pengobatan yang setara dengan laki-laki. Mereka menunggu lebih lama di Unit Gawat Darurat (UGD), lebih kecil kemungkinannya untuk ditanggapi dengan serius, lebih kecil kemungkinannya untuk diresepkan obat pereda nyeri opioid, dan lebih besar kemungkinannya untuk menerima obat penenang atau obat anti-kecemasan. Mereka diabaikan sebagai “cemas”, “histeris”, “mencari perhatian”, dan cemas berlebihan. Disparitas ini diperkuat oleh ras dan identitas. Pasalnya, pasien kulit hitam lebih kecil kemungkinannya untuk menerima obat pereda nyeri akibat keyakinan di lingkungan kedokteran kulit putih yang menyatakan bahwa orang kulit hitam memiliki toleransi cukup besar terhadap nyeri dibandingkan orang kulit putih. Selain itu, pasien *lesbian, gay, bisexual, transgender, dan queer* (LGBTQ+)—terutama individu penyandang disabilitas dan minoritas etnis—menghadapi perlakuan yang tidak setara. Pasien trans dan non-biner menghadapi bias anti-trans spesifik, di mana gejala rutin dikaitkan dengan status trans atau pengobatan hormon mereka, yang menyebabkan penolakan atau penundaan perawatan. Dokter seakan terpatrit untuk memprioritaskan gejala laki-laki usia produktif, mengasumsikan ambang batas yang lebih tinggi bagi laki-laki untuk mencari perawatan yang mengarah pada penyelidikan yang ekstensif bagi mereka.

Lebih dari 8.000 perempuan di Inggris dan Wales meninggal sia-sia akibat serangan jantung selama satu dekade karena perawatan yang lebih buruk daripada laki-laki. Perempuan menerima 50% diagnosis awal yang keliru dalam pemeriksaan serangan jantung. Hal ini terjadi meskipun perempuan tersebut menunjukkan gejala umum serangan jantung secara terus-menerus. Pendidikan kedokteran acapkali tersentralisasi pada norma anatomi laki-laki, sehingga fisiologi perempuan terpinggirkan. Menurut Graham, kesenjangan nyeri berbasis gender menunjukkan ketidakpercayaan

yang diwariskan secara turun-temurun. Rasa sakit perempuan secara konsisten diabaikan sebagai masalah psikologis dan harus diterima begitu saja. Hal tersebut menyebabkan pasien menginternalisasi penolakan ini, sehingga menunda pencarian perawatan yang mereka butuhkan. Penundaan ini dapat memperburuk keadaan mereka. Graham menentang keras narasi ini dan menyebutnya sebagai bentuk banalitas kekerasan sistemik dalam dunia kedokteran.

### **Kekerasan Reproduksi dan Kehilangan Otonomi Tubuh**

Graham menunjukkan bagaimana institusi medis melakukan praktik kontrol tubuh perempuan melalui intervensi reproduktif yang tidak transparan atau dipaksakan. Pengalaman pasien yang menjalani episiotomi, induksi, atau bahkan pengangkatan rahim tanpa *informed consent* memperlihatkan bagaimana keputusan medis kerap kali didominasi oleh otoritas dokter laki-laki, bukan preferensi pasien. Hal ini menunjukkan bahwa relasi kuasa dalam praktik medis mereproduksi kontrol patriarkal terhadap tubuh perempuan, sekaligus menghapuskan pengalaman pasien sebagai pusat pengambilan keputusan medis.

Buku *Rebel Bodies* juga menjadi penting karena Graham menyertakan perspektif kelompok marjinal, seperti trans, non-biner, dan kelompok disabilitas, yang selama ini terpinggirkan dari wacana kesehatan. Graham menekankan bagaimana sistem media yang cis-normatif dan patriarkal menolak mengakui keragaman identitas dan preferensi tubuh sebagai bagian integral dari hak atas kesehatan. Relasi kuasa dalam praktik medis, sebagaimana diuraikan Graham, menyingkirkan otonomi perempuan cis-gender sekaligus menghapuskan eksistensi dan hak dasar kelompok termarginalkan lainnya dalam layanan kesehatan.

Salah satu kontribusi paling segar dalam buku ini adalah pengakuan atas peran media sosial sebagai arena perlawanan dan solidaritas. Graham menggunakan blog *Hysterical Women* dan kampanye #ShitMyDoctorSays untuk menunjukkan pengalaman pasien yang dapat disebar dan digunakan sebagai alat advokasi. Hal tersebut merupakan bentuk terbaru dari *consciousness-raising*—praktik feminis yang menghubungkan pengalaman pribadi dengan kesadaran politik kolektif. Media sosial menjadi ruang alternatif ketika sistem formal tidak menyediakan ruang bagi pasien untuk berbicara.

### **Refleksi dan Kontekstualisasi dengan Sistem Kesehatan di Indonesia**

Tulisan Sarah Graham menunjukkan keberaniannya untuk menempatkan pengalaman perempuan dan kelompok termarginalkan sebagai sumber valid pengetahuan. Buku ini menginspirasi pembaca untuk mempertanyakan kembali otoritas medis dan menyadari pentingnya keterlibatan pasien dalam reformasi kesehatan. Kendati demikian, struktur buku ini masih memusatkan dirinya dalam kacamata Barat. Fokus geografis buku ini masih terbatas pada konteks Amerika Serikat dan Inggris, belum banyak mengeksplorasi ketimpangan kesehatan di Negara Dunia Selatan.

Buku *Rebel Bodies* tampaknya memperlihatkan resonansi yang kuat dengan sistem kesehatan di Indonesia. Data terbaru menunjukkan bahwa Indeks Ketimpangan Gender (*Gender Inequality Index/GII*) Indonesia pada tahun 2024 adalah 0,421 (skor 0-1), turun 0,026 atau lebih dari dua kali lipat dibandingkan penurunan tahun sebelumnya.<sup>1</sup> Angka ini masih menunjukkan adanya kesenjangan yang cukup besar dalam berbagai aspek kehidupan perempuan, termasuk kesehatan. Seperti argumen yang diangkat Graham,

---

<sup>1</sup> Badan Pusat Statistik. *Berita Resmi Statistik: Indeks Ketimpangan Gender (IKG) 2024*. (Badan Pusat Statistik, 2025), 3.

perempuan Indonesia juga menghadapi *medical gaslighting*, stigmatisasi rasa sakit, serta bias struktural yang mengakar dalam sistem pelayanan kesehatan. Perempuan seringkali mendapatkan diagnosis yang terlambat untuk penyakit reproduksi karena keluhan mereka tidak dianggap serius, dan sebagian besar petugas kesehatan belum dilatih dengan pendekatan berbasis gender dan *trauma-informed*.<sup>2</sup> Selain itu, keluhan nyeri haid berat, PCOS, atau trauma akibat kekerasan seksual kerap diabaikan atau diremehkan oleh tenaga medis. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kualitas pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi di Indonesia. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia yang diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2024, 99,22% puskesmas memang telah memiliki kecukupan dalam pelayanan tenaga kebidanan. Akan tetapi, masih terdapat enam provinsi yang belum memiliki puskesmas dengan jumlah bidan sesuai standar. Enam provinsi tersebut adalah Papua Pegunungan, Papua Tengah, Papua Selatan, Papua Barat Daya, Maluku, dan Yogyakarta.<sup>3</sup> Hal ini patut menjadi perhatian pemerintah karena tenaga kebidanan merupakan penyedia utama pelayanan penanganan kesehatan seksual dan reproduksi. Hal yang serupa dengan pembahasan Graham terkait atribusi istilah histeria, “emosional,” dan “hormonal” pun masih marak ditemui di Indonesia. Perempuan di sektor informal jarang mendapatkan perlindungan sistematis, dan sering disarankan untuk “menikah saja” alih-alih memperoleh penanganan medis.

Stigma dan ketabuan menstruasi juga menciptakan ketimpangan melampaui problematika kesehatan, serta dapat berpengaruh terhadap kelangsungan hak pendidikan dan pekerjaan perempuan. Permasalahan mengenai akses perempuan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi tidak bisa dilepaskan dari konteks sosial budaya masyarakatnya. Kurangnya

---

<sup>2</sup> Santi Kusumaningrum, dkk. *Situasi Anak-Anak dan Kaum Muda di Kota-Kota di Indonesia*. (PUSKAPA, UNICEF, dan BAPPENAS, 2021), 9.

<sup>3</sup> Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Kesehatan Indonesia 2024*. (Kementerian Kesehatan RI, 2025), 65.

penyebaran pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi dan Manajemen Kebersihan Menstruasi (MKM) siswa sekolah di Indonesia berdampak terhadap interaksi sosial dan partisipasi belajar.<sup>4</sup> Laporan Kementerian Kesehatan Indonesia dan UNICEF mengungkapkan bahwa 1 dari 6 anak di Indonesia absen sekolah saat menstruasi karena kurangnya sanitasi memadai dan rasa malu, sementara 45% perempuan tidak mendapatkan informasi memadai saat pertama kali menstruasi.<sup>5</sup>

Belum lagi hambatan yang berkaitan dengan kemiskinan atau dikenal sebagai *period poverty*. *Period poverty* merujuk pada suatu keadaan minimnya akses masyarakat terhadap sanitasi menstruasi, akses produk, dan fasilitas untuk menstruasi, seperti pembalut, kamar mandi, air bersih, pengelolaan limbah, dan edukasi. Hal ini diperparah dengan akses dasar air bersih dan faktor geografis Daerah 3T (Tertinggal, Terluar, dan Terpencil). Kesenjangan perempuan di daerah 3T terlihat sangat nyata. Layanan seperti USG, *pap smear*, atau konsultasi spesialis kandungan sangat terbatas di puskesmas pedesaan.<sup>6</sup> Berdasarkan data BPS tahun 2023 terkait fasilitas kesehatan dasar, wilayah pedesaan memiliki tingkat akses yang lebih rendah (75,17%) dibandingkan di perkotaan (83,72%). Sementara itu, data terkait akses sanitasi dasar di pedesaan hanya mencapai 79,85%, di bawah wilayah perkotaan yang mencapai 84,15%.<sup>7</sup> Perempuan di daerah terpencil lebih sulit mengakses pelayanan reproduksi dasar, seperti pemasangan alat kontrasepsi.<sup>8</sup> Padahal, akses terbatas atas fasilitas kesehatan dapat menyebabkan risiko masalah reproduksi. Faktor-faktor budaya dan

---

<sup>4</sup> Rika Kumala Dewi Hastuti dan Rezanti Putri Pramana. *Studi Kasus Manajemen Kebersihan Menstruasi (MKM) Siswa SD dan SMP di Indonesia*. (The SMERU Research Institute, 2019), 58-62.

<sup>5</sup> Sarah House dan Ellan Dirgantara. *Penilaian Inklusi Gender dan Disabilitas untuk Fasilitas dan Layanan Air, Sanitasi, dan Kebersihan (WASH) di Lingkungan Institusi di Indonesia*. (UNICEF, 2022), 9.

<sup>6</sup> Nurmiati Muchlis, dkk. *Kesehatan Ibu dan Anak pada Akses Layanan Terbatas*. (Deepublish Publisher, 2021), 9.

<sup>7</sup> Badan Pusat Statistik, "Proporsi Rumah Tangga dengan Akses terhadap Pelayanan Dasar menurut Daerah Tempat Tinggal," *Badan Pusat Statistik*, diakses 20 Juni 2025, <https://www.bps.go.id/proporsi-rumah-tangga-dengan-akses-terhadap-pelayanan-dasar-menurut-daerah-tempat-tinggal>.

<sup>8</sup> Lintang Budiyanti Prameswari, "BKKBN: Peningkatan Layanan Reproduksi Solusi Atasi Disparitas TFR," *Antara News*, 6 Mei 2024, <https://www.antaraneews.com/bkkbn-peningkatan-layanan-reproduksi-solusi-atasi-disparitas>.

ketimpangan struktural tersebut saling berkelindan dan menciptakan rantai misogini dan bias medis sistemik. Graham menyerukan bahwa akses kesehatan adalah hak, bukan privilese. Sementara itu, di Indonesia, hak ini masih sangat tergantung pada letak geografis dan kelas sosial-ekonomi masyarakat.

Ketiadaan sistem pelayanan kesehatan yang memadai terhadap perempuan di Indonesia membuat mereka kesulitan untuk menerima penanganan komprehensif. Kelompok trans dan ragam gender bahkan menghadapi hambatan lebih besar, khususnya pada masa Pandemi COVID-19. Penelitian yang dilakukan oleh Diego Garcia Rodriguez, pengajar ilmu kesehatan global di Brighton and Sussex Medical School, University of Sussex, Inggris, menunjukkan bahwa kelompok *lesbian, gay, bisexual, and transgender* (LGBT+) di Indonesia, Nigeria, dan Sri Lanka menerima diskriminasi berlapis dan kesulitan mendapatkan akses pelayanan kesehatan saat Pandemi COVID-19.<sup>9</sup> Faktor yang paling berpengaruh adalah penolakan terang-terangan di fasilitas kesehatan umum hingga dipaksa menyesuaikan identitas dengan data KTP. Hal ini disebabkan akibat minimnya pelayanan berbasis *Gender Equality, Disability, dan Social Inclusivity* (GEDSI) serta ketiadaan payung hukum, sehingga memperlebar risiko eksklusi dari sistem pelayanan kesehatan.

Diskriminasi ganda juga dihadapi oleh para perempuan penyandang disabilitas. Menurut Dewan Pimpinan Perkumpulan Inisiatif, Wulandari, banyak perempuan penyandang disabilitas di Indonesia yang masih belum mendapatkan kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Sebanyak 13,6 juta penyandang disabilitas di Indonesia, 51% di

---

<sup>9</sup> Diego Garcia Rodriguez, *The Impact of COVID-19 on LGBT+ Individuals in Indonesia, Nigeria, and Sri Lanka* (Westminster Foundation for Democracy and Kaleidoscope Trust, 2022), 1-37.

antaranya adalah perempuan, tetapi hanya 9,4% perempuan yang memiliki akses pelayanan kesehatan.<sup>10</sup> Selain itu, pasal-pasal peraturan terbaru dari Peraturan Kementerian Kesehatan (PMK) No. 02 tahun 2025 memunculkan pasal-pasal yang diskriminatif dan mencederai perlindungan perempuan dan kelompok rentan. PMK ini memiliki pasal bermasalah dalam memosisikan orang dengan disabilitas. Alih-alih melindungi hak otonomi tubuh perempuan disabilitas, salah satu aturan ini secara gamblang menghilangkan kecakapan orang dengan disabilitas dan menunjukkan “ableisme”. Pasal 62 Ayat (5) yang berbunyi “...orang yang dianggap tidak cakap dalam mengambil keputusan, persetujuan dapat dilakukan oleh keluarga lainnya...” merampas hak penyandang disabilitas untuk menentukan keputusan terkait tubuhnya sendiri.<sup>11</sup>

Buku *Rebel Bodies* membantu kita memahami bahwa ketimpangan kesehatan berbasis gender dan identitas bukanlah efek samping sistem medis yang netral, melainkan konsekuensi dari struktur sosial yang perlu diubah. Perjuangan ini bersifat politis dan kolektif. Buku ini merupakan karya penting yang menggugat asumsi netralitas dalam dunia medis dan memosisikan pengalaman pasien sebagai pusat wacana kesehatan. Melalui pendekatan feminis interseksional dan narasi yang jujur, Graham membongkar ketimpangan struktural dan membuka jalan bagi sistem yang lebih adil dan manusiawi. Dalam konteks Indonesia, buku ini tidak hanya relevan, melainkan inspirasi untuk mereformasi sistem pelayanan kesehatan dengan perspektif keadilan gender dan hak asasi manusia.

---

<sup>10</sup> Penta Maydita, “Diskriminasi Terhadap Perempuan Penyandang Disabilitas Tinggi pada Fasilitas Kesehatan,” *RRI*, 10 September 2024, <https://www.rri.co.id/diskriminasi-terhadap-perempuan-penyandang-disabilitas-tinggi-pada-fasilitas-kesehatan>.

<sup>11</sup> Yayasan Kesehatan Perempuan, “Ilusi Kebaruan Peraturan Menteri Kesehatan No. 02 Tahun 2025,” *Yayasan Kesehatan Perempuan*, diakses 20 Juni 2025, <https://ykp.or.id/ilusi-kebaruan-peraturan-menteri-kesehatan-no-02-tahun-2025>.