



Kekerasan dan Serangan Militer dalam Fasilitas Kesehatan Selama Perang

Sidhi Laksono^{1,2}

¹Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Prof Dr Hamka, Tangerang, Indonesia

²Bidang Advokasi, Bantuan Hukum dan Perlindungan Anggota, Ikatan Ahli Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia

ARTICLE INFORMATION

Received: Month, Date, Year

Revised: Month, Date, Year

Available online: Month, Date, Year

KEYWORDS

hak asasi, kekerasan, layanan kesehatan, serangan militer, solusi

CORRESPONDENCE

E-mail: sidhilaksono@uhamka.ac.id

A B S T R A C T

Kekerasan dan serangan militer terhadap fasilitas kesehatan dalam konflik bersenjata atau perang adalah melanggar hak asasi manusia dan Hukum Humaniter Internasional (HHI). Serangan militer ini dapat berupa kekerasan fisik dan non fisik yang dapat terjadi dalam layanan kesehatan di daerah konflik. Petugas medis dan pasien pun juga terkena dampak dari serangan tersebut. Kerangka hukum yang mengatur serangan terhadap layanan kesehatan dalam konflik bertumpu pada Konvensi Jenewa dan Protokol Tambahannya, yang berlaku selama konflik bersenjata. Solusi penerapan dari kekerasan ini dapat dilakukan dengan mengedepankan dan menghormati HHI serta genjatan senjata.

INTRODUCTION

Serangan terhadap layanan kesehatan dalam konflik bersenjata melanggar prinsip utama hak asasi manusia dan Hukum Humaniter Internasional (HHI). (ICRC, 2016) Serangan-serangan ini, yang terdiri dari kekerasan fisik serta ancaman, intimidasi dan gangguan terhadap layanan kesehatan, sering terjadi namun jarang dilaporkan dalam konflik bersenjata internasional dan intranasional. Fasilitas kesehatan seperti pusat kesehatan, rumah sakit dan kantor medis swasta, serta transportasi seperti ambulans dan truk pasokan, telah dibom, dijajah, dibakar, diblokir, atau diduduki dalam berbagai konteks selama beberapa dekade. (UN General Assembly, 1970) Petugas layanan kesehatan dan pasien telah diserang secara fisik serta ditangkap dan dipenjarakan, diintimidasi, diancam, atau dilarang menerima atau memberikan layanan. (UN General Assembly, 2017) Resolusi-resolusi dari Majelis Kesehatan Dunia, Dewan Keamanan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), dan Majelis Umum PBB telah menegaskan kembali pentingnya melindungi kesehatan selama konflik dan perlunya Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) untuk mengumpulkan data mengenai pelanggaran-pelanggaran ini. (SIXTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2012; UN Security Council, 2016)

Pemahaman yang lebih baik mengenai serangan terhadap layanan kesehatan dapat berkontribusi dalam mencegah serangan, mengurangi dampaknya, memberikan kesaksian atas dampak yang ditimbulkan, dan menuntut pelanggaran terhadap HHI dan hukum hak asasi manusia internasional (IHRL) yang mereka wakili. (ICRC, 2011; World Health Organization, 2021) Dokumentasi serangan dapat berkontribusi dalam mencegah serangan dengan mengidentifikasi kerentanan, memperlakukan pelaku, dan mengembangkan strategi keamanan. Pengetahuan

tentang ruang lingkup, skala dan dampak serangan terhadap kesehatan dapat membantu para pelaku kemanusiaan menargetkan sumber daya dan program kepada mereka yang terkena serangan dan mendukung proses pemulihan. Suara para penyintas sangat kuat dalam mengutuk kekerasan dan memperdalam pemahaman mengenai dampak sosial, psikologis, fisik dan ekonomi dari serangan tersebut. Memberikan kesaksian dan memastikan akuntabilitas bagi para pelaku dan dengan mengungkap serangan-serangan ini serta jumlah korban jiwa yang diakibatkannya merupakan bagian penting untuk memastikan keadilan ditegakkan. (ICRC, 2011; Siem, 2017)

Kekerasan dan Serangan Militer Terhadap Sistem Kesehatan dan Penduduk Lokal

Serangan militer terhadap fasilitas kesehatan menimbulkan dampak akut dan jangka panjang yang besar terhadap sistem kesehatan. Demikian pula, gangguan strategis pada rantai pasokan, listrik, dan air berdampak drastis pada kapasitas sistem kesehatan untuk memberikan perawatan akut, preventif, dan rutin. (Siem, 2017) Frederik Siem dari Palang Merah Norwegia menyoroti bahwa angka kematian bayi biasanya meningkat sebesar 13% selama konflik lima tahun pada umumnya. (Mack, 2005) Memang benar, sebagian besar kematian dalam konflik disebabkan oleh kekurangan gizi dan penyakit, sehingga angka kematian dalam pertempuran menjadi jauh lebih kecil. (Siem, 2015)

Ada kekhawatiran bahwa serangan udara tingkat tinggi yang menargetkan fasilitas kesehatan, dan advokasi di sekitar fasilitas tersebut, dapat mengalihkan perhatian dari konflik lain atau serangan lain terhadap warga sipil, atau salah menggambarkan skala serangan secara global. (Zimmerman et al., 2019) Berbagai jenis serangan terhadap fasilitas kesehatan dan transportasi dikutip

dalam literatur, termasuk penelitian di Uganda, Somalia, Myanmar, Sudan Selatan, Kongo, Nikaragua, Palestina, dan penelitian spesifik wilayah di Kashmir dan lembah Swat. (Namakula & Witter, 2014; Ud Din et al., 2012) Serangan tersebut termasuk penjarahan, pendudukan, penyitaan perbekalan, pemblokiran pintu masuk, atau penundaan pos pemeriksaan. (Chi et al., 2015)

Tantangan utama dalam memahami serangan terhadap layanan kesehatan adalah mengidentifikasi pelaku dan motivasi mereka. Kerangka hukum yang mengatur serangan terhadap layanan kesehatan dalam konflik bertumpu pada Konvensi Jenewa dan Protokol Tambahnya, yang berlaku selama konflik bersenjata. Dalam beberapa keadaan, hukum hak asasi manusia internasional lebih dapat diterapkan. (Rubenstein & Bittle, 2010) Namun, beberapa penelitian telah melihat lebih dari sekedar konflik bersenjata internasional dan non-internasional untuk mengatasi serangan dalam situasi gejolak politik dan kerusuhan sipil, dimana kekerasan terhadap petugas medis, ambulans dan pengunjung rasa yang terluka meniru banyak kondisi konflik. (Bou-Karroum et al., 2019) Karena makna konflik bervariasi, mengacu pada konteks internasional, non-internasional, dan politik yang berkejolak, penggambaran secara eksplisit terminologi "konflik" lebih penting daripada konsistensi dalam definisi. Namun, dalam mendefinisikan konflik secara luas dan kemungkinan mencakup kerusuhan sipil, tetap penting untuk terus membedakan rangkaian konflik ini dengan kekerasan dan serangan antarpribadi yang terjadi dalam situasi masa damai. Dalam situasi yang tidak termasuk dalam definisi konflik menurut HHI, hukum hak asasi manusia dan hukum pidana akan tetap berlaku. (Footer & Rubenstein, 2013)

Menentukan dan mengklasifikasikan apa yang dianggap sebagai serangan terhadap layanan kesehatan dalam konflik tidak selalu mudah. Baik serangan dengan kekerasan maupun tanpa kekerasan merupakan jenis kekerasan terhadap layanan kesehatan. Campur tangan tanpa kekerasan mencakup contoh intimidasi, ancaman, dan pembatasan yang sangat merugikan penyedia layanan kesehatan, pasien, dan layanan. Selain penyerangan terhadap fasilitas, transportasi, personel dan pasien, penyalahgunaan fasilitas kesehatan dan ambulans untuk tujuan militer, baik dengan kekerasan maupun tanpa kekerasan, juga sering terjadi, dan semuanya dapat merupakan pelanggaran HHI. Kejelasan juga diperlukan untuk membedakan kekerasan interpersonal dalam layanan kesehatan dengan kekerasan terkait konflik. Kekerasan antarpribadi tetap ada dalam konflik dan bahkan mungkin diperburuk oleh budaya agresi selama konflik bersenjata, namun biasanya tidak dipahami sebagai kekerasan yang terkait dengan konflik itu sendiri. Selain itu, ketegangan di antara berbagai komunitas dan tekanan terhadap anggota keluarga yang sakit, yang diperburuk oleh lemahnya sistem kesehatan dengan terbatasnya peralatan dan pasokan medis (yang mungkin merupakan akibat dari serangan terhadap kesehatan) dapat meningkatkan frekuensi atau skala serangan antarpribadi karena rasa hormat terhadap layanan kesehatan terkikis. (Burnham et al., 2012; Lafta & Falah, 2019)

Namun, serangan terhadap fasilitas kesehatan ini dapat dianggap perlu karena sayangnya fasilitas tersebut menjadi bagian strategis dalam perang. Pada awal konflik, bantuan kemanusiaan dan layanan kesehatan darurat seringkali ditempatkan jauh dari lokasi operasi militer untuk mengurangi jumlah baku tembak dan konflik yang terjadi di sekitar operasi tersebut. Saat ini, angkatan bersenjata melihat rumah sakit sebagai benteng untuk mencari

perlindungan dan menyimpan senjata, semuanya berdasarkan premis bahwa rumah sakit dilindungi berdasarkan Konvensi Jenewa; menghalangi atau setidaknya mengurangi kemungkinan terjadinya serangan. Akibatnya, mencari penuntutan terhadap serangan-serangan ini seringkali sangat sulit karena niat dan motif yang jelas harus ditetapkan atas serangan tersebut – yang sulit untuk dibuktikan – sebelum kejahatan perang tersebut dapat diadili di Pengadilan Kriminal Internasional (ICC). (Coster, 2016)

Solusi Penanganan Masalah Kekerasan dan Serangan Militer pada Layanan Kesehatan

Solusi terhadap masalah ini terletak pada penerapan Konvensi Jenewa ke-4 dengan protokol tambahannya yang melindungi layanan kesehatan pada saat konflik. Langkah pertama untuk memecahkan masalah adalah memahaminya. WHO telah membentuk sistem pengawasan standar untuk serangan terhadap layanan kesehatan (*Surveillance System of Attacks on Healthcare, SSA*), untuk pengumpulan dan penyebaran data mengenai serangan dan untuk lebih memahami tingkat dan sifat serangan serta untuk menentukan efektivitas praktik terbaik terhadap serangan tersebut. (World Health Organization, 2018, 2021) PBB harus memainkan perannya dengan melaksanakan rekomendasi SHCC (*Safeguarding health in conflict coalition*); misalnya meninjau dan merevisi doktrin dan pelatihan militer serta menilai penjualan senjata ke negara-negara yang melakukan serangan terhadap layanan kesehatan. (Safeguarding Health in Conflict, 2020) Kita memerlukan kombinasi pelaporan data yang lebih baik dan langkah-langkah efektif melawan serangan untuk mengakhiri penderitaan layanan kesehatan di zona konflik. Para profesional medis bersumpah pada Sumpah Hipokrates untuk menyelamatkan nyawa. (Laksono, 2022) Sudah saatnya masyarakat bersumpah untuk menyelamatkan masyarakat mereka.

Beberapa pendekatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi dampak kekerasan dalam serangan militer ketika perang: (Blanchet et al., 2023)

1. Melatih petugas kesehatan di negara-negara yang terkena dampak konflik mengenai risiko yang mungkin mereka alami,
2. Mengidentifikasi langkah-langkah pencegahan dan perlindungan yang tepat bagi petugas layanan kesehatan (khususnya petugas layanan kesehatan setempat) dan pasien mereka, serta mekanisme penanggulangan untuk menangani masalah terkait kesehatan mental;
3. Lindungi petugas kesehatan. Hal ini memerlukan pengaruh terhadap kebijakan nasional dan global terkait serangan terhadap layanan kesehatan dalam situasi kemanusiaan dengan menggunakan bukti ilmiah; mengembangkan pedoman bagi semua kombatan dan melatih mereka mengenai norma-norma internasional; memberikan bukti dan menggunakan mekanisme akuntabilitas ketika Konvensi Jenewa tidak dihormati; menawarkan dukungan manajerial dan kesehatan mental kepada petugas layanan kesehatan, khususnya mereka yang bekerja di fasilitas nasional atau lokal, yang menjadi korban ancaman dan serangan;
4. Membangun sistem pelaporan serangan yang independen dan dampaknya; memperbanyak program penelitian termasuk penelitian implementasi;
5. Libatkan masyarakat umum, media dan komunitas, termasuk angkatan bersenjata, mengenai skala dan dampak masalah ini, melalui kolaborasi ilmuwan dengan aktivis hak asasi manusia dalam kampanye global dan nasional.

6. Mengedepankan gencatan senjata untuk membantu korban dan bantuan kemanusiaan masuk ke daerah konflik.

CONCLUSIONS

Konflik bersenjata, gangguan internal, dan jenis kerusakan lainnya menciptakan kondisi ketidakamanan umum yang seringkali menjadikan sistem kesehatan yang berfungsi minimal hampir mustahil untuk dipertahankan. Fasilitas kesehatan dihancurkan, dijajah atau terpaksa ditutup atau diisolasi dari masyarakat yang mereka layani. Komunitas medis harus menekan pemerintah untuk menegakkan keadilan internasional dan menuntut pertanggungjawaban atas kejahatan perang terhadap pekerja medis, serta solidaritas dengan kolega dan pasien yang keselamatannya terancam.

REFERENCES

- Blanchet, K., Rubenstein, L., Taithe, B., & Fast, L. (2023). Have attacks on healthcare become the new normal? A public health call to action for armed conflicts before it is too late. *Conflict and Health*, 17(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00555-4>
- Bou-Karroum, L., Daou, K. N., Nomier, M., El Arnaut, N., Fouad, F. M., El-Jardali, F., & Akl, E. A. (2019). Health Care Workers in the setting of the “Arab Spring”: A scoping review for the Lancet-AUB Commission on Syria. *Journal of Global Health*, 9(1). <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010402>
- Burnham, G., Malik, S., Dhari Al- Shibli, A. S., Mahjoub, A. R., Baqer, A. Q., Baqer, Z. Q., Qaraghuli, F. A., & Doocy, S. (2012). Understanding the impact of conflict on health services in Iraq: Information from 401 Iraqi refugee doctors in Jordan. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27(1). <https://doi.org/10.1002/hpm.1091>
- Chi, P. C., Bulage, P., Urdal, H., & Sundby, J. (2015). Perceptions of the effects of armed conflict on maternal and reproductive health services and outcomes in Burundi and Northern Uganda: A qualitative study. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0045-z>
- Coster, H. (2016). *Commentary: Why warring factors target hospitals* [Internet]. Reuters. <https://www.reuters.com/article/us-mideast-syria-commentary/commentary-why-warring-factors-target-hospitals-idUSKCN0XP2CD>
- Footer, K. H. A., & Rubenstein, L. S. (2013). A human rights approach to health care in conflict. *International Review of the Red Cross*, 95(889), 167–187. <https://doi.org/10.1017/S1816383113000349>
- ICRC. (2011). Health care in danger: A sixteen-country study. In *ICRC Health Care in Danger* [Internet]. <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/report/hcid-report-2011-08-10.html>
- ICRC. (2016). Geneva Conventions of 1949 and Additional Protocols, and their Commentaries. In *International Committee of the Red Cross* [Internet]. <https://www.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/vwTreaties1949.xsp>
- Lafta, R. K., & Falah, N. (2019). Violence against health-care workers in a conflict affected city. *Medicine, Conflict and Survival*, 35(1), 65–79. <https://doi.org/10.1080/13623699.2018.1540095>
- Laksono, S. (2022). Opini Sumpah Hipokrates di Era Digital: Perluakah Diubah? *Jurnal Hukum Dan Etika Kesehatan*, 1–7. <https://doi.org/10.30649/jhek.v3i1.67>
- Mack, A. (2005). Human Security Report 2005: War and Peace in the 21st Century. *Die Friedens-Warte*, 80(1/2), 177–191.
- Namakula, J., & Witter, S. (2014). Living through conflict and post-conflict: Experiences of health workers in northern Uganda and lessons for people-centred health systems. *Health Policy and Planning*, 29(suppl_2), ii6–ii14. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu022>
- Rubenstein, L. S., & Bittle, M. D. (2010). Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict. *The Lancet*, 375(9711), 329–340. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61926-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61926-7)
- Safeguarding Health in Conflict. (2020). *No respite: Violence against health care in conflict*.
- Siem, F. F. (2015). *Armed groups and Access to Health in Conflict Areas*. Norwegian Red Cross.
- Siem, F. F. (2017). Leaving them behind: Healthcare services in situations of armed conflict. *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0524>
- SIXTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. (2012, May 26). *WHO's response, and role as the health cluster lead , in meeting the growing demands of health in humanitarian emergencies*.
- Ud Din, I., Mumtaz, Z., & Atallahjan, A. (2012). How the Taliban undermined community healthcare in Swat, Pakistan. *BMJ*, 344(mar21 1), e2093–e2093. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2093>
- UN General Assembly. (1970, December 9). *Basic principles for the protection of civilian populations in armed conflicts*. <https://www.refworld.org/docid/3b00f1c961.html>
- UN General Assembly. (2017, January 11). *UN resolution 71/248: International, impartial and independent mechanism to assist in the investigation and prosecution of persons responsible for the Most serious crimes under international law committed in the Syrian Arab Republic since 2011*. <https://iiim.un.org/mandate/>
- UN Security Council. (2016). *United Nations security council resolution 2286*.
- World Health Organization. (2018). *Surveillance system for attacks on health care (SSA): Methodology*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Surveillance System of Attacks on Healthcare (SSA)*. WHO. <https://publicspace.who.int/sites/ssa/SitePages/PublicDashboard.aspx>
- Zimmerman, H. L., Mülhausen, M., & Tuck, E. (2019). Attacks on healthcare in conflict: Generating attention in the modern information landscape. *Medicine, Conflict and Survival*, 35(1), 12–42. <https://doi.org/10.1080/13623699.2019.1573801>