KAJIAN PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI KELOMPOK RENTAN DI INDONESIA



KOMNAS NASIONAL
HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA

2020

KOMNAS HAM
REPUBLIK INDONESIA

Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Indonesia

KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA

REPUBLIK INDONESIA

2020

Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Indonesia

Tim Penyusun

Penanggung Jawab:
Sandrayati Moniaga

Pengarah:
Andante W Arundhati | Mimin Dwi Hartono

Editor:
Yeni Rosdianti

Penulis:
Ronny Josua Limbong | Nadia Farikhati | Mochamad Felani Budi Hartanto | Isnenningtyas Yuli | Zsabrina Marchsya Ayunda | Delsy Nike | Arief Ramadhan | Melia Iska Novitasari | Lanang Ajie Fardhani | Febriana Ika Saputri

Kontributor:
Evi Douren | Shouty Akmelia | Darly Naufaldy

Tata Letak dan Desain Sampul:
Fahreis Hertansyah Pohan

ISBN: 978-623-94599-2-5

Penerbit:
Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia (Komnas HAM RI)
Jalan Latuharhary No.4B, Menteng, Jakarta Pusat.

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi manual ini tanpa izin tertulis dari penerbit. Kutipan Pasal 72, Ayat 1 dan 2, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta.

- Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana di maksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau \denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KATA PENGANTAR

Hak atas kesehatan atau dalam Pasal 12 ayat (1) Kovenan Internasional Hak-hak Ekonomi Sosial dan Budaya (KIHESB) disebut sebagai hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau, merupakan salah satu hak fundamental yang dapat memengaruhi penikmatan hak-hak asasi yang lain, serta menjadi landasan penting bagi pencapaian tujuan pendirian sebuah bangsa. Oleh karenanya, penting untuk mencermati perwujudan hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau bagi setiap orang.

Perwujudan dan pemenuhan hak atas kesehatan pada dasarnya haruslah berpijak pada prinsip nondiskriminasi, termasuk bagi kelompok rentan. Kerangka ini tertuang dalam Kewajiban Inti Minimum Nomor 1 menurut Komite Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, yaitu menjamin akses pada fasilitas kesehatan barang dan jasa dengan dasar non-diskriminasi khususnya bagi golongan rentan dan marginal. Kewajiban inti minimum juga harus dilihat sebagai langkah pertama, bukan tahap akhir dari proses realisasi Hak Ekosob.

Dalam Pasal 4 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dinyatakan bahwa: "*Setiap orang berhak atas kesehatan*" dan pasal 126 sd 140 mengatur tentang kesehatan ibu, bayi, anak remaja, lanjut usia dan penyandang cacat (disabilitas) yang merupakan sebagian dari kelompok masyarakat yang rentan. Pasal 5 ayat (3) Undang Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, menyatakan bahwa: "*Setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya*". Namun, sejauh ini perhatian negara terhadap kelompok rentan belum cukup memberikan perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan. Salah satu hal yang diduga menjadi penyebab adalah kurangnya pemahaman atas kerentanan dan kekhususan yang dimiliki oleh kelompok rentan itu sendiri.

Sehubungan dengan situasi dan kondisi tersebut Komnas HAM RI melalui Subkomisi Pemajuan HAM Bidang Pengkajian dan Penelitian berdasarkan mandat Pasal 89 ayat (1) huruf e UU HAM melaksanakan pengkajian tentang pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan. Kelompok rentan dengan bentuk kerentanannya masing-masing membutuhkan tindakan afirmatif dari negara untuk mendukung aksesibilitas fisik, sosial, ekonomi, serta menjamin ketersediaan dan kualitas barang dan layanan kesehatan yang layak bagi setiap kelompok rentan. Penyediaan layanan kesehatan bagi kelompok rentan memerlukan kerjasama lintas sektor antar lembaga karena persoalan kesehatan juga tidak lepas dari permasalahan pemerataan sosial-ekonomi di Indonesia.

Komnas HAM RI menyampaikan terima kasih kepada pihak-pihak yang berkontribusi dalam pengkajian ini, terutama Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, organisasi masyarakat, dan akademisi. Segala masukan terhadap tulisan ini menjadi bahan yang berguna bagi tim penulis mengingat kendala pengumpulan data dan informasi karena pandemi COVID-19. Semoga laporan kajian ini menjadi masukan yang konstruktif bagi pemerintah dalam upaya menjamin perlindungan, pemenuhan, dan penghormatan hak atas kesehatan di Indonesia.

Komisioner Pengkajian dan Penelitian

Sandrayati Moniaga

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... *ii*

DAFTAR ISI ..... *iii*

BAB I. PENDAHULUAN *1*

A. Latar Belakang **1**

B. Rumusan Masalah **5**

C. Metode Penelitian **6**

D. Ruang Lingkup dan Tujuan Penelitian **7**

E. Sistematika Laporan **7**

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA *9*

A. Konsep Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang Dapat Dijangkau **9**

B. Kelompok Rentan **13**

B.1 Perempuan 15

B.2 Anak & Remaja 17

B.3 Penyandang Disabilitas 19

B.4 Lansia 21

B.5 Pekerja Migran 22

B.6 Masyarakat Adat 24

B.7 ODHA 28

C. Kewajiban Negara **30**

D. Pembagian Kewenangan Pusat dan Daerah **34**

BAB III. SITUASI DAN KONDISI PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN KELOMPOK RENTAN *37*

A. Perempuan **37**

B. Anak dan Remaja **39**

C. Penyandang Disabilitas **45**

D. Lansia **48**

D. Pekerja Migran **52**

E. Masyarakat Adat **55**

F. Orang Dengan HIV/AIDS **58**

G. Pengaruh Pandemi COVID-19 terhadap Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Kelompok Rentan **62**

BAB IV. TINJAUAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI KELOMPOK RENTAN *66*

A. Kewajiban Negara dalam Pemenuhan Hak atas Kesehatan Kelompok Rentan 66
A.1. Perempuan 66
A.2. Anak dan Remaja 70
A.3. Penyandang Disabilitas 75
A.4. Orang Lanjut Usia 76
A.5. Pekerja Migran 78
A.6. Masyarakat Adat 80
A.7. Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) 82
B. Jaminan Kesehatan Bagi Kelompok Rentan 83
C. Perlindungan Hak atas Kesehatan Kelompok Rentan dalam Masa Kedaruratan Kesehatan ... 86
BAB V. PENUTUP 89
A. Simpulan 89
B. Rekomendasi 92
DAFTAR PUSTAKA 94

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setelah melakukan pengesahan atas ratifikasi Kovenan Internasional tentang Hak-hak Ekonomi Sosial dan Budaya (KIHESB) melalui Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2005, Indonesia sebagai Negara Pihak, mengikatkan diri pada norma-norma dan nilai HAM khususnya hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya. Indonesia berkomitmen mewujudkan penikmatan hak-hak yang terkandung dalam instrumen tersebut dengan menjamin perwujudannya secara progresif.

Upaya perwujudan hak-hak ekonomi, sosial dan budaya sebenarnya telah tercermin dalam dua tujuan pertama pendirian Negara Kesatuan Republik Indonesia yang dituangkan dalam Mukadimah Undang-Undang Dasar (UUD) RI 1945, yaitu: a) Melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia; dan b) Memajukan kesejahteraan umum, dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Hal ini menunjukkan bahwa KIHESB selaras dengan tujuan pendirian Negara Kesatuan Republik Indonesia. Oleh karenanya, KIHESB menjadi instrumen penting untuk mendorong upaya mencapai tujuan pendirian NKRI.

Pasal 12 ayat (1) KIHESB menyatakan bahwa: "*Negara-negara Pihak pada Kovenan ini (KIHESB) mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental*." Hak atas kesehatan merupakan salah satu hak fundamental yang dapat memengaruhi penikmatan hak-hak asasi yang lain, serta menjadi landasan penting bagi pencapaian tujuan pendirian sebuah bangsa. Dengan demikian, penting untuk mencermati perwujudan hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau.

Perwujudan dan pemenuhan hak atas kesehatan pada dasarnya haruslah berpijak pada prinsip non-diskriminasi, termasuk bagi kelompok rentan. Kerangka ini tertuang dalam kewajiban inti minimum nomor 1 yang disusun Komite Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya Perserikatan Bangsa-Bangsa, yaitu menjamin akses pada fasilitas kesehatan barang dan jasa tanpa diskriminasi, khususnya bagi kelompok rentan dan marginal.[1] Komite juga menegaskan bahwa, meskipun dalam keadaan keterbatasan sumber daya dalam tingkat yang parah, baik yang disebabkan oleh proses penyesuaian, resesi ekonomi, maupun faktor-faktor lain, kelompok rentan tetap harus dilindungi dengan pelaksanaan program yang secara relatif tidak membutuhkan banyak biaya.[2] Kewajiban inti minimum juga harus dilihat sebagai langkah pertama, bukan tahap akhir dari proses realisasi hak-hak

[1] UN Economic and Social Council, CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12, Para.43 (a) of the Covenant) 2000 E/C.12/2000/4.

[2] UN Economic and Social Council, CESCR General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 12, of the Covenant) 1991 E/1991/23.

ekonomi, sosial, dan budaya. Karena itu, prinsip ini tidak harus dilihat sebagai pendekatan minimalis yang mengganggap hanya kewajiban inti minimum yang mengikat secara hukum.[3]

Pemahaman terhadap kewajiban inti minimum dalam pemenuhan hak atas kesehatan sering disalahartikan sebagai sebuah tujuan akhir atau target oleh Pemerintah Indonesia, padahal kewajiban inti minimum merupakan langkah pertama dalam perwujudan hak atas standar kesehatan yang dapat dicapai. Selain itu, pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan belum menjadi prioritas. Identifikasi bentuk kerentanan yang seharusnya menjadi dasar bagi langkah-langkah yang akan diambil belum dilakukan secara maksimal, sehingga kelompok rentan sering mendapatkan perlakuan diskriminatif, bahkan diabaikan dalam program-program pemenuhan hak atas kesehatan. Beberapa kasus yang dialami oleh kelompok rentan terkait hak atas kesehatan dapat memberikan gambaran mengenai pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan, di antaranya perlakuan diskriminatif yang dialami Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam mengakses layanan kesehatan,[4] akses layanan kesehatan masyarakat adat misalnya di Kabupaten Jayapura yang masih belum memadai,[5] kurangnya jaminan sosial, baik jaminan kesehatan dan hari tua, serta pelayanan kesehatan khusus bagi orang lanjut usia (lansia) yang masih sangat terbatas.[6]

Data Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia terbilang masih cukup tinggi, yakni sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup.[7] Sebagai perbandingan, Singapura pada 2015 memiliki angka kematian ibu melahirkan 7 per 100.000, dan Malaysia di angka 24 per 100.000.[8] Meskipun penurunan AKI dan dan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi prioritas pembangunan kesehatan sebagaimana tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 18 tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024, akan tetapi perlu dilihat juga realisasi progresif yang selama ini dicapai.

Pada 19 April 2016, Komnas HAM RI mengundang tim peneliti yang dipimpin Prof. dr. Herawati Sudoyo Supolo, Ph.D dari Eikjman Institute, untuk mendiskusikan tentang hasil riset kondisi kesehatan Orang Rimba. Herawati Sudoyo Supolo mengatakan bahwa pada 7 s/d 11 Desember 2015, ia melakukan penelitian penyakit genetika Orang Rimba di Taman Nasional Bukit Duabelas, yakni malaria dan hepatitis B. Pengambilan sampel dilakukan pada 583 Orang Rimba dari total populasi 3.640 orang. Berdasarkan hasil riset, tingkat

---

[3] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *Economic, Social, and Cultural Rights; Handbook for National Human Rights Institution* (UN Publication 2005).

[4] Kukuh Setiyono, "Diskriminasi ODHA di DIY, Mau Berobat Malah Diceramahi" (*Gatra*, 2019) <https://www.gatra.com/detail/news/462884/kesehatan/diskriminasi-odha-di-diy-mau-berobat-malah-diceramahi> diakses 24 Juli 2020.

[5] Candra MPH, Husnul Khatimah dan Sinta Sundari, "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Adat di Kabupaten Jayapura Provinsi Papua Tahun 2018" (2019) Vol. 9-02 Jurnal Info Kesehatan Hal. 150.

[6] Bahruddin, "Pengarusutamaan Lansia dalam Pelayanan Sosial" (2010) Vol. 13-03 Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UGM Hal 277.

[7] Badan Pusat Statistik, *Profil Penduduk Indonesia Hasil Supas 2015* (Badan Pusat Statistik 2016).

[8] Benedikta Desideria, "Mengulik Penyebab Masih Tingginya Angka Kematian Ibu di Indonesia" (*Liputan6*, 2019) <https://www.liputan6.com/health/read/3956517/mengulik-penyebab-masih-tingginya-angka-kematian-ibu-di-indonesia> diakses 24 Juli 2020.

hepatitis B pada Orang Rimba di Bukit Duabelas adalah sebesar 33,9 persen dan malaria 24,6 persen. Angka prevalensi hepatitis B dan malaria pada Orang Rimba disebut "hiperendemis" (*hyperendemic*).[9] Adapun prevalensi malaria mencapai 24 persen atau 240 kasus per 1.000 orang, atau yang tertinggi di Indonesia pada saat itu. Tingginya prevalensi hepatitis B dan malaria pada komunitas Orang Rimba mencerminkan belum terpenuhinya hak atas kesehatan masyarakat adat di pedalaman.[10]

Pada 2017-2019, Komnas HAM RI melakukan penelitian atas panti-panti rehabilitasi sosial di beberapa wilayah di Pulau Jawa. Komnas HAM RI menemukan bahwa terdapat banyak panti-panti rehabilitasi sosial yang dimiliki oleh sektor swasta yang tidak memiliki izin penyelenggaraan praktik rehabilitasi sosial. Beberapa panti yang memiliki izin pun tidak diawasi dalam menyelenggarakan praktik rehabilitasi sosial. Munculnya panti-panti rehabilitasi sosial yang dikelola dan diselenggarakan oleh sektor swasta tanpa ada proses perizinan dan standar pengawasan, mengindikasikan minimnya akses atas pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia.[11]

Potret situasi kesehatan nasional di Indonesia dalam kurun waktu 2013-2018 masih berbicara mengenai kasus penyakit menular, gizi anak, fertilitas, program kesehatan umum sampai pada kasus baru mengenai penyakit tidak menular yang banyak diderita oleh lansia. Hal ini dapat dilihat melalui tabel di bawah ini:

[9] *Hyperendemic* mengacu pada persistensi tingginya tingkat kejadian penyakit (*high levels of disease occurrence*). Lihat https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html, diakses pada 20 Juli 2020.

[10] Komnas HAM, "Negara Harus Memenuhi Hak Atas Kesehatan Orang Rimba" (2016) <https://www.komnasham.go.id/index.php/news/2016/4/30/97/negara-harus-memenuhi-hak-atas-kesehatan-orang-rimba.html> diakses 24 Juli 2020.

[11] Mochamad Felani dan Isnneningtyas Yuli, *HAM Penyandang Disabilitas Mental di Panti-Panti Rehabilitasi Sosial* (Komnas HAM 2018).

Gambar 1. Indikator Capaian Sektor Kesehatan Indonesia 2018

Indicators	Measures	2013	2018	Change
Communicable diseases				
Malaria prevalence	Cases/1000 pop	1.4	0.4	-1.0
TBC prevalence	Cases /1000 pop	0.4	0.4	0.0
Pneumonia prevalence	% population	1.6	2.0	0.4
Diarrhea among children	% of children < 5yrs	18.5	12.3	-6.2
Non Communicable Disease				
DM	% among population >15 yrs	1.5	2.00	0.5
Hypertension	% among population >18 yrs	25.8	34.1	8.3
Stroke	Cases/1000 population >15 yrs	7.0	10.9	3.9
Chronic renal diseases	Cases/1000 population >15 yrs	2.0	3.8	1.8
Cancer	Cases/1000 population >15 yrs	1.4	1.8	0.4
Mental disorder	% population > 15ys	6.0	9.8	3.8
Nutrition				
Stunting	% of children < 5	37.2	30.8	-6.4
Obese	% among population > 15yrs	26.6	31.0	4.4
Anemia (pregnant women)	Prevelalence/pregnant women	37.1	48.9	11.8
Fertility				
Total Fertility Rate (TFR)	number of children/woman	2.20	2.11	-0.09
FP: active use of contraceptive	% of eligible couple	76.75	63.27	-13.5
Public Health program performance		**2013**	**2014**	
Basic Immunization coverage	% of children 12 - 23 months	57.9	59.2	1.3
ANC (4 x ANC)	% of pregnant women	70.4	74.1	3.7
Exclusive breast feeding	% of children 0 - 23 month	34.5	37.5	3.0
Weighting of children < 5	% of children <5	44.6	54.6	10.0
Case Detection Rate TB	% detected among suspect TB	39	53	14.0
Smoking	% among 10 - 18 years old	7.2	9.1	1.9

Sumber: Riskesdas 2018, diambil dari Paparan Prof. Ascobat Gani kepada Komnas HAM RI tanggal 11 Agustus 2020

Konsep realisasi progresif mewajibkan negara untuk melakukan pemenuhan hak atas kesehatan secara progresif yang artinya negara perlu mengambil langkah-langkah yang tepat menuju implementasi dan memaksimalkan pemanfaatan seluruh sumber daya yang ada. Tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah kasus penyakit yang diderita oleh kelompok lansia seperti hipertensi dan stroke cenderung meningkat dari tahun 2013-2018. Prevalensi penyakit anemia yang diderita oleh wanita hamil juga menunjukkan adanya peningkatan dari tahun 2013 hingga 2018 sebesar 11,8 persen. Tingkat prevalensi anemia pada ibu hamil yang mengalami perdarahan, berdampak pada semakin tinggi pula angka kematian ibu dan bayi.

Data di atas secara umum dapat menggambarkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan secara khusus lansia, perempuan, anak, dan remaja masih belum mengalami perkembangan yang signifikan. Sementara kelompok rentan lainnya yaitu penyandang disabilitas, ODHA, pekerja migran, dan masyarakat adat bahkan masih terkendala pada level pendataan (ketersediaan data) yang belum disusun secara komprehensif oleh negara. Hal ini menyebabkan strategi pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan tersebut mengalami tantangan yang cukup besar.

KIHESB mengatur tentang kewajiban negara pihak yaitu: a) untuk mengambil langkah-langkah secara sendiri maupun melalui bantuan dan kerja sama internasional, khususnya dalam bidang ekonomi dan teknis; b) memaksimalkan sumber daya yang tersedia; c) secara bertahap mencapai perwujudan hak-hak ekosob; d) melalui cara-cara yang sesuai, termasuk secara khusus melakukan perbaikan terhadap langkah-langkah legislatif.

Kajian ini akan menganalisis situasi penikmatan hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai bagi kelompok rentan.Dalam konteks pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan, kajian ini penting untuk melakukan identifikasi kelompok rentan dan bentuk-bentuk kerentanan yang dihadapi atau dialami terkait dengan haknya atas kesehatan, untuk merumuskan rekomendasi dan langkah yang akan diambil untuk memenuhi hak atas kesehatan bagi kelompok rentan.

B. Rumusan Masalah

Pemenuhan hak ekonomi, sosial, dan budaya harus bersifat bertahap maju (*progressive realization*). Hal ini diatur pada Ayat (1) dalam Pasal 2 KIHESB yang menyatakan bahwa:

> *"Setiap Negara Pihak dalam Kovenan ini berjanji untuk mengambil langkah-langkah, baik secara individual maupun melalui bantuan dan kerjasama internasional, khususnya di bidang ekonomi dan teknis sepanjang tersedia sumber dayanya, dengan maksud untuk mencapai secara bertahap perwujudan penuh dari hak-hak yang diakui oleh Kovenan ini dengan cara-cara yang sesuai, termasuk dengan pengambilan langkah-langkah legislatif."*

Pemenuhan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya tentu membutuhkan sumber daya yang banyak. Namun, oleh karena sifat perwujudannya yang tidak serta merta tersebut, negara dapat menghindari pemenuhan kewajibannya dengan alasan tidak mempunyai sumber daya yang dibutuhkan. Namun, dalam Pasal 2 KIHESB dinyatakan bahwa Negara Pihak berjanji mengambil langkah-langkah (*to take steps*),…, guna mencapai secara progresif realisasi sepenuhnya hak-hak yang diakui dalam Kovenan ini.

Sebagai pemangku kewajiban, negara mengemban kewajiban atas tindakan (*obligation of conduct*) dan kewajiban atas hasil (*obligation of result*). Kewajiban atas tindakan (*obligation of conduct*) mewajibkan negara untuk mengambil langkah-langkah dalam perwujudan hak ekosob, sedangkan kewajiban atas hasil (*obligation of result*) mewajibkan negara untuk mencapai hasil tertentu. Dengan demikian dapat dicatat hasil yang dicapai dari pelaksanaan kewajiban negara sehingga relevan dengan perwujudan bertahap (*progressive realization*). Oleh karena sifat perwujudan bertahap tersebut, maka pemenuhan kewajiban negara tidak saja dilihat dari hasil semata, namun juga harus ditelaah dari langkah-langkah yang diambil.[12]

Pasal 5 (3) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa: "*Setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya.*" Lebih lanjut, kewajiban inti minimum nomor 1 yang wajib dijamin pelaksanaannya oleh Negara seperti yang terkandung dalam Komentar Umum Nomor 3 Komite Hak Ekosob adalah jaminan akses fasilitas kesehatan yang nondiskriminatif.

Oleh karenanya, sebagaimana disebutkan dalam bagian latar belakang, penting untuk melakukan identifikasi bentuk kerentanan suatu kelompok rentan dalam penikmatan HAM, dalam hal ini terhadap penikmatan hak atas kesehatan. Identifikasi ini menentukan langkah-langkah yang akan diambil oleh negara terkait kekhususan dari kelompok rentan tersebut.

[12] UN Economic and Social Council CESCR General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant) (n 2).

Berdasarkan pemaparan di atas, maka pertanyaan penelitian yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana situasi dan kondisi pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan dalam aspek ketersediaan, aksesibilitas, dan mutu?;
2. Bagaimana upaya negara dalam memenuhi hak atas kesehatan bagi kelompok rentan?

C. Metode Penelitian

Penelitian ini akan menganalisis upaya pemerintah dalam memenuhi hak atas kesehatan bagi kelompok rentan dan menggambarkan situasi penikmatan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan. Penelitian ini mempergunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif analisis dalam menjawab pertanyaan 'bagaimana' dan menggambarkan secara deskriptif situasi yang terjadi pada lokus kajian. Penelitian kualitatif digunakan untuk memahami sebuah fenomena secara holistik dan dengan cara deskriptif dalam bentuk kata-kata dan bahasa.[13]

Teknik pengumpulan data primer dilakukan dengan melakukan teknik wawancara mendalam dan fokus grup diskusi dengan *stakeholder* terkait diantaranya akademisi atau ahli kesehatan masyarakat; pemerintah pusat yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, dan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas); lembaga Negara lainnya yaitu Badan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia (BP2MI); Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI); Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan), Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI), dan perwakilan organisasi masyarakat yang merepresentasikan masing-masing kelompok rentan yang telah diidentifikasi, yaitu:

No.	Organisasi Representasi Kelompok Rentan	Inisial Organisasi	Kode Informan
1.	Yayasan yang bergerak di bidang kelanjutusiaan	L1	Sdri. E
2.	NGO Pemerhati Hak-hak Lansia	L2	Sdri. En dan Sdri. S
3.	NGO Pemerhati Jaminan Kesehatan Nasional	B1	Sdr. T
4.	Kelompok Disabilitas	D1	Sdri. Y dan Sdri. K
5.	NGO Pemerhati Keremajaan	R1	Sdri. P
6.	NGO Pemerhati ODHA	O1	Sdr. B
7.	NGO Pemerhati Pekerja Migran	M1	Sdr. W

[13] Lexy J Moleong, *Metode Penelitian Kualitatif* (Remaja Rosda Karya 2005).

Adapun sumber data sekunder dikumpulkan melalui studi literatur, data statistik, dan penelusuran dokumen-dokumen terkait.

D. Ruang Lingkup dan Tujuan Penelitian

Penelitian ini berangkat dari Kewajiban Inti Minimum Nomor 1 hak atas kesehatan yang terkandung dalam Komentar Umum Nomor 14 Komite Hak-hak Ekonomi Sosial dan Budaya, yaitu menjamin akses pada fasilitas kesehatan barang dan jasa dengan dasar nondiskriminasi, khususnya bagi kelompok rentan dan marginal.

Kajian ini berfokus pada penikmatan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan yang telah diidentifikasi sebelumnya, di antaranya:

1. Perempuan
2. Anak & Remaja
3. Penyandang Disabilitas
4. Lansia
5. Pekerja Migran
6. Masyarakat Adat
7. Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)

Kajian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi bagi pemangku kebijakan mengenai peta situasi penikmatan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan dan langkah-langkah yang wajib diambil oleh pemerintah terkait pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan.

E. Sistematika Laporan

Hasil penelitian akan disusun dalam bentuk laporan untuk disampaikan kepada *stakeholder* terkait, baik dari pihak pemerintah, organisasi masyarakat sipil, organisasi profesi dan akademisi, juga sebagai kajian pendukung atas penyusunan Standar Norma dan Pengaturan (SNP) tentang Hak atas Kesehatan yang disusun secara paralel dengan laporan penelitian ini. Adapun sistematika laporan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. **Bab I Pendahuluan**
   Bab ini mendeskripsikan urgensi penelitian tentang situasi dan kondisi hak atas kesehatan bagi kelompok rentan yang terbagi dalam beberapa bagian, yaitu latar belakang, rumusan masalah, metode penelitian, serta ruang lingkup dan tujuan penelitian.
2. **Bab II Tinjauan Pustaka**
   Bab ini membahas konsep hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau, tipologi kelompok rentan, kewajiban negara dalam memenuhi hak atas kesehatan bagi kelompok rentan, dan pembagian kewenangan pusat dan daerah.
3. **Bab III Situasi dan Kondisi Pemenuhan Hak Atas Kesehatan**
   Bab ini mengetengahkan data dan informasi mengenai situasi dan kondisi pemenuhan hak atas kesehatan dalam aspek ketersediaan, aksesibilitas, dan mutu bagi masing-masing kelompok rentan di Indonesia secara umum, serta dalam kondisi khusus darurat kesehatan.
4. **Bab IV Tinjauan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan**

Bab ini berisi analisis terhadap upaya negara dalam melindungi dan memenuhi hak atas kesehatan bagi kelompok rentan. Analisis ini mengacu pada kerangka instrumen HAM nasional dan internasional.

5. **Bab V Simpulan dan Rekomendasi**

   Bab ini berisi rangkuman kesimpulan dan rekomendasi dari hasil analisis yang telah dilakukan.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang Dapat Dijangkau

Hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak sosial dalam rumpun hak ekonomi, sosial, dan budaya, namun beririsan dengan hak-hak sipil dan politik. Kesehatan sebagai HAM merupakan isu yang sangat luas. Berbagai pendapat ahli menyatakan keterkaitannya. Kesehatan dan HAM merupakan pendekatan yang saling terhubung untuk melengkapi konsep kesejahteraan manusia. Berbagai rujukan ahli mengeni hak kesehatan sebagai HAM dan kesejahteraan menjadi gambaran subbab ini.

Pendapat Jonathan M Mann, dalam artikelnya yang berjudul *Health and Human Rights,*[14] memperkuat rujukan kesehatan sebagai hak asasi manusia. Tujuan menghubungkan kesehatan dan hak asasi manusia adalah memberikan kontribusi untuk memajukan kesejahteraan manusia melebihi apa yang dapat dicapai melalui pendekatan kesehatan dengan mendasarkan pada tinjauan hak asasi manusia.

Jonathan mengusulkan tiga kerangka bagian dalam menghubungkan kesehatan dengan hak asasi manusia dalam memajukan kesejahteraan. *Pertama*, dampak (positif dan negatif) dari kebijakan, program dan praktik kesehatan terhadap hak asasi manusia menjadi sebuah pertimbangan. Keterkaitan tersebut berfokus pada penggunaan kekuasaan negara dalam konteks kesehatan masyarakat. *Kedua*, didasarkan pada pemahaman bahwa pelanggaran hak asasi manusia berdampak pada kesehatan. Semua pelanggaran hak, terutama yang masif, meluas dan berkelanjutan, menimbulkan efek kesehatan yang penting, yang harus diakui dan dinilai. Proses ini melibatkan keahlian dan metodologi kesehatan dalam membantu memahami bagaimana kesejahteraan dipengaruhi oleh pelanggaran hak asasi manusia. *Ketiga*, kerangka ini didasarkan pada proposisi yang menyeluruh: bahwa promosi dan perlindungan hak asasi manusia serta promosi dan perlindungan kesehatan secara fundamental adalah saling berkait. Bahkan, lebih dari dua hubungan yang diusulkan pertama, hubungan intrinsik ini memiliki implikasi strategis dan konsekuensi praktis.

Hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak dasar setiap manusia, dan menjadi kebutuhan dasar setiap manusia yang tidak bisa dikurangi dalam kondisi apapun. Bahkan dalam Komentar Umum No.14 KIHESB disebutkan bahwa hak kesehatan merupakan hak asasi manusia yang fundamental dan tak ternilai demi terlaksananya hak asasi manusia lainnya.[15] Begitu pentingnya pemenuhan hak kesehatan ini sehingga dijamin sebagai hak asasi manusia dalam beberapa instrumen internasional dan nasional. Ketentuan dalam instrumen tersebut menyatakan tanggung jawab kesehatan di pihak negara dengan merumuskan kesehatan sebagai hak individu dan/atau dengan menetapkan kewajiban negara yang konkret.[16] Dalam Pasal 25 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia, Pasal 12 KIHESB, Pasal 12 Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Melawan

[14] Jonathan Mann and others, "Health and Human Rights" (1994) Vol.1-1 Health and Human Rights Journal 7.

[15] UN Economic and Social Council CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12, Para 1 of the Covenant) (n 1).

[16] Brigit Toebes (2001) dalam Economic, Social and Culural Rights, Asbjorn Eide, Nijhoff Publisher, 169

Perempuan (CEDAW), dan Pasal 24 Konvensi Hak Anak, secara umum disebutkan tentang ketentuan hak atas kesehatan yang berbasis hak serta dirumuskannya sejumlah tanggung jawab negara di bidang kesehatan.

Dalam Pasal 12 KIHESB disebutkan bahwa "*setiap orang mempunyai hak untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental*."[17] Ketentuan ini menjelaskan bahwa hak atas kesehatan merupakan hak individu. Sedangkan standar tertinggi yang dicapai merupakan penikmatan setiap individu atas hak atas kesehatan. Dalam instrumen nasional disebutkan dalam UUD 1945 pasal 28 H:

> *"Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan."*

Pengaturan tersebut menggarisbawahi perubahan paradigma kesehatan yang merupakan hak individu, namun pemenuhannya merupakan tanggung jawab negara.[18]

Pasal 4 dan Pasal 5 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ("UU Kesehatan") menegaskan bahwa setiap orang memiliki akses yang sama terhadap semua sumber daya kesehatan, pelayanan yang aman, bermutu dan terjangkau serta kebebasan dalam penentuan layanan kesehatan yang diperlukan. Termaktub dalam Pasal 41 ayat (2) UU HAM bahwa *"setiap penyandang cacat, orang yang berusia lanjut, wanita hamil dan anak-anak, berhak memperoleh kemudahan dan perlakuan khusus."*[19] Khusus yang terkait dengan anak tercantum pada Pasal 62, yakni *"setiap anak berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial secara layak, sesuai dengan kebutuhan fisik dan mental spiritualnya".* Hal ini menunjukan selain kewajiban negara menyediakan pelayanan kesehatan, hak atas kesehatan terutama wajib dinikmati oleh kelompok rentan tanpa diskriminasi.

Dalam konsep HAM, Negara adalah pemangku kewajiban dalam menjamin pemenuhan hak-hak. Negara merupakan entitas yang memiliki otoritas untuk menciptakan kondisi dasar dalam melindungi dan meningkatkan kesehatan individu.[20] Tanggung jawab negara telah jelas diatur dalam KIHESB, dan dijelaskan dalam Komentar Umum Nomor 14 Tentang Hak atas Kesehatan. Terdapat kewajiban umum yang diatur dalam Pasal 2 KIHESB, yang berbunyi:[21]

1. *Setiap negara pihak pada kovenan ini berjanji untuk mengambil langkah-langkah, secara individu dan melalui bantuan dan kerjasama internasional, terutama ekonomi dan teknis, semaksimal mungkin dari sumber daya yang tersedia, dengan tujuan untuk mencapai realisasi penuh secara progresif dari hak-hak yang diakui dalam kovenan ini dengan semua cara yang tepat, termasuk khususnya adopsi tindakan legislatif.*
2. *Negara-negara pihak pada kovenan ini berjanji untuk menjamin bahwa hak-hak yang disebutkan dalam kovenan ini akan dilaksanakan tanpa diskriminasi dalam bentuk apapun seperti ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, politik atau pendapat lain, asal kebangsaan atau sosial, properti, kelahiran atau status lainnya.*

---

[17] KIHESB, Pasal 12 (1)

[18] UUD 1945, Pasal 28 H

[19] Yang dimaksud dengan "kemudahan dan perlakuan khusus" adalah pemberian pelayanan jasa, atau penyediaan fasilitas dan sarana demi kelancaran, keamanan, kesehatan dan keselamatan.

[20] Ibid 170

[21] KIHESB, Pasal 2

Ayat (1) menjelaskan bahwa negara dapat menggunakan seluruh sumber daya yang ada untuk pemenuhan hak kesehatan untuk mencapai realisasi penuh yang dapat dilakukan secara progresif (bertahap maju). Melalui ratifikasi perjanjian HAM, negara pihak diwajibkan untuk memberlakukan hak-hak ini di dalam yurisdiksinya. Lebih khusus lagi, Pasal 2 Ayat (1) KIHESB menggarisbawahi bahwa negara memiliki kewajiban untuk secara progresif mencapai realisasi penuh hak-hak di bawah KIHESB. Ini adalah pengakuan implisit bahwa negara memiliki kendala sumber daya dan perlu waktu untuk mengimplementasikan ketentuan perjanjian. Akibatnya, beberapa komponen hak yang dilindungi oleh KIHESB, termasuk hak atas kesehatan, dianggap tunduk pada realisasi progresif.[22]

Hak atas kesehatan dalam segala bentuknya dan semua levelnya mengandung elemen yang penting dan terkait. Penerapan yang tepat akan sangat bergantung pada kondisi-kondisi tertentu dalam negara, yaitu:

1. **Ketersediaan (*Availability*)**
   Pelaksanaan fungsi kesehatan publik dan fasilitas pelayanan kesehatan, barang dan jasa-jasa kesehatan, juga program-program, harus tersedia dalam kuantitas yang cukup disuatu negara. Kecukupan fasilitas barang dan jasa bervariasi dan bergantung pada banyak faktor, termasuk tingkat pembangunan negara. Meskipun demikian akan mencakup faktor-faktor tertentu yang berpengaruh terhadap kesehatan, misalnya, air minum yang sehat, sanitasi yang memadai, rumah sakit, klinik, dan bangunan lain-lainnya yang berkaitan dengan kesehatan. Tenaga medis yang berpengalaman dan profesional dengan penghasilan yang kompetitif serta obat yang baik sebagaimana yang termaksud oleh *WHO Action Programme on Essential Drugs.*
2. **Aksesibilitas/Keterjangkauan (*Accessibility*)**
   Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat diakses oleh tiap orang tanpa diskriminasi, di dalam yurisdiksi negara. Aksesibilitas memiliki empat dimensi yang saling terkait, yaitu:[23]
   a. *Tidak diskriminasi*. Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat diakses oleh semua, terutama oleh masyarakat yang marginal atau masyarakat yang tidak terlindungi oleh hukum dan dalam kehidupan nyata, tanpa diskriminasi dengan dasar apapun juga.
   b. *Akses secara fisik*. Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat terjangkau secara fisik dengan aman bagi semua, terutama bagi kelompok yang rentan atau marginal, misalnya etnis minoritas atau masyarakat terasing, perempuan, anak-anak, penyandang disabilitas, dan orang yang mengidap HIV/AIDS. Aksesibilitas juga berarti bahwa pelayanan kesehatan dan faktor-faktor penentu kesehatan, misalnya air minum sehat dan fasilitas sanitasi yang memadai dapat dijangkau secara fisik, termasuk di daerah pinggiran, lebih jauh lagi aksesibilitas mencakup akses ke bangunan-bangunan bagi penyandang disabilitas.

[22] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights dan World Health Orginization, *Fact Sheet No.31: The Right to Health* (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 2008).

[23] UN Economic and Social Council CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) (n 1).

c. *Akses ekonomi* (terjangkau secara ekonomi). Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat terjangkau secara ekonomi bagi semua. Pembayaran pelayanan perawatan kesehatan juga pelayanan yang terkait dengan faktor-faktor penentu kesehatan harus didasarkan pada prinsip kesamaan, memastikan bahwa pelayanan ini, yang tersedia baik secara privat maupun publik, terjangkau oleh semua, termasuk kelompok yang tidak beruntung secara sosial. Kesetaraan mensyaratkan bahwa masyarakat miskin tidak dibebani biaya kesehatan secara tidak proporsional dibandingkan dengan masyarakat kaya.

d. *Akses informasi*. Aksesibilitas yang mencakup hak untuk mencari dan menerima atau membagi informasi dan ide-ide mengenai masalah-masalah kesehatan, namun di sisi lain akses informasi dinilai sama pentingnya dengan hak kerahasiaan data kesehatan.

3. Keberterimaan (*Adaptability*)

Segala fasilitas kesehatan, barang dan pelayanan harus diterima oleh etika medis dan sesuai secara budaya, misalnya menghormati kebudayaan individu-individu, kaum minoritas, kelompok, dan masyarakat, sensitif terhadap gender dan persyaratan siklus hidup. Penerimaan juga dirancang untuk penghormatan kerahasiaan status kesehatan dan peningkatan status kesehatan bagi mereka yang memerlukan.

4. Kualitas (*Quality*)

Selain secara budaya diterima, fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus sesuai secara keilmuan medis serta dalam kualitas yang baik. Hal ini mensyaratkan antara lain, personel yang berkemampuan, obat-obatan dan perlengkapan rumah sakit yang secara ilmu diakui dan tidak kadaluarsa, air minum aman dan dapat diminum, serta sanitasi yang memadai.

KIHESB mewajibkan negara pihak melakukan komitmen dalam upaya pemenuhan hak kesehatan. Negara pihak diwajibkan untuk mengalokasikan anggaran yang memadai untuk kesehatan. Misal jika saat ini anggaran terbesar adalah untuk pembiayaan militer, maka negara pihak harus melakukan sebaliknya.[24] Komitmen ini sesungguhnya membutuhkan kewajiban untuk mengadopsi instrumen nasional atau undang-undang dan penerapan strategi Perawatan Kesehatan Primer (PHC) dari Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization).[25]

Dalam pemenuhannya, negara diijinkan untuk melakukan kerjasama dengan pihak lain jika sumber daya yang ada dirasa tidak cukup untuk melakukan tanggung jawabnya. Faktanya, pelayanan kesehatan tidak hanya diberikan oleh negara saja, namun juga oleh korporasi, pasar, dan masyarakat. Namun demikian, pemenuhan kesehatan juga tidak dapat dilihat dalam kacamata industri atau pasar saja. Tanggung jawab dan kewajiban tetap pada negara, meskipun dalam pelaksanaannya menggunakan keterlibatan atau sumber daya (*resource*) dari pasar atau swasta. Negara harus memastikan bahwa tidak ada perbedaan

[24] Brigit Toebes, "Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health" (1999) Vol.21/3 Human Rights Quarterly, 661.

[25] ibid.

pelayanan yang ditawarkan oleh swasta dengan kesehatan yang dijamin oleh pemerintah.[26] Hal ini juga menjadi rekomendasi Komite Hak Ekosob dalam pemenuhan hak atas kesehatan.

Konsep pasar untuk pemenuhan kesehatan pada dasarnya telah menggeser tanggung jawab negara kepada pasar atau swasta. Namun, privatisasi atau desentralisasi layanan kesehatan tidak membuat negara pihak bebas dari kewajiban untuk menggunakan semua cara yang tersedia untuk mempromosikan akses yang memadai ke layanan kesehatan, terutama untuk segmen penduduk yang miskin atau rentan.[27] Tantangan hak kesehatan ke depan adalah memaksimalkan dan memastikan standar pelayanan kesehatan tertinggi yang dapat dipenuhi dan dinikmati oleh seluruh warga negara tanpa diskriminasi. Beberapa masalah yang terjadi terkait hak atas kesehatan di antaranya: (1) jaminan kesehatan belum mampu mengakomodir seluruh kebutuhan warga negara; (2) pelayanan kesehatan juga belum mampu menjangkau kebutuhan seluruh warga Negara; (3) kelompok rentan, misalnya masyarakat adat terpencil belum dapat menikmati standar pelayanan kesehatan yang baik; (4) penyandang disabilitas belum mendapatkan pelayanan yang ramah disabilitas (akses).

Tony Evans dalam artikelnya yang berjudul, "*A Human Right to Health?"* menggambarkan dengan jelas tantangan kesehatan saat ini.[28] Dengan membatasi hak asasi manusia pada seperangkat hak yang mendukung kebebasan yang terkait dengan ekonomi pasar bebas, dan mendefinisikan ulang hak-hak sosial ekonomi sebagai 'aspirasi,' tatanan global saat ini berupaya untuk menetapkan seperangkat nilai yang melegitimasi jenis perilaku sosial tertentu.

Seiring dengan proses perputaran ekonomi, risiko kesehatan kini telah menjadi permasalahan global melalui perpindahan penduduk, perubahan dalam kebiasaan budaya, pariwisata, pola makan dan perdagangan. Hal ini sejalan dengan meningkatnya globalisasi pasar kesehatan, teknologi, ilmu pengetahuan, obat-obatan, organisasi bisnis dan keuangan global. Jika risiko kesehatan memiliki dimensi 'demokratis,' artinya tidak ada tempat untuk bersembunyi dari konsekuensi kesehatan global. Kita semua, kaya dan miskin, dihadapkan pada risiko kesehatan yang terkait dengan globalisasi.[29] Lembaga-lembaga tatanan global saat ini menggunakan kebebasannya untuk meningkatkan kekayaan mereka masing-masing, tidak peduli dengan kondisi sosial yang harus diderita orang lain. Globalisasi, di satu sisi, semakin menghadapkan kita semua pada risiko kesehatan. Di sisi lain, kegagalan untuk melakukan reformasi kelembagaan akan menyebabkan lebih banyak epidemi, penyakit kronis, dan kesulitan terpenuhinya lingkungan hidup yang bermartabat dan sehat.

B. Kelompok Rentan

Beberapa studi telah dilakukan untuk melihat konsep, teori, dan definisi mengenai siapa dan bagaimana kelompok rentan itu. Studi mengenai kelompok rentan tidak terpisahkan dari studi-studi mengenai kewarganegaraan dan hak asasi manusia. Sebuah studi yang berjudul

[26] ibid.

[27] ibid.

[28] Tony Evans, "A Human Right to Health?" (2002) Vol. 23/2 Third World Quarterly, 197.

[29] Brian S Turner, "Risks, Rights and Regulation: An Overview" (2001) Vol.3 Health, Risk and Society, 9.

"*Vulnerability and Human Rights,*" yang ditulis oleh Brian S. Turner menjelaskan secara terperinci berbagai persoalan dan kondisi yang bisa menjadikan seseorang atau sekelompok orang menjadi "rentan."[30] Brian S. Turner dalam studinya, menempatkan tubuh manusia sebagai pusat teori sosial dan politik, dan menggunakan gagasan perwujudan sebagai landasan untuk membela hak asasi manusia universal. Argumen Brian didasarkan pada empat asumsi filosofis mendasar: kerentanan manusia sebagai agen yang diwujudkan; ketergantungan manusia (terutama selama perkembangan anak usia dini); timbal balik umum atau keterkaitan kehidupan sosial; dan akhirnya menimbulkan kerawanan institusi sosial.[31] Menilik gambaran tersebut, maka dapat dikatakan bahwa kerentanan seseorang dapat dimulai dari seseorang lahir sampai dia meninggal yang menyebabkan ketergantungan terhadap orang lain dan menimbulkan kerawanan sosial.

Pada dasarnya manusia terlahir rentan, sehingga mereka membutuhkan dukungan dan bantuan orang lain yang menyebabkan ketergantungan satu sama lain. Kekuatan dan dukungan tersebut juga membutuhkan saling kepercayaan yang kemudian melahirkan kelompok sosial atau masyarakat.[32] Kelompok masyarakat yang dibangun merupakan alat perlindungan dari kerentanan manusia tersebut.[33] Namun dalam tatanan sosial tersebut ada sekelompok orang yang berbeda atau dianggap tidak sesuai dengan kriteria sosial yang ada (norma, nilai) dalam konsep tatanan sosial modern. Kelompok inilah yang disebut kelompok rentan (*vulnerable group*), atau dapat disebut juga sebagai kelompok yang berisiko (*group at risk*), atau kadang disebut dengan istilah kelompok yang kerap dirugikan (*disadvantaged group*).

Kerentanan seseorang dilihat dari pengecualian masyarakat atau eksklusi sosial yang dilakukan terhadap mereka. Konsep kewarganegaraan dan hak asasi manusia muncul dalam isu kerentanan karena menyangkut persoalan "*dignity*" atau martabat seseorang. Dalam politik modern saat ini, setiap manusia menghadapi persoalan dan risiko perubahan masyarakat yang dapat menciptakan diskriminasi. Adapun diskriminasi tersebut dapat terjadi dalam bidang: pasar, tenaga kerja, kemiskinan, kesehatan yang buruk, atau bentuk diskriminasi "lama" yaitu sexisme, rasisme, dan stigma karena fungsi sosial dan tubuh. Dalam eksklusi sosial, masyarakat dapat didiskriminasi karena dasar fisik atau tubuh, ras, agama, atau bentuk diskriminasi lainnya. Pada gilirannya, diskriminasi ini menciptakan eksklusi sosial, yakni peminggiran seseorang atau sekelompok orang oleh masyarakat umum (arus utama) karena sebab-sebab tertentu yang disebutkan di atas.

Dalam buku yang berjudul *Citizenship and Vulnerability*,[34] Kerentanan digunakan sebagai cara untuk menggambarkan sifat kepribadian yang rapuh dan bergantung. Dengan demikian pada dasarnya kita semua dalam kondisi yang berpotensi menjadi rentan berkenaan dengan berbagai risiko bentuk-bentuk baru dari eksklusi sosial. Dalam buku ini disebutkan

[30] Brian S Turner, *Vulnerability and Human Rights* (The Pennsylvania State University Press University Park 2006).

[31] ibid, 25.

[32] ibid, 27.

[33] ibid, 29.

[34] Angharad Beckett, *Citizenship and Vulnerability: Disability and Issues of Social and Political Engagement* (Palgrave Macmillan 2006).

disabilitas sebagai contoh salah satu risiko kondisi yang dapat terjadi pada setiap orang, dan memahami kondisi tersebut bahwa pada satu titik kita secara fisik juga bergantung dengan orang lain. Penjelasan ini dapat digunakan untuk bisa memahami kerentanan penyandang disabilitas.

Dalam eksklusi sosial, individu atau sekelompok orang mengalami diskriminasi dan stigma. Stigma berakar pada 'perbedaan." Orang yang mengalamai stigmatisasi sering mengalami rasa sakit dan luka emosional terkait dengan rasa kasihan, rasa takut, jijik, dan ketidaksetujuan orang lain terhadap perbedaan berdasarkan kepribadian, penampilan fisik, penyakit dan disabilitas, usia, jenis kelamin atau seksualitas. Stigma dapat didefinisikan sebagai atribut yang berfungsi untuk mendiskreditkan seseorang di mata orang lain.[35] Diskriminasi dan eksklusi sosial dalam bentuk apapun, tujuannya adalah membedakan atau memisahkan dan mengeluarkan individu, atau sekelompok orang dari masyarakat dan dari berbagai manfaat dalam masyarakat, seperti akses yang adil dalam perumahan, kesehatan, pendidikan dan dukungan sosial lainnya.[36] Dalam bidang kesehatan, contoh stigma dan diskriminasi dapat diamati secara jelas dalam sistem pelayanan kesehatan.

B.1 Perempuan

Selama ini perempuan dikategorikan sebagai kelompok rentan. Berbagai sumber menyatakan bahwa sampai saat ini perempuan sering mengelami ketidakadilan dalam berbagai bidang. Ketidakadilan tersebut seringkali tidak terlihat namun sangat dirasakan dalam situasi masyarakat yang sangat bercorak patriarki. Dalam hak atas kesehatan, selama ini hak perempuan hanya dikaitkan pada persoalan reproduktif semata, padahal hak atas kesehatan perempuan harus dilihat secara menyeluruh. Perempuan berhak untuk mendapatkan kesempatan bebas dari kematian pada saat melahirkan, dan hak tersebut harus diupayakan oleh negara. Negara juga berkewajiban menjamin diperolehnya pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan Keluarga Berencana (KB), kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan.

Di negara berkembang, perempuan terus berjuang mengadvokasi masalah reproduksi dan kemiskinan. Kontrol kesuburan melalui implan kontrasepsi yang dipaksakan dan kebijakan satu anak menimbulkan tantangan etika.[37] Kebijakan sedikit anak menimbulkan banyaknya praktik aborsi, yang pada gilirannya kemudian justru merugikan perempuan. Aborsi yang tidak aman dikarenakan aborsi sangat ditentang masyarakat, sehingga perempuan yang ingin mencegah kehamilan atau korban perkosaan mendatangi klinik-klinik yang tidak mendapat ijin praktik (ilegal) yang membahayakan hidup mereka. Di Indonesia, pil aman atau "*emergency pil after morning*"[38] dilarang penjualannya secara bebas dengan alasan

[35] Tom Mason and others (ed), *Stigma and Social Exclusion in Health Care* (Routledge 2001).

[36] ibid.

[37] Dona Schneider dan David E Lilienfeld (ed), *Public Health: The Development of a Discipline* (Rutgers University Press).

[38]Merujuk pada WHO Emergency Pil After morning adalah metode kontrasepsi yang dapat digunakan untuk mencegah kehamilan setelah berhubungan seksual. (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception, diakses pada 24 Juli 2020).

norma atau etik, sehingga tidak sedikit perempuan yang juga menjadi korban praktik aborsi tidak aman.

Persoalan di atas merupakan sebagian persoalan kesehatan perempuan. CEDAW sendiri telah mengatur mengenai kesehatan perempuan. Dalam Pasal 12 CEDAW, masalah Kesehatan perempuan disebutkan bahwa:

1. Negara-negara Pihak harus mengambil semua langkah yang tepat untuk menghapus diskriminasi terhadap perempuan di bidang perawatan kesehatan untuk memastikan, berdasarkan kesetaraan laki-laki dan perempuan, akses ke layanan perawatan kesehatan, termasuk yang terkait dengan keluarga berencana.
2. Negara-negara Pihak harus memastikan kepada perempuan mengenai layanan yang sesuai terkait dengan kehamilan, selama kehamilan dan periode pascamelahirkan, pemberian layanan gratis jika diperlukan, serta menyediakan nutrisi yang memadai selama kehamilan dan menyusui.

Catatan Dhrubajyoti Bhattachary[39] dalam Tulisan yang berjudul "*Can International Law Secure Women's Health? An Examination of CEDAW and its Optional Protocol*" menjelaskan posisi kedua pasal tersebut, yaitu: Pasal 12 (1) CEDAW mempertahankan unsur-unsur kesetaraan formal, di mana laki-laki dan perempuan diberi hak, kondisi, dan peluang yang sama. Namun sejumlah masalah masih belum terselesaikan. Status sosial ekonomi, persetujuan pasangan untuk mencari perawatan, atau ketersediaan dokter perempuan adalah contoh hambatan akses pada perawatan. Tidak ada model universal untuk mengalokasikan sumber daya-guna mengatasi kesenjangan dan faktor penentu sosial kesehatan. Selain itu, interpretasi sangat penting untuk mengatasi masalah yang muncul sebagai akibat dari kemajuan teknologi, misalnya, apakah kontrasepsi darurat diperbolehkan terkait dengan keluarga berencana atau tidak.

Pasal 12 ayat 2 CEDAW mempertahankan elemen kesetaraan substantif.[40] Menyadari bahwa kesetaraan formal dapat secara tidak langsung menciptakan atau mempertahankan kesenjangan. Ketentuan tersebut mensyaratkan program-program khusus untuk perempuan. Masalah mendesak yang harus diatasi adalah apakah aborsi dapat dikategorikan sebagai "layanan yang sesuai sehubungan dengan kehamilan." Pendukung hak-hak reproduksi mungkin berpendapat bahwa itu adalah layanan aborsi yang jelas-jelas berhubungan erat dengan kehamilan, isu ini penting karena kehamilan sangat erat juga kaitannya dengan isu pemutusan hubungan kerja (PHK). Pendapat berbeda yang

[39] Dhrubajyoti Bhattacharya, "Can International Law Secure Women's Health? an Examination of CEDAW and Its Optional Protocol," *Proceedings of the ASIL Annual Meeting* (2009).

[40] Kesetaraan substantif merupakan prinsip kesetaraan yaitu : 1. Langkah tindak untuk menganalisis hak perempuan yang ditujukan untuk mengatasi adanya perbedaan, disparitas/kesenjangan atau keadaan yang merugikan perempuan; 2. - Langkah tindak melakukan perubahan lingkungan, sehingga perempuan mempunyai kesetaraan dengan laki-laki dalam kesempatan dan akses, serta menikmati manfaat yang sama; - 3. Kewajiban Negara yang mendasarkan kebijakan dan langkah tindak: * Kesetaraan dalam kesempatan bagi perempuan dan laki-laki; * Kesetaraan dalam akses bagi perempuan dan laki-laki; * Perempuan dan laki-laki menimati manfaat yang sama dari hasil-hasil menggunakan kesempatan dan akses dimaksud. https://www.kemenpppa.go.id/lib/uploads/list/967be-resume-parameter-kesetaraan-gender-dalam-pembentukan-peraturan-perundang-undangan.pdf

menentang praktik aborsi, melihat bahwa ketentuan tersebut seharusnya dapat ditafsirkan dalam konteks yang lebih luas, bukan saja hanya mempromosikan kelahiran yang aman dan sehat. Namun, masalah lain yang harus diatasi di tingkat nasional adalah ambang batas status sosial ekonomi yang menjamin akses terhadap layanan kesehatan gratis.[41]

Sebagai kerangka kerja normatif, CEDAW, Protokolnya, dan Aturan Prosedur Komite CEDAW bersama-sama memberikan perlindungan substantif dan prosedural untuk menangani individu terkait ikhwal kesehatan dan penduduk berdasarkan laporan. Namun pada kenyataannya, kondisi kesehatan perempuan di Indonesia belum dapat dipenuhi sesuai standar KIHESB. Selain kesehatan reproduksi, masalah kesehatan perempuan tidak pernah dilihat secara komprehensif. Selama ini persoalan kesehatan perempuan disamakan dengan kesehatan pada umumnya. Pendataan pasien perempuan tidak menggunakan data terpilah, padahal tipe atau struktur organ perempuan itu sangat berbeda, sehingga penyakit yang menimpa perempuan berbeda pula karakteristiknya. Jaminan kesehatan yang ada tidak menjamin kompleksitas penyakit-penyakit yang dapat diderita oleh perempuan. Penyakit semisal kanker serviks adalah salah satu contoh penyakit khas domain perempuan. Demikian pula dengan kanker payudara, meskipun ada sedikit populasi laki-laki yang juga mengalaminya, namun jumlah penderita perempuan jauh lebih besar. Jaminan kesehatan bagi perempuan harus mempertimbangkan kompleksitas jenis penyakit pada perempuan sehingga layanan dan jaminan kesehatannya dapat menyesuaikan.

B.2 Anak & Remaja

Pasal 28 B ayat 2 UUD RI 1945 menyebutkan bahwa setiap anak berhak atas keberlangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Hak setiap anak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Baik Konvensi Hak-hak Anak sebagaimana telah diratifikasi oleh Pemerintah RI melalui Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1990 maupun Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, mendefinisikan bahwa anak adalah setiap orang yang berusia sampai dengan 18 tahun, termasuk yang masih dalam kandungan. Sedangkan, menurut Undang-Undang ini, remaja adalah setiap orang dengan kelompok usia dari 10 tahun sampai dengan 18 tahun.

Anak-anak dalam rentang usia tersebut menghadapi tantangan kesehatan tertentu selama pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental. Keadaan ini membuat anak menjadi rentan terhadap kekurangan gizi, penyakit menular dan ketika mulai memasuki usia remaja mereka rentan terhadap masalah kesehatan seksual, reproduksi dan mental. Anak dan remaja merupakan potensi sumber daya insani bagi pembangunan nasional. Sejalan dengan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak disebutkan bahwa: "*Negara, Pemerintah, Pemerintah Daerah, Keluarga dan Orang Tua wajib mengusahakan agar Anak yang lahir terhindar dari penyakit yang mengancam kelangsungan hidup dan/atau menimbulkan kecacatan.*" Oleh karenanya pembinaan dan pengembangan sebagai upaya memelihara dan meningkatkan kesejahteraan kesehatan pada anak dan remaja perlu dilakukan semenjak dini secara optimal. Hal ini dikarenakan sebagian besar kematian anak-

[41] Bhattacharya (n 39).

anak dapat dikaitkan dengan beberapa penyebab utama pada penyakit akut, seperti infeksi pernapasan, diare, campak, malaria dan malnutrisi.[42]

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak menyebutkan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi, sehingga perlu dilakukan upaya kesehatan anak secara menyeluruh dan berkesinambungan. Upaya kesehatan bagi anak dan remaja diarahkan pada peningkatan kesehatan selama masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita, usia prasekolah dan usia sekolah.

Perlindungan kesehatan anak dilakukan melalui pelayanan kesehatan bagi anak korban kekerasan termasuk korban perdagangan orang (*human trafficking*), pelayanan kesehatan bagi anak berhadapan dengan hukum yang berada di lapas/rutan, pelayanan kesehatan bagi anak dengan disabilitas, pelayanan kesehatan bagi anak terlantar di panti/lembaga kesejahteraan sosial anak, pelayanan kesehatan bagi anak jalanan/pekerja anak, serta pelayanan kesehatan bagi anak di daerah terpencil dan tertinggal, perbatasan dan terisolasi.[43]

Komentar Umum KIHESB Pasal 12.2 (a) menyebutkan bahwa pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan bagi anak dan remaja salah satunya diproyeksikan sebagai upaya untuk memberikan jaminan pelindungan perkembangan kesehatan dan kesejahteraan pada anak. Setiap anak dan remaja mempunyai hak untuk menikmati standar kesehatan yang tertinggi dan akses pada fasilitas kesehatan. Adapun pemenuhan dan pemeliharaan mencakup peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) secara menyeluruh dan non-diskriminatif.

Pemerintah wajib memberikan dan menjamin ketersediaan akses setiap anak dan remaja terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan mereka. Upaya promotif dan preventif dapat dilakukan melalui pemberian komunikasi, informasi, contohnya mengenai asupan gizi seimbang, perilaku hidup bersih dan sehat, penyalahgunaan zak adiktif, pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi sejak dini, pendidikan kesehatan remaja, penyakit menular termasuk HIV/AIDS, pendidikan kesehatan jiwa, pencegahan malnutrisi, malaria serta penyakit akibat nyamuk lainnya dan lain sebagainya sesuai dengan tumbuh kembang dan kebutuhan setiap anak.[44]

Kemudian upaya kuratif dan rehabilitatif yang wajib dijamin ketersediaannya oleh pemerintah, antara lain melalui peningkatan penyediaan layanan air minum dan sanitasi kepada masyarakat, pemberian imunisasi dan vitamin bagi anak, penanganan dan

[42] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights dan World Health Orginization (n 22), 14.

[43] Pasal 35 Ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan

[44] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights dan World Health Orginization (n 22), 14.

pengobatan penyakit, pelayanan konseling, rujukan dan klinis medis serta upaya lainnya hingga dapat kembali produktif.

Prinsip non-diskriminatif dalam pemenuhan hak atas kesehatan anak menjadikan anak laki-laki dan anak perempuan mempunyai akses yang sama dalam memperoleh fasilitas kesehatan.[45] Kesetaraan akses ini misalnya dalam hal akses nutrisi yang sama, lingkungan yang aman, serta bebas dari kekerasan fisik dan mental. Hal ini sangat penting untuk mengadopsi langkah/upaya yang tepat agar dapat mencegah terjadinya hal yang membahayakan bagi kesehatan anak.

Oleh karena itu, penting untuk melihat bagaimana upaya pemerintah dalam memenuhi dan melindungi hak atas kesehatan anak dan remaja, terutama dalam hal penikmatan standar kesehatan tertinggi. Rentang usia pada anak dan remaja memiliki tantangan kesehatan tertentu selama pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mentalnya, baik rentan terhadap penyakit akut dan penyakit menular maupun rentan pada masalah kesehatan seksual dan mental.

B.3 Penyandang Disabilitas

Menurut UU nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas ("UU Penyandang Disabilitas"), pada Pasal 1, penyandang disabilitas didefinisikan sebagai:

> *Setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinterkasi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dnegan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.*

Pada dasarnya, setiap orang memiliki hambatan, namun yang membedakan dengan disabilitas adalah penyandang disabilitas membutuhkan bantuan untuk mengurangi hambatan tersebut. Sebagai contoh, seorang non-disabilitas akan mudah melakukan kegiatan sehari-harinya dari bangun tidur sampai tidur lagi. Namun bagi penyandang disabilitas tertentu, dari bangun sampai tidur memerlukan bantuan dari orang lain. Dalam hal ini, negara wajib memberikan layanan yang memadai bagi penyandang disabilitas untuk dapat hidup dan berpartisipasi di tengah kehidupan masyarakat.

Dalam isu kesehatan, penyandang disabilitas masih banyak mengalami diskriminasi. Hal ini disebabkan anggapan bahwa disabilitas adalah "penyakit." Imbasnya, penyandang disabilitas kerap mengalami diskriminasi dalam memperoleh pendidikan, pekerjaan, bahkan perlakuan diskriminatif di bidang hukum dan perdata (terkait dengan akses memperoleh keadilan/ *access to justice*). Selain itu, layanan kesehatan juga belum memperhitungkan kondisi apakah layanan tersebut mudah diakses bagi penyandang disabilitas atau tidak. Perlu pemahaman luas bahwa disabilitas bukanlah penyakit. Jika seseorang menjadi disabilitas karena sakit tertentu, maka yang harus dilihat dan disembuhkan adalah penyakitnya bukan disabilitasnya. Misal, seseorang yang mengalami stroke, *Spinal Moscular Athrophy* (SMA), disabilitas laring, dan lain-lain, menjadi disabilitas karena penyakit tersebut.

[45] UN Economic and Social Council CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12, Para.22) (n 1).

Mereka berhak mendapatkan layanan kesehatan yang memadai dalam upaya penyembuhan atau mengurangi sakit mereka.

Sebuah studi yang ditulis oleh Sharon Cuff, Kathleen McGoldrick, Stephanie Patterson, dan Elizabeth Peterson[46] yang berjudul "*The Intersection of Disability Studies and Health Science,"* menjelaskan bahwa perdebatan teoretis tentang studi disabilitas secara akademis telah berlangsung dalam waktu yang lama tanpa kompromi, tetapi satu hal yang biasanya disetujui oleh para ahli studi disabilitas adalah bahwa studi disabilitas tidak cocok dengan ilmu kesehatan, artinya disabilitas tidak hanya dipandang sebagai penyakit saja yang harus disembuhkan. Banyak ahli yang tidak sependapat, dan hanya melihat hubungan antara ilmu kesehatan dengan disabilitas, sehingga yang mereka lakukan adalah "*repairement*" atau memperbaiki. Penyandang disabilitas harus dilihat setara tidak ada pembedaan dengan non-disabilitas. Meskipun begitu, harus disadari pula bahwa banyak penyandang disabilitas yang bertahan hidup karena intervensi kesehatan/medis.

Layanan kesehatan bagi disabilitas sudah seharusnya dilihat dalam dua hal, yaitu layanan kesehatan bagi disabiltas secara umum dan layanan kesehatan bagi disabilitas dengan ragam disabilitas tertentu. Layanan disabilitas dengan ragam disabilitas tuli, misalnya, akan berbeda kebutuhannya dengan layanan disabilitas fisik, baik dalam hal akses, ketersediaan maupun keberterimaannya. UU Penyandang Disabilitas telah jelas mengatur mengenai hak kesehatan penyandang disabilitas.

Dalam Pasal 12 UU Penyandang Disabilitas disebutkan hak kesehatan untuk penyandang disabilitas meliputi hak: a. memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan; b. memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan; c. memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau; d. memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya; e. memperoleh Alat Bantu Kesehatan berdasarkan kebutuhannya; f. memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah; g. memperoleh pelindungan dari upaya percobaan medis; dan h. memperoleh pelindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.

Pasal 12 UU Penyandang Disabilitas telah mengatur secara lengkap layanan kesehatan apa saja yang harus diberikan untuk penyandang disabilitas. Meskipun demikian, sampai saat ini layanan kesehatan untuk penyandang disabilitas masih belum memadai. Informasi yang tersedia tidak cukup mengakomodir ragam disabilitas yang ada, kemudian layanan disabilitas di rumah sakit, puskesmas juga belum secara penuh melihat kesulitan penyandang disabilitas. Idealnya sebuah rumah sakit memiliki layanan tersendiri untuk memudahkan penyandang disabilitas mengakses dan memperoleh informasi dan layanan kesehatan.

Peraturan Presiden (PP) Nomor 70 tahun 2019 tentang Perencanaan, Penyelenggaraan, dan Evaluasi terhadap Penghormatan, Perlindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang

[46] Sharon Cuff and others, "The Intersection of Disability Studies and Health Science" (2016) 25 Transformations: The Journal of Inclusive Scholarship and Pedagogy 37.

Disabilitas menyebutkan tujuh sasaran strategi dalam lampiran Rancangan Induk Pembangunan Inklusi Disabilitas (RIPID). Kesehatan berada dalam sasaran ke-7 yakni "Akses dan Pemerataan Layanan Kesehatan bagi Disabilitas." Kebijakan yang harus dilakukan dalam sasaran ini, yaitu:

1. Peningkatan kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan penyandang disabilitas.
2. Pencegahan dan intervensi dini layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas yang efektif dan komprehensif.
3. Perluasan kepesertaan dan manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi penyandang disabilitas.
4. Penyelenggaraan program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang menjangkau penyandang disabilitas.

Strategi dan kebijakan yang disusun dalam RIPID sudah sepenuhnya memberikan panduan layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas namun meskipun sudah ada strategi dan kebijakan tersebut belum memikirkan jangkauan lebih luas lagi bagi layanan disabilitas dengan penyakit khusus, seperti *Spinal Moscular Athrophy* (SMA), disabilitas laring dan jenis disabilitas dengan penyakit khusus lainnya. Ketersediaan obat-obatan yang sangat mahal, termasuk alat bantu, belum mampu disediakan sepenuhnya oleh negara. Negara masih belum memasukkan alat bantu sebagai bagian dari pelayanan kesehatan. Perlu ada kesadaran dan wacana baru bahwa alat bantu tersebut merupakan bagian dari tubuh penyandang disabilitas yang mempermudah mobilitas.

B.4 Lansia

KIHESB memang tidak secara eksplisit memuat tentang hak-hak untuk orang lanjut usia, namun di Pasal 9 disebutkan bahwa *"setiap orang berhak atas jaminan sosial, termasuk di antaranya asuransi sosial".* Pasal ini secara implisit mengakui hak-hak yang dimiliki oleh setiap orang akibat pertambahan usia. Meskipun demikian, karena ketentuan KIHESB berlaku secara menyeluruh terhadap semua anggota masyarakat, maka jelaslah bahwa orang lanjut usia juga berhak untuk menikmati semua hak yang diakui oleh KIHESB.[47]

Meskipun dalam seluruh instrumen pokok HAM, baik nasional maupun internasional, tidak dijelaskan secara eksplisit mengenai pelarangan diskriminasi atas dasar usia (*ageism*), namun praktik-praktik *ageism* sangatlah bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar HAM. Dokumen internasional terbaru yang melarang diskriminasi atas dasar usia adalah *Madrid International Plan of Action on Ageing* (2002) yang menyatakan bahwa promosi dan perlindungan HAM dan kebebasan dasar, termasuk hak atas pembangunan, adalah penting bagi penciptaan masyarakat yang terbuka bagi semua usia dimana para lansia dapat berpartisipasi secara penuh atas dasar kesetaraan dan tanpa diskriminasi. Memerangi diskriminasi atas dasar usia adalah penting bagi keberlangsungan penghormatan hak-hak para lansia. Promosi dan perlindungan HAM dan kebebasan dasar penting bagi seluruh lapisan masyarakat dari semua usia.[48]

[47] UN Economic and Social Council, CESCR General Comment No. 6: The Economic, Social and Cultural Rights of Older Persons (Para.10 of the Covenant) 1995.

[48] United Nations, "Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing," *Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain* (2002).

Cara pandang HAM dalam memperlakukan lansia sebagai kelompok rentan tercermin dalam dokumen Prinsip-prinsip PBB Bagi Orang Lanjut Usia, yang terdiri dari lima bagian penting bagi penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan HAM bagi lansia. Lima bagian tersebut adalah:[49]

a. kemandirian, termasuk akses atas makanan, air, tempat tinggal, pakaian serta perawatan kesehatan yang layak, kesempatan untuk pekerjaan yang diupah dan akses atas pendidikan dan pelatihan seluas-luasnya;
b. partisipasi, bahwa orang lanjut usia harus berpartisipasi aktif dalam formulasi dan implementasi kebijakan-kebijakan yang berimplikasi pada nasib mereka, serta kebebasan membentuk organisasi-organisasi atau serikat-serikat lansia yang memperjuangkan hak asasi mereka;
c. perawatan, yang harus didapatkan oleh lansia adalah perawatan keluarga, kesehatan dan dapat menikmati hak asasi mereka serta kebebasan fundamental ketika menetap di suatu fasilitas penampungan atau perawatan;
d. pemenuhan keinginan, merupakan kesempatan yang diberikan kepada lansia seluas-luasnya dalam pengembangan potensi secara penuh melalui akses terhadap layanan pendidikan, budaya, spiritual, spiritual dan rekreasional di tengah-tengah masyarakat;
e. martabat, bahwa lansia harus bisa hidup bermartabat dan mempunyai jaminan serta bebas dari eksploitasi dan pelecehan fisik atau mental, harus diperlakukan secara adil, tanpa memandang usia, jenis kelamin, latar belakang ras atau suku, kedisabilitasan, keadaan keuangan atau status lainnya, serta kontribusi mereka harus dihargai secara independen.

B.5 Pekerja Migran

Konvensi Pekerja Migran atau International Convention on the Rights of Migrant Workers and Members of their Families (CMW) di Pasal 28 telah mengatur hak atas kesehatan pekerja migran, yakni bahwa *"Para Pekerja migran dan anggota keluarganya harus memiliki hak untuk menerima perawatan kesehatan yang sangat mendesak yang diperlukan untuk kelangsungan hidup mereka atau untuk mencegah kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada kesehatan mereka, berdasarkan kesetaraan perlakuan dengan warga negara dari negara yang bersangkutan."*

Perawatan medis mendesak semacam itu tidak boleh ditolak oleh negara dengan alasan adanya hal yang sifatnya tidak reguler yang berkaitan dengan masa tinggal atau pekerjaan mereka. Meskipun tertuang dalam Konvensi, namun hak kesehatan bagi pekerja migran belum mendapat perhatian dalam UU Nomor 18 tahun 2017 tentang Perlindungan Pekerja Migran Indonesia ("UU PPMI"). Ketiadaan pengaturan mengenai kesehatan dalam UU PPMI ini menyebabkan lemahnya perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan pekerja migran. Dalam UU tersebut hanya disebutkan bahwa pekerja migran Indonesia dan keluarganya akan mendapatkan perlindungan berupa jaminan sosial sebagaimana terdapat pada Pasal 29 UU PPMI. Adapun urusan jaminan sosial ini diserahkan pengelolaannya sepenuhnya kepada BPJS.

[49]Resolusi Sidang Umum PBB Nomor 46/91 tanggal 16 Desember 1991. Lihat Juga Komentar Umum Kovenan Ekosob Nomor 6 Tentang Hak-hak Ekonomi Sosial dan Budaya dari Orang Lanjut Usia. Para. 5.

Sebagai bentuk pelaksanaan mandat Pasal 29 ayat (5) UU PPMI, ketentuan tentang jaminan sosial bagi Pekerja Migran Indonesia saat ini secara khusus diatur dengan Peraturan Menteri Ketenagakerjaan (Permenaker) Nomor 18 Tahun 2018 tentang Jaminan Sosial Pekerja Migran Indonesia yang mengatur soal asuransi dan jaminan sosial pekerja migran Indonesia melalui BPJS Ketenagakerjaan, Permenaker Jamsos PMI yang terdiri dari 13 bab dan 46 pasal ini memuat hal pokok terkait PMI yang memperoleh jaminan sosial, yaitu Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Kematian (JKM) dan Jaminan Hari Tua (JHT). Jaminan sosial ini diberikan kepada Calon PMI atau PMI yang ditempatkan oleh Pelaksana Penempatan maupun Calon PMI atau PMI perseorangan. Dalam melaksanakan jaminan sosial pekerja migran Indonesia, BPJS Ketenagakerjaan dapat bekerjasama dengan Atase ketenagakerjaan atau staf teknis ketenagakerjaan serta lembaga jaminan sosial lain di negara tujuan penempatan untuk perluasan kepesertaan dan peningkatan pelayanan kepada pekerja migran Indonesia.

Pada bagian *preambule* UU (pada bagian mengingat) disebutkan salah satu dasar hukum pembuatan UU PPMI adalah Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2012 tentang Pengesahan Konvensi Internasional mengenai Perlindungan Hak-Hak Seluruh Pekerja Migran dan Anggota Keluarganya. Dengan adanya penyebutan Konvensi Migran 1990, arah UU PPMI seharusnya dapat memberikan jaminan pelindungan bagi buruh migran Indonesia yang sama seperti Konvensi tersebut. Pada UU PMII, Pemerintah Indonesia tidak serta-merta menerapkannya, sekalipun ratifikasi atas Konvensi Migran 1990 sudah dilakukan sejak tahun 2011, namun Konvensi ini tidak seluruhnya diadaptasi ke dalam norma-norma penyusunan UU PPMI. Hak reunifikasi, misalnya, merupakan hak yang paling fundamental, namun hal ini tidak dimasukkan ke dalam ketentuan UU PPMI.

Hak jaminan sosial, hak reunifikasi dan kesehatan ini merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan antara satu dan lainnya. Selain merupakan hak dasar yang seharusnya dipenuhi oleh pemerintah kepada buruh migran, mekanisme pemenuhan hak dilakukan secara transparan dan akuntabel, sebab pekerja migran biasanya menghabiskan waktunya di negara tujuan hingga bertahun-tahun karena menyesuaikan kontrak kerja atau mencapai tujuan prioritasnya. Oleh karenanya, melalui UU Pengesahan Konvensi Migran 1990, pemerintah seharusnya dapat melakukan intervensi untuk menjamin hak reunifikasi antara pekerja migran dan anggota keluarganya selama proses sebelum keberangkatan dan pada masa bekerja di negara tujuan penempatan.

Oleh sebab itu, penting untuk mendalami potret kondisi pekerja migran dalam hal penikmatan hak atas kesehatan yang diselaraskan dengan berbagai instrumen berperspektif HAM. Hal ini penting untuk memastikan bahwa pemerintah membuat kebijakan untuk memperbaiki situasi dan dapat menjamin hak asasi manusia dan martabat semua pekerja migran sebagai bentuk komitmen pemerintah Indonesia untuk melaksanakan Konvensi Pekerja Migran 1990 dan UU PPMI. Berdasarkan Pasal 65 Undang Undang Nomor 6 tahun 2012, kewajiban setiap negara pihak untuk menyediakan pelayanan-pelayanan yang tepat mengenai migrasi internasional pekerja dan anggota keluarganya, meliputi perumusan dan penerapan kebijakan, pertukaran informasi, konsultasi mengenai kebijakan, hukum, peraturan dan perjanjian dan hal lain yang relevan, termasuk hal penikmatan hak atas kesehatan bagi setiap pekerja migran dan anggota keluarganya, serta dalam pasal 70 yang memuat tentang kewajiban negara pihak untuk mengambil kebijakan yang tidak kurang

menguntungkan daripada yang diterapkan pada warga negaranya untuk memastikan bahwa kondisi kerja dan kehidupan para pekerja migran dan anggota keluarganya yang berada dalam situasi reguler memenuhi standar kebugaran, keselamatan, kesehatan dan sesuai dengan prinsip-prinsip martabat manusia.

B.6 Masyarakat Adat

Menurut Soerjono Soekanto [50] dalam *"*Hukum Adat Indonesia," disebutkan bahwa "*Masyarakat merupakan suatu bentuk kehidupan bersama, yang warga-warganya hidup bersama untuk jangka waktu yang cukup lama, sehingga menghasilkan kebudayaan*." Sedangkan menurut Hazairin,[51] masyarakat adat didefinisikan sebagai "*Sebuah kesatuan hukum, kesatuan penguasa dan kesatuan lingkungan hidup berdasarkan hak bersama atas tanah dan air bagi semua warganya*." Dari dua definisi mengenai "masyarakat" dan "masyarakat adat" terdapat sejumlah unsur yang harus dijustifikasi di lapangan (di antara masyarakat adat sendiri dan pihak-pihak terkait) yaitu: organisasi sosial beserta anggota-anggotanya yang berhubungan dengan sesamanya dalam menghasilkan kebudayaan, kesatuan hukum penguasa, lingkungan hidup, tanah dan air. Secara *de facto* kenyataan fisik ini dimiliki oleh setiap masyarakat (adat), tetapi pengakuan resmi terhadap keberadaan dan hak-hak mereka harus disahkan oleh peraturan dan/atau produk hukum daerah sebagai aspek yuridis formil tersendiri.

Pengakuan akan eksistensi masyarakat adat sebenarnya telah dicantumkan dalam Pasal 18 Undang-Undang Dasar RI 1945 sebelum amandemen beserta penjelasannya tentang "*zelfbestuurende landschappen*" (daerah-daerah swapraja) dan "*volksgemeenschappen*" (masyarakat adat); di mana negara berkewajban menghormati hak-hak usul daerah-daerah bersangkutan. Kendati dalam Perubahan ke IV UUD 1945 penjelasan pasal tidak termasuk dalam naskah UUD 1945, namun Prof. Jimly Asshiddiqie menyatakan bahwa "*Untuk memahami lebih mendalam terhadap ide-ide dan norma, baik yang sudah tertampung maupun yang belum, naskah Penjelasan UUD 1945 tetap diperlukan sebagai bahan pembacaan historis, filosofis, dan moralitas konstitusional UUD 1945.*"[52] Amendemen UUD RI 1945 menempatkan isu mengenai masyarakat adat pada Pasal 18B Ayat 2 yang berhubungan dengan pemerintahan daerah; dan Pasal 28I Ayat (3) mengenai Hak-Hak Asasi Manusia (HAM). Terdapat inkonsistensi penggunaan istilah di sini, sebab Pasal 18B mempergunakan istilah "masyarakat hukum adat" dan Pasal 28I Ayat (3) merujuk pada "masyarakat tradisional;" di mana kedua pasal ini dapat ditafsirkan merujuk kepada entitas yang sama yakni "masyarakat adat."[53]

---

[50] Soekanto Soerjanto, *Hukum adat Indonesia* (PT Raja Grafindo Persada 2001) 91

[51] Hazairin 1970, *Demokrasi Pancasila,* 44

[52] Jimly Asshiddiqie, "Status Keberlakuan Penjelasan UUD 1945" (*Hukum Online*, 2020) <https://www.hukumonline.com/klinik/detail/ulasan/lt5ef082a1cefb0/status-keberlakuan-penjelasan-uud-1945/> diakses 29 Desember 2020.

[53] "Masyarakat Adat dan Pengurangan Kemiskinan di Indonesia,", *Draft Laporan Lokakarya Nasional "Masyarakat Adat dan Pengurangan Kemiskinan"* (disiapkan untuk Bank Pembangunan Asia (ADB) 2001).

Definisi dan konsep tentang masyarakat adat sudah banyak dibuat oleh berbagai pakar dan lembaga, seperti AMAN (Aliansi Masyarakat Adat Nusantara). AMAN mendefinisikan masyarakat adat sebagai:

> *"Komunitas-komunitas yang hidup berdasarkan asal-usul secara turun temurun di atas suatu wilayah adat, yang memiliki kedaulatan atas tanah dan kekayaan alam, kehidupan sosial budaya yang diatur oleh hukum adat dan lembaga adat yang mengelola keberlangsungan kehidupan masyarakatnya"*.[54]

Masyarakat adat termasuk kelompok yang rentan dalam masyarakat dan di dalam negara secara umum. Ada dua penyebab mengapa demikian. *Pertama*, tingkat ketergantungan masyarakat adat terhadap alam masih sangat tinggi, adanya perubahan sedikit saja yang terjadi akan berdampak besar terhadap kelangsungan hidup mereka. *Kedua*, permasalahan masyarakat adat merupakan permasalahan yang relatif tidak dikenal oleh masyarakat luas karena berada di daerah yang jauh, dan hanya daerah tertentu saja yang memiliki masyarakat adat.

Wacana mengenai masyarakat adat telah, sedang, dan akan terus berlangsung di negeri ini, sepanjang status dan hak-haknya belum secara resmi dan secara penuh dijamin oleh undang-undang dan diimplementasi di seluruh wilayah Indonesia. Keberadaan masyarakat hukum adat dan hak-haknya sudah diakui dan diatur dalam UUD 1945 dan beberapa peraturan perundang-undangan. Namun, rumusan-rumusannya belum konsisten dan lengkap. Jaminan dari pemerintah atas hak masyarakat adat belum mencakup hak-hak dasar tertentu seperti hak atas kesehatan belum benar-benar terjamin. Padahal kesehatan adalah salah satu kebutuhan dasar manusia. Begitu pentingnya, sehingga sering dikatakan bahwa kesehatan bukan segala-galanya. Akan tetapi, tanpa kesehatan, segala-galanya tidak bermakna.

Di dalam UUD RI 1945 sudah tertuang dan diakui mengenai keberadaan masyarakat adat. Di dalam Pasal 18B Ayat (2) UUD RI 1945, Negara mengakui dan menghormati kesatuan-kesatuan masyarakat hukum adat serta hak-hak tradisonalnya sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia, yang diatur dalam undang-undang Pasal 28I ayat (3), bahwa "Identitas budaya dan hak masyarakat tradisional dihormati selaras dengan perkembangan zaman dan peradaban." Dalam Pasal 32 ayat (1) dan (2) Ayat (1), Negara memajukan kebudayaan nasional Indonesia di tengah peradaban dunia dengan menjamin kebebasan masyarakat dalam memelihara dan mengembangkan nilai-nilai budayanya, dan Ayat (2), Negara menghormati dan memelihara bahasa daerah sebagai kekayaan budaya nasional.

Pasal 18 B UUD RI 1945 memberikan pengakuan atas keberadaan masyarakat adat, namun masih memberikan syarat. Sebagai salah satu landasan konstitusional masyarakat adat dinyatakan pengakuan secara deklaratif, bahwa negara mengakui dan menghormati keberadaan dan hak-hak masyarakat hukum adat. Namun pengakuan tersebut memberikan batasan-batasan atau persyaratan agar suatu komunitas dapat diakui keberadaan sebagai masyarakat hukum adat. Ada empat persyaratan keberadaan masyarakat adat menurut Pasal 18B ayat (2) UUD RI 1945, yakni (a) sepanjang masih hidup; (b) sesuai dengan

[54] AMAN, "Mengenal Lebih dekat AMAN (Draft Final)" (2001).

perkembangan masyarakat; (c) prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia; dan (d) diatur dalam undang-undang.

UUD RI 1945 masih memberlakukan syarat yang menjadikan masyarakat adat sangat rentan keberadaannya di Indonesia. Pengakuan didasarkan dengan penerbitan peraturan daerah tentang pengakuan dan perlindungan masyarakat adat. Dikeluarkannya perda-perda tersebut, untuk mengimplementasikan Putusan Mahkamah Konstitusi No. 35/PUU-X/2012 (MK 35) yang menguatkan status hutan adat. Pada kenyataan, syarat tersebut sangat berat untuk dipenuhi oleh masyarakat adat.

Hak-hak masyarakat adat sebagai kelompok masyarakat belum sepenuhnya dilindungi. Selama ini negara hanya melihat masyarakat adat sebagai kelompok masyarakat, sehingga hak-hak yang diakui baru sebagian dari hak-hak kolektif sebagai masyarakat adat. Hak kolektif tersebut meliputi hak keberlangsungan hidup mereka, hak atas pengakuan terhadap kelompok mereka, dan hak-hak pembangunan kelompok adat mereka. Adapun hak individu seperti hak atas pendidikannya dan hak atas kesehatan belum sepenuhnya dijamin dan dipenuhi oleh negara.

Selama ini masyarakat adat dan hak-haknya belum sepenuhnya diakui oleh negara, hal ini dikarenakan inkonsistensi beberapa perundangan, belum adanya undang-undang khusus mengenai masyarakat adat yang menjamin pengakuan, perlindungan dan pemenuhan hak masyarakat adat secara komprehensif dan rendahnya kemauan politik dari pemerintah-pemerintah daerah. Dalam pemenuhan hak kesehatan terdapat beberapa persoalan dalam masyarakat adat, misalnya mengenai layanan kesehatan belum sepenuhnya menjangkau wilayah adat terpencil. Selain itu persoalan lain adalah terkait dengan persalinan, kualitas tenaga kesehatan, tingginya dukun bayi yang belum terlatih, kualitas lingkungan hidup yang buruk sehingga mengurangi ketersediaan air bersih dan memperburuk kondisi sanitasi, serta distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) pada tahun 2013 dengan judul “Masyarakat Adat di Indonesia: Menuju Perlindungan Sosial yang Inklusif,” banyak kendala yang menyebabkan pemenuhan hak kesehatan bagi masyarakat adat kurang optimal.[55] Dalam penelitian itu, diidentifikasi beberapa hambatan, di antaranya: *Pertama*, penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat adat masih seputar hambatan akses yang sulit dijangkau. Fasilitas kesehatan utama umumnya berada di pusat desa. Jarak antara pusat desa dengan tempat tinggal masyarakat adat jauh dan kondisi jalan buruk. Tidak jarang warga harus berjalan kaki menuju Puskesmas ataupun Puskesmas Pembantu (Pustu). *Kedua*, praktik kesehatan nonmedis masih diterapkan oleh sebagian besar masyarakat adat. Praktik kesehatan ini berasal dari pengetahuan lokal yang sudah turun-temurun dan berkembang sebagai kearifan dan adaptasi selama ratusan tahun. Sebagai contoh, sistem kepercayaan mereka tentang penyebab sakit yang di antaranya berasal dari penularan dari orang lain. Pencegahan ini bahkan sudah menjadi sesuatu yang dianggap penting, sehingga mereka harus memisahkan diri dari dunia terang yang konon

[55] Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, “Masyarakat Adat di Indonesia: Menuju Perlindungan Sosial yang Inklusif” (2013).

dipercaya sebagai sumber dan asal penyakit. Hal inilah yang menyebabkan orang enggan untuk berobat ke Puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di luar kelompoknya.

Sebuah studi tentang kesehatan masyarakat yang ditulis oleh Per Axelsson, Tahu Kukutai and Rebecca Kippen, [56] menuliskan bahwa perlu untuk melihat kondisi kesehatan masyarakat adat dengan melihat lebih lebar dan dikaitkan dengan kondisi sosial politik bahkan dengan kolonialisasi. Status kesehatan Masyarakat adat memang sangat berkaitan erat dengan kondisi sosial politik bahkan sejarah. Masyarakat adat memiliki ikatan yang kuat terhadap tanah leluhur. Tanah merupakan kehidupan sakral bagi mereka, karena tanah merupakan bagian dari kearifan lokal mereka. Tanah bagi masyarakat adat adalah "ibu" atau "tubuh" mereka. Tanah bagi mereka bukan saja tempat memberikan kehidupan, namun ada nilai sakral dan magis bagi mereka. Tanah adalah kehidupan mereka, yang memberikan penghidupan dari lahir, tempat mencari makan, tempat para leluhur mereka dimakamkan, dan harus dilestarikan. Tanah bagi mereka juga berhubungan dengan kekuasaan dan nilai budaya yang dianut. Kuasa atas tanah dalam masyarakat adat sangat erat dengan hukum adat yang berlaku di wilayah mereka. Namun, selama ini masyarakat adat sangat jarang dilibatkan dalam proses pembangunan.

Sebagaimana kita ketahui bahwa banyak proyek-proyek pembangunan di daerah dibuat atas nama penyerataan kesejahteraan dan infrastruktur. Atas nama pembangunan pula banyak lahan milik masyarakat adat tersingkir. [57] Kasus yang menimpa Orang Rimba merupakan sebagian contoh kasus yang menimpa masyarakat adat. Orang Rimba adalah masyarakat adat yang hidup dari dan mencaripenghidupan di hutan mereka. Ketika wilayah hidup mereka diambil secara sepihak dan hutan mulai berkurang, maka Orang Rimba terpaksa bergeser mencari penghidupan di tempat lain. Tak sedikit Orang Rimba yang mulai bergantung pada makanan yang dihasilkan dari luar kelompok mereka. Hal ini kemungkinan terbesar yang menyebabkan kondisi kesehatan Orang Rimba semakin rentan.

Deklarasi PBB tentang Hak-Hak Masyarakat Adat atau United Nations Declaration on The Rights of Indigenous Peoples (UNDRIP) adalah fondasi dalam mendorong tata kelola hak atas kesehatan bagi masyarakat adat. UNDRIP membuat pemerintah negara-bangsa lebih bertanggung jawab atas tindakan mereka untuk menghormati hak-hak dan perjanjian adat. Deklarasi ini menetapkan standar internasional untuk mendukung hak asasi manusia masyarakat adat, serta hak mereka untuk menentukan nasib sendiri di semua bidang, termasuk kesehatan.

Dalam artikel yang ditulis oleh Ingrid Barnsley [58] dijabarkan mengenai bagaimana cara penanganan hak atas kesehatan dalam masyarakat adat, belajar dari pengalaman Australia, Kanada, New Zealand, dan Amerika. Setidaknya penerapan hak atas kesehatan di negara-

[56] Per Axelsson, Rebecca Kippen dan Tahu Kukutai, "The field of Indigenous health and the role of colonisation and history" (2016) 33 Journal of Population Research 1.

[57] Muslim Andi Yusuf, "Kepastian Hukum Hak Masyarakat Hukum Adat Atas Tanah Dan Sumberdaya Alam" (2016) 2/1 Jurnal Universitas Cokroaminoto Palopo 675.

[58] Ingrid Barnsley, "The Right to Health of Indigenous Peoples in the Industrialized World: A Research Agenda" (2006) Vol. 9/1 Health and Human Rights 43.

negara tersebut mungkin relevan dengan pengembangan hukum dan kebijakan tentang kesehatan masyarakat adat. Hal ini penting menyoal kesehatan masyarakat adat itu sendiri, yakni konseptualisasi hak kesehatan masyarakat adat dalam hal hak masyarakat adat atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai memungkinkan pendekatan yang lebih luas terhadap kesehatan masyarakat adat dengan mengakui adanya dampak historis daniberkelanjutan dari pelanggaran HAM terhadap hak atas kesehatan masyarakat adat.

Berbagai kondisi yang dihadapi oleh masyarakat adat memperlihatkan adanya tantangan serius terkait penyediaan fasilitas dan tenaga kesehatan. Untuk pemenuhan gizi, mereka cenderung memiliki kekayaan keanekaragaman jenis makanan. Sistem kesehatan tradisional (nonmedis) tersedia disebagian besar masyarakat adat. Sistem ini juga turut membantu mengisi kekosongan layanan medis modern, namun di sisi lain masih terdapat risiko yang dihadapi berkenaan kerancuan antara konsep sehat dan sakit, dan kebiasaan-kebiasaan lain yang berisiko. Pada dasarnya hak kesehatan masyarakat adat masih belum memadai, perlu dilakukan hal-hal konkret demi meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat adat seperti:[59]

1. Mendekatkan fasilitas kesehatan pada masyarakat sehingga mengurangi beban pengeluaran transportasi dan mempersingkat waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan. Usaha ini perlu didukung oleh infrastruktur serta tenaga kesehatan/tenaga sukarela yang cukup. Strategi ini dinilai sangat bermanfaat dalam pemerataan akses pada layanan kesehatan dan sekaligus dapat menurunkan permasalahan penyakit menular dan tidak menular.
2. Sinergi antara institusi kesehatan lokal/layanan berbasis komunitas dengan medis modern/layanan berbasis rumah sakit.
3. Kerjasama pihak pemerintah dan swasta dalam menyediakan layanan kesehatan.
4. Mengoptimalkan peran tokoh penting di dalam masyarakat adat, sebagai media komunikasi dan sharing informasi mengenai kesehatan baik kesehatan modern dan kesehatan budaya lokal.

B.7 ODHA

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang sel darah putih yang mengakibatkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah suatu gejala berkurangnya kemampuan pertahanan kekebalan tubuh yang disebabkan masuknya virus HIV ke dalam tubuh seseorang. Hak atas kesehatan pada ODHA adalah hak dasar yang wajib diberikan dan didapatkan oleh setiap orang yang hidup dengan HIV dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, dengan mengutamakan nilai nondiskriminasi, toleransi, dan empati.

Upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia diatur dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS. Peraturan tersebut meliputi penanggulangan HIV dan AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan yang mencakup promosi kesehatan, pencegahan, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi terhadap individu, keluarga dan masyarakat. Dalam Pasal 3 Permenkes No. 21 Tahun 2013 disebutkan bahwa penanggulangan HIV/AIDS bertujuan untuk menurunkan jumlah ODHA, meniadakan

[59] Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (n 55).

diskriminasi terhadap ODHA, meningkatkan kualitas hidup ODHA, serta mengurangi dampak sosial ekonomi dari penyakit HIV dan AIDS pada individu, keluarga, dan masyarakat.

Jaminan akses fasilitas kesehatan yang non-diskriminatif bagi ODHA tercantum dalam sebuah Panduan Internasional HIV/AIDS dan HAM yang disusun oleh OHCHR dan UNAIDS. Dalam panduan nomor 6 yang telah direvisi pada Konsultasi Internasional HIV/AIDS dan HAM Ketiga di Jenewa, 25-26 Juli 2002 disebutkan, Negara wajib mengambil langkah yang diperlukan untuk memastikan bagi semua orang atas dasar keberlanjutan dan kesetaraan, ketersediaan dan aksesibilitas barang berkualitas, layanan dan informasi terkait pencegahan, pengobatan, perawatan, dan dukungan HIV/AIDS, termasuk antiretroviral dan obat-obatan lain yang aman dan efektif, diagnostik dan teknologi terkait yang berkaitan dengan preventif, kuratif, dan paliatif HIV/AIDS serta kondisi terkait.[60] Lebih lanjut dalam rekomendasi implementasi panduan nomor 6 tersebut, Negara wajib mengembangkan dan mengimplementasi rencana nasional untuk realisasi progresif akses universal terhadap perawatan, pengobatan, bantuan yang komprehensif bagi seluruh ODHA, sebaik dengan akses universal terhadap barang, layanan, dan informasi yang utuh untuk pencegahan HIV.

Perlindungan dan promosi hak atas kesehatan mengenai HIV/AIDS sangat penting dilaksanakan untuk mencegah penularan dan mengurangi dampak HIV/AIDS. Persoalan HIV/AIDS, selain masuk dalam kategori hak setiap individu dalam memperoleh kesehatan, namun juga relevan dengan hak untuk bebas dari diskriminasi, hak untuk hidup, kesetaraan dalam hukum dan di depan umum, hak atas privasi dan tentu hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai.

Akses ODHA dalam memperoleh pelayanan kesehatan merupakan komponen penting dari hak atas kesehatan ODHA. Pelayanan kesehatan yang sangat penting untuk diperhatikan adalah memastikan adanya ketersediaan obat-obatan antiretrovial (obat terapi pada HIV) dan memperkuat pencegahan penambahan kasus dan penularan HIV. Upaya preventif yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan edukasi dan informasi terkait HIV/AIDS, pendidikan dan upaya pencegahan penularan HIV/AIDS terutama dari ibu ke anak.

Upaya kuratif yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan pengobatan, penyembuhan, pengurangan penderita penyakit secara optimal sampai dengan virus HIV tidak terdeteksi dalam darah si penderita. Sementara, upaya rehabilitatif yang dapat dilakukan adalah dengan upaya mengembalikan kualitas hidup penderita agar menjadi produktif kembali baik secara secara ekonomis maupun sosial. Upaya rehabilitatif dalam penanggulangan HIV/AIDS dilakukan melalui rehabilitasi medis dan sosial. Oleh karena itu, penting untuk melihat bagaimana upaya pemerintah dalam memenuhi dan melindungi hak atas kesehatan pada ODHA dalam penikmatan standar kesehatan tertinggi bagi mereka.

[60] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, "HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines," *Third International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva 25-26 July 2002* (2002).

C. Kewajiban Negara

Kewajiban pemerintah untuk memenuhi hak atas kesehatan didasarkan pada ketentuan Pasal 2 Ayat (1) KIHESB. Kewajiban tersebut juga dijamin dalam konstitusi, yakni pada Pasal 28I Ayat (4) UUD RI 1945, yang menyatakan bahwa perlindungan, pemajuan, penegakan dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah. Kewajiban pemerintah ini juga ditegaskan dalam Pasal 8 UU HAM.

Kewajiban negara dalam hak atas kesehatan tercantum dalam Pasal 34 Ayat (3) UUD RI 1945 yang menyebutkan bahwa *"...negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak..."*. Lebih lanjut pada Pasal 34 Ayat (4) UUD RI 1945 disebutkan bahwa *"...ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang..."*. Pengaturan dalam undang-undang diwujudkan melalui UU Kesehatan, yang mengisyaratkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Pasal 7 UU Kesehatan menyatakan bahwa pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat, serta Pasal 9 UU Kesehatan menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Berkenaan dengan kewajiban dan tanggung jawab negara, dalam mekanisme HAM dapat dilihat dalam tiga bentuk:[61]

1. Menghormati (*obligation to respect*): merupakan kewajiban negara untuk tidak turut campur mengatur warga negaranya ketika melaksanakan haknya, [62] contohnya[63]:
   - Kewajiban untuk menghormati akses setara pada pelayanan kesehatan yang tersedia dan tidak menghalangi individu atau kelompok dari akses mereka kepada pelayanan yang tersedia.
   - Kewajiban untuk tidak melakukan tindakan yang mengganggu kesehatan, seperti kegiatan yang menimbulkan polusi lingkungan. Lebih jauh lagi, kewajiban penghormatan termasuk kewajiban negara untuk mencegah pelarangan perawatan preventif tradisional, praktik penyembuhan dan obat-obatan, dari pemasaran obat yang tidak aman dan dari penerapan perawatan kesehatan secara koersif, hanya jika dalam hal pengecualian dasar bagi perawatan penyakit mental atau pencegahan serta kontrol penyakit yang bisa dikomunikasikan.[64]
2. Melindungi (*obligation to protect*): merupakan kewajiban dan tanggung jawab negara bertindak aktif dengan turut campur untuk memberi perlindungan terhadap hak warganya,[65] contohnya:[66]

---

[61] Komnas HAM, *Manual Pelatihan Dasar HAM: Pegangan Partisipan* (Komnas HAM 2015).

[62] ibid.

[63] Kontras, "JKN, Hak atas Kesehatan dan Kewajiban Negara" (2017).

[64] UN Economic and Social Council CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) (n 1).

[65] Komnas HAM (n 61).

- Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang perundang-undangan dan langkah-langkah lain untuk menjamin bahwa warga memiliki akses (setara) ke pelayanan kesehatan jika disediakan oleh pihak ketiga.
- Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang perundang-undangan dan langkah-langkah lain untuk melindungi manusia dari pelanggaran di bidang kesehatan oleh pihak ketiga.

3. Memenuhi (*obligation to fulfill*): merupakan kewajiban dan tanggung jawab negara untuk bertindak secara aktif agar dapat terpenuhinya hak semua warga negaranya,[67] contohnya:[68]
   - Kewajiban untuk mengadopsi kebijakan kesehatan nasional dan menyediakan bagian secukupnya dari dana kesehatan yang tersedia.
   - Kewajiban untuk menyediakan layanan kesehatan yang diperlukan atau menciptakan kondisi di bawah mana warga memiliki akses memadai dan mencukupi ke pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan perawatan kesehatan serta air bersih layak minum dan sanitasi memadai.

   Kewajiban yang terakhir untuk menyediakan tidak berarti bahwa negara harus menyediakan semua barang dan jasa secara gratis. Namun itu berarti bahwa layanan penting seperti perumahan, makanan, air, sanitasi, kesehatan atau pendidikan harus tersedia dengan harga terjangkau agar tidak menghalangi seseorang mengakses layanan ini dan tidak membahayakan kemampuannya untuk menikmati hak-hak lain (seperti untuk misalnya kurangnya perumahan dapat membahayakan kemampuan seseorang untuk menikmati haknya atas air, sanitasi dan kehidupan pribadi dan keluarga). Tentu saja dalam beberapa kasus, memastikan kenikmatan yang sama atas hak dapat melibatkan penyediaan layanan bersubsidi atau gratis bagi mereka yang tidak dapat menikmati hak-hak tertentu, misalnya untuk orang miskin, pengangguran dan kelompok rentan.[69]

Kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi, masing-masing mengandung unsur kewajiban untuk bertindak (*obligation to conduct*) dan kewajiban mengenai hasil (*obligation of result*).[70] *Obligation of conduct* berarti negara harus mengambil langkah spesifik, terutama berkait dengan aksi atau pencegahan.[71] Kewajiban untuk bertindak membutuhkan perhitungan yang cermat untuk melaksanakan pemenuhan suatu hak tertentu. Sebagai contoh dalam hak atas kesehatan, kewajiban untuk bertindak dapat mencakup penerimaan dan pelaksanaan rencana kegiatan untuk mengurangi tingkat kematian ibu melahirkan. Sedangkan, kewajiban atas hasil mengharuskan negara untuk mencapai sasaran tertentu guna memenuhi standar substantif yang terukur. Misalnya,

---

[66] Kontras (n 63).

[67] Komnas HAM (n 61).

[68] Kontras (n 63).

[69] AGE Platform Europe, "Older Persons' Self-Advocacy Handbook" (2017) <http://publications.age-platform.eu/chap1.php> diakses 13 September 2020.

[70] Komnas HAM (n 61).

[71] R Herlambang Perdana Wiratraman, "Aktor dan Faktor Pelanggaran HAM serta Penanggung Jawab Perlindungan HAM," *Departemen Hukum Tata Negara Universitas Airlangga, 13 Oktober 2015* (2015).

berkenaan dengan hak kesehatan, mengharuskan penurunan kematian ibu melahirkan pada tingkat yang telah disetujui dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan di Kairo (1994) dan Konferensi Perempuan se-dunia di Beijing (1995).[72]

Dalam Pasal 28I ayat (4) UUD RI 1945 jelas menunjukkan tanggung jawab negara dalam bidang HAM. Sedangkan dalam Pasal 28I Ayat (5) menegaskan penegakan dan perlindungan hak asasi manusia yang sesuai dengan prinsip negara hukum yang demokratis, maka pelaksanaan hak asasi manusia dijamin, diatur, dan dituangkan dalam peraturan perundang-undangan. Rumusan kata 'dalam' pada Pasal 28I Ayat (5), *"....dijamin, diatur, dan dituangkan dalam peraturan perundang-undangan*" memberikan arti bahwa hak asasi manusia tidak hanya diatur dengan suatu perundang-undangan khusus, melainkan 'dalam' segala perundang-undangan yang tidak sekalipun mengurangi substansi hak asasi manusia dalam konstitusi. Konsep yang demikian haruslah dipahami oleh negara sebagai konsep pentahapan maju kewajiban hak asasi manusia dan perlindungan hak-hak konstitusional melalui strategi legislasi (*progressive realization*).[73] Kewajiban ini dilakukan melalui pengambilan langkah-langkah progresif menuju realisasi hak. Langkah-langkah ini meliputi upaya legislatif, administratif, anggaran, dan dapat mencakup juga beberapa jenis tindakan. Kunci kewajiban ini adalah menciptakan lingkungan melalui segala cara yang tepat.[74]

KIHESB menyebutkan kewajiban hukum umum negara untuk menyediakan realisasi progresif dan pengetahuan mengenai penghambat sehubungan dengan terbatasnya sumber daya yang tersedia. KIHESB juga mengikat negara dengan berbagai kewajiban yang mempunyai efek seketika. Negara mempunyai kewajiban yang harus segera dilaksanakan sehubungan dengan hak kesehatan, misalnya jaminan bahwa hak akan diberikan tanpa diskriminasi dalam bentuk apapun juga (Pasal 2.2) dan kewajiban harus dilaksanakan menuju perwujudan penuh. Langkah-langkah tersebut harus dilaksanakan secara konkret dan bertarget menuju perwujudan secara penuh hak atas kesehatan.[75]

Prinsip realisasi progresif berlaku pada kewajiban positif negara untuk memenuhi dan melindungi hak asasi manusia, khususnya terhadap hak ekonomi, sosial dan budaya. Hak atas kesehatan, misalnya, tidak menjamin hak setiap orang untuk sehat. Namun, mewajibkan negara sesuai dengan kemampuan ekonomi, sosial dan budaya masing-masing serta standar minimum internasional, untuk membangun dan memelihara sistem kesehatan masyarakat yang pada prinsipnya dapat menjamin akses ke layanan kesehatan dasar tertentu untuk semua.[76]

---

[72] Komnas HAM (n 61).

[73] Wiratraman (n 71).

[74] United Nations Population Fund, *A Human Rights–Based Approach to Programming: Practical Implementation Manual and Training Materials* (United Nations Population Fund 2010).

[75] UN Economic and Social Council CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) (n 1).

[76] Inter-Parliamentary Union and the United Nations (Office of the High Commissioner for Human Rights), *Human Rights* (Pn 26, 2016) 34.

Kewajiban "untuk secara bertahap mewujudkan hak-hak secara utuh" mengharuskan negara untuk bergerak seefisien mungkin guna mencapai realisasi dari hak-hak tersebut. Dalam kondisi apapun, hal ini tidak untuk diartikan bahwa negara memiliki hak menunda upaya untuk memastikan realisasi pemenuhannya dalam jangka waktu yang tidak terbatas. Sebaliknya, setiap negara memiliki kewajiban untuk segera mengambil langkah-langkah untuk memenuhi kewajiban mereka berdasarkan perjanjian. Implementasi secara bertahap tidak hanya dipengaruhi oleh bertambahnya sumber daya tetapi juga oleh perkembangan sumber daya masyarakat yang dibutuhkan bagi perwujudan hak-hak oleh setiap orang seperti yang diakui di dalam perjanjian.[77] Jika negara memiliki sumber daya yang tidak memadai, pemerintah harus tetap memperkenalkan program-program yang berbiaya rendah dan bertarget guna membantu mereka yang paling membutuhkan sehingga sumber daya yang terbatas tersebut bisa digunakan secara efisien dan efektif.[78]

Hukum internasional juga memiliki prinsip yang bertujuan untuk memperjelas isi dari kewajiban-kewajiban ekstrateritorial negara untuk mewujudkan hak-hak ekonomi, sosial dan budaya dengan pandangan untuk pemajuan dan pencapai tujuan Piagam Perserikatan Bangsa-Bangsa serta hak asasi manusia internasional. Prinsip-prinsip ini dibangun berdasar Prinsip-prinsip Limburg (Limburg Principles) terkait implementasi KIHESB dan terkait Panduan Maastricht (Maastricht Guidelines) terkait Pelanggaran Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya. Setiap negara memiliki kewajiban untuk mewujudkan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya, untuk setiap orang yang berada di dalam wilayahnya, semaksimal yang ia bisa. Semua negara juga memiliki kewajiban-kewajiban ekstrateritorial untuk menghormati, melindungi dan memenuhi hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya. Selain itu, negara juga memiliki kewajiban untuk menghindari tindakan melukai. Negara-negara harus menarik diri dari tindakan dan pembiaran yang menyebabkan risiko menghilangkan atau mengurangi penikmatan ekstrateritorial hak-hak ekonomi, sosial dan budaya. Tanggung jawab negara dilakukan ketika penihilan atau pengurangan merupakan akibat terduga dari tindakan negara-negara tersebut. Ketidakyakinan akan dampak potensial tidak membenarkan tindakan-tindakan tersebut dilakukan. Sebagai anggota dari organisasi internasional, negara-negara tetap bertanggungjawab atas tindakannya masing-masing terkait kewajiban hak asasi manusia di dalam teritorial ataupun ekstrateritorialnya.[79]

Dalam Komentar Umum Nomor 3 Komite Hak-hak Ekonomi Sosial dan Budaya memberikan perhatian pada kewajiban dari semua negara untuk mengambil langkah-langkah secara individu dan melalui bantuan internasional dan kerja sama dalam bidang ekonomi dan teknis, menuju pada realisasi secara penuh yang diakui oleh kovenan. Sebagai misal, hak atas kesehatan berpijak pada semangat Pasal 56 Piagam PBB, ketentuan khusus tentang Kovenan (Pasal 12, 21, 22, 23) dan Deklarasi Alma-Ata mengenai perawatan kesehatan dasar. Negara harus mengakui peranan penting dari kerjasama internasional dan *comply* dengan komitmen mereka untuk bersama-sama dan sendiri-sendiri. Untuk mencapai

[77] ELSAM, "Prinsip-Prinsip Limburg Bagi Implementasi Perjanjian Internasional Mengenai Hak Ekonomi, Sosial Dan Budaya" (2015) <https://referensi.elsam.or.id/2015/01/prinsip-prinsip-limburg-bagi-implementasi-perjanjian-internasional-mengenai-hak-ekosob/> diakses 13 September 2020.

[78] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights dan World Health Orginization (n 22).

[79] Tina ETV Napitupulu, *Prinsip Maastricht untuk Kewajiban Ekstrateritorial Negara di Bidang Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya* (Indonesian Human Rights Committee for Social Justice 2012).

realisasi penuh hak atas kesehatan dalam hal ini negara mengacu pada Deklarasi Alma-Ata yang menyatakan bahwa status sebagian orang dalam hal kesehatan tidaklah sama, khususnya antara negara maju dan berkembang juga antara tiap-tiap daerah secara politik, sosial, ekonomi, dan budaya tidaklah dapat diterima.

Komite juga menegaskan bahwa negara mempunyai kewajiban utama untuk menjamin pelaksanaan, paling tidak tingkat minimum dari tiap hak yang ada pada kovenan termasuk perawatan kesehatan dasar yang penting dinyatakan dalam perangkat kontemporer misalnya: Deklarasi Alma-Ata Program Aksi Konferensi Internasional mengenai Kependudukan dan Pembangunan 48, menyediakan petunjuk mengenai kewajiban inti dari Pasal 12. Kewajiban inti mencakup hal-hal sebagai berikut:

a. menjamin akses pada fasilitas kesehatan barang dan jasa dengan dasar nondiskriminasi khususnya bagi golongan rentan dan marginal;
b. menjamin akses pada makanan yang penting yang secara nutrisi memadai dan aman memastikan kebebasan dari kelaparan dari tiap-tiap orang;
c. menjamin akses pada pemukiman dasar perumahan dan sanitasi serta persediaan air yang memadai dan sehat;
d. menyediakan obat-obatan yang dari waktu kewaktu telah ditetapkan dalam Program Aksi WHO Mengenai Obat-obatan yang Esensial;
e. menjamin fasilitas kesehatan barang dan jasa terdistribusi secara seimbang.

D. Pembagian Kewenangan Pusat dan Daerah

Setelah era Orde Baru berakhir, wewenang penyelenggaraan pemerintahan nasional mengalami perubahan besar. Melalui Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 jo. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Pemerintahan Daerah ("UU Pemerintahan Daerah"), prinsip demokrasi, desentralisasi, dan otonomi daerah hadir sebagai jawaban atas kehidupan pemerintahan yang lebih adil dan demokratis.[80] Pemerintah daerah kini dapat mengelola secara mandiri tata pemerintahannya masing-masing. Kebijakan desentralisasi pembangunan ini memiliki beberapa manfaat, antara lain:[81]

a. lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat;
b. lebih demokratis;
c. lebih efektif dan efisien karena jalur birokrasi lebih pendek;
d. lebih akuntabel karena langsung mendapat kontrol sosial dari masyarakat; dan
e. tata kelola pemerintahan di tingkat kabupaten/kota akan menjadi lebih baik dan kuat.

Berbagai macam manfaat yang ditawarkan oleh konsep otonomi ini kemudian diharapkan dapat membawa peningkatan pelayanan publik yang salah satunya adalah pembangunan kesehatan. Dalam Pasal 12 UU Pemerintahan Daerah, pelayanan dasar di sektor kesehatan menjadi salah satu dari enam urusan pemerintahan wajib yang menjadi kewenangan daerah. Selain itu dalam Pasal 36, aksesibilitas pelayanan dasar kesehatan menjadi salah satu parameter kemampuan penyelenggaraan pemerintahan. Pembagian urusan

[80] Widhi Novianto and others, *TELAAHAN ISU-ISU STRATEGIS DESENTRALISASI dan OTONOMI DAERAH* (Pusat Kajian Desentralisasi dan Otonomi Daerah LAN 2015).

[81] Direktorat Jenderal Otonomi Daerah Kementerian Dalam Negeri, "Kebijakan Otonomi Daerah dalam Pembangunan Berwawasan Kesehatan," *dipaparkan pada acara "Rakernas Adinkes Jakarta" tanggal 11 April 2012* (2012).

pemerintahan konkuren antara pemerintah pusat dan daerah dalam bidang kesehatan diatur secara rinci. Pembagian tersebut dibagi menjadi empat urusan yaitu upaya kesehatan; sumber daya manusia kesehatan; ketersediaan farmasi, alat kesehatan, makanan minuman; serta pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

Secara umum, kewenangan pemerintah pusat dalam bidang kesehatan sebagaimana diatur dalam UU Pemerintahan Daerah meliputi registrasi, akreditasi, standardisasi, dan pengawasan. Sedangkan kewenangan pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) secara umum meliputi pengelolaan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Daerah, penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat daerah, penerbitan izin praktik dan izin tenaga kerja kesehatan, perencanaan dan pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) bidang kesehatan, penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal, penerbitan izin usaha mikro obat tradisional, penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan, penerbitan izin produksi makanan dan minuman, pengawasan *post-market* produk makanan minuman, dan pemberdayaan masyarakat.

Sebelumnya pembangunan sektor kesehatan di Indonesia sudah diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Pasal 2 Ayat (2) Perpres ini menyatakan bahwa pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan di daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. Pasal tersebut memiliki dua arti: *Pertama*, bagi daerah, pembangunan kesehatan tidak cukup hanya dengan menggunakan SKN sehingga daerah perlu memiliki acuan dan pedoman sendiri dalam pembangunan kesehatan daerah berupa Sistem Kesehatan Daerah (SKD). *Kedua*, kontruksi regulasi yang diatur dalam SKD harus sesuai dengan otonomi fungsional pemerintah daerah di bidang kesehatan.[82]

Terdapat beberapa masalah yang muncul dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan yaitu adanya kegagalan konsolidasi pemerintah daerah pada level provinsi dan kabupaten/kota serta fakta bahwa kesehatan di Indonesia belum pernah menjadi isu politik yang penting.[83] Risiko kebijakan desentralisasi terletak pada kemungkinan pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan.[84] Hal ini didasarkan pada pengalaman masa lalu bahwa sebagian besar pengeluaran pemerintah lokal digunakan untuk pembangunan administrasi dan fisik.

Kendati ciri utama otonomi daerah adalah adanya desentralisasi kekuasaan ke pemerintah daerah, namun lain halnya dalam urusan jaminan kesehatan yang justru dilaksanakan secara terpusat. Kewenangan daerah dititikberatkan pada pentingnya dukungan terhadap program strategis nasional dan alokasi anggaran kepesertaan yang didaftarkan daerah.[85]

---

[82] Dona Budi Kharisma, "Sistem Kesehatan Daerah : Isu Dan Tantangan Bidang Kesehatan Di Indonesia" [2018] Rechts Vinding Online Media Pembinaan Hukum Nasional.

[83] Widodo Pudjiraharjo dan Evie Sopacua, "Kebijakan, Sebuah Kebutuhan Dalam Desentralisasi Kesehatan" (2006) Vol 9 Buletin Penelitian Sistem Kesehatan.

[84] IM Sunarsih, "Desentralisasi Sektor Obat" (2002) Vol 05 Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan.

[85] Adinda Tenriangke Muchtar and others, *Kajian Kebijakan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Era Otonomi Daerah* (The Indonesian Institute 2019).

Dalam Pasal 5 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional ("UU SJSN") secara jelas menyatakan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial selain yang ditentukan oleh pemerintah pusat, dapat dibentuk melalui undang-undang baru.

UU SJSN menutup peluang daerah untuk mengembangkan sistem jaminan sosial dan badan penyelenggara jaminan sosial lokal sebagaimana yang disebutkan dalam Putusan Mahkamah Konstitusi No. 007/PUU-III/2005 yang membatalkan Pasal 5 Ayat (2), (3), dan (4) UU SJSN tersebut. Padahal jauh sebelum adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah daerah sudah mengembangkan urusan jaminan kesehatan di daerahnya masing-masing. Salah satu contohnya adalah Jamkesda, di mana program ini berfungsi sebagai pelengkap program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang saat itu diselenggarakan oleh pemerintah pusat. Walaupun sebelum adanya JKN yang diselenggarakan saat ini, konsep jaminan sosial termasuk di dalamnya jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh masing-masing inisiatif daerah memiliki sejumlah kelemahan yaitu dari segi pelaksanaan, keberlanjutan, dan penganggaran.[86]

[86] ibid.

BAB III. SITUASI DAN KONDISI PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN KELOMPOK RENTAN

Situasi dan kondisi pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan memiliki ciri tersendiri bagi masing-masing kelompok rentan, dimana hal ini tercermin dari temuan fakta, kasus dan data statistik atas keadaan yang dihadapi oleh kelompok rentan dalam mengakses hak atas kesehatannya dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir. Bab ini akan mengungkap fakta dan temuan terkait dengan situasi dan kondisi terkait denhan aspek ketersediaan, aksesibilitas, dan kualitas, untuk dapat mendefinisikan bentuk kerentanan yang dialami kelompok rentan ditinjau dalam perspektif HAM.

A. Perempuan

Beberapa program Kementerian Kesehatan terkait dengan pelayanan kesehatan bagi perempuan melalui program pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, pelayanan Keluarga Berencana (KB), dan pelayanan kesehatan bagi korban kekerasan terhadap perempuan dan anak (KtPA) dan Tindak Pidana Perdagangan Orang (TPPO). Peningkatan kesehatan bagi ibu, anak, keluarga berencana dan kesehatan reproduksi menjadi salah satu dari tiga prioritas RPJMN 2020-2024.[87]

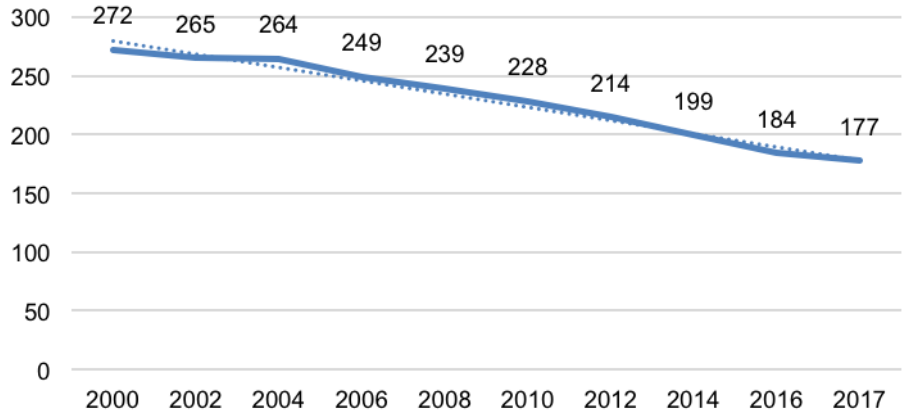
Diskriminasi terhadap Perempuan dalam Kesehatan

Salah satu permasalahan terkait dengan hak atas kesehatan bagi perempuan di Indonesia yang belum usai adalah masih adanya praktik pemotongan atau perlukaan genitalia perempuan (sunat perempuan) atau *Female Genital Mutilation/Circumcission* (FGM/C). Menindaklanjuti fenomena FGM/C di Indonesia, Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan (Kemenkes) telah mengeluarkan Surat Edaran Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Nomor HK.00.07.1.3.1047a Tahun 2006 tentang Larangan Medikalisasi Sunat Perempuan bagi Petugas Kesehatan. Namun pada 2014, Kemenkes menerbitkan Permenkes Nomor 6 Tahun 2014 tentang Pencabutan Permenkes Nomor 1636/Menkes/Per/XII/2010 tentang Sunat Perempuan. Terkait sunat perempuan, penelitian yang dilakukan Komnas Perempuan bekerja sama dengan Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gajah Mada (PSKK UGM) mengungkapkan pada 2017, terdapat 10 provinsi dan 17 kabupaten/kota yang masih ditemukan adanya praktik (FGM/C) dengan variasi skema dan pengetahuan secara tradisi maupun pengetahuan dalam ranah medis.[88]

[87] Kementerian Kesehatan, "Hak Atas Kesehatan Kelompok Rentan," *dipaparkan pada acara diskusi kepada Komnas HAM RI tanggal 15 September 2020* (2020).

[88] Ainur Rofiq and others, *Kertas Konsep: Pencegahan dan Penghapusan Pemotongan/Pelukaan Genitalia Perempuan (P2GP)* (Komnas Perempuan 2019).

Gambar 2. Angka Kematian Ibu Hamil



Sumber: *World Bank* (2020)

Angka kematian ibu hamil (*maternal mortality ratio*) Indonesia menunjukkan adanya penurunan dari 2000 hingga 2017, walaupun penurunan tersebut tidak terjadi secara signifikan. Dalam kurun waktu 17 tahun, angka kematian ibu hamil hanya menurun sebesar 105 per 100.000 kelahiran hidup (KH). Bila dibandingkan dengan negara-negara Asia Tenggara lainnya seperti Vietnam (43 per 100.000 KH), Thailand (37 per 100.000 KH), dan Malaysia (29 per 100.000 KH)[89], angka kematian ibu hamil di Indonesia, masih sangat tinggi.

Angka kekerasan seksual di Indonesia yang masih tinggi[90] menandakan pentingnya akses korban kekerasan seksual untuk mendapatkan pemulihan. Layanan aborsi sebagai salah satu langkah pemenuhan pemulihan hak korban yang mengalami kehamilan akibat perkosaan masih sangat sulit diakses di Indonesia. Menurut Komnas Perempuan, layanan aborsi anak belum bisa terlaksana karena belum adanya tenaga atau sumber daya manusia yang melayani.[91] Data Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), sekitar 43,7% dari data konseling yang masuk pada 2016 telah mengupayakan penghentian kehamilan dengan cara yang berisiko, seperti meminum obat-obatan atau jamu (39,1%), tindakan dari staf medis (3,1%), datang ke dukun pijat (0,2%), dan tindakan lain, seperti meloncat-loncat dan minuman alkohol (1,4%).[92]

Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Akses kesehatan seksual dan reproduksi adalah hak semua orang, namun bagi perempuan yang belum menikah akses atas pelayanan kesehatan reproduksi sulit didapatkan. Sebagai contoh untuk dapat menggunakan fasilitas pembiayaan BPJS Kesehatan dalam

[89] World Bank, "Maternal mortality ratio" (2020) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT> diakses 27 Oktober 2020.

[90] Catatan Tahunan Komnas Perempuan (2020) jumlah kasus perkosaan di Indonesia pada tahun 2019 sebanyak 715 kasus.

[91] Komnas Perempuan, "Hak Atas Kesehatan Kelompok Perempuan," *dipaparkan pada acara "FGD Komnas HAM tanggal 11 Agustus 2020"* (2020).

[92] Aditya Widya Putri, "Sangat Penting Mendapatkan Layanan Aborsi Aman" (*Tirto*, 2019) <https://tirto.id/sangat-penting-mendapatkan-layanan-aborsi-aman-dhMT> diakses 29 September 2020.

pemeriksaan *pap smear,* salah satu syaratnya adalah berstatus menikah.[93] Selain itu dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi, perempuan yang belum menikah seringkali mengalami sikap diskriminatif dari tenaga kesehatan yang membuat sebagian perempuan urung memeriksakan kesehatan reproduksi.[94]

Salah satu bentuk lain dari diskriminasi pada perempuan terkait kesehatan reproduksi adalah adanya program pemerintah yang mendorong/menganjurkan pemasangan alat kontrasepsi jangka panjang. Namun demikian, beberapa kasus anjuran tersebut lebih bersifat memaksa (koersif). Hal ini ditemukan pada beberapa kasus yang menimpa perempuan disabilitas mental. Temuan Komnas Perempuan pada 2018, terdapat pemaksaan kontrasepsi tanpa persetujuan (*informed consent)* dari yang bersangkutan.[95] Program-program pemerintah baik pusat dan daerah untuk mendorong pemasangan alat kontrasepsi jangka panjang, juga bersifat diskriminatif. Akses informasi atas penggunaan dan jenis alat kontrasepsi belum cukup terbuka dan dapat dengan mudah diakses, sehingga saat ini, perempuan masih sulit untuk mengetahui dan menentukan pilihan jenis alat kontrasepsinya.

Mengenai aksesibilitas ekonomi dalam hal kesehatan bagi perempuan, saat ini pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan KB khususnya di fasilitas kesehatan milik pemerintah sebagian besar dibiayai oleh pemerintah melalui program pembiayaan pemerintah seperti melalui JKN dan Jaminan Persalinan (Jampersal).[96] Untuk pelayanan kesehatan sebelum hamil yang sasarannya adalah remaja, calon pengantin, dan pasangan usia subur (PUS) belum semua dibiayai oleh pemerintah. Pembiayaan pelayanan kesehatan bagi korban KtPA dan TPPO serta pembuatan *Visum et Repertum* juga belum memiliki kejelasan setelah dikeluarkan dari daftar tindakan medis yang ditanggung JKN berdasarkan Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang JKN.

B. Anak dan Remaja

Realisasi program kesehatan masyarakat seperti imunisasi dasar bagi anak dan ASI eksklusif menunjukkan angka peningkatan yang rendah sebagaimana pada Gambar 1. Permasalahan angka prevalensi pemberian imunisasi bagi anak yang menurun dalam kurun waktu 2013-2018, bukan hanya pada problem aksesibilitasnya, namun juga pada pandangan beberapa kelompok masyarakat yang berbeda mengenai pemberian imunisasi bagi anak, seperti di Provinsi Aceh. Data Riskesdas 2018 Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa Aceh pada tahun 2018 menjadi provinsi yang memiliki angka prevalensi paling rendah dalam pelaksanaan pemberian imunisasi dasar dan lanjutan bagi anak.

---

[93] Batam Pos, "Kabar Gembira, BPJS Kesehatan Fasilitasi Pemeriksaan Pap Smear Gratis" (2019) <https://batampos.co.id/2019/09/14/kabar-gembira-bpjs-kesehatan-fasilitasi-pemeriksaan-pap-smear-gratis/> diakses 13 September 2020.

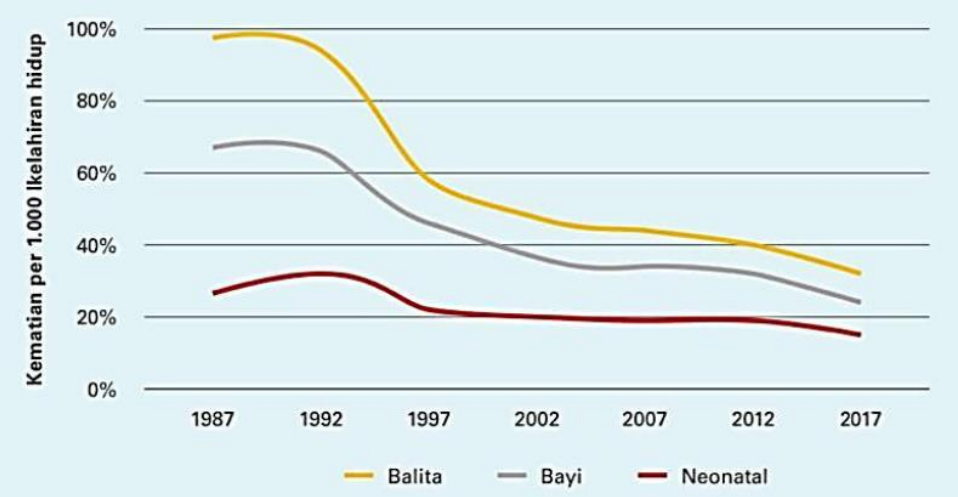
[94] Aditya Widya Putri, "Diskriminasi Akses Kesehatan Reproduksi untuk yang Belum Menikah" (*Tirto*, 2020) <https://tirto.id/diskriminasi-akses-kesehatan-reproduksi-untuk-yang-belum-menikah-es4H> diakses 13 September 2020.

[95] Komnas Perempuan, *Catatan Kekerasan Terhadap Perempuan Tahun 2018* (Komnas Perempuan 2019).

[96] Kementerian Kesehatan (n 87).

Kemudian adanya permasalahan angka prevalensi ASI eksklusif yang menurun dalam kurun waktu 2013-2018. Salah satu penyebab rendahnya prevalensi ASI eksklusif ini adalah kondisi sosial dan ekonomi keluarga/orangtua. Pernikahan di usia muda, pertengkaran rumah tangga, perceraian, pola asuh orang tua kepada anaknya, maupun permasalahan lain yang bermuara pada masalah pelaksanaan hak atas kesehatan bagi anak. Hal ini tentunya juga sangat berpengaruh pada perolehan gizi dan nutrisi yang baik bagi anak (misalnya prevalensi *stunting* pada anak).

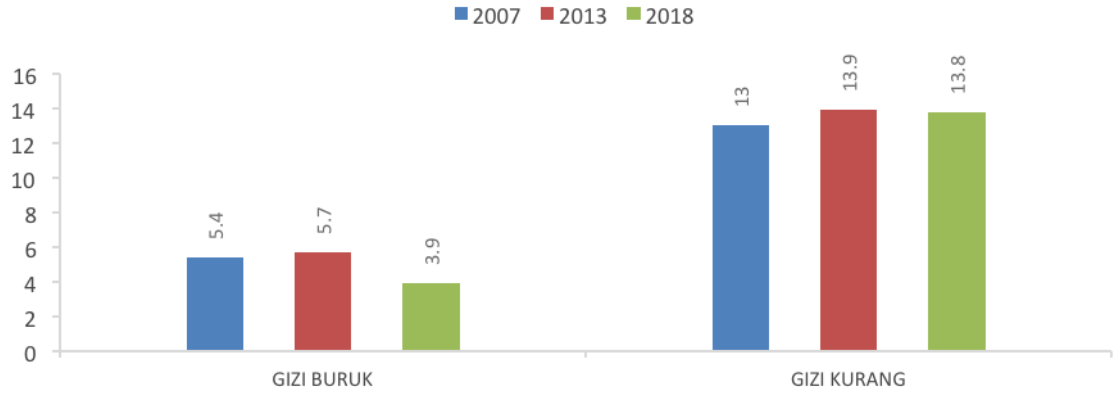
Gambar 3. Angka Kematian Anak Indonesia, 1987-2017



Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*, berbagai laporan*

Gambar 2 menunjukkan bahwa angka kematian anak di Indonesia dalam kurun waktu 1987-2017 menunjukkan penurunan yang signifikan. Secara khusus angka kematian balita di Indonesia pada 2019 adalah sebesar 23,9 per 1.000 kelahiran. Angka ini juga menurun dibanding dengan angka kematian balita pada 2018 sebesar 24,8 per 1.000 kelahiran. Kendati menurun, angka kematian anak dan bayi di Indonesia masih berada di level yang cukup tinggi. Jika dibandingkan dengan angka kematian balita di negara tetangga seperti Thailand (9) dan Malaysia (8,6)[97], kondisi di Indonesia masih memprihatinkan.

GAMBAR 4. PROPORSI STATUS GIZI BURUK DAN GIZI KURANG PADA BALITA, 2007-2018



[97] UNICEF, "Under-Five Mortality Rate" (2020) <data.unicef.org> diakses 10 Oktober 2020.

Sumber: Riskesdas 2018

Permasalahan pemenuhan gizi bagi balita di Indonesia juga menunjukkan perbaikan yang kurang signifikan. Berdasarkan Gambar 3, proporsi status gizi buruk pada balita di Indonesia menunjukkan penurunan yang signifikan dalam kurun waktu 2013-2018, yaitu dari 5,7% menjadi 3,9% namun proporsi status gizi kurang tidak mengalami penurunan yang cukup signifikan dari 13,9% menjadi 13,1%. Lebih lanjut dalam data proporsi status gizi sangat pendek dan pendek (*stunting*) pada balita dalam kurun waktu 2013-2018, terdapat penurunan, dari 37,2% menjadi sebesar 30,8%.

Salah satu permasalahan perlindungan hak atas kesehatan bagi anak di Indonesia yang belum terselesaikan hingga saat ini adalah tingginya prevalensi merokok pada anak dan remaja. Menurut Riskesdas 2018 prevalensi merokok pada penduduk umur 10-18 tahun pada kurun waktu antara tahun 2013-2018 cenderung mengalami peningkatan. Pada tahun 2018, angka prevalensi merokok penduduk dengan usia di bawah 18 tahun sebesar 9,1%. Angka ini jauh lebih tinggi dibanding target RPJMN 2014-2019 yaitu sebesar 5,4%. Data integrasi dari Susenas-Riskesdas 2018 menunjukkan 4,71% anak usia 5-17 tahun merokok. Lebih lanjut, menurut survei oleh *Global Youth Tobacco Survey* pada November 2019 akses dan ketersediaan pelajar di Indonesia pada rokok masih sangat mudah. Sejumlah 76,6% pelajar di Indonesia merokok dan memperolehnya dengan cara membeli rokok sigaret dari toko, warung, penjual di jalanan, atau kios. Lebih lanjut, 60,6% pelajar yang merokok sigaret yang pernah mencoba membeli sigaret tidak dicegah membeli atas dasar usianya.[98]

Kerentanan lain pada anak adalah karena kehamilan yang tidak diinginkan. Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) menyebutkan bahwa kerentanan anak pada dasarnya diperoleh dari orang dewasa karena kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Kondisi ini berdampak pada sulitnya akses untuk mendapatkan identitas dasar kependudukan. Pada umumnya, anak-anak yang dilahirkan akibat KTD tidak mendapatkan akta kelahiran dan hak atas pencatatan data kependudukan lainnya. Hal ini mengakibatkan keterbatasan dalam mengakses hak atas kesehatan melalui skema BPJS dan bantuan lain dari pemerintah bagi si anak yang dilahirkan.

Secara umum, masalah-masalah kesehatan yang banyak dialami anak-anak, antara lain malpraktik, alergi terhadap obat, kurang maksimalnya layanan PICU dan NICU, *stunting*, dan kekurangan alat saat operasi. Selain itu, kerentanan seksual pada anak khususnya kekerasan seksual terhadap Anak Berhadapan dengan Hukum (ABH) sehingga mengakibatkan trauma karena pelaku masih ada di sekitar anak. Hal ini kerap tidak dapat ditindak lebih lanjut karena faktor sulitnya syarat formil dan materiil atas pembuktian.

Di sisi lain, R1, aktivis NGO bidang keremajaan, menyebutkan bahwa berdasarkan peta risiko, kerentanan remaja terjadi karena kekerasan dalam hubungan pacaran dan rumah tangga, perkawinan anak, gangguan mental, HIV/AIDS, dan anemia.[99] Komnas Perempuan turut menyampaikan bahwa kerentanan ini juga disebabkan karena definisi remaja pada

[98] Kementerian Kesehatan, World Health Organization dan CDC, "Global Youth Tobacco Survey Indonesia 2019" (2019).

[99] Dipaparkan R1 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

peraturan perundang-undangan belum cukup jelas.[100] Komnas Perempuan mengkonfirmasi bahwa hingga 2020, terdapat 13 juta perkawinan anak.[101] Meskipun dalam Pasal 7 Ayat (1) Undang- Undang Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, usia minimum bagi pria dan wanita untuk menikah telah disamakan menjadi 19 tahun, namun hingga saat ini dispensasi kawin, yakni permohonan pernikahan orang di bawah usia minimal, masih berlangsung. Data Mahkamah Syar'iyah Sigli Kelas IB menunjukkan dari Oktober-Desember 2019, terdapat 22 permohonan dispensasi kawin.[102] Perkawinan anak sangat berpengaruh pada kesehatan reproduksi anak.

Adapun remaja memiliki karakteristik yang unik dan spesifik. Pada umumnya, remaja tidak dapat secara lugas menceritakan permasalahannya. Berbeda hal jika remaja tersebut ada di rentang PUS, yang ketika sudah memiliki *partner*, mereka akan lebih terbuka dalam memberikan informasi. Hal ini juga turut disebabkan adanya penilaian (*judgement*) negatif dari keluarga dan masyarakat sekitar yang memengaruhi kesehatan mental remaja. Diskriminasi pada remaja yang mengalami kehamilan tidak diinginkan (KTD) masih sering terjadi.

Aksesibilitas

Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) menyampaikan bahwa masalah aksesibilitas umumnya disebabkan oleh orang tua yang tidak memiliki identitas lengkap (KTP dan KK), sehingga anak tidak bisa mengakses layanan kesehatan gratis.[103] Anak-anak terlantar yang tidak mempunyai identitas sangat kesulitan mengakses layanan kesehatan ataupun bantuan sosial seperti sembako. Kemudian juga masih banyak rumah yang belum terdata seperti yang berada di pinggir kali dan pinggir rel.

Terkait aksesibilitas pada kelompok remaja, R1 selaku aktivis NGO bidang keremajaan menjelaskan masalah pada kurangnya edukasi dan penyediaan layanan kesehatan. Sebagai contoh, masih kuatnya mitos kesehatan reproduksi, kurangnya akses bertanya untuk menyampaikan persoalan menstruasi, hubungan anak dan orang tua (terutama dengan ibu) yang tidak harmonis (*toxic relationship with parents),* kehamilan (tidak dikehendaki atau pada masa remaja), infeksi menular seksual, keputihan, *cyber-bullying*, serta kekerasan berbasis gender secara *online*. Permasalahan lainnya adalah ketidaktahuan remaja mengenai cara membangun komunikasi dengan orang tua untuk menyampaikan masalah-masalah kesehatannya.

Ketersediaan

Data dari Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa hingga 2019, terdapat 6.502 unit (64,74%) Puskesmas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) tersebar di 34 provinsi

[100] Komnas Perempuan (n 91).

[101] ibid.

[102] Dirjen Badan Peradilan Agama, "Pasca Revisi UU Perkawinan, Permohonan Dispensasi Kawin Meningkat di MS Sigli" (2020) <https://badilag.mahkamahagung.go.id/seputar-peradilan-agama/berita-daerah/pasca-revisi-uu-perkawinan-permohonan-dispensasi-kawin-meningkat-di-ms-sigli> diakses 8 Oktober 2020.

[103] KPAI, "Hak atas Kesehatan Anak," *dipaparkan pada acara "FGD Komnas HAM tanggal 11 Agustus 2020"* (2020).

dan 514 kabupaten/kota.[104] Sebagai salah satu pengembangan dari pelayanan PKPR, pemerintah telah menyelenggarakan Posyandu Remaja yang bertujuan mendekatkan akses dan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan bagi remaja di tingkat komunitas. Hingga 2019, terdapat 2.794 Posyandu Remaja di seluruh Indonesia.[105] Tambahan data yang dimiliki R1 menyatakan bahwa hingga saat ini, telah tersedia layanan puskesmas ramah remaja, Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) di 5 kabupaten/kota dan UPT di lima provinsi di bawah Dinas Perempuan dan Anak.

KPAI menyebutkan bahwa di Indonesia jumlah dan distribusi dokter anak masih belum merata khususnya di Indonesia bagian Timur.[106] Data Riset Ketenagaan Kesehatan (Risnakes) tahun 2017 menunjukkan persentase Rumah Sakit Umum Pemerintah dan Swasta yang memiliki tenaga dokter spesialis penyakit anak di Provinsi Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua, tidak mencapai angka 80%.[107] R1 menambahkan bahwa jumlah bidan dan dokter sebenarnya sudah cukup, namun persebarannya belum merata.[108]

Informan yang mewakili Kementerian Kesehatan berpendapat bahwa hambatan yang dialami dalam hal ketersediaan dan optimalisasi sumber daya penunjang hak atas kesehatan bagi anak dan remaja adalah seringnya rotasi tenaga kesehatan baik di puskesmas dan rumah sakit serta kelompok anak usia sekolah dan remaja yang masih belum menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan. Hal ini mengakibatkan alokasi dana untuk kegiatan yang diperlukan terbatas.[109] Peningkatan anggaran untuk kesehatan bagi anak dan remaja t memerlukan persetujuan dari DPR.

Mutu/Kualitas

Berkaitan dengan kualitas, menurut data KPAI, masih terdapat permasalahan pada kualitas layanan kesehatan yang diperoleh anak, misalnya adanya *oper-operan* (lepas tanggung jawab) bayi karena memakai jaminan KIS, masih sering terjadinya kasus telat merujuk, kurangnya fasilitas NICU dan PICU, banyaknya anak ditahan tidak boleh pulang dari RS karena terhambat pengurusan BPJS, serta penerbitan surat keterangan lahir/identitas anak yang terhambat jika dilahirkan oleh dukun beranak atau karena perkawinan di bawah tangan.[110]

Di samping itu, R1 menjelaskan bahwa masih banyaknya tenaga kesehatan yang masih belum kompeten. Menurut R1, seharusnya pemerintah menghadirkan tenaga kesehatan yang mendapat peningkatan kapasitas (*capacity building)* terlebih dahulu untuk menangani remaja dengan baik. Tenaga administrasi rumah sakit juga seharusnya lebih ramah dan tidak memberikan stigma (*judging*), sehingga remaja tidak mengalami ketakutan. Usaha

[104] Kementerian Kesehatan (n 87).

[105] ibid.

[106] KPAI (n 103).

[107] Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, *Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes) 2017: Rumah Sakit* (Kementerian Kesehatan 2018).

[108] Dipaparkan R1 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[109] Kementerian Kesehatan (n 87).

[110] KPAI (n 103).

mengubah citra (*rebranding)* layanan kesehatan diperlukan agar citranya tidak lagi buruk, misalnya dengan kualitas pemberian informasi yang harus ditingkatkan serta teknis pemilihan warna (logo dll). Sehubungan dengan permasalahan ini, ada remaja yang juga enggan melakukan cek lab karena adanya rasa ketakutan.

Pemerintah seharusnya dapat menjaga kualitas dan membangun sebuah layanan kesehatan remaja dengan konsep layanan yang bersahabat (*friendly services)*. Hingga saat ini, upaya masing-masing *provider* untuk memberikan layanan yang *friendly services* masih sangat minim. Negara memang telah hadir dengan adanya Puskesmas yang ramah remaja, P2TP2A, rumah aman, namun masih banyak juga masyakarat yang belum mengetahuinya, sehingga masyarakat tidak dapat mengaksesnya secara maksimal.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi kelompok remaja, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja pada tahun 2014 dan Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada tahun 2015, namun pedoman tersebut belum berisikan komponen kesehatan reproduksi khusus untuk remaja terutama untuk kesehatan jiwa dan dukungan psikososial. Hal ini sangat diperlukan karena perlu pendekatan khusus dalam melakukan intervensi melalui pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) serta penggunaan alat bantu penilaian kebutuhan (*assessment tools*) yang berbeda dengan PPAM secara umum. Sebagai bentuk tindak lanjut, pada 2018, Kemenkes kembali menerbitkan Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Krisis Kesehatan.

Kesehatan dalam Pendidikan di Indonesia

Kebijakan pendidikan di Indonesia telah mengatur bahwa peningkatan kesehatan usia sekolah dan remaja lebih diutamakan pada upaya promotif dan preventif, salah satunya melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan PKPR. Kebijakan tersebut tertuang dalam Peraturan Bersama Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negeri Nomor 6/X/PB Tahun 2014, Nomor 73 Tahun 2014, Nomor 41 tahun 2014, Nomor 81 tahun 2014 tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah. Peraturan Bersama 4 Menteri tersebut telah mengatur bahwa Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan upaya untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah yang dilaksanakan melalui tiga trias yakni Pendidikan Kesehatan, Pelayanan Kesehatan dan Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat. Dalam praktiknya, amanat dalam peraturan bersama ini sulit diwujudkan karena UKS hanya banyak berperan sebagai pemberi layanan kesehatan darurat siswa di sekolah dan belum pada membangun serta menanamkan pembiasaan hidup sehat sebagai upaya mandiri siswa menyadari pentingnya kesehatan bagi dirinya.

Pada pasal 21 dan 22 dalam PBM tersebut, pengawasan aktivitas UKS hanya dilakukan oleh Inspektorat Jenderal di level kementerian, provinsi dan kabupaten/kota, dengan materi pelaporan meliputi jenis, tenaga, dan hasil penyelenggaraan kesehatan sekolah/madrasah. Pasal ini mengindikasikan bahwa UKS tidak lebih merupakan bagian dari program sekolah yang terikat kepentingan administratif, dan bukan instrumen yang dapat memfasilitasi kebutuhan melekat sekolah akan kesehatan. Selain itu, pencapaian kesehatan di sekolah

juga sekadar dimaknai pada pencapaian di ranah kompetisi seperti halnya Lomba Sekolah Sehat (LSS).[111]

Umumnya program kesehatan remaja lebih banyak bergerak dalam pemberian informasi dan bukan penanaman pemahaman tentang pentingnya hidup sehat. Program seperti Dokter Kecil *(Little Doctor)* juga tidak efektif dan hanya memberdayakan siswa yang telah memiliki kebisaan hidup sehat. Program juga tidak berkelanjutan selepas program usai, karena tidak mampu membangun keterikatan siswa dengan nilai-nilai yang dibangun dalam program tersebut. Selama ini, pendidikan kesehatan di sekolah-sekolah di Indonesia belum menjadi bagian terintegrasi dalam kurikulum. Isu kesehatan menjadi materi titipan yang bersifat reaktif terhadap penyebaran penyakit yang telah menyebar. Dinas Kesehatan sebagai mitra sekolah juga menempatkan sosialisasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di sekolah sebagai program semata yang hanya dilakukan pada masa tertentu saja. Sedangkan pembiasaan hidup bersih, tidak selalu berkelanjutan pelaksanaannya ketika siswa kembali ke rumah, karena orang tua tidak turut teredukasi dalam menjalankan hidup bersih, sehingga tidak sinkron.[112]

C. Penyandang Disabilitas

Hingga kajian ini dilakukan, data statistik khusus penyandang disabilitas di Indonesia secara utuh belum disusun oleh pemerintah. Namun demikian, data yang paling mendekati jumlah penyandang disabilitas (dengan keterbatasan fisik, mental, intelektual, dan sensorik) di Indonesia diperoleh melalui Survei Ekonomi Nasional (Susenas) Tahun 2018 yakni sebanyak 30,4 juta jiwa.[113] Pada data tersebut diketahui persentase disabilitas berat di Indonesia mencapai 12%, sedangkan persentase disabilitas sedang di Indonesia sebesar 3%.

Pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas di Indonesia masih menemui banyak hambatan baik dari segi ketersediaan, aksesibilitas, dan kualitas. Bentuk tindakan atau program afirmatif yang mengakomodasi kebutuhan penyandang disabilitas secara umum belum terpenuhi.

Ketersediaan Layanan Kesehatan

Permasalahan ketersediaan hak atas kesehatan bagi para penyandang disabilitas ditemukan dalam banyak hal. Ragam penyandang disabilitas membutuhkan fasilitas kesehatan yang berbeda-beda. Bagi penyandang disabilitas mental/psikososial, pengobatan medis seperti antipsikotik dan obat-obatan penstabil alam perasaan sangat dibutuhkan ketersediaannya.[114] Namun menurut D1, mewakili kelompok disabilitas yang bergiat pada kesehatan jiwa, ketersediaan obat-obatan dan layanan medis lainnya bagi penyandang

---

[111] Diyan Nur Rakhmah, "Sekolah Promosi Kesehatan dan Upaya Resiliensi Pendidikan di Tengah Pandemi" (*LIPI*, 2020) <https://kependudukan.lipi.go.id/id/berita/53-mencatatcovid19/1018-sekolah-promosi-kesehatan-dan-upaya-resiliensi-pendidikan-di-tengah-pandemi> diakses 13 September 2020.

[112] ibid.

[113] Idit S Priatna, "Kebijakan Kementerian Sosial dalam Pemenuhan Hak atas Kesehatan Kelompok Rentan," *dipaparkan pada acara diskusi daring Ditjen Rehabilitasi Sosial Kementerian Sosial RI kepada Komnas HAM RI tanggal 15 September 2020* (2020).

[114] Kementerian Sosial, *Pedoman Rehabilitasi Sosial Melalui Unit Informasi dan Layanan Sosial* (Kementerian Sosial 2016).

disabilitas mental di Indonesia masih minim.[115] Padahal jenis pelayanan tersebut masuk kategori pengobatan seumur hidup (*indefinitely)*, sehingga ketersediaan obat-obatan pada fasilitas kesehatan yang terdekat sangat penting. D1 pernah berusaha mengusulkan agar obat-obat jenis tersebut disediakan ke tingkat yg lebih bawah, yang seharusnya diusulkan oleh puskesmas namun pihak puskesmas tidak tahu jenis obat-obatan yang diperlukan dan bagaimana cara mengusulkannya kepada pengambil kebijakan pada tingkat yang lebih tinggi.

Ketersediaan obat di tingkat puskesmas desa masih terbatas. Di tingkat kabupaten/kota, obat-obatan yang tersedia beragam namun jumlahnya terbatas, misalnya obat untuk bipolar. Selain keterbatasan jenis obat, keterbatasan mengenai dosis juga menjadi masalah. Banyak penyandang disabilitas yang hanya diberikan setengah dosis obat. Pembatasan dosis obat yang diberikan separuhnya, itu sangat berdampak menciptakan adanya halusinasi. "*Yang merasakan ini teman saya mood swing ini jadi drastis. Obatnya bernama Seroquel ini di bulan Januari 2020 dikurangi dosisnya*," sebut K dari D1.

Ketersediaan layanan perawatan di rumah (*home care)* meliputi asisten pribadi (*personal assistance)* dan pengasuh (*caregiver)* di Indonesia masih sangat kurang bagi penyandang disabilitas dengan kondisi-kondisi tertentu, misalnya disabilitas berat. Padahal kebutuhan layanan *home care* ini semakin mendesak khususnya dalam situasi darurat seperti pandemi yang terjadi saat ini.

Keterjangkauan/Aksesibilitas

Permasalahan aksesibilitas fisik ditemukan pada beberapa fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit yang masih belum ramah disabilitas. Pada beberapa kasus, layanan kesehatan terletak di lantai atas, sementara tidak tersedia jalur landai/ramp, lift atau fasilitas lain yang memudahkan penyandang disabilitas (ragam tertentu, semisal disabilitas fisik) untuk dapat mengakses. Sesungguhnya telah dibuat peraturan untuk mendukung aksesibilitas kelompok rentan dan secara khusus penyandang disabilitas, seperti Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor 30/PRT/M/2006 tentang Pedoman Teknis Fasilitas dan Aksesibilitas pada Bangunan Gedung dan Lingkungan. Namun dalam praktiknya, seperti yang disampaikan oleh para informan penelitian ini, masih banyak fasilitas kesehatan yang sulit diakses secara fisik oleh penyandang disabilitas, termasuk lansia dengan kesulitan mobilitas.

Selain itu, masih terkait dengan aksesibilitas fisik, ditemui pula kendala dalam menjangkau layanan kesehatan dari titik atau rumah para penyandang disabilitas. Transportasi ke fasilitas kesehatan tidak dijamin pemerintah sehingga kelompok masyarakat miskin sulit menjangkau layanan kesehatan, meski sebenarnya layanannya sendiri diberikan secara gratis. Pada beberapa sentra layanan kesehatan tertentu, layanan ambulans tersedia, namun yang dijamin oleh BPJS adalah transportasi dari satu faskes ke faskes lainnya, bukan dari rumah pasien ke faskes atau antar jemput dari rumah penyandang disabilitas ke panti. Kalaupun disediakan, pasien harus membayar biaya bensin dan sopir ambulans yang memberatkan bagi keluarga miskin.

[115] Dipaparkan D1 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

Mengenai aksesibilitas ekonomi, banyak penyandang disabilitas sebagai kelompok rentan yang belum masuk kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI) pada program BPJS Kesehatan. Ada banyak faktor penyebabnya, di antaranya yakni tidak adanya identitas kependudukan dari penyandang disabilitas. Sebagai contoh adalah yang terjadi pada penyandang disabilitas mental. Banyak ditemui penyandang disabilitas mental khususnya yang berada di panti-panti rehabilitasi tidak masuk dalam data kependudukan padahal sistem pendaftaran kategori PBI harus menggunakan data berdasarkan nama dan alamat (*by name by address)*. Selain itu, terkait dengan penentuan kriteria miskin sebagai dasar pemberian bantuan, terdapat permasalahan yang khas yakni bahwa saat ini kriteria miskin atau orang tidak mampu didasarkan pada unit keluarga, bukan individu. Kalau penilaian pada unit keluarga, dan keluarganya dianggap mampu, maka meski secara individu penyandang disabilitas yang bersangkutan sesungguhnya berada pada kriteria miskin, maka ia tidak berhak menerima bantuan. Hal ini menyulitkan bagi penyandang disabilitas karena kondisinya yang disamaratakan dengan masyarakat umum. Padahal penyandang disabilitas harus mengeluarkan biaya yang umumnya lebih besar dari anggota masyarakat lainnya, yakni untuk perawatan atau pengobatan yang harus secara rutin dilakukan, sebagai contoh misalnya orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).[116]

Khusus terkait dengan situasi penyandang disabilitas mental, menurut data Riskesdas 2018 dari 84,9% penderita gangguan jiwa skizofrenia/psikosis yang berobat, 51,1% tidak berobat secara rutin. Melihat alasan tidak rutin minum obat 1 bulan terakhir sebesar 23,6% mengaku tidak mampu membeli obat rutin.[117] Selain itu menurut D1, informan yang bergiat pada NGO kesehatan jiwa, alat bantu kesehatan bagi penyandang disabilitas, banyak yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan.[118] Dalam BPJS Kesehatan perawatan akibat upaya bunuh diri juga tidak dijamin. Padahal depresi berat adalah kondisi yang dapat dialami oleh penyandang disabilitas mental, yang pada titik tertentu dapat memicu perilaku bunuh diri (*suicidal*).

Menurut Sdri. K dari D1 (NGO Kesehatan Jiwa), pada kondisi gaduh gelisah yang dialami penyandang disabilitas psikososial, mereka sering ditolak di Unit Gawat Darurat (UGD) RS. Hal ini disebabkan adanya aturan frekuensi kunjungan poli, yaitu maksimal hanya satu kali dalam satu bulan. Pembatasan ini menyulitkan penyandang disabilitas mental yang dalam kurun 30 hari mengalami masa-masa perubahan suasana hati (*mood swing)* atau gaduh gelisah. Dengan pembatasan ini, tidak ada pilihan bagi mereka kecuali menunggu “jatah” kunjungan yakni sampai awal periode 30 hari mendatang. Menurut Sdri K, kondisi ini berbeda dengan kondisi tiga tahun yg lalu di mana pada saat itu penanganan gaduh gelisah bisa ditangani kapan saja. Disimpulkan olehnya bahwa saat ini terdapat penurunan kualitas layanan di mana kini jika sebelum 30 hari terdapat fase kumat/kritis, penyandang disabilitas mental tidak dapat menemui psikiater.

---

[116] Nurina Savitri, “Mahalnya Perawatan Gangguan Jiwa di Indonesia, Pemerintah Masih Mengabaikannya” (2019) <https://www.abc.net.au/indonesian/2019-10-10/mahalnya-pengobatan-penyakit-mental-di-indonesia/11588464> diakses 13 September 2020.

[117] Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, “Hasil Utama Riskesdas 2018” (2019).

[118] Dipaparkan D1 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

Selain itu, dua informan dari D1 tersebut juga menyoroti nihilnya persetujuan atau "*informed consent*" dalam penyediaan layanan kesehatan, khususnya bagi penyandang disabilitas psikososial. Selama ini diasumsikan bahwa karena penyandang disabilitas mental/psikososial tidak cakap hukum, maka tindakan apapun atas dirinya termasuk tindakan medis tidak membutuhkan persetujuan dari yang bersangkutan. Padahal, pada situasi yang kondusif, penyandang disabilitas mental mampu memberikan keputusan atas dirinya sendiri. Penghormatan hak menentukan pilihannya sendiri dan memberikan persetujuan atau *inform consent* ini erat berhubungan dengan pengakuan kapasitas hukum (*legal capacity)* penyandang disabilitas yang selama ini belum diakui.

Kualitas/Mutu

Dua informan dari D1, Sdri. K dan Sdri. Y mengeluhkan mutu obat yang tidak sesuai dengan standar internasional atau masih diberikannya obat-obatan generasi lama yang bahkan sudah dilarang (*banned)* di negara-negara tertentu, khususnya untuk obat-obatan psikososial. Banyak didapati keluhan efek samping dari obat-obatan generasi lama yg disediakan di tingkat puskesmas tersebut, misalnya parkinson. Apabila para penyandang disabilitas mau obat-obatan dengan kualitas yang lebih baik maka harus ke rumah sakit di tingkat kabupaten/kota. Hal ini mengakibatkan banyak penyandang disabilitas yang mau tidak mau menerima begitu saja (*stuck)* dengan pengobatan tersebut, menimbang faktor teknis kesulitan menjangkau RS di tingkat kabupaten/kota. Penyediaan obat-obatan bagi penyandang disabilitas mental/psikososial kerap memiliki risiko gangguan kardiovaskular. Menurut Pacer dan Valeria (2008) dalam Puspitasari dan Angeline (2019) interaksi obat dalam penggunaan kombinasi antidepresan dan antipsikotik dapat menyebabkan aritmia jantung yang mengancam jiwa karena obat antidepresan menghambat sistem kardiovaskular. [119] Untuk itu, diperlukan kehati-hatian ekstra bagi pihak medis dalam memberikan obat-obatan yang tepat dengan kualitas baik bagi para penyandang disabilitas mental tersebut.

D. Lansia

Dalam RPJMN Tahun 2020-2024 dan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, indikator persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan lanjut usia telah dimasukkan. Hal ini menjadi langkah awal yang baik dalam peningkatan perhatian bagi kesehatan lansia di Indonesia. Selain itu beberapa indikator lainnya yang telah dibuat pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan lansia seperti Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Lansia (dalam Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM Bidang Kesehatan) juga Rencana Aksi Nasional (RAN) Kesehatan Lansia Tahun 2020-2024 yang saat ini sedang proses finalisasi pembuatan regulasinya. Namun, masih banyak catatan dalam penyelenggaran kesehatan lansia di Indonesia dari aspek ketersediaan, kualitas, dan aksesibilitas.

[119] Atika Wahyu Puspitasari dan Loranda Angeline, "Analisis Potensi Interaksi Obat Golongan Antidepresan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Tahun 2016" (2019) Vol. 6(1) Pharmaceutical Sciences and Research 13.

Ketersediaan

Bagi lansia khususnya yang masuk dalam kategori ketergantungan sebagian dan total, layanan kesehatan di rumah (*home care)* adalah hal yang sangat dibutuhkan. Layanan *home care* penting untuk memberikan dukungan bagi lansia agar terus mempertahankan kegiatan dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Namun menurut Sdri. E dari L1 (Yayasan yang bergerak di bidang kelanjutusiaan), ketersediaan layanan *home care* di Indonesia masih sangat minim.[120] Padahal dalam Pasal 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 79 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit, kunjungan rumah (*home care*) masuk ke dalam jenis pelayanan geriatri tingkat sederhana yang minimal. Ketersediaan layanan geriatri di Indonesia juga masih sangat sedikit. Menurut Sdri. E dari L1, baru 264 dari 2.820 rumah sakit pemerintah yang melakukan pelayanan geriatri sesuai Permenkes No.79 Tahun 2014. Lebih jauh, rumah sakit geriatri pemerintah yang memberikan pelayanan kesehatan geriatri sesuai Permenkes tersebut dan menyediakan ruang perawatan khusus pasien geriatri hanya tersebar di 10 kabupaten/kota di Indonesia.

Pelayanan kesehatan bagi lansia di tingkat pertama sudah diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas. Berdasarkan laporan evaluasi RAN Kesehatan Lansia hingga tahun 2019, terdapat sekitar 54,76% puskesmas santun lansia atau sebanyak 5.549 puskesmas. Lebih lanjut terkait fasilitas posyandu lansia/posbindu di Indonesia terdapat 105.830 posyandu, dan terdapat 198 rumah sakit rujukan di 27 provinsi yang telah memiliki pelayanan geriatri terpadu.[121]

Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat rasio ketergantungan lansia terhadap penduduk produktif dari 2014 hingga 2019 cenderung meningkat hingga mencapai 15,01 persen. Hal ini berarti pada 2019, setiap 100 orang penduduk usia produktif (usia 15-59 tahun) harus menanggung 15 orang penduduk lansia. Rasio ini berpotensi bertambah apabila kemandirian lansia tidak dijaga. Perawatan jangka panjang (*long term care*) sangat dibutuhkan agar rasio ketergantungan dapat ditekan. Sayangnya menurut Sdri. En dari L2 (NGO pemerhati hak-hak lansia), *long term care* belum menjadi fokus pemerintah saat ini padahal hal ini berhubungan dengan tingkat kemandirian lansia yang perlu dirawat.[122]

Dalam waktu lima dekade (1971-2019), persentase penduduk lansia di Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat menjadi 9,6 persen atau sekitar 25,64 juta orang. Menurut BPS, kondisi ini menunjukkan bahwa Indonesia sedang bertransisi menuju ke arah penuaan penduduk.[123] Dengan kondisi meningkatnya jumlah penduduk lansia maka ketersediaan pengasuh (*caregiver)* di Indonesia khususnya bagi lansia dengan ketergantungan dengan taraf sedang hingga taraf total, amat mendesak untuk ditingkatkan. Menurut Sdri En dari L2, pelibatan keluarga serta kader lansia yang difasilitasi di bawah koordinasi puskesmas masih perlu ditingkatkan untuk mendukung implementasi perawatan jangka panjang (*long term care)*

[120] Dipaparkan L1 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[121] Kementerian Kesehatan (n 87).

[122] Dipaparkan L2 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[123] Ika Maylasari and others, *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2019* (Dwi Susilo, Ida Eridawaty Harahap dan Raden Sinang ed, 2019).

mengingat bahwa proses pencarian kader lansia selama ini masih cukup sulit.[124] Hadirnya beberapa program antarlembaga yang berkaitan dengan pemenuhan hak atas kesehatan lansia seperti Bina Keluarga Lansia (BKL) dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Posyandu Lansia, dan Pos Binaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM), dinilai tumpang tindih sehingga para kader lansia sering mengalami kebingungan dan kesulitan dalam melaksanakan tugasnya karena banyaknya program yang ada, utamanya berkait dengan form-form laporan yang banyak.

Berdasarkan aktivitas keseharian (*activity daily living)* lansia dibagi menjadi lima kategori yaitu lansia yang mandiri, dengan ketergantungan ringan, ketergantungan sedang, ketergantungan berat, dan ketergantungan total. Sdri. Es dari L2 menyatakan bahwa fokus pemerintah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi lansia hanya terpusat kepada lansia yang mandiri meskipun hal ini juga belum optimal. Hal ini terlihat pada program-program dari pemerintah berupa posyandu lansia, BKL dari BKKBN, dan lain-lain yang hanya sesuai bagi lansia mandiri saja. Sedangkan program-program pelayanan kesehatan bagi lansia dengan ketergantungan ringan hingga ketergantungan total masih minim dirasakan pada tataran praktis.

Ketersediaan obat-obatan bagi lansia dengan demensia masih belum terjangkau di fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas. Menurut Alzheimer Indonesia, diperkirakan ada sekitar 1,2 juta orang dengan demensia pada tahun 2016. Jumlah ini diprediksi akan meningkat menjadi 2 juta orang pada 2030 dan 4 juta orang pada 2050. Faktor yang memengaruhi peningkatan orang dengan demensia antara lain kurangnya pemahaman atas penyakit ini dan kurangnya sumberdaya serta pelatihan bagi para pendamping orang dengan demensia (ODD).[125]

Aksesibilitas

Mengenai aksesibilitas fisik, menurut Sdri.Ev dari L1 dan Sdri. Su dari L2, fasilitas kesehatan baik puskesmas dan rumah sakit masih banyak yang belum ramah lansia terutama di daerah-daerah di perdesaan. Penelitian yang dilakukan oleh Perkumpulan Prakarsa menyatakan bahwa lebih dari 80% responden yang mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas tidak mendapat perlakuan khusus bagi lansia, seperti kondisi faskes yang jalannya tidak landai, dan adanya fasilitas kesehatan tingkat primer yang tidak punya antrian yang berbeda bagi lansia.[126]

Dalam kasus rujukan lansia ke rumah sakit, kendala yang sering dijumpai adalah lokasi rumah sakit yang cukup jauh dengan tempat tinggal lansia. Seperti temuan dari Perkumpulan Prakarsa di Kabupaten Polewali Mandar, Makassar, jarak RS cukup jauh sehingga membutuhkan transportasi. Alat transportasi berupa ambulans tersedia dari tingkat kabupaten/kota, namun jumlahnya terbatas, dan biasanya diminta untuk mengganti uang bensin dengan besaran Rp100 ribu hingga Rp1 juta, tergantung pada jarak. Hal ini tidak

[124] Dipaparkan L2 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[125] Yayasan Alzheimer Indonesia, "Statistik tentang Demensia" (2019) <https://alzi.or.id/statistik-tentang-demensia/> diakses 13 September 2020.

[126] Dipaparkan Eka Afrina dari Perkumpulan Prakarsa dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

hanya menyulitkan kelompok lansia namun juga masyarakat secara umum khususnya masyarakat miskin. Hal inilah salah satu faktor yang membuat masyarakat enggan berobat ke rumah sakit.

Dalam pantauan L2, NGO pemerhati hak-hak lansia, di Jawa Barat, khususnya di beberapa wilayah perdesaan *(rural)* seperti Ciparay, Arjasari, dan sekitar Pangalengan, Kabupaten Bandung, terdapat program puskesmas untuk lansia, akan tetapi dengan frekuensi yang minim, bahkan sebulan sekali belum tentu ada.[127] Padahal, kasus hipertensi di daerah-daerah tersebut cukup tinggi. Dari 570 lansia yang dirawat, sekitar 60-70 persen mengalami hipertensi. Apabila diperlukan berobat ke puskesmas untuk perawatan lebih lanjut, terdapat kesulitan transportasi karena jarak yang cukup jauh dari tempat tinggal para lansia ke lokasi fasilitas kesehatan, sehingga banyak lansia yang sakit tidak tertangani. Data BPS tahun 2019 menunjukkan bahwa hampir sepertiga lansia berobat jalan ke puskesmas/puskesmas pembantu (pustu). Bukan hanya karena keharusan dari BPJS yang mewajibkan pengobatan ke FKTP seperti puskesmas, namun karena ketersediaan, faskes yang paling dekat dengan lansia adalah puskesmas/pustu.

Dalam konteks aksesibilitas ekonomi, lansia di Indonesia belum sepenuhnya terlindungi dari jaminan kesehatan. Menurut data BPS, lansia yang berobat jalan dengan menggunakan jaminan kesehatan hanya 46,64 persen. Dari data penggunaan jaminan kesehatan tersebut, lansia yang termasuk dalam kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah yang paling banyak, sebesar 54,17%.[128] Hal ini mencerminkan kondisi ekonomi rumah tangga lansia di Indonesia masih didominasi oleh kelompok pengeluaran rumah tangga 40 persen terbawah. Hal ini juga tergambar dalam data terpadu lansia miskin dalam rumah tangga yang dihimpun Kementerian Sosial, dimana terdapat 13.694.999 lansia yang terverifikasi lewat SK Menteri Sosial Nomor 71 Tahun 2018.[129] Menurut pantauan L2, proses pendaftaran PBI yang harus *by name by address* cukup menyulitkan para lansia yang belum memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan tidak mampu baca-tulis seperti yang terjadi pada para lansia di daerah perdesaan.[130]

Lansia yang miskin dan telantar sebagian besar masuk ke dalam panti sosial milik pemerintah. Namun menurut pengamatan yang dilakukan Perkumpulan Prakarsa, kondisi fasilitas di dalam panti sosial milik pemerintah masih memprihatinkan. Eka Afrina, *Social Policy Officer* dari Perkumpulan Prakarsa menjelaskan:

> *"Lansia yang sakit, ketika lansia itu belum parah tidak dibawa ke rumah sakit. Masih diobati oleh di klinik yang ada di panti wreda itu, dan itu jumlah 1 kamar bisa sampai 20-30 orang lansia. Jadi terbayangkan ketika lansia yang ada di panti wreda itu sakit, ya kondisinya kurang lebih sama dengan kondisi lansia yang sakit di rumah tapi tidak punya kapasitas untuk perawatan lansia. "*[131]

[127] Dipaparkan L2 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[128] Maylasari and others (n 123).

[129] Priatna (n 113).

[130] Dipaparkan Sdri. En dari L2 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[131] Dipaparkan Eka Afrina dari Perkumpulan Prakarsa dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

Kualitas/ Mutu

Fasilitas kesehatan bagi lansia di daerah-daerah perdesaan (*rural)* di Indonesia berupa puskesmas santun lansia, selain jumlahnya masih terbatas, kualitas pelayanannya juga belum maksimal. Menurut Sdri. Ev dari L1, masalah mutu sumber daya manusia (SDM) yang terlatih dalam perawatan kesehatan lansia perlu menjadi perhatian. Pelatihan teknis pelayanan kesehatan lansia perlu diberikan kepada SDM terkait, seperti dokter, perawat, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga keterapian fisik, kader lansia, pekerja sosial, dan psikolog. Selama ini, SDM yang terlatih sangat terbatas untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien geriatri. Adanya panduan dari Kementerian Kesehatan melalui buku pedoman serta peraturan teknis yang terkait belum didukung dengan adanya evaluasi pelaksanaan. Penyuluhan dan pelatihan bagi anggota keluarga serta kader PKK/Posbindu/Posyandu belum dilakukan secara masif, padahal hal ini berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan lansia.

Pentingnya kebijakan perawatan jangka panjang (*long term care*) dalam peningkatan kesejahteraan lanjut usia bersifat sangat strategis. Hal ini untuk menjamin kelompok usia lanjut dapat hidup secara mandiri dan bermartabat. Kebijakan tersebut merupakan upaya penyediaan layanan umum yang bersifat jangka panjang sejalan dengan proses penuaan yang dialami lansia yang mengakibatkan keterbatasan, ketergantungan dan kebutuhan pelayanan dari pihak lain. Pemerintah melihat pentingnya regulasi dan kebijakan tentang program peningkatan kesehatan, kemandirian dan kesejahteraan lanjut usia menjadi agenda pembangunan nasional yang menjadi arah kebijakan daerah.[132]

D. Pekerja Migran

Mengacu pada indikator-indikator hak atas kesehatan yang terdapat pada Komentar Umum Komite Hak Ekosob No. 14 tentang Hak atas Standar Kesehatan Tertinggi, pekerja migran berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang khusus karena kerentanannya sebagai kelompok yang berisiko tinggi yang terlanggar hak-haknya karena keberadaan mereka yang tinggal di luar negeri secara temporer, dan lemah dari posisi secara hukum. Mitigasi risiko yang efektif yakni dengan menekankan perlindungan pada dirinya sendiri, menjadi kebiasaan berpikir buruh migran sebelum berangkat ke luar negeri karena jika sudah mengalami masalah, dibutuhkan usaha ekstra untuk mengurai permasalahan tersebut. Dalam konteks pelayanan kesehatan bagi pekerja migran masih sangat jauh sekali dari ideal.

Dalam kurun waktu tiga tahun (2017-2019), jumlah Pekerja Migran Indonesia (PMI) sebanyak 823.092 orang, dengan rincian yang bekerja di sektor formal sebanyak 386.463 orang sedangkan yang bekerja di sektor informal sebanyak 406.649 orang. Dalam data yang dihimpun oleh BP2MI, total pengaduan yang diterima tahun 2017-2019 sebanyak 18.505

[132] Rahmad Purwanto Widiyastomo, "Strategi Perawatan Jangka Panjang (Long Term Care) Peningkatan Kesejahteraan Penduduk Lanjut Usia (Perawatan Jangka Panjang Berbasis Masyarakat Mengambil Pelajaran dari Negara Lain)" (2020) Vol.17(1) Mimbar Administrasi.

kasus, dengan kasus sakit ada sebanyak 1.055 kasus. Jumlah pengaduan sakit adalah kategori terbanyak ketiga setelah kasus pengaduan *overstay* dan gaji tidak dibayar.[133]

Indonesia telah memiliki UU PPMI yang mempertimbangkan acuan-acuan yang digariskan oleh Konvensi Pekerja Migran 1990 tentang Perlindungan Seluruh Hak-hak Pekerja Migran dan Anggota Keluarganya, di mana konvensi ini telah diratifikasi Indonesia melalui Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2012 tentang Ratifikasi Konvensi Perlindungan seluruh Hak-Hak Pekerja Migran dan Anggota Keluarganya. Pemerintah juga mendorong adanya instrumen ASEAN *Consensus on the Protection and Promotion of the Rights*. Pemerintah cukup aktif untuk berkomitmen dalam pelbagai instrumen perlindungan buruh migran di level regional dan internasional. Kendati demikian, tantangan yang dihadapi oleh pemerintah adalah bagaimana mengimplementasikan instrumen-instrumen internasional tersebut untuk perwujudan perlindungan buruh migran. Permasalahan yang menjadi perhatian utama yang berkaitan dengan aksesibilitas hak atas kesehatan bagi pekerja migran adalah nihilnya jaminan kesehatan bagi pekerja migran oleh negara.

Dalam konteks hak atas kesehatan, meskipun saat ini rezim jaminan sosial di bawah Undang-Undang SJSN yang turunannya ada BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan telah hadir di Indonesia, akan tetapi para pekerja migran belum terlindungi sepenuhnya oleh skema sistem jaminan sosial. Pekerja migran tidak masuk dalam skema Penerima Bantuan Iuran (PBI). Advokasi yang dilakukan selama ini oleh M1 berkaitan dengan adanya komodifikasi persyaratan kesehatan, yaitu terdapat Nota Kesepakatan (Memorandum of Understanding/MoU) terkait standardisasi kesehatan, misalnya Indonesia-Malaysia, Indonesia-Taiwan atau misalnya Indonesia-Kuwait dalam rekruitmen perawat. Pemerintah telah menunjuk "*medical center"* sebagai tempat pemeriksaan kesehatan para pekerja migran untuk menetapkan status sehat atau tidak sehat yang dibuktikan dengan sertifikasi kesehatan. Pada tahap inilah kerap terjadi komodifikasi. Sdr W dari M1, NGO pemerhati pekerja migran, menyatakan "*Sebagai contoh, jika di Indonesia, untuk menerbitkan surat perihal kesehatan mungkin hanya membayar sekitar di bawah seratus atau dua ratus ribu rupiah untuk medical check-up, tapi untuk pekerja migran ada komodifikasi*."[134] Pemeriksaan di *medical center* untuk syarat sertifikasi kesehatan bisa mencapai Rp600.000-700.000,-. Padahal, pemeriksaan syarat sehat ini tidak masuk dalam skema JKN, sehingga pekerja migran harus mengeluarkan uang pribadi untuk pemeriksaan tersebut.

Perusahaan Penempatan Pekerja Migran Indonesia (P3MI) biasanya mempunyai *medical center* sendiri namun ditemukan *holding* yang mengurus soal pekerja migran, mulai dari urusan *ticketing*, *medical center*, *assurance*, dan hal yang terkait dengan urusan pengerahan pekerja migran, yang pada kenyataannya dimiliki oleh satu unit usaha saja (*holding*). Alih-alih memudahkan akses atau menggratiskan akses kesehatan dalam skema penempatan pekerja migran Indonesia, persyaratan kesehatan dalam skema penempatan pekerja migran selama ini justru dikomodifikasi.[135]

---

[133] Servulus Bobo Riti, "Peran Negara Dalam Pelindungan Hak Atas Kesehatan Pekerja Migran Indonesia," *disampaikan pada acara diskusi daring kepada Komnas HAM RI tanggal 8 Oktober 2020* (Badan Pelindungan Pekerja Migran Indonesia 2020).

[134] Dipaparkan Sdr. W dari M1 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[135] ibid.

Bahkan dalam beberapa kesempatan praktik komodifikasi tes kesehatan berpotensi menimbulkan bahaya bagi pekerja migran. Seperti yang ditemukan dalam advokasi yang dilakukan M1, dari NGO Pemerhati Pekerja Migran, ditemukan kasus seseorang memiliki status medis tidak sehat, tetapi dengan membayar biaya lebih besar, maka sertifikat sehat dapat diterbitkan.[136] Hal ini berakibat pada dipulangkannya yang bersangkutan ketika sampai ke negara tujuan setelah sertifikat sehatnya diteliti di *medical center* Indonesia di negara tersebut.

Direktur Sosialisasi dan Kelembagaan Penempatan BP2MI, Dr. Servulus Bobo Riti, mengungkapkan bahwa dalam rezim UU PPMI dan merujuk kepada Peraturan Kepala BP2MI Nomor 9 Tahun 2020, biaya pemeriksaan kesehatan tidak dibebankan kepada PMI melainkan kepada *user.* "*Hal itu idealnya. Tapi peraturan ini terus disosialisasikan dan mudah-mudahan nanti bisa dilaksanakan efektif Januari 2021*," ujar Servulus. Lebih lanjut menurutnya, persoalan sarana dan prasarana kesehatan bagi calon PMI tidak lepas dari fungsi dan tugas monitoring dan evaluasi dari Kementerian Kesehatan, agar lebih dioptimalkan.[137]

Dalam UU PPMI, pengintegrasian sistem jaminan sosial bagi buruh yang dilakukan dalam negeri, dapat diakses oleh pekerja migran di luar negeri. Namun tidak adanya pasal yang secara khusus berkaitan dengan aspek kesehatan dalam UU PPMI, menyebabkan lemahnya perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan pekerja migran. Dalam UU tersebut hanya disebutkan pekerja migran Indonesia dan keluarganya akan mendapatkan perlindungan berupa jaminan sosial sebagaimana yang terdapat pada Pasal 29 UU PPMI. Sedangkan urusan jaminan sosial ini diserahkan pengelolaannya sepenuhnya kepada BPJS.

Sebagai bentuk pelaksanaan mandat Pasal 29 Ayat (5) UU PPMI, ketentuan tentang jaminan sosial bagi Pekerja Migran Indonesia saat ini secara khusus diatur dengan Peraturan Menteri Ketenagakerjaan (Permenaker) No. 18 Tahun 2018 tentang Jaminan Sosial Pekerja Migran Indonesia yang mengatur soal asuransi dan jaminan sosial pekerja migran Indonesia melalui BPJS Ketenagakerjaan. Akan tetapi, cakupan dari BPJS ketenagakerjaan saat ini juga belum memadai karena hanya meliputi Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, dan Jaminan Kematian. Untuk itu diperlukan adanya usaha untuk mendorong agar dilakukan pengintegrasian layanan BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan untuk kelompok pekerja migran agar terakomodasi sebagai kelompok rentan yang termasuk dalam skema PBI.

Kasus-kasus pelanggaran hak pekerja migran seperti adanya tindak pidana berupa penipuan, kekerasan fisik, dan kekerasan seksual berkait erat dengan pelanggaran hak atas kesehatan bagi pekerja migran. Sepanjang 2019, terdapat 121 jenazah pekerja migran asal Nusa Tenggara Timur yang dipulangkan ke daerah asalnya. Angka ini meningkat dibanding kasus di 2018, yakni sebanyak 105 jenazah. Gambaran situasi ini menunjukkan minimnya

[136] ibid.

[137] Riti (n 133).

jaminan dan akses layanan kesehatan, hingga situasi kerja yang mengancam kesehatan fisik dan mental bagi PMI selama masa kerja di negara penempatan.[138]

Undang-Undang PPMI secara substansi sudah lebih baik dibandingkan UU No. 39 tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia Luar Negeri ("UU PPTKILN"), karena di dalam UU PPMI telah memuat substansi yang dinilai dapat memperbaiki kebijakan perlindungan bagi buruh migran dan anggota keluarganya. Namun pada tingkat peraturan turunannya terjadi reduksi yang berakibat pada terjadinya kesenjangan antara aturan dan implementasi teknisnya, misalnya Permenaker Nomor 9 Tahun 2019 tentang Tata Cara Penempatan Pekerja Migran Indonesia yang menyerahkan peran sentral Pemerintah sebagai pelaksana penempatan Calon PMI kepada swasta. Padahal dalam UU PPMI, pengurusan persyaratan dokumen dan administrasi penempatan dan perlindungan calon PMI masuk ke dalam layanan terpadu satu atap sebagai bagian dari layanan publik sesuai dengan Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik ("UU Pelayanan Publik"), sehingga peran negara melalui pemerintah pusat maupun daerah seharusnya dapat menyelenggarakan pelayanan yang lebih optimal. Hal ini berpotensi menghidupkan kembali industrialisasi penempatan pekerja migran yang kental dengan pelanggaran hak.[139] Industrialisasi penempatan pekerja migran yang sudah dimulai sejak Orde Baru memberikan keuntungan yang besar dari penempatan buruh migran yang menempatkan buruh migran sebagai komoditas. Catatan sejarah tentang industri penempatan buruh migran hanya diisi dengan data penempatan PMI dan tidak pernah membuka dengan terang benderang keuntungan yang diterima P3MI dari bisnis penempatan PMI.[140]

E. Masyarakat Adat

Menurut Pusat Penelitian Kependudukan LIPI, terdapat empat poin kunci mengenai kekhususan hak atas kesehatan bagi masyarakat adat yaitu: a) keterpencilan akses geografis; b) keterpencilan karena resistensi budaya/tradisi; c) keterpencilan karena cara hidup (contoh: berpindah-pindah); dan d) akses terhadap administrasi kependudukan.[141]

Kondisi geografis, berupa tempat tinggal masyarakat adat di perbukitan dan pegunungan, yang cukup sulit untuk diakses mengakibatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat adat kurang optimal, sehingga untuk mengakses layanan kesehatan tersebut dibutuhkan biaya tinggi [142] bahkan tidak dapat mengakses layanan kesehatan yang telah disediakan pemerintah di daerah-daerah tertentu. Kondisi ini diperparah oleh prasarana jalan yang belum memadai, serta keterbatasan sarana listrik, air, komunikasi, perumahan bagi tenaga

[138] Migrant Care, "Proyeksi Isu Pekerja Migran Indonesia dalam Analisis Berbasis Data" (2020).

[139] ibid.

[140] Mulyadi, Wahyu Susilo dan Anis Hidayah, *Selusur Kebijakan (Minus) Perlindungan Buruh Migran Indonesia* (Migrant Care 2015).

[141] Herry Yogaswara, "Situasi dan Kondisi Pemenuhan dan Perlindungan Hak Atas Kesehatan Bagi Masyarakat Adat," *dipaparkan pada acara diskusi daring kepada Komnas HAM RI tanggal 7 Oktober 2020* (Pusat Penelitian Kependudukan LIPI 2020).

[142] ibid.

kesehatan, dan transportasi.[143] Keterpencilan akses geografis yang dialami masyarakat adat juga semakin diperparah dengan menyempitnya kawasan adat sebagai tempat tinggal mereka seperti kawasan hutan. Hal ini mengakibatkan selain akses pada layanan kesehatan, akses terhadap pemenuhan gizi, obat-obatan dari alam, pangan, dan sumber daya air terhambat. Kasus kelaparan terjadi pada masyarakat adat seperti pada Orang Rimba di Duabelas Jambi pada tahun 2015[144] dan di Kabupaten Bintang, Papua pada tahun 2018[145].

Selain itu, tantangan masyarakat adat dalam mengakses dan mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak terkait dengan faktor adat kebiasaan, kepercayaan dan faktor sosial budaya. Faktor sosial budaya yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu dan anak sangat kompleks, antara lain:[146]

- Kepercayaan terhadap obat obatan tradisional dan tokoh yang dianggap dapat menyembuhkan penyakit (dukun) yang sudah turun temurun
- Adanya anggapan tenaga kesehatan dianggap sebagai orang luar, sehingga tidak dengan mudah bisa diterima oleh masyarakat.

Praktik kesehatan nonmedis masih diterapkan oleh sebagian besar masyarakat adat. Praktik kesehatan ini berasal dari pengetahuan lokal yang sudah turun-temurun dan berkembang sebagai kearifan dan adaptasi selama ratusan tahun. Pada kelompok masyarakat seperti Orang Rimba di Jambi, aspek pencegahan lebih diutamakan dibandingkan dengan pengobatan. Hal ini terkait dengan sistem kepercayaan mereka tentang penyebab sakit yang di antaranya berasal dari penularan dari orang lain. Pencegahan ini bahkan sudah menjadi sesuatu yang dianggap penting, sehingga mereka harus memisahkan diri dari dunia terang yang konon dipercaya sebagai sumber dan asal penyakit. Prinsip pencegahan ini, sebenarnya juga bermakna politis, terutama untuk menjaga otonomi mereka dari pengaruh dunia luar. Hal inilah yang menyebabkan Orang Rimba enggan untuk berobat ke puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di luar kelompoknya.[147] Masyarakat Adat menggunakan kecerdasan lokal sesuai keadaan dan kemampuannya yang telah diturunkan dari waktu ke waktu. Peran orang terpercaya di tingkat lokal dengan kecerdasan berbasis budaya lokal menjadi penting dalam perawatan kesehatan ibu dan anak. Temuan dalam paparan tentang Etnografi Kesehatan

[143] ibid.

[144] Syaipul Bakhori, "Kelaparan, 11 Orang Rimba Meninggal di Jambi" (*Tempo*, 2015) <https://nasional.tempo.co/read/646497/kelaparan-11-orang-rimba-meninggal-di-jambi/full&view=ok> diakses 20 Oktober 2020.

[145] Ayomi Amindoni, "'Kelaparan' dan wabah campak di Papua menyebar, korban jiwa hampir 100 orang" (*BBC News Indonesia*, 2018) <https://www.bbc.com/indonesia/majalah-42758636> diakses 20 Oktober 2020.

[146] Herry Yogaswara, "Situasi dan Kondisi Pemenuhan dan Perlindungan Hak Atas Kesehatan Bagi Masyarakat Adat," dipaparkan pada acara diskusi daring kepada Komnas HAM RI tanggal 7 Oktober 2020 (Pusat Penelitian Kependudukan LIPI 2020).

[147] Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, *Masyarakat Adat di Indonesia: Menuju Perlindungan Sosial yang Inklusif* (Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat

Kementeriaan PPN/Bappenas 2013) 27.

Masyarakat Adat (Suprapto, 2013) menegaskan bahwa peningkatan pembangunan kesehatan belum memengaruhi kualitas dan akses proses layanan kesehatan ibu pada kelompok adat tertentu.[148]

Namun demikian, selain menggantungkan pada pengetahuan lokal tentang kesehatan yang telah dipercayai turun temurun, sebagian mayarakat adat juga telah menerima keberadaan tenaga medis untuk membantu kesehatan mereka. Hingga saat ini, masalah kekurangan tenaga kesehatan di tingkat puskesmas, pustu dan polindes juga masih dihadapi. Menurut AMAN, dalam hal ketersediaan layanan kesehatan komunitas masyarakat adat sangat bergantung pada puskesmas (tingkat kecamatan) dan pustu di tingkat desa yang biasanya membawahi 2 sampai 3 desa. Berdasarkan data Risnakes 2017, ketersediaan puskesmas terpencil/sangat terpencil yang telah diakui kepala puskesmas dan SK Bupati/Walikota sebanyak 1.722 puskesmas dengan rincian 717 puskesmas rawat inap dan 1.055 puskesmas non-rawat inap. Dalam riset yang sama, ditemukan tingkat kesesuaian yang rendah ketersediaan dokter umum (63,5%) dan dokter gigi (22,7%) di puskesmas dengan fasilitas non rawat inap di daerah terpencil/sangat terpencil.[149]

Salah satu indikator yang dapat digunakan sebagai pendekatan dalam mengukur pembangunan pelayanan publik bagi masyarakat adat adalah survei potensi desa (podes). Menurut Podes tahun 2018, dalam hal pelayanan dasar seperti kesehatan, ketersediaan dan kemudahan akses ke apotek meningkat sebesar 54% dari tahun 2014. Sedangkan ketersediaan dan kemudahan akses ke rumah sakit dapat dilihat dalam proporsi desa yang ada di rumah sakit, meningkat sebesar 20% dari tahun 2014. [150] Walaupun tidak representatif terhadap kondisi nyata pada masyarakat adat, namun terjadi peningkatan yang cukup signifikan pada ketersediaan fasilitas kesehatan di desa-desa.

Sama halnya dengan penyandang disabilitas, pendataan masyarakat adat secara komprehensif di Indonesia belum pernah dilakukan. Pendataan selama ini dilakukan oleh beberapa pemerintah kabupaten/kota untuk melakukan pencatatan masyarakat di desa namun tidak dapat menggambarkan keadaan *real* masyarakat adat di Indonesia. Persoalan pendataan secara khusus terkait dengan administrasi kependudukan, yang belum mencakup pendataan masyarakat adat yang berada di kawasan terpencil ataupun kawasan hutan. Selain itu, selama ini pengakuan legalitas masyarakat adat selama ini belum terakomodasi dalam regulasi yang ada di Indonesia. Hal ini menyebabkan masyarakat adat tidak dapat mengakses berbagai pelayanan publik termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan.

Dalam keterangan tertulis kepada Komnas HAM RI, menurut AMAN, ada banyak masyarakat adat yang tidak mempunyai dokumen legal seperti KTP, KK, dan akta lahir yang menjadi syarat untuk akses layanan dasar termasuk kesehatan sehingga sulit mendapatkan bantuan kesehatan salah satunya adalah JKN yang berbasiskan data *by name by address*. Senada dengan permasalahan tersebut, LIPI menyebutkan bahwa administrasi

[148] Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (n 144) 28.

[149] Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, *Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan 2017* (Kementerian Kesehatan 2018).

[150] Badan Pusat Statistik, "Hasil Pendataan Potensi Desa 2018" (2018).

kependudukan masih bermasalah bagi sejumlah anggota komunitas adat, termasuk tidak dicatatkannya karena alasan identitas agama maupun tempat tinggal (berada di kawasan hutan atau perpindahan tempat tinggal). Selain itu, pendekatan "wilayah kerja" (zona) dalam pelayanan kesehatan, menyebabkan masyarakat adat yang menjadi anggota JKN tidak dapat menggunakannya, karena waktu dan jarak tempuh dari tempat tinggal menuju faskes relatif jauh dan beberapa masyarakat adat masih ada yang hidup berpindah-pindah.

Belum adanya pengakuan atas keberadaan masyarakat adat oleh Negara serta stigmatisasi yang dialami komunitas masyarakat adat juga menghambat aksesibilitas mereka pada layanan kesehatan. Menurut LIPI, stigmatisasi terhadap cara hidup komunitas masyarakat adat menyebabkan pelayanan kesehatan tidak optimal. Stigma 'terbelakang' dari masyarakat umum pada masyarakat adat berimplikasi pada ketidakadilan dalam aspek aksesibilitas hak atas kesehatan.[151]

F. Orang Dengan HIV/AIDS

HIV/AIDS telah menjadi epidemi global, termasuk di Indonesia. Laporan kasus baru terus meningkat setiap tahunnya, namun sulit untuk mengetahui jumlah infeksi HIV/AIDS yang sebenarnya ada. Estimasi perhitungan jumlah ODHA di Indonesia sangat variatif. Estimasi perhitungan sampai Maret 2020 lalu, jumlah ODHA di Indonesia terhitung sebesar 470.683 orang, mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 640.433 ODHA. Setelah diadakan rekalkukasi estimasi ODHA tahun 2020, didapatkan angka sebanyak 511.955 orang, dengan rincian orang dengan HIV berjumlah 388.724 orang dan orang dengan AIDS berjumlah 123.321 orang. Provinsi dengan jumlah kasus HIV tertinggi adalah DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Papua dan Jawa Tengah. Sementara provinsi dengan jumlah kasus AIDS tertinggi adalah Papua, Jawa Timur, Jawa Tengah, DKI Jakarta dan Bali.[152] Perkembangan tingkat prevalensi HIV/AIDS di Indonesia hingga saat ini masih cukup tinggi, yaitu sebesar 0,33%.[153]

Dari seluruh estimasi jumlah ODHA sampai dengan Maret 2020, jumlah kumulatif ODHA yang masuk perawatan sebanyak 378.225 orang; jumlah kumulatif ODHA yang sedang mendapatkan pengobatan ARV (Antiretroviral) sebanyak 133.358 orang; dan jumlah kumulatif ODHA yang *lost to follow up* (putus obat) sebanyak 60.744 orang (21%). Kemudian persentase HIV/AIDS banyak ditemukan pada transmisi/kelompok heteroseksual, homoseksual dan penggunaan jarum suntik, penularan melalui perinatal.[154] Dari data di atas dapat dikatakan bahwa kasus HIV/AIDS di Indonesia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan dengan kasus banyak terjadi di kota-kota besar. Meskipun setiap ODHA bisa mendapatkan pengobatan dini sesuai dengan kebutuhannya, namun saat ini muncul tren

[151] Yogaswara (n 141).

[152] Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan, "Laporan Perkembangan HIV AID dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan 1 Tahun 2020 (Maret 2020)" (2020).

[153] Pungkas Bahjuri Ali, "Perencanaan dan Evaluasi Pembangunan Hak atas Kesehatan bagi Kelompok Rentan," *dipaparkan pada acara Diskusi Daring kepada Komnas HAM RI tanggal 15 September 2020* (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional 2020).

[154] Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan (n 152).

putus obat, di mana ODHA tidak mengonsumsi obat lagi maupun tidak mendapatkan perawatan pengobatan lainnya.

Secara regulasi belum ada pembaharuan kebijakan sejak 2013, namun yang menjadi fokus bagi kelompok ODHA adalah adanya lembaga tertentu yang bisa menjadi wadah bagi seluruh ODHA yang menangani dan membantu ODHA, bukan hanya sekedar masalah pengobatan dan penyembuhan, namun juga soal kehidupan sosial, ekonomi dan lingkup lainnya. Selain itu masih banyak pemerintah daerah yang belum siap dalam menanggulangi kasus HIV/AIDS ini, khususnya dalam hal ketersediaan jumlah obat sesuai dengan kasus penderita infeksi HIV/AIDS yang sebenarnya.[155]

Ketersediaan

Kebutuhan utama ODHA adalah konsumsi obat ARV (Antiretroviral) yang berfungsi untuk melambatkan pertumbuhan virus HIV. Namun ketika obat tidak diberikan sesuai dengan kondisi kebutuhan masing-masing ODHA dan tidak dikonsumsi secara rutin sesuai petunjuk, maka virus HIV yang ada dalam tubuh ODHA akan aktif kembali sehingga dapat memperparah kondisi tubuh dan mempengaruhi sistem imunitas penderita. Hal ini merupakan salah satu bentuk kerentanan kelompok ODHA untuk dapat tertular atau menderita penyakit kronis lainnya jika mereka tidak dapat mengakses fasilitas pengobatan kesehatan yang ada.

Menurut data Kementerian Kesehatan, ketersediaan layanan pengobatan HIV/AIDS dan untuk melakukan evaluasi pengobatan melalui pemeriksaan *viral load,* terdapat 22 alat *viral load* konvensional (PCR) di Indonesia. Jumlah layanan tes HIV yang sudah ada sebanyak 7.283 UPK yang tersebar di: 1.004 rumah sakit; 6.112 puskesmas; 15 balai kesehatan; 17 Kantor Kesehatan Pelabuhan; 48 klinik swasta; 45 lembaga permasyarakatan; 1 Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru; dan 1 Unit Transfusi Darah.[156]

Terkait pelayanan tes berkala bagi ODHA, implementasi di beberapa daerah masih belum berjalan karena kurangnya sosialisasi terkait apakah tes tersebut dapat ditanggung oleh BPJS atau tidak. Selain itu, belum banyak ODHA yang mengetahui mengenai manfaat dari tes berkala tersebut. Penyedia layanan pun masih banyak yang belum tersosialisasikan terkait manfaat tersebut, sehingga masih banyak penyedia layanan yang menolak untuk memasukkan biaya tes rutin bagi ODHA untuk dapat ditanggung oleh BPJS. Padahal tes ini bersifat penting untuk menguji apakah virus yang ada dalam tubuh penderita bereaksi dengan baik atau tidak setelah penderita mengkonsumsi ARV maupun menjalani ART secara rutin. Dilihat dari segi biaya, tes ini terbilang cukup mahal dan sifatnya wajib untuk ODHA karena hasil tes memengaruhi pengobatan bagi penderita selanjutnya. Namun kenyataannya, belum banyak ODHA yang mengetahui akan hal ini sehingga banyak ODHA yang akhirnya tidak melaksanakan tes ini maupun melaksanakan tes dengan memakai uang pribadi mereka.[157]

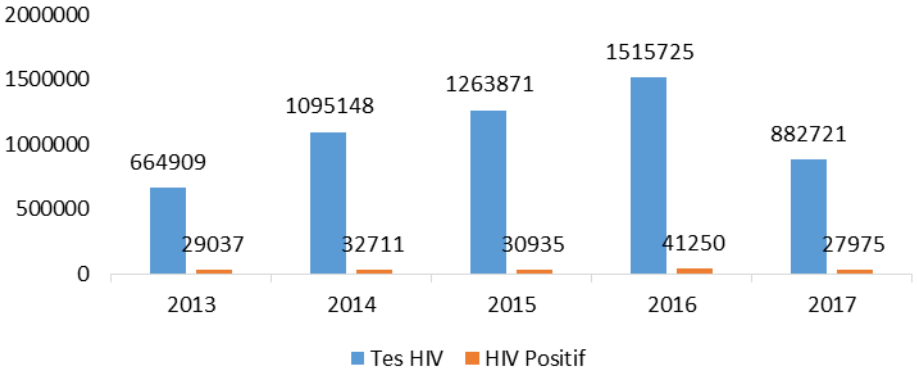
---

[155] Dipaparkan Sdr B dari O1 (NGO Pemerhati ODHA) dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[156] Kementerian Kesehatan (n 87).

[157] Dipaparkan Sdr B dari O1 (NGO Pemerhati ODHA) dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

Gambar 5. Tes HIV dan HIV Positif Tahun 2013-2017



Sumber: Sistem Informasi HIV/AIDS dan IMS Kementerian Kesehatan (2018)

Menurut Sistem Informasi HIV/AIDS dan IMS (SIHA) dalam kurun waktu 2013-2017, jumlah orang yang melakukan tes HIV mengalami peningkatan, kecuali pada 2017 mengalami penurunan yang cukup besar. Pada 2017, jumlah orang yang melakukan tes sebanyak 882.721, lebih rendah dibandingkan dengan 2016, dimana jumlah orang yang melakukan tes HIV sebanyak 1.515.725 orang.[158] Ketersediaan fasilitas tes HIV di fasilitas kesehatan tingkat primer yang lebih dapat dijangkau juga perlu menjadi perhatian. Studi yang dilakukan *Indonesia AIDS Coalition* dengan responden ODHA di Jakarta Selatan, Denpasar, dan Makasar menunjukkan bahwa tes HIV paling banyak dapat diakses melalui fasilitas kesehatan tingkat lanjutan seperti rumah sakit (>40%).[159]

Aksesibilitas

Stigmatisasi yang sering dialami oleh ODHA mengakibatkan mereka sering mendapatkan perlakuan diskriminatif dalam hal mengakses pelayanan publik termasuk pelayanan kesehatan. Data dari Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM) mengungkapkan bahwa sepanjang tahun 2017-2018, setidaknya terdapat 387 kasus pelanggaran hak dan perlakuan buruk yang dialami oleh ODHA dan kelompok berisiko tinggi di 17 kota di Indonesia. Sebanyak 138 dari 387 kasus terindikasi sebagai dugaan pelanggaran HAM, di mana 73 kasus berkaitan dengan hak atas kesehatan. Lebih lanjut ditemukan 20 kasus di antaranya merupakan kasus ODHA yang ditolak dalam mendapatkan layanan kesehatan baik yang bersifat umum maupun layanan khusus HIV.[160]

Adanya stigma dari masyarakat terhadap ODHA, maupun anak dengan HIV/AIDS sering membuat mereka mendapatkan pelayanan perlakuan yang berbeda. Kasus seperti ini banyak datang dari ODHA yang kemudian diberhentikan dari pekerjaannya, anak dengan HIV/AIDS yang kemudian ditolak untuk bersekolah, ibu hamil dengan HIV/AIDS yang ditolak oleh rumah sakit saat akan persalinan, dan persoalan lain yang timbul yang semuanya berujung pada berkurangnya ODHA untuk dapat menikmati hak-hak dasar mereka. Kasus

[158] Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan, *Situasi Umum HIV/AIDS dan Tes HIV 2018* (Kementerian Kesehatan 2019).

[159] Indonesia AIDS Coalition, "Studi Akses Perlindungan Sosial Bagi ODHA Jakarta Selatan, Denpasar dan Makasar" (2020).

[160] Fuji Aotari dan Albert Wirya, *Ancaman Bagi Kesehatan Populasi Kunci HIV dan TB* (LBH Masyarakat 2017).

ODHA yang dikeluarkan dari pekerjaan, pasien ibu hamil dengan HIV/AIDS yang ditolak saat akan melahirkan, adanya dokter gigi yang menolak pasien dengan HIV/AIDS, dan lain sebagainya.[161] Selain itu, saat ini juga terdapat tren kasus baru mengenai penderita HIV/AIDS, yaitu kasus *lost to follow up* atau penderita HIV/AIDS berhenti mengkonsumsi obat atau putus obat yang akhirnya dapat menyebabkan kematian pada penderita HIV/AIDS. Hal ini bisa menjadi gambaran bahwa persoalan mengenai HIV/AIDS tidak hanya berhenti pada soal pengobatan dan penyembuhan, namun juga soal sosial, empati dan kondisi psikis penderita.

Bentuk diskriminasi yang dialami ODHA dalam konteks hak atas kesehatan tidak hanya terjadi secara langsung, namun juga secara tidak langsung melalui regulasi yang diskriminatif terutama bagi populasi kunci. Dalam kurun waktu 2016-2018, LBHM mencatat adanya kebijakan diskriminatif bagi ODHA seperti: kewajiban *voluntary counselling and testing* (VCT) di lingkungan pemerintahan dan swasta; tata laksana tes HIV bagi pasangan calon pengantin, ibu hamil, dan anak-anak yang memerlukan persetujuan orangtua/wali; tes HIV bagi calon atlet; dan lainnya.[162]

Sdr. B dari O1 menyatakan berdasarkan pengamatan di lapangan, tidak semua ODHA di seluruh wilayah Indonesia dapat dengan baik dan mudah mendapatkan obat yang sudah disediakan oleh pemerintah.[163] Salah satu penyebabnya adalah distribusi obat yang masih belum baik dan merata. Selain itu, ODHA yang berada di daerah-daerah di wilayah yang jauh dari pusat layanan kesehatan harus mengeluarkan biaya transportasi lagi untuk mendapatkan obat karena ketersediaan obat tidak berada di setiap rumah sakit yang ada. Obat ARV yang disediakan oleh pemerintah merupakan hasil subsidi dari APBN, bukan oleh BPJS. BPJS hanya menanggung perawatan atas penyakit yang disebabkan oleh HIV/AIDS.

Bagi kasus ODHA baru (pasien baru) akan diberikan obat selama satu minggu untuk melihat perkembangan, apakah ada efek samping buruk yang dialami oleh penderita. Kemudian untuk kasus ODHA lama (pasien lama) yang sudah stabil diberikan obat selama 1-2 bulan agar pasien tidak perlu sering mengunjungi layanan dan dapat mengurangi pengeluaran ongkos per bulannya. Namun, karena sering terjadinya kasus ketersediaan ARV yang terbatas pada layanan kesehatan, pasien lama pada beberapa kasus hanya diberikan obat selama satu minggu yang kemudian mengharuskan pasien tersebut perlu mengeluarkan biaya sendiri untuk mendapatkan obat.

Selain itu, terdapat pula permasalahan distribusi obat ke daerah-daerah. Distribusi obat dari pusat ke daerah-daerah kecil yang masih harus diperhatikan kembali karena tidak semua ODHA bertempat tinggal di daerah/kota besar atau pusat kota.[164] Pendistribusian obat yang belum baik dan merata bisa disebabkan karena koordinasi antara Kementerian Kesehatan (pusat), rumah sakit dan pemerintah daerah yang kurang baik dalam hal pendataan kasus

[161] Dipaparkan Sdr. B dari O1 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[162] LBH Masyarakat, "Hak Atas Kesehatan," *dipaparkan pada acara diskusi daring bersama Komnas HAM RI tanggal 21 September 2020* (LBH Masyarakat 2020).

[163] ibid.

[164] ibid.

infeksi HIV/AIDS.[165] Seperti yang diketahui, angka kasus infeksi HIV/AIDS semakin bertambah, sehingga diperlukan adanya keterbukaan dari penderita HIV/AIDS dan pemutakhiran (*update*) data kasus infeksi HIV/AIDS di daerah, sehingga dapat diupayakan pemenuhan akses dan ketersediaan obat bagi ODHA di seluruh pelosok daerah di Indonesia.

G. Pengaruh Pandemi COVID-19 terhadap Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Kelompok Rentan

Pada 30 Januari 2020, Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) mengumumkan COVID-19 sebagai kedaruratan kesehatan masyarakat secara global.[166] Situasi pandemi COVID-19 secara langsung berpengaruh terhadap akses kesehatan bagi setiap orang. Setiap tenaga kesehatan dan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, dan lain-lain mengalami kepadatan dan difokuskan pada persiapan menghadapi COVID-19. Penularan COVID-19 melalui cairan *droplet* dari hidung atau mulut membuat penyebaran COVID-19 menjadi sangat cepat.[167] Hal ini memaksa adanya keharusan menjaga jarak fisik dan sosial (*physical and social distancing)* hingga menganjurkan masyarakat secara umum untuk tetap tinggal di dalam rumah. Kondisi ini secara langsung menyebabkan akses masyarakat terhadap berbagai fasilitas pelayanan publik termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan menjadi terganggu. Kelompok rentan yang memiliki berbagai keterbatasan mengalami kesulitan dan risiko yang besar pada fenomena pandemi ini.

Kondisi pandemi COVID-19 membuat layanan kesehatan terganggu. WHO menyatakan bahwa 53 persen negara yang telah disurvei menyatakan bahwa layanan pengobatan untuk hipertensi terganggu. Kemudian 49 persen negara menyatakan perawatan bagi penyakit diabetes dan komplikasi yang berhubungan dengan diabetes terganggu, 42 persen menyatakan pengobatan kanker terganggu, dan 31 persen menyatakan keadaan darurat kardiovaskular terganggu.[168] Fasilitas kesehatan yang berfokus pada perawatan penyakit tidak menular terganggu dan mengalami penurunan jumlah kunjungan pasien. Dalam kondisi darurat ini, fasilitas kesehatan jarak jauh (*telemedicine)* sangat berperan penting bagi untuk mempermudah akses pelayanan kesehatan terutama bagi para penyandang disabilitas. Sayangnya fasilitas *telemedicine* ini tidak dijamin lewat program BPJS Kesehatan.

---

[165] ibid.

[166] BBC News, "Coronavirus declared global health emergency by WHO" (2020) <https://www.bbc.com/news/world-51318246> diakses 13 September 2020.

[167] World Health Organization, "Q&A on coronaviruses (COVID-19)" (2020) <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses> diakses 13 September 2020.

[168] World Health Organization, "COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases" (2020) <https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases> diakses 12 September 2020.

Pandemi COVID-19 juga menyulitkan lansia yang tidak memiliki pendapatan dan terdampak dari sisi ekonomi.[169] Hal ini menjadikan mereka sebagai beban bagi keluarga yang tinggal bersama. Program perlindungan sosial bagi lansia saat ini belum menyeluruh baik dalam bentuk Program Keluarga Harapan, JKN, dan Asuransi Lanjut Usia yang belum merata dan cakupannya yang masih sangat sedikit. Pada masa pandemi, lansia sangat membutuhkan Bantuan Langsung Tunai (BLT) untuk digunakan selain untuk keperluan pribadi, juga untuk membeli obat-obatan mandiri serta alat-alat kesehatan yang mereka butuhkan di saat kondisi sekarang mengingat mereka tidak dapat pergi ke fasilitas layanan kesehatan yang ada.

Permasalahan lainnya adalah mengenai ketersediaan layanan kesehatan bagi anak dan remaja. KPAI menyampaikan pada masa COVID-19 layanan perawatan yang memadai bagi anak disabilitas belum tersedia di Wisma Atlet. Sempat ada penolakan terhadap anak disabilitas yang positif COVID-19 untuk dirawat di Wisma Atlet karena pihak Wisma Atlet belum pernah melayani pasien disabilitas. Kemudian sebagai jalan keluar adalah pelibatan orang tua dalam perawatan pasien anak disabilitas tersebut. Namun yang menjadi masalah adalah ketika orang tua juga ternyata turut terjangkit COVID-19. Selain itu, masalah lain yang timbul adalah anak disabilitas yang tinggal di panti. Dalam situasi pandemi ini, anak disabilitas yang tinggal di panti juga tidak mendapatkan terapi secara memadai. Pada masa situasi normal, sebenarnya posyandu dan puskesmas dengan layanan ramah anak sudah tersedia. Namun pada masa COVID-19 ini, posyandu dan puskesmas dengan layanan ramah anak tidak tersedia. Pihak puskesmas hanya melakukan pembagian vitamin saja. Selain itu layanan vaksin juga ditiadakan, padahal ketersediaannya tetap sangat dibutuhkan. Dengan adanya pembatasan, vaksin yang semula dapat diakses di posyandu, kini hanya tersedia di puskesmas saja.

Permasalahan terkait pandemi ini juga dirasakan oleh pekerja migran. Dalam UU PMII terdapat pasal tentang kewajiban negara untuk memulangkan pekerja migran Indonesia ketika ada wabah. Namun kenyataannya, implementasi mandat UU PMII atas situasi pandemi seperti saat COVID-19, pemulangan/repatriasi itu tidak terjadi. Dalam hal ini pekerja migran menjadi korban, ketika periode Januari-Maret 2020 terjadi penyangkalan-penyangkalan yang menunjukan ketidakhadiran negara sebagai pengemban kewajiban ketika para pekerja migran telah ada di dalam episentrum kecamuk COVID-19. Kerentanan yang dialami PMI di beberapa negara yang menerapkan *lockdown* seperti Arab Saudi, Cina, dan Malaysia, justru tidak disikapi dengan cepat oleh Pemerintah Indonesia dalam hal ini Kementerian Ketenagakerjaan, bahkan yang terjadi adalah kasus-kasus yang dialami PMI tersebut terjadi di "luar Indonesia".[170] Sdr W dari M1, NGO pemerhati pekerja migran, mencatat bahwa pemerintah daerah lebih sigap dibandingkan pemerintah pusat. Pada saat itu, Bupati Jember, Bupati Malang, dan Bupati Blitar telah mengupayakan untuk pengiriman logistik seperti masker terlebih dahulu.[171]

[169] Dipaparkan Eka Afrina dari Perkumpulan Prakarsa dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[170] Wahyu Susilo, Yovi Arista dan Zulyani Evi, "Kerentanan Pekerja Migran Indonesia Menghadapi Wabah COVID-19" (2020) DMRU-024-I CSIS Commentaries.

[171] Dipaparkan M1 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

Belajar dari kesalahan penanganan pada masa awal COVID-19 masuk ke Indonesia, langkah pemerintah terutama pada saat menangani pemulangan pekerja migran lebih serius dengan menerapkan dan memastikan protokol kesehatan, pada saat mudiknya pekerja migran. Hal ini dilakukan pemerintah untuk mengantisipasi munculnya klaster baru penyebaran COVID-19 melalui pekerja migran. Setiap pekerja migran yang tiba di Indonesia diterapkan penapisan berulang kali pada tahapan-tahapan pemulangan. Hal ini berkaca pada beberapa kasus pemulangan pekerja migran yang lolos dari pengawasan dan dikhawatirkan bisa menjadi klaster baru penularan COVID-19.

Ketika pekerja migran sampai di kampung halaman pun, tetap dilakukan penapisan dengan protokol kesehatan yang ketat. Bahkan di beberapa basis buruh migran terdapat tempat isolasi mandiri inisiatif dari warga berbasis komunitas. Berdasarkan data dari BP2MI per tanggal 26 Juni 2020, terdapat 162.000 pekerja migran yang pulang ke Indonesia.[172] Fakta yang terjadi, pekerja migran yang pulang tidak membuat klaster baru yang signifikan di kampung halaman. Mayoritas pekerja migran yang bergejala atau positif bisa terpantau dan sekitar 95% mendapatkan perawatan di Wisma Atlet. Seharusnya model penapisan seperti ini bisa menjadi model pencegahan COVID-19 karena mobilitas orang bisa menjadi medium penyebaran.[173]

Berdasarkan informasi dari Sdr W dari M1 pada 12 Agustus 2020, hampir tidak ada layanan kesehatan yang diberikan kepada Pekerja Migran Indonesia di luar negeri selama pandemi COVID-19. Sejauh ini layanan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah terhadap pekerja migran di luar negeri hanya membagi masker dan *hand sanitizer*. Pemerintah mengalami kesulitan dalam memberikan pelayanan kesehatan langsung di luar negeri, misalnya di Malaysia. Malaysia sempat melakukan penangkapan terhadap pekerja migran yang tidak memiliki dokumen resmi dan dikirim ke dalam penjara atau rumah detensi imigrasi tanpa menerapkan protokol kesehatan yang malah memicu klaster baru penularan COVID-19.[174] Kebijakan penanganan yang diterapkan oleh Malaysia alih-alih mengurangi penyebaran, akan tetapi malah mempunyai potensi pelanggaran HAM dengan mengumpulkan orang dalam tahanan tetapi tidak melakukan protokol kesehatan.

[172] Rakhmat Nur Hakim, "162.000 Pekerja Migran Pulang ke Indonesia Saat Masa Pandemi Covid-19" (*Kompas*, 2020) <https://nasional.kompas.com/read/2020/06/28/11523541/162000-pekerja-migran-pulang-ke-indonesia-saat-masa-pandemi-covid-19> diakses 14 September 2020.

[173] Dipaparkan M1 dalam acara FGD Hak atas Kesehatan Komnas HAM di Jakarta, 11 Agustus 2020.

[174] Apriza Pinandita, "421 Indonesians Arrested in Malaysian Immigration Raid" (*Jakarta Post*, 2020) <https://www.thejakartapost.com/news/2020/05/14/421-indonesians-arrested-in-malaysian-immigration-raid.html> diakses 11 September 2020.

BAB IV. TINJAUAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI KELOMPOK RENTAN

A. Kewajiban Negara dalam Pemenuhan Hak atas Kesehatan Kelompok Rentan

Negara sebagai *duty-bearer* memegang kewajiban dalam menghormati, melindungi, dan memenuhi hak atas kesehatan setiap orang termasuk di dalamnya kelompok rentan. Dalam menghadapi ragam keterbatasan, diperlukan tindakan afirmatif oleh Negara agar setiap kelompok rentan dapat mengakses layanan kesehatan yang tersedia dan berkualitas, yang sesuai dengan kebutuhannya masing-masing. Pada BAB IV ini situasi dan kondisi yang sebelumnya telah dibahas di BAB III akan ditinjau dengan berbagai instrumen HAM nasional dan internasional untuk mengurai kewajiban Negara dalam memenuhi hak atas kesehatan kelompok rentan.

A.1. Perempuan

Tingginya Angka Kematian Ibu

Masih maraknya kasus kekerasan serta bentuk-bentuk diskriminasi yang dialami perempuan menimbulkan serangkaian hambatan bagi para perempuan untuk mengakses berbagai layanan kesehatan. Hambatan aksesibilitas ini menyebabkan tidak optimalnya perlindungan hak atas kesehatan bagi perempuan, khususnya bidang kesehatan seksual dan reproduksi. Angka kematian ibu hamil di Indonesia yang masih tinggi mengindikasikan belum adanya langkah-langkah progresif perlindungan hak atas kesehatan bagi perempuan.

Beberapa hasil kajian menunjukkan bahwa pernikahan dan kehamilan pada usia belia berkontribusi pada tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Anak perempuan berusia 10-14 tahun berisiko lima kali lipat meninggal saat hamil maupun bersalin, dibandingkan dengan kelompok usia 20-24 tahun, sementara risiko ini meningkat dua kali lipat pada kelompok usia 15-19 tahun.[175] Kondisi ini membuktikan anak perempuan di Indonesia menjadi salah satu kelompok dengan kerentanan ganda dalam penikmatan hak atas kesehatan khususnya dalam kesehatan seksual dan reproduksi yang dapat berakibat pada pemenuhan hak untuk hidup (*the right to life).*

Dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/ *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya pada tujuan nomor 3, penurunan angka kematian ibu secara global ditargetkan kurang dari 70 per 100.000 orang pada tahun 2030.[176] Untuk mencapai target tersebut, diperlukan kebijakan-kebijakan dan regulasi yang dibutuhkan untuk mendukung penurunan angka kematian ibu, termasuk di dalamnya penguatan peraturan pencegahan pernikahan di usia dini serta berbagai program pemerintah, seperti peningkatan layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang dapat dijangkau dengan mudah.

Pemotongan Genital Perempuan

Fenomena pemotongan Genital Perempuan atau yang sering lebih dikenal dengan “sunat perempuan” masih sering ditemukan di Indonesia. Masih kentalnya budaya patriarki di

[175] World Health Organization, “Adolescent Pregnancy” (2008) Vol.1-1 MPS Notes.

[176] “SDG 3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages” <https://www.who.int/sdg/targets/en/> diakses 27 Oktober 2020.

tengah masyarakat Indonesia membuat banyak perempuan harus mengalami tindakan kekerasan yang dapat membahayakan kesehatan seksual dan reproduksi.

Menurut Riskesdas Tahun 2013 dan kajian dalam terkait Pemotongan dan Perlukaan pada Genital Perempuan (P2GP) di Indonesia, praktik P2GP di Indonesia tergolong pada tipe 1 dan 4 tipe versi WHO. Tipe 1 adalah eksisi dari preputium dengan atau tanpa eksisi sebagian atau seluruh klitoris. Eksisi adalah salah satu cara tindakan bedah yaitu membuang jaringan dengan cara memotong dalam hal ini preputium/kulup atau kulit penutup. Sedangkan tipe 4 adalah berbagai macam prosedur lain yang melukai kelamin perempuan untuk tujuan non-medis. Dalam peraturan perundang-undangan, sunat perempuan sebelumnya diatur dalam Permenkes Nomor 1636/MENKES/PER/XII/2010 tentang Sunat Perempuan. Namun permenkes tersebut telah dicabut melalui Permenkes Nomor 6 Tahun 2014. Adanya Permenkes 6/2014 tersebut dipandang sebagai bentuk yang ambigu dalam menyikapi isu P2GP di Indonesia.[177] Hal ini karena Pasal 2 Permenkes 6/2014 menyatakan bahwa pedoman penyelenggaraan sunat perempuan akan diterbitkan oleh Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syara'k untuk menjamin kesehatan dan keselamatan perempuan yang disunat. Tidak adanya ketegasan dan keseriusan pemerintah dalam menyikapi praktik sunat perempuan menjadi pertanyaan penting atas komitmen pemerintah dalam melindungi hak atas kesehatan perempuan.

Praktik P2GP adalah salah satu jenis praktik yang berbahaya dan merupakan pelanggaran HAM terhadap perempuan.[178] Praktik sunat perempuan sendiri secara medis tidak diperlukan, bahkan dapat menyakiti dan merusak kelamin. Implikasi dari sunat perempuan meliputi timbulnya rasa nyeri, perdarahan, infeksi daerah sayatan, infeksi saluran kemih, retensi urin atau infeksi saluran kemih dan nyeri yang berlebihan, dan *dyspareunia* atau nyeri saat berhubungan.[179] Berbagai dampak buruk dapat ditimbulkan oleh sunat perempuan baik dari aspek fisik maupun mental. Praktik P2GP jelas melanggar prinsip kesetaraan gender dan non-diskriminasi, hak bebas dari segala bentuk penyiksaan dan kekerasan, serta hak atas standar kesehatan tertinggi bagi perempuan sebagaimana diatur dalam KIHESB, CEDAW, dan Konvenan Internasional Hak Anak. Dalam *General Recommendation on Female Circumcision (General Recommendation No. 14)* Komite CEDAW mendesak negara untuk mengambil langkah-langkah efektif dan yang diperlukan guna menghilangkan praktik P2GP dan meminta negara untuk menyediakan informasi tindakan yang sedang diambil dan melaporkannya kepada komite.[180] Pemerintah sebagai pemangku kewajiban (*duty bearer)* harus segera menyusun peraturan yang tepat terhadap praktik sunat perempuan di Indonesia dan menyediakan layanan informasi yang tepat tentang bahaya praktik sunat perempuan di Indonesia. Hal ini juga perlu dilakukan sebagaimana target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan Nomor 5, yaitu mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan.

---

[177] Siti Nurwati Hodijah and others, *Hasil Kajian Kualitatif Pemotongan / Pelukaan Genitalia Perempuan (P2GP)* (Komnas Perempuan 2018).

[178] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and others, *Eliminating Female genital mutilation: An interagency statement* (WHO 2008).

[179] Muhammad Fadli, "Praktik Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) dari Perspektif Medis" [2019] Kertas Konsep Pencegahan dan Penghapusan Pemotongan/Pelukaan Genitalia Perempuan (P2GP) 13.

[180] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and others (n 178).

Aksesibilitas Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Dalam hal perlindungan kesehatan reproduksi di Indonesia, perempuan yang belum menikah sering mengalami diskriminasi ketika mengakses layanan dan informasi mengenai kesehatan reproduksi. Masih besarnya stigmatisasi serta perilaku diskriminatif yang dilakukan oleh tenaga medis kepada para perempuan-perempuan tersebut pada akhirnya membuat mereka enggan untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi. Apalagi negara menutup akses fasilitas pembiayaan kesehatan bagi perempuan yang belum menikah untuk mendapatkan fasilitas cek *pap smear.*

Tindakan diskriminasi tentu menghalangi elemen aksesibilitas dalam hak atas kesehatan bagi perempuan belum menikah atau remaja perempuan. Hak atas kesehatan seksual dan reproduksi bagi perempuan telah dijamin lewat Pasal 28 ayat (1) UUD 1945, Pasal 9 UU HAM, UU Kesehatan, Undang Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, dan Konvensi Mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan. Dalam *General Recommendation No. 24 (1999)* Komite CEDAW, jaminan hak atas kesehatan fisik dan mental harus dipastikan kepada kelompok rentan dan marginal seperti: pekerja migran; perempuan pengungsi; anak, remaja, dan lansia perempuan; kelompok pekerja seks; perempuan dalam masyarakat adat dan perempuan penyandang disabilitas.[181] Setiap orang baik perempuan dan laki-laki berhak mendapatkan jaminan atas perlindungan hak seksual dan reproduksi dan bebas dari perlakuan diskriminasi serta perlakuan sewenang-wenang.

Akses bagi setiap perempuan terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi dapat dijamin melalui penyusunan kerangka regulasi tentang kesehatan reproduksi. Peraturan yang ada terkait dengan kesehatan reproduksi seharusnya tidak terbatas pada detil teknis yang berfokus pada keamanan dan keselamatan, namun juga pada aksesibilitas yang non-diskriminasi. Diskriminasi dan stigmatisasi atas dasar apapun termasuk di dalamnya status menikah harus dihilangkan sehingga pemerintah juga perlu menciptakan mekanisme pengawasan dan pengaduan untuk menindaklanjuti kasus stigmatisasi dan diskriminasi dalam hal layanan kesehatan seksual dan reproduksi.

Aksesibilitas Layanan Aborsi yang Aman

Sulitnya akses aborsi yang aman bagi perempuan korban kasus kekerasan seksual di Indonesia, menjadi hal yang harus diperhatikan dan direspons secara kongkret oleh negara. Absennya peraturan perundang-undangan serta rancangan strategis pemerintah dalam penyediaan layanan aborsi yang aman selama ini menghalangi korban kekerasan seksual mendapatkan pemulihan. Buruknya aksesibilitas terhadap layanan aborsi yang aman mengakibatkan banyaknya perempuan yang terpaksa melakukan cara-cara aborsi yang berbahaya bagi kesehatan bahkan dapat mengancam keselamatan jiwa. Komite Hak Ekonomi Sosial dan Budaya dalam pengamatannya di beberapa negara telah merekomendasikan negara untuk menjamin layanan aborsi yang aman dan legal pada beberapa keadaan seperti kehamilan akibat pemerkosaan atau inses (hubungan seksual

[181] United Nations High Commissioner for Human Rights dan The Danish Institute for Human Rights, *Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institution* (United Nations 2014).

sedarah), dan ketika adanya ancaman terhadap kehidupan atau kesehatan perempuan yang hamil.[182]

Layanan aborsi di Indonesia sebelumnya telah diatur dalam UU Kesehatan di mana terdapat pengecualian dalam Pasal 75 Ayat (2) yang mengecualikan larangan aborsi dengan alasan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat pemerkosaan. Kemudian disebutkan dalam Pasal 76 UU Kesehatan bahwa aborsi hanya dapat dilakukan sebelum kehamilan berumur enam minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis. Sayangnya, dalam ketentuan tersebut, "perkosaan" dibedakan dengan "kedaruratan medis" sehingga perkosaan tidak masuk dalam pengecualian aborsi setelah kehamilan berumur 6 minggu. Artinya, melakukan aborsi terhadap korban perkosaan jika kehamilan telah melebihi 6 minggu adalah ilegal. Hal ini dikuatkan dengan peraturan pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan, yakni pada PP Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, khususnya pada Pasal 31 Ayat (2) sebagai peraturan pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan dinyatakan bahwa tindakan aborsi akibat perkosaan hanya dapat dilakukan apabila usia kehamilan paling lama berusia 40 (empat puluh) hari dihitung sejak hari pertama haid terakhir.

Namun regulasi tersebut justru mempersulit akses layanan aborsi serta bernuansa diskriminatif bagi korban perkosaan. Pendiri Institut Perempuan, Valentina Sagala, mengungkapkan bahwa tidak semua korban perkosaan sadar akan kehamilan mereka dalam rentang waktu 6 minggu.[183] Hal ini mengakibatkan para korban akan semakin mengurungkan niat untuk mengakses layanan aborsi karena adanya ancaman pidana yang membayangi korban ketika berusaha mendapatkan hak pemulihannya. Menurut Valentina, revisi peraturan terkait layanan aborsi bagi korban perkosaan harus dilakukan guna memberikan keadilan bagi para korban.

Pemenuhan hak atas kesehatan bagi perempuan tidak lepas dari penanganan dan pencegahan kekerasan seksual bagi perempuan. Merujuk pada catatan angka kasus kekerasan seksual di Indonesia yang masih tinggi, diperlukan kerangka hukum yang tegas dalam melindungi dan menghormati hak perempuan khususnya hak atas kesehatan. Selain itu, kerangka penghormatan hak atas kesehatan bagi perempuan adalah hal yang mendesak untuk disusun. Sebagaimana termaktub dalam Paragraf 7.3 Program Aksi Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan, hak reproduksi didasarkan pada hak pasangan dan individu untuk menentukan secara bebas, tanpa diskriminasi, paksaan, dan kekerasan untuk menentukan pilihan dalam memiliki anak termasuk memiliki informasi dan sarana yang diperlukan untuk membuat keputusan tersebut.[184] Kebebasan perempuan dalam menentukan keputusan mengenai reproduksi seperti menentukan untuk mengandung anak atau tidak, menggugurkan anak berdasarkan hukum, menentukan alat kontrasepsi, dan lainnya harus dilindungi oleh negara.

---

[182] Janet Walsh, Marianne Møllmann dan Angela Heimburger, "Abortion and Human Rights: Examples from Latin America" (2008) 39–3 IDS Bulletin.

[183] R Valentina Sagala, "Situasi & Kondisi Pemenuhan Hak atas Kesehatan Bagi Perempuan di Indonesia," *dipaparkan pada acara diskusi daring bersama Komnas HAM RI tanggal 7 Oktober 2020* (2020).

[184] United Nations High Commissioner for Human Rights dan The Danish Institute for Human Rights (n 181).

A.2. Anak dan Remaja

Tingginya Angka Kematian Bayi dan Prevalensi Stunting

Masih tingginya angka kematian bayi dan prevalensi *stunting* di Indonesia menjadi bukti masih belum terlindunginya hak atas kesehatan dan hak untuk hidup bagi anak. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), penyebab utama tingginya angka kematian bayi adalah prematuritas, yaitu bayi lahir sebelum waktunya. Dengan kelahiran prematur, berat badan bayi di bawah angka normal sehingga membuat bayi tidak dapat *survive* atau bertahan hidup. Prematuritas itu sendiri rata-rata disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain kondisi sosial dan ekonomi ibu, ibu yang kekurangan gizi, dan ibu dengan usia muda atau kurang (usia anak).[185] Sedangkan faktor-faktor yang memengaruhi tingkat prevalensi *stunting* berfokus pada tingkat pemenuhan gizi dan layanan sanitasi bagi anak.

Dalam mewujudkan perlindungan hak atas kesehatan anak, pemerintah telah merumuskan program kebijakan untuk menurunkan prevalensi *stunting* dan angka kematian bayi melalui perencanaan program kerja berbagai instansi, utamanya Kementerian Kesehatan. Program-program redistribusi fasilitas kesehatan serta tenaga kesehatan ke berbagai daerah terus menerus didorong. Sayangnya walaupun beberapa indikator pemenuhan hak kesehatan anak menunjukkan tanda-tanda perbaikan, namun terhitung belum cukup signifikan. Dr. Ariani dari IDAI menyatakan bahwa "*Kalau saya lihat dari program Kementerian Kesehatan itu sudah sangat-sangat bagus sebenarnya. Sangat komprehensif dan lengkap tetapi kadang-kadang implementasinya itu yang di lapangan tidak sesuai, tidak tepat, atau tidak bisa dilakukan.*" Hambatan implementasi dari program kerja sering terjadi pada saat pelaksanaan di tingkat puskesmas dan masyarakat.

Penurunan *stunting* pada anak di bawah 5 tahun juga menjadi target dalam SDGs Nomor 2 yang bertujuan mencari solusi berkelanjutan untuk menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030. Begitu juga dengan target mengakhiri angka kematian bayi baru lahir dan balita dalam SDGs Nomor 3. Selain itu, Pasal 24 Konvensi Internasional tentang Hak Anak menyatakan bahwa negara pihak termasuk Indonesia harus mengambil langkah-langkah tepat untuk memperkecil angka kematian bayi dan anak. Perlu adanya koordinasi multisektor antarinstansi baik pemerintah maupun swasta untuk menyediakan layanan kesehatan yang terdistribusi merata, ketersediaan bahan pangan yang terjangkau di berbagai daerah, dan peningkatan akses terhadap layanan sanitasi yang berkontribusi pada penurunan angka *stunting.*[186] Penguatan peraturan untuk menurunkan kasus perkawinan anak serta akses edukasi bagi orang tua dan anak mengenai pengetahuan dasar tentang kesehatan anak dan nutrisi juga diperlukan untuk menekan seminimal mungkin angka kematian bayi dan anak.

Berbagai kebijakan dan program yang telah disiapkan sedemikian rupa untuk mengurangi angka kematian bayi dan menurunkan prevalensi *stunting* tidak akan berdampak secara

---

[185] Ariani, "Situasi dan Kondisi Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Anak di Indonesia," *dipaparkan pada acara diskusi daring bersama Komnas HAM RI tanggal 7 Oktober 2020* (Satgas Perlindungan Anak Ikatan Dokter Anak Indonesia 2020).

[186] Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, United Nations Children's dan Fund, *Laporan Baseline SDG tentang Anak-Anak di Indonesia* (Bappenas dan UNICEF 2017).

signifikan bila kondisi adanya disparitas sosial ekonomi antarwilayah Indonesia tidak ditangani secara serius. Wilayah Indonesia bagian Timur dengan tingkat ketersediaan tenaga medis khusus anak yang masih terbatas serta akses geografis yang cenderung sulit untuk dilalui menyebabkan kondisi pemenuhan hak atas kesehatan anak menjadi semakin sulit untuk dilakukan. Fokus program kesehatan anak yang masih bertumpu pada wilayah Indonesia bagian Barat atau pada wilayah pusat ekonomi. Hal ini dapat dikategorikan sebagai bentuk diskriminasi tidak langsung, sebagaimana dinyatakan dalam Paragraf 19 Komentar Umum Kovenan Hak Ekosob Nomor 14, bahwa ketidaktepatan alokasi sumberdaya kesehatan dapat berdampak pada diskriminasi yang tidak terelakkan.

Upaya pemerataan sumber daya terkait pemenuhan kesehatan anak harus terus diwujudkan secara progresif yang artinya terus mengalami perbaikan dan peningkatan. Namun hal ini tidak dapat diartikan sebagai suatu perbaikan angka atau indikator semata. Perbaikan yang signifikan harus dapat tercapai sebagaimana tercantum pada Pasal 24 Ayat (4) Konvensi Hak Anak serta konsep hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai (*the highest attainable standard of health*).

Tingginya Prevalensi Anak Merokok

Nicotiana Tabacum dan *Nicotiana Rustica* adalah dua spesies utama dari tembakau. Di dalamnya terdapat zat nikotin-alkaloid yang mudah menguap. Nikotin inilah yang bertanggung jawab sebagai stimulan yang paling menciptakan efek ketagihan. Pengaruh nikotin menjalari seluruh organ tubuh, mengikat reseptor sistem saraf pusat dan membangkitkan kadar dopamin yang menciptakan adiktif pada otak.[187] Tidak berhenti sampai di sini, selain nikotin yang menjadikan adiktif, di dalam rokok ditambahkan pula bahan-bahan kimia berbahaya lainnya[188] yang menyebabkan pelemahan performa kesehatan secara umum pada tubuh.

Dengan zat yang terkandung di dalamnya, telah nyata bahwa nikotin berdampak buruk terhadap perkembangan otak remaja,[189] berpengaruh pada kinerja akademis pada otak remaja,[190] hingga bertanggungjwab terhadap terciptanya defisit kognitif pada otak.[191] Berada dalam tahap perkembangan, anak dan remaja sangat rentan terhadap kecanduan nikotin dalam rokok. Sebuah studi menjelaskan hubungan kausalitas antara adiksi nikotin pada usia

[187] Arvind Muthukrishnan dan Saman Warnakulasuriya, "Oral Health Consequences of Smokeless Tobacco Use" (2018) 148(1) The Indian Journal of Medical Research 35.

[188] Nyo Nyo Kyaing, Aye Aye Sein dan MM Than Htike, "Smokeless Tobacco Use in Myanmar" (2012) 49(4) Indian Journal of Cancer 350.

[189] U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General* (US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2014).

[190] Pierre-Olivier Robert and others, "Academic Performance and Adolescent Smoking in 6 European Cities: The Role of Friendship Ties" (2018) 24(1) International journal of adolescence and youth 125.

[191] Jorien L Treur and others, 'Smoking During Adolescence as a Risk Factor for Attention Problems' (2015) 78 Biological psychiatry (1969), 656.

dini (anak dan remaja) dan hubungannya dalam meningkatkan kecanduan di masa dewasanya.[192]

Merespon bahaya merokok bagi anak dan remaja, Pemerintah melalui RPJMN Indonesia 2020-2024 menetapkan target penurunan prevalensi merokok penduduk usia 10-18 tahun menjadi sebesar 8,7% mengacu pada tingkat prevalensi yang tinggi pada tahun 2019. Peningkatan prevalensi merokok pada usia anak merupakan suatu kemunduran dalam capaian pelindungan hak atas kesehatan bagi anak.

Tingginya jumlah perokok anak dan remaja di Indonesia dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Rukmi (2019) faktor yang menyebabkan kelompok usia remaja merokok salah satunya adalah faktor sosio-demografis yang menunjukkan adanya disparitas sosial-ekonomi antara perokok dan non-perokok. Selain itu faktor penentu pribadi dan perilaku juga ikut berpengaruh terutama oleh lingkungan sekitar.[193] Akses dan ketersediaan rokok bagi anak dan remaja yang begitu mudah didapatkan dan terjangkau di Indonesia juga dapat menjadi salah satu penyebab tingginya perokok anak/remaja. Hal ini perlu menjadi fokus pembenahan terhadap implementasi peraturan yang mengatur pencegahan perilaku merokok pada anak seperti Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Bahan Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan. Peraturan ini telah mengatur pelindungan bagi anak berusia di bawah 18 tahun terhadap rokok termasuk di dalamnya larangan penjualan rokok dan penayangan iklan serta penyediaan informasi yang relevan. Perlu koordinasi yang kuat antara pemerintah pusat dan daerah untuk melaksanakan aturan-aturan ini guna melindungi hak atas kesehatan bagi masyarakat.

Usaha penurunan prevalensi merokok di kelompok usia anak dan remaja tentu tidak dapat diatasi hanya sebatas dengan penguatan implementasi yang telah ada. Perluasan edukasi dan pemerataan ekonomi juga berpengaruh dalam menurunkan tingkat prevalensi tersebut. Data BPS mengenai pengeluaran konsumsi per kapita dalam sebulan penduduk Indonesia sepanjang tahun 2019 menunjukkan pengeluaran untuk membeli rokok mencapai 6,05% secara rata-rata nasional.[194]

Konvensi Hak-hak Anak memang tidak secara eksplisit menyebutkan perlindungan kesehatan anak terkait dengan produk tembakau seperti rokok namun hak atas standar kesehatan yang tertinggi sebagaimana yang telah diatur mencakup aksesibilitas informasi, pendidikan, dan dukungan mengenai kesehatan anak bagi orang tua dan anak dijamin negara. Selain itu Pasal 3 Konvensi ini juga menyatakan bahwa prinsip "*The Best Interest of the Child"* atau kepentingan terbaik bagi anak menjadi salah satu prinsip yang harus dikedepankan terkait dengan perlindungan hak atas kesehatan anak khususnya dalam

---

[192] Arielle Selya and others, "Early-Emerging Nicotine Dependence Has Lasting and Time-Varying Effects on Adolescent Smoking Behavior" (2016) 17(6) Prevention Science 743.

[193] Sito Rukmi, "Tobacco Use and Adolescents in Indonesia: Narrative Review of Determinants," *The 3rd International Meeting of Public Health and The 1st Young Scholar Symposium on Public Health Volume 2019* (2019).

[194] Muhammad Idris, "Catatan BPS: Pengeluaran Rokok Lebih Besar dari Kebutuhan Beras" (*Kompas.com*, 2020) <https://money.kompas.com/read/2020/04/28/174823326/catatan-bps-pengeluaran-rokok-lebih-besar-dari-kebutuhan-beras?page=all> diakses 1 Desember 2020.

tingkat kecanduan untuk merokok. OHCHR dalam *Legislative History of the Convention on the Rights of the Child* menyatakan salah satu prinsip dalam pelindungan hak atas kesehatan anak yaitu tanggung jawab utama untuk mencegah anak melakukan aktivitas yang merugikan/membahayakan dirinya sendiri seperti meminum minuman beralkohol, merokok, atau menggunakan obat-obatan dibebankan kepada orang tua, namun negara dapat memperkuat pelindungan ini dengan peraturan perundang-undangan dan edukasi yang sesuai.[195]

Indonesia saat ini menjadi satu-satunya negara di Asia yang belum meratifikasi/aksesi WHO-*Framework Convention on Tobacco Control (FCTC).* WHO-FCTC adalah perjanjian kesehatan internasional oleh Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) yang secara spesifik menggariskan kerangka hukum bagi negara guna mengambil langkah-langkah untuk mengurangi konsumsi tembakau/rokok.[196] Pemerintah seharusnya dapat segera merealisasikan ratifikasi/aksesi kerangka tersebut. Dalam beberapa kesempatan baik WHO melalui Direktur Jenderal Dr. Margaret Chanasked pada tahun 2014[197] serta Komite Hak Ekonomi Sosial dan Budaya dalam *Concluding Observations* tanggal 19 Juni 2014[198] menyatakan rekomendasinya terhadap pemerintah Indonesia untuk meratifikasi FCTC guna mendukung pengendalian tembakau beserta produknya sebagai basis legal dalam melindungi hak atas kesehatan anak dan remaja.

Perkawinan Anak

Peraturan perundang-undangan tentang perkawinan yang telah ada tidak mampu melindungi hak anak secara penuh dari praktik perkawinan anak. Adanya dispensasi kawin masih memungkinkan terjadinya perkawinan di bawah usia minimum, yaitu 19 tahun sebagaimana diatur dalam UU Perkawinan. Salah satu faktor yang dijadikan alasan pengajuan perkara dispensasi kawin di Pengadilan Agama adalah faktor anak yang telah melakukan hubungan seksual di luar nikah atau telah hamil sebelum menikah.[199] Tidak hanya terbatas pada persetujuan dispensasi kawin, perkawinan anak yang tidak tercatat atau di bawah tangan masih marak dilakukan oleh masyarakat. Menurut kajian cepat yang dilakukan oleh Koalisi Perempuan Indonesia (KPI), mayoritas perkawinan anak terjadi karena faktor budaya yang sangat kuat, oleh karena itu, ada kecenderungan praktik perkawinan anak secara budaya tidak memedulikan adanya revisi UU Perkawinan.[200]

---

[195] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *Legislative History of the Convention on the rights of the child* (2007).

[196] World Health Organization, *WHO Framework Convention on Tobacco Control* (World Health Organization 2005).

[197] World Health Organization, "WHO Urges Indonesia to Ratify FCTC" (2014) <http://origin.searo.who.int/indonesia/mediacentre/who-urges-indonesiato-ratify-fctc/en/> diakses 1 Desember 2020.

[198] Committee on Economic Social and Cultural Rights, "Concluding observations on the initial report of Indonesia" (2014).

[199] Gushairi, "Problematika Dispensasi Kawin di Pengadilan Agama" (2019).

[200] Mike Verawati, "Situasi Perkawinan Anak," *dipaparkan pada acara "Refleksi Satu Tahun Perubahan Batas Minimal Usia Kawin dalam Menurunkan Angka Perkawinan Anak di Indonesia" yang diselenggarakan INFID & KPI tanggal 27 Oktober 2020* (2020).

Pernikahan anak merupakan salah satu bentuk pelanggaran hak anak. Dampak perkawinan anak selain menghambat hak atas pendidikan dan hak atas rasa aman, juga dapat mengancam kesehatan, baik bagi pengantin anak maupun anak dari pasangan perkawinan anak. Perkawinan anak berpotensi meningkatkan risiko HIV, menghambat proporsi pemberian ASI, meningkatkan risiko kematian bagi anak, dan lain-lain.[201] Instrumen HAM internasional secara tegas melarang praktik perkawinan anak baik dengan atau tanpa persetujuan (*consent*) sebelum anak berusia 18 tahun.[202] Paragraf 29 Komentar Umum Nomor 22 Komite Hak Ekonomi Sosial dan Budaya tentang Hak atas Kesehatan Reproduksi dan Seksual menyatakan bahwa penting bagi negara untuk mengambil langkah-langkah preventif, promotif, dan pemulihan untuk melindungi kekerasan berbasis gender yang dapat membahayakan kesehatan seksual dan reproduksi, seperti perkawinan anak.[203]

Perbaikan dan penyebarluasan peraturan terkait dengan perkawinan, utamanya perkawinan anak harus ditingkatkan demi penguatan implementasi serta sosialisasi mengenai bahaya dari perkawinan anak. Koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah juga diperlukan untuk dapat mengawasi kasus perkawinan anak yang terjadi di daerah, terutama yang terjadi di "bawah tangan." Komitmen elemen pemerintah daerah terkait diperlukan untuk menekan kasus perkawinan anak yang terjadi di desa-desa. Salah satu rekomendasi dari KPI adalah penting untuk disusunnya Peraturan Pemerintah guna mempercepat aturan teknis seperti pengetatan dispensasi kawin dan program pengawasan serta pencegahan perkawinan anak, serta program yang ditujukan agar perkawinan anak dapat ditekan.[204]

Edukasi Kesehatan bagi Anak

Pemajuan hak atas kesehatan bagi anak dan remaja tidak lepas dari peran penting pendidikan. Akses informasi dan edukasi tentang kesehatan bagi anak menjadi langkah awal untuk pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan bagi anak dan remaja. Ayat (2) poin e Pasal 24 Konvensi tentang Hak-hak Anak menyatakan dalam memastikan implementasi hak atas kesehatan bagi anak secara utuh, negara harus memastikan akses edukasi bagi orang tua dan anak mengenai pengetahuan dasar tentang kesehatan anak dan nutrisi, pentingnya ASI, higienitas dan sanitasi serta lingkungan hidup yang sehat, juga pertolongan pertama pada kecelakaan.

Meski pendidikan kesehatan di Indonesia telah pula berfokus pada upaya preventif dan promotif, namun program yang dilaksanakan masih belum berkelanjutan dan hanya bersifat tambahan (*additional)* saja. Integrasi edukasi kesehatan dalam kurikulum masih belum dilakukan di banyak lembaga pendidikan. Selain itu, program pendidikan kesehatan hanya disisipkan ke dalam materi-materi yang telah ada. Aksesibilitas pendidikan kesehatan perlu menjadi prioritas bagi pemerintah dalam menyusun program edukasi nasional. Hal ini juga dapat diperluas pada upaya komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai asupan gizi yang

[201] United Nations, Report of the Secretary General: The Girl Child 2011 A/66/257.

[202] United Nations, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: Preventing and eliminating child, early and forced marriage 2014 A/HRC/26/22.

[203] UN Economic and Social Council, General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) 2016 E/C.12/GC/22.

[204] Verawati (n 198).

seimbang, perilaku hidup yang bersih dan sehat, penyalahgunaan zat adiktif, pendidikan kesehatan remaja, penyakit menular, pendidikan kesehatan jiwa, dan lain-lain.

A.3. Penyandang Disabilitas

Ragam disabilitas yang sangat luas membutuhkan berbagai jenis pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Sayangnya program pemenuhan hak kesehatan bagi disabilitas di Indonesia masih sangat terbatas. Ketersediaan obat-obatan rutin bagi penyandang disabilitas mental masih sangat sulit untuk dijangkau karena belum tersedia di fasilitas kesehatan primer. Selain itu, karena keterbatasan stok obat seringkali para penyandang disabilitas tidak mendapatkan dosis yang seharusnya.

Ketersediaan berbagai jenis obat-obatan dan alat bantu yang berkualitas penting dalam menjamin aksesibilitas penyandang disabilitas terhadap layanan kesehatan. Fenomena masih ditemukannya jenis obat bagi penyandang disabilitas yang diragukan kualitasnya di level internasional adalah wujud dari absennya negara dalam menjamin aspek mutu sebagai salah satu elemen kunci dalam pemenuhan hak atas kesehatan. Aspek mutu dalam obat adalah salah satu faktor yang menentukan keamanan obat. Pemerintah melalui instansi terkait harus secara rutin melakukan monitoring terkait dengan jenis obat yang beredar dan mengikuti perkembangan riset terkait di dunia internasional. Prinsp transparansi dan komunikasi yang baik kepada masyarakat mengenai jenis obat yang beredar serta perkembangannya harus dikedepankan untuk memberikan rasa aman bagi para penyandang disabilitas yang membutuhkan obat dan alat bantu yang berkualitas.

Ketersediaan layanan rehabilitasi medis bagi para penyandang disabilitas hingga saat ini masih sulit ditemukan pada fasilitas kesehatan tingkat primer seperti puskesmas. Layanan rehabilitas medis seperti terapi wicara, terapi okupasi, dan fisioterapi berguna bagi penyandang disabilitas untuk meningkatkan kemandirian serta dapat berinteraksi sosial dengan masyarakat. Paragraf 34 Komentar Umum KIHESB Nomor 14 menyatakan bahwa hak atas kesehatan fisik dan mental bagi penyandang disabilitas juga mengacu pada hak untuk mendapatkan akses kepada, dan mendapat manfaat dari berbagai pelayanan medis dan layanan sosial yang dapat memungkinkan para penyandang disabilitas agar mandiri dan mendukung integrasi mereka secara sosial.[205] Dengan adanya layanan rehabilitasi medis di tingkat primer, maka penyandang disabilitas dapat menjangkau layanan tersebut dengan lebih mudah dan murah karena tidak termasuk dalam sistem rujukan.

Fasilitas penjemputan (“jemput bola”) bagi penyandang disabilitas yang mengalami keterbatasan mobilitas untuk mencapai layanan kesehatan di Indonesia masih belum menjadi program yang masif di banyak wilayah. Selain itu, ketersediaan layanan kunjungan ke rumah (*home-visit)* dan layanan kesehatan jarak jauh (*telemedicine)* bagi penyandang disabilitas masih menjadi barang yang langka. Fasilitas-fasilitas pendukung aksesibilitas penyandang disabilitas akan sangat membantu dalam hal mengakses kebutuhan kesehatan mereka. Negara melalui kerjasama multisektor baik instansi pemerintah daerah dan pemerintah pusat dan lembaga legislatif harus mulai memasukkan program-program pendukung aksesibilitas layanan kesehatan bagi para penyandang disabilitas sebagai bagian dari prioritas pembangunan.

[205] UN Economic and Social Council CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) (n 1).

Untuk mendukung aksesibilitas fisik bagi penyandang disabilitas di fasilitas kesehatan publik, pemerintah telah menerbitkan beberapa pedoman untuk melakukan penyesuaian di gedung atau bangunan menuju ramah disabilitas. Namun kurangnya sosialisasi mengenai pedoman ini membuat masih banyak ditemukan fasilitas kesehatan publik baik primer dan lanjutan yang tidak ramah disabilitas, antara lain lokasi pelayanan yang berada di lantai atas tanpa fasilitas lift, tidak adanya antrian khusus bagi disabilitas, dan tidak adanya fasilitas khusus seperti *ramp* atau *guiding block*. Akses informasi audio dan visual bagi penyandang disabilitas di fasilitas layanan kesehatan juga hanya dapat ditemukan di kota-kota besar. Pasal 9 Konvensi Internasional tentang Hak-hak Penyandang Disabilitas menegaskan Indonesia sebagai salah satu negara pihak harus mengambil kebijakan yang menjamin akses penyandang disabilitas terhadap fasilitas dan layanan yang terbuka dan tersedia untuk publik.

Kerjasama multisektoral diperlukan dalam mewujudkan fasilitas kesehatan yang ramah disabilitas terutama fasilitas kesehatan tingkat primer. Baik instansi pemerintah pusat maupun daerah harus menggunakan pedoman yang selaras dalam membangun fasilitas penunjang aksesibilitas fisik bagi penyandang disabilitas. Dibutuhkan dukungan untuk menjadikan aksesibilitas ini sebagai prioritas dalam perencanaan pembangunan jangka pendek-menengah-panjang hingga penyusunan anggaran baik pemerintah daerah dan pemerintah pusat. Sebagai contoh dalam pembangunan suatu rumah sakit atau puskesmas instansi yang bergerak dalam bidang pekerjaan umum, kesehatan, dan sosial harus bekerjasama dalam menentukan dan membangun jenis fasilitas dan fitur yang dibutuhkan bagi penyandang disabilitas. Pihak legislatif dalam hal ini Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) dan DPR RI juga dapat menjalankan perannya sebagai pengawas dan perumus regulasi serta menjalankan fungsi legislasi anggaran yang dapat mendukung aksesibilitas fisik penyandang disabilitas di layanan publik termasuk layanan kesehatan.

Langkah Kementerian Kesehatan dalam menyusun Peta Jalan Sistem Layanan Kesehatan Inklusif bagi Penyandang Disabilitas 2020-2024 merupakan sebuah hal yang patut diapresiasi. Langkah ini adalah upaya untuk mewujudkan integrasi setiap lembaga dalam mendukung aksesibilitas penyandang disabilitas pada fasilitas layanan kesehatan. Namun hal yang perlu menjadi perhatian bahwa dalam membangun layanan kesehatan yang inklusif tidak terbatas hanya pada aksesibilitas fisik saja, melainkan juga aksesibilitas ekonomi, prinsip non-diskriminasi dan bebas stigmatisasi, serta penyediaan layanan kesehatan yang partisipatif yang melibatkan kelompok penyandang disabilitas dari berbagai ragam disabilitas.

A.4. Orang Lanjut Usia

Terdapat tiga pokok penting yang menjadi kewajiban minimum untuk diperhatikan dalam aksesibilitas lansia terhadap layanan kesehatan:

1. Pentingnya perawatan jangka Panjang (*long term care)* bagi lansia

   Saat ini Indonesia mulai memasuki masa populasi yang semakin menua. Pemerintah pusat maupun daerah harus segera memulai strategi penanganan untuk mengantisipasi risiko ketergantungan lansia yang semakin meningkat. Dalam Paragraf 14 *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing* ditegaskan betapa pentingnya pemenuhan kebutuhan populasi yang menua dimasukkan dalam kebijakan tambahan, secara khusus pada perawatan dan pengobatan, promosi gaya hidup yang

sehat dan lingkungan hidup yang sehat.[206] Oleh karena itu, perawatan jangka panjang atau *long term care* bagi lansia merupakan layanan yang harus dijamin baik ketersediaan dan aksesibilitasnya guna menjaga kemandirian para lansia. Hadirnya layanan *long term care* juga berguna bagi para lansia dengan ketergantungan sedang hingga berat agar tetap dapat menjalankan aktivitasnya sehari-hari.

Program *long term care* tidak lepas dari adanya pengasuh (*caregiver)* yang kompeten dan juga layanan *home care/home visit* yang sangat diperlukan untuk mengakomodasi kebutuhan lansia dengan ketergantungan sedang hingga berat. Ketersediaan *caregiver* yang berkompeten mensyaratkan adanya sosialisasi pedoman yang baku, pelatihan yang masif, dan rekrutmen sumber daya manusia yang aktif. Upaya penyediaan layanan *home care/home visit* juga menjadi tantangan sendiri khususnya di daerah dengan anggaran yang terbatas, namun hal ini dapat diantisipasi dengan pilihan politik keuangan dan maksimalisasi sumber daya yang dimiliki pemerintah.

2. Perlunya peningkatan fasilitas kesehatan geriatri

   Data statistik menunjukkan jumlah layanan kesehatan geriatri di Indonesia seperti puskesmas santun lansia, posbindu-PTM, rumah sakit dengan fasilitas dan tenaga kesehatan khusus geriatri masih cukup terbatas. Hal ini mengakibatkan lansia tidak memiliki cukup banyak alternatif dalam memilih jenis fasilitas layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Implikasinya adalah banyak lansia yang memutuskan untuk tidak melakukan pengobatan atau hanya menerima perawatan mandiri di tempat tinggalnya masing-masing karena sulitnya akses ke fasilitas kesehatan khusus lansia.

   Dengan banyaknya jenis program penunjang kesehatan lansia, diperlukan langkah terobosan untuk mengelaborasi setiap program yang sudah berjalan seperti BKL, Posyandu Lansia, Posbindu-PTM, dan lain-lain, agar tidak tumpang tindih. Pemerintah perlu membangun suatu pusat perawatan kesehatan lansia yang terpadu di tingkat primer. Hal ini berguna untuk meningkatkan aksesibilitas para lansia dalam menjangkau layanan kesehatan mereka. Dengan layanan yang lebih terpadu hal ini mengurangi kebingungan yang selama ini dialami masyarakat serta tenaga medis dan para perawat. Tentu hal ini membutuhkan koordinasi secara mendalam antara pemerintah pusat dan daerah dalam menyusun langkah terpadu ini. Perencanaan yang matang dari program pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan diikuti dengan mekanisme monitoring dan evaluasi serta koordinasi yang intensif dengan dinas kesehatan dan dinas sosial pada masing-masing pemerintah daerah.

   Begitu juga dengan kondisi kesehatan lansia yang berada di dalam panti sosial/wreda khususnya yang dikelola oleh pemerintah sesuai dengan temuan yang ada memiliki keterbatasan mengenai fasilitas layanan kesehatan. Lansia yang berada dalam perawatan di panti wreda baik milik pemerintah maupun swasta seharusnya memiliki hak yang sama terhadap layanan kesehatan dasar yang dibutuhkan. Ketersediaan fasilitas dan tempat tinggal yang bersih dan sehat bagi lansia di panti wreda menjadi tanggung jawab negara dan negara harus memiliki mekanisme pengawasan dan evaluasi yang dapat menjamin kebebasan fundamental serta hak asasi bagi lansia.

[206] United Nations (n 48).

Dalam poin 11 *United Nations Principles for Older Persons,* lansia harus memiliki akses terhadap layanan kesehatan untuk membantu mereka agar dapat mencapai level optimal terhadap fisik, mental, dan emosional yang sehat juga mencegah timbulnya penyakit.[207] Akses yang dimaksud merupakan kewajiban yang harus dipenuhi oleh negara melalui serangkaian strategi pembangunan yang dicapai secara progresif. Jumlah ketersediaan fasilitas kesehatan geriatri harus mengalami peningkatan dan terdistribusi secara merata.

3. Perlindungan terhadap lansia pengidap demensia

   Lansia penderita demensia memiliki bentuk kerentanan yang cukup tinggi. Prediksi peningkatan jumlah penderita demensia di Indonesia harus menjadi perhatian serius dalam sektor kesehatan nasional. Penyakit Alzheimer sebagai jenis demensia yang paling mendominasi sekitar 60-70%,[208] membutuhkan beberapa jenis obat-obatan tertentu bagi penderitanya. Oleh karena itu, ketersediaan obat bagi para pengidap Alzheimer harus tersedia di fasilitas kesehatan primer guna mendukung aksesibilitas hak kesehatan bagi lansia.

   Sosialisasi mengenai pencegahan Alzheimer dan pengobatan bagi pengidap Alzheimer di Indonesia harus semakin didorong. Hal ini guna meningkatkan kesadaran serta partisipasi masyarakat untuk membantu menurunkan angka kasus Alzheimer. Rosa Kornfeld-Matte, *Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons*, mengungkapkan bahwa negara dan *stakeholder* terkait lainnya harus meningkatkan kesadaran dan mengadopsi pendekatan HAM untuk melindungi hak dan martabat lansia dengan demensia.[209] Peningkatan kesadaran tentang demensia di tengah masyarakat akan membantu menurunkan tindakan kekerasan, penelantaran, dan bentuk-bentuk stigmatisasi dan diskriminasi lainnya yang dapat mengisolasi secara sosial lansia dengan demensia dan menghalangi mereka dalam mencari dan menerima bantuan.[210]

A.5. Pekerja Migran

Kendala utama yang dihadapi oleh pekerja migran dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan khususnya pada saat masa bekerja adalah minimnya aksesibilitas ekonomi. Untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan sejak proses pendaftaran, prapenempatan, masa penempatan, hingga proses kepulangan kembali atau purnapenempatan, pekerja migran sering menggunakan dana pribadi. Padahal proses

[207] United Nations, United Nations Principles for Older Persons 1991 General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1.

[208] Yayasan Alzheimer Indonesia, "Demensia vs Alzheimer" (2019) <https://alzi.or.id/demensia-vs-alzheimer/> diakses 1 Oktober 2020.

[209] Rosa Kornfeld-Matte, "Do more to protect human rights of older people suffering dementia, UN expert urges States" (*Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*, 2014) <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15071&LangID=E> diakses 1 Oktober 2020.

[210] World Health Organization, "Ensuring A Human Rights-Based Approach for People Living With Dementia" (2015).

migrasi dalam konteks pekerja migran seharusnya masuk ke dalam kategori pelayanan publik sehingga intervensi negara dalam bentuk bantuan pembiayaan kesehatan.

Adanya dugaan praktik komodifikasi dalam penerbitan surat keterangan sehat bagi calon PMI adalah praktik pelanggaran hak atas kesehatan karena dapat membahayakan kesehatan calon PMI juga orang di sekitar pada saat berada di negara penempatan. Setiap calon PMI berhak mendapatkan layanan tes kesehatan yang valid dan bermutu, sehingga keamanan para calon PMI sebelum dan sesudah masa penempatan dapat terjamin. Praktik komodifikasi selain merupakan bentuk penyelewengan terhadap ketentuan keamanan dan termasuk dalam bagian tindak pidana korupsi juga merupakan bentuk diskriminasi berbasis ekonomi ketika calon PMI yang memiliki dana lebih dapat mengakses surat keterangan sehat dengan mudah.

Belum ada peraturan perundang-undangan terkait dengan pekerja migran dari Indonesia yang secara tegas memberikan jaminan fasilitas pembiayaan layanan kesehatan bagi para pekerja migran. Fasilitas jaminan sosial yang disediakan pemerintah hanya berupa jaminan kecelakaan, hari tua, dan kematian yang diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan. Selain itu, kelompok pekerja migran tidak masuk dalam kategori PBI dalam BPJS Kesehatan. Hal ini semakin menyulitkan pekerja migran beserta keluarganya untuk mengakses layanan kesehatan baik di negara tujuan maupun negara asal yaitu Indonesia. Tanggung jawab penyediaan jaminan kesehatan bagi para pekerja migran dari Indonesia justru lebih diserahkan kepada Perusahaan Penempatan Pekerja Migran Indonesia (P3MI).

Keselamatan jiwa pekerja migran Indonesia di manapun berada merupakan tanggung jawab Pemerintah Indonesia. Pencegahan kematian pekerja migran baik karena penyakit, kekerasan, dan kecelakaan adalah hal yang tidak dapat ditawar-tawar. Fasilitas pelayanan kesehatan khususnya dalam keadaan darurat harus dapat diakses dengan mudah oleh para pekerja migran beserta keluarganya. Paragraf 28 Konvensi Internasional Pekerja Migran menyatakan bahwa pekerja migran dan keluarganya berhak untuk mendapatkan perawatan medis yang sangat dibutuhkan untuk kelangsungan hidup mereka atau untuk menghindari kerusakan terhadap kesehatan yang tidak dapat dipulihkan atas dasar kesetaraan perlakuan dengan warga negara dari negara yang bersangkutan.

Pelindungan hak atas kesehatan bagi pekerja migran tidak dapat dilepaskan dengan upaya perbaikan tata kelola migrasi tenaga kerja untuk mengurangi jalur-jalur migrasi nonprosedural dan indikasi tindak pidana perdagangan orang. Langkah-langkah perbaikan tata kelola ini bertujuan melindungi penikmatan hak asasi pekerja/buruh migran termasuk di dalamnya hak atas kesehatan. Perbaikan tata kelola juga harus dilaksanakan secara bersamaan dengan penguatan peran atase ketenagakerjaan sebagai wujud peran dan kehadiran negara untuk mengawasi dan memberikan perlindungan baik pekerja migran.

Pemerintah Indonesia juga dapat memanfaatkan jalur diplomasi bilateral atau regional yang telah ada. Koordinasi soal penyediaan jaminan kesehatan bagi para pekerja migran di masing-masing negara tujuan penempatan dapat dilakukan agar para pekerja migran dapat mengakses layanan kesehatan dasar yang tersedia di negaranya masing-masing. Pelapor Khusus PBB untuk Hak Atas Kesehatan, Anand Grover, merekomendasikan untuk pembentukan koridor ketenagakerjaan (dalam konteks pekerja migran) yang ditegakkan melalui kesepakatan bilateral yang dinegosiasikan sesuai dengan kerangka hak atas kesehatan, dan yang secara jelas mendefinisikan hak-hak pekerja migran, kewajiban agen

perekrutan, pemberi kerja, dan pemerintah.[211] Oleh karena itu, sebuah konsep *Portable Universal Health Coverage* perlu dibangun untuk mendukung aksesibilitas layanan kesehatan bagi pekerja migran. Yuyun Wahyiningrum, Representatif Indonesia dalam ASEAN Intergovernmental Commission on Human Rights (AICHR) 2019-2021, menyatakan bahwa:

> *"A portable UHC for migrant workers is doable and needed but it is not without challenges. Some issues that need to be resolved collectively include those related to cultural and linguistic accessibility, financing, coordination between the country of origin and destination and data management."*[212]

Peran aktif Negara dalam menjalin kerjasama internasional dibutuhkan demi upaya perlindungan pekerja migran.

A.6. Masyarakat Adat

Konsitusi telah mengamanatkan pengakuan dan penghormatan terhadap kesatuan-kesatuan masyarakat hukum adat beserta hak-hak tradisionalnya sebagaimana diatur dalam Pasal 18B ayat (2) UUD RI 1945. Pengakuan dan penghormatan ini penting sebagai langkah awal untuk memastikan aksesibilitas masyarakat adat terhadap berbagai pelayanan publik, termasuk layanan kesehatan. Namun sampai saat ini, belum ada regulasi yang menjamin adanya pengakuan legal masyarakat adat dari Negara. Hal ini mengakibatkan masyarakat adat tidak masuk ke dalam sistem administrasi kependudukan yang juga mengakibatkan masyarakat adat yang terkurangi haknya bahkan terabaikan dalam penikmatan hak atas kesehatan, termasuk di dalamnya, yaitu program JKN. Padahal Pasal 24 *Indigeneous and Tribal Peoples* Convention 1989 (No.169) menyatakan bahwa skema perlindungan sosial harus diperluas secara progresif untuk mencakup setiap orang dan diimplementasikan tanpa diskriminasi. Lebih lanjut Pasal 21 UNDRIP menyatakan bahwa masyarakat adat berhak atas pengembangan kondisi sosial ekonominya yang salah satunya adalah jaminan sosial.

Berdasarkan instrumen-instrumen HAM tersebut, pemerintah memiliki kewajiban memenuhi hak atas kesehatan bagi masyarakat adat. Kewajiban memenuhi ini dapat dilakukan dengan menyediakan dan memenuhi fasilitas obat-obatan dan rumah sakit yang memadai dan terjangkau, yang disesuaikan dengan budaya mereka (*culturally appropriate*), terjangkau secara ekonomi dan fisik (*affordability*), dan tidak diskriminatif. Termasuk bagi masyarakat adat yang tinggal di daerah terpencil, yang juga membutuhkan akses tambahan dukungan infrastruktur untuk dapat mengakses hak-haknya. Anggota komunitas masyarakat adat harus memiliki akses penuh terhadap fasilitas kesehatan masyarakat, barang dan jasa, termasuk yang berkaitan dengan faktor penentu kesehatan, seperti air yang aman dan layak minum dan makanan yang memadai, serta sanitasi yang bersih.

---

[211] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, "Migrant workers: their right to health care" (2020) <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Migrantworkerstheirrighttohealthcare.aspx> diakses 2 Oktober 2020.

[212] Yuyun Wahyuningrum, "Leveraging COVID-19 to Improve the Right to Health of Migrant Workers" [2020] ASEAN Focus 28.

Pelayanan kesehatan primer harus terpenuhi. Pemerintah wajib berupaya secara bertahap untuk memenuhi hak atas kesehatan masyarakat adat, serta menggunakan sumber daya yang maksimal. Kewajiban ini juga mengacu pada "derajat kesehatan tertinggi yang dapat dicapai" (*the highest attainable standard of health*) sebagai sasaran hak atas Kesehatan yang tercantum dalam Pasal 12 ayat (1) Undang-Undang No. 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan *International Covenant On Economic, Social And Cultural Rights* (Kovenan Internasional Tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial Dan Budaya), Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan Konstitusi *World Health Organization* (WHO) 1948.

Aspek keberterimaan menjadi salah satu kunci dalam melihat hak atas kesehatan bagi masyarakat adat. Dalam hal budaya, hak atas kesehatan menjaga agar pelayanan, fasilitas, dan kondisi kesehatan yang tersedia dapat secara proporsional sesuai dengan latar belakang dan budaya setiap orang. Sebagai contoh Masyarakat Baduy yang masih mengacu pada pengobatan tradisional untuk merawat dan menjaga kesehatan kehamilan dan persalinan.[213] Hal ini memerlukan pendekatan dari tenaga kesehatan agar bersedia melakukan pemeriksaan kehamilan dan persalinan di fasilitas kesehatan. *Consent* sangat diperlukan dalam mendekatkan fasilitas kesehatan tingkat lanjut bagi kelompok masyarakat adat. Apalagi dalam Kajian LIPI menemukan bahwa salah satu faktor sosial budaya yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu dan anak adalah adanya anggapan tenaga kesehatan dianggap sebagai 'orang luar' sehingga kehadiran tenaga kesehatan tidak dapat diterima dengan mudah.[214]

Untuk itu, perlu dikembangkan sosialisasi informasi dan promosi kesehatan yang sesuai dengan budaya masing-masing daerah untuk mencegah penyakit menular dan tidak menular, khususnya bagi masyarakat adat di daerah terpencil. Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang masih sangat kurang, dan untuk menambah tenaga kesehatan yang kompeten dan dapat dipercaya oleh masyakat setempat, maka anggota masyarakat adat dapat diberikan pelatihan sebagai tenaga kesehatan. Dapat didesain pola pelatihan yang disesuaikan mengikuti akreditasi sebagai praktisi kesehatan dan diintegrasikan ke dalam sistem perawatan kesehatan di semua tingkatan. Tentunya disertai pula dengan kurikulum perawatan kesehatan yang turut melingkupi layanan kesehatan sesuai budaya setempat.

Terhadap pengobatan tradisional, Pemerintah wajib melakukan pengawasan pelayanan pengobatan tradisional sebagai perwujudan perlindungan bagi masyarakat.[215] Pengawasan ini terkait dengan tujuan menjaga mutu dan keamanan penggunaan obat tradisional.

Bagi masyarakat adat yang memilih untuk hidup berpindah, pemerintah harus mengembangkan program pembangunan yang lebih holistik dan berbasis HAM sesuai kebutuhan mereka. Program pengadaan rumah sehat dan pembinaan untuk menetap memang sudah diadakan oleh Kementerian Sosial, namun program ini dinilai belum tepat

[213] Vita Kartika, Rozana Ika Agustiya dan Asep Kusnali, "Budaya Kehamilan dan Persalinan pada Masyarakat Baduy, di Kabupaten Lebak, Tahun 2018" (2019) Vol.22-3 Buletin Penelitian Sistem Kesehatan 192.

[214] Yogaswara (n 141).

[215] Pasal 59 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 10761/Menkes/SKIVII1/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional dan Penerapan Pengobatan Tradisional (SP3T).

sasaran menimbang karakteristik sebagian masyarakat adat pedalaman yang masih menjalani pola hidup berpindah.

Ke depannya, pemerintah juga perlu melakukan konsultasi sebagai bentuk pelibatan secara menyeluruh dengan masyarakat adat untuk mendapatkan aspirasi dan memahami kebutuhan hidup mereka. Selain itu, perlu disusun mekanisme pemulihan hak-hak masyarakat adat secara partisipatif dan untuk mengimplementasikannya secara bertahap dan progresif hak-hak atas ruang hidup dan kehidupan bagi masyarakat adat. Sistem perawatan kesehatan juga perlu diperkuat dan alokasi anggaran kesehatan nasional perlu ditingkatkan untuk menjamin pembiayaan yang memadai, adil dan berkelanjutan. Pemerintah perlu meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan di daerah terpencil, dengan fokus khusus pada perawatan primer, peran umum praktisi, dan mempertimbangkan situasi kekhasan masyarakat adat.

A.7. Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)

Stigmatisasi dan Diskriminasi Pelayanan Kesehatan

Stigmatisasi menjadi faktor penyebab utama yang menghambat ODHA sebagai populasi kunci untuk mendapatkan akses terhadap fasilitas kesehatan publik. Stigmatisasi ini kemudian membentuk pola diskriminasi baik langsung maupun tidak langsung, seperti kebijakan atau regulasi yang diskriminatif dan tindakan diskriminasi secara langsung oleh pihak fasilitas kesehatan atau tenaga medis serta masyarakat kepada ODHA. Bentuk hambatan diskriminatif jelas melanggar prinsip hak asasi manusia secara khusus hak atas kesehatan.

Sebagaimana yang telah dituangkan dalam Paragraf 18 Komentar Umum Komite Hak-Hak Ekonomi Sosial dan Budaya Nomor 14 dengan merujuk pada Pasal 2 Ayat (2) dan Pasal 3 KIHESB, negara pihak berjanji menjamin akses perawatan kesehatan dan faktor-faktor penentu kesehatan, juga pada wahana perlindungannya tanpa diskriminasi dengan dasar status kesehatan (termasuk HIV/AIDS) yang bertujuan atau memengaruhi penghapusan atau ketidakseimbangan kesamaan dalam menikmati atau pemenuhan hak atas kesehatan. Dalam panduan nomor 4 *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights* dinyatakan bahwa negara harus mengevaluasi serta mereformasi segala hukum/regulasi dan sistem untuk memastikan kesesuaian dengan instrumen hukum HAM internasional dan tidak disalahgunakan dalam konteks ODHA dan kelompok rentan lainnya.[216] Lebih lanjut dalam panduan nomor 5, negara harus memberlakukan dan menguatkan kebijakan antidiskriminasi untuk melindungi kelompok rentan secara khusus ODHA dari diskriminasi di sektor publik dan privat. Dalam rangka pemenuhan hak atas kesehatan bagi ODHA diperlukan kerangka regulasi, kelembagaan, dan strategi pembangunan kesehatan yang inklusif sebagai bentuk tanggung jawab negara sebagai pemangku kewajiban (*duty bearer)* hak segenap masyarakatnya.

Minimnya Jaminan Ketersediaan Obat dan Tes HIV

Sebagaimana kondisi yang dialami kelompok rentan lainnya dalam hal ketersediaan alat/obat penunjang kesehatan ODHA rawan terjadi kekurangan khususnya di fasilitas

[216] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, "The Protection of Human Rights in The Context of Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)" (1997) E-CN_4-RES-1997-33.

kesehatan tingkat primer. Hal ini menyulitkan ODHA yang membutuhkan obat-obatan rutin seperti obat ARV sebagai satu-satunya metode terapi pengobatan yang telah terbukti membantu mempertahankan kondisi orang dengan HIV. Terganggunya ketersediaan obat-obatan berpotensi mengakibatkan tingginya kasus putus obat yang juga dapat memperburuk tingkat kesehatan ODHA bahkan bisa menemui kematian hingga berisiko penularan kepada orang lain.[217] Penurunan jumlah kematian akibat AIDS adalah hal yang tidak bisa ditawar karena menyangkut hak untuk hidup sebagai HAM yang tidak dapat dikurangi dalam bentuk apapun (*non-derogable rights)*. Negara harus melakukan serangkaian tindakan, strategi, dan kebijakan yang progresif untuk mengatasi fenomena putus obat dan menjamin aksesibilitas masyarakat untuk tes HIV dan perawatan lainnya yang terjangkau dan aman.

B. Jaminan Kesehatan Bagi Kelompok Rentan

Sistem jaminan kesehatan nasional di Indonesia diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ("UU BPJS"). Bentuk kewajiban pemerintah dalam memenuhi hak atas kesehatan adalah dengan menyediakan layanan kesehatan termasuk fasilitas kesehatan yang diperlukan dengan menciptakan kondisi yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat tanpa diskriminasi. Melalui ketentuan UU BPJS, pemerintah mewajibkan setiap warga negara menjadi peserta sistem jaminan kesehatan nasional tersebut. Namun, kenyataannya masih banyak masyarakat yang mengeluhkan kuantitas dan kualitas pelayanan yang diperoleh di berbagai daerah. Penyaluran PBI JKN masih belum akurat, yaitu penerima PBI JKN yang saat ini sebesar 96,8 juta jiwa dengan akurasi sekitar 57%. Hal ini menyebabkan sekitar 40 juta masyarakat miskin rentan masih belum menerima bantuan pembayaran iuran JKN.[218] Survei yang diadakan oleh Komnas HAM RI bekerjasama dengan Litbang Kompas juga menemukan ketidaktepatan penerima sasaran PBI BPJS. Dari 1.200 responden di 34 provinsi, 61,3% menyatakan bahwa subsidi iuran BPJS tidak tepat sasaran.

Kepesertaan BPJS Kesehatan sebagaimana diatur dalam UU SJSN dan UU BPJS bersifat wajib untuk dimiliki setiap penduduk Indonesia. Kewajiban ini berkaitan dengan prinsip kegotongroyongan yang dimiliki lembaga BPJS yaitu prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwajibkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya. Hal ini dapat diartikan kewajiban kepesertaan BPJS Kesehatan bagi setiap penduduk bertujuan untuk penanggungan beban secara bersama-sama agar terwujudnya jaminan kesehatan.

Sayangnya sifat gotong royong dalam menanggung beban jaminan sosial tidak diimbangi dengan gotong royong melindungi hak atas kesehatan bagi kelompok rentan. Melalui Pasal 52 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pemerintah menetapkan manfaat yang tidak dijamin. Beberapa daftar manfaat yang tidak dijamin tersebut menghambat perlindungan hak atas kesehatan kelompok rentan seperti:

---

[217] Iffah Nur Arifah, "Ribuan Orang dengan HIV di Indonesia Terancam Putus Mengkonsumsi Obat" (*ABC News,* 2019) <https://www.abc.net.au/indonesian/2019-12-03/pasien-hiv-keluhkan-kelangkaan-obat/11755184> diakses 5 Oktober 2020.

[218] Ali (n 153).

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
2. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan sendiri; dan
3. Pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiyaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Keterbatasan penggunaan JKN yang tidak bisa dilakukan di luar negeri berdampak pada perlindungan kesehatan bagi pekerja migran. Sebagaimana yang telah diatur dalam UU PPMI, saat ini belum ada jaminan kesehatan yang secara khusus dapat digunakan bagi pekerja migran untuk dapat mengakses layanan kesehatan di masing-masing negara penempatan. Selain itu, biaya *medical check-up* sebagai salah satu tahap prapenempatan tidak dapat ditanggung dalam JKN. Hal ini mengakibatkan pekerja migran harus mengeluarkan dana pribadi dari proses prapenempatan hingga kepulangan kembali.

Penyandang disabilitas psikososial dengan gejala depresi tidak mampu mendapatkan akses pembiayaaan pengobatan melalui JKN apabila mengalami upaya bunuh diri atau tindakan melukai diri sendiri. Pengeluaran jenis manfaat gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti sendiri menimbulkan diskriminasi secara tidak langsung bagi para penyandang disabilitas psikososial untuk mengakses layanan kesehatan. Ketentuan afirmatif bagi penyandang disabilitas psikososial seharusnya dihadirkan guna mengakomodasi kebutuhan kesehatan bagi para penyandang disabilitas psikososial.

Program JKN secara langsung juga menyulitkan kelompok perempuan, anak, remaja, dan lansia sebagai kelompok yang rentan dengan kekerasan seksual dan tindak penganiayaan. BPJS Kesehatan beralasan bahwa skema JKN hanya terkait pada hal-hal yang substansinya tentang penyakit, sedangkan korban kekerasan seksual bukan karena penyakit.[219] Perlindungan bagi hak atas kesehatan bagi korban kekerasan seksual dan tindak penganiayaan sebelumnya sudah diakomodir dalam Undang Undang Nomor 31 Tahun 2014 tentang Perlindungan Saksi dan Korban namun hal itu belum cukup seperti layanan visum bagi korban kekerasan seksual dalam implementasinya masih sangat sulit diakses terkendala dengan pembiayaan. Selain itu, mekanisme pembiayaan yang ada di Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban (LPSK) hanya menanggung biaya perawatan bagi korban dan saksi yang terkait dengan proses penegakan hukum.[220] Langkah pemerintah untuk mengatur bahwa layanan korban tindak pidana tidak dijamin BPJS patut disayangkan karena belum menjamin pemenuhan hak korban khususnya bantuan medis yang memadai.[221]

Sebagian besar kelompok rentan seperti pekerja migran, lansia, anak, penyandang disabilitas banyak yang tidak masuk ke dalam kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang mensyaratkan data penduduk *by name by address*. Hal ini disebabkan kelompok rentan

[219] Alfian Putra Abdi, "LPSK Cuma Tanggung Biaya Perawatan Korban yang Terkait Proses Hukum" (*Tirto*, 2020) <https://tirto.id/lpsk-cuma-tanggung-biaya-perawatan-korban-yang-terkait-proses-hukum-ddRN> diakses 6 Oktober 2020.

[220] ibid.

[221] ICJR, "ICJR : Keputusan Pemerintah untuk Mencabut layanan bantuan Korban dari BPJS Kesehatan Mengecewakan" (2020) <https://icjr.or.id/icjr-keputusan-pemerintah-untuk-mencabut-layanan-bantuan-korban-dari-bpjs-kesehatan-mengecewakan/> diakses 6 Oktober 2020.

yang dimaksud tidak memiliki pendapatan yang cukup namun dan tidak memiliki identitas diri yang masuk dalam sistem kependudukan, bahkan banyak dari mereka tidak memiliki kemampuan baca tulis. Secara khusus bagi para penyandang disabilitas mental dan lansia yang berada di panti sosial dengan kondisi yang memprihatinkan, umumnya tidak memiliki identitas kependudukan. Survei yang dilakukan Komnas HAM RI bekerja sama dengan Litbang Kompas (2020) menyatakan bahwa 61,3% responden menyatakan bahwa subsidi BPJS Kesehatan gratis oleh pemerintah kurang atau tidak tepat sasaran.[222] Hal ini menandakan bahwa mayoritas masyarakat merasakan bahwa sasaran PBI dalam program BPJS Kesehatan harus terus disempurnakan agar dapat mencakup setiap kelompok yang membutuhkan termasuk di dalamnya kelompok rentan yang tidak memiliki akses atas legalitas identitas dirinya.

Permasalahan identitas dalam sistem kependudukan juga dialami oleh kelompok masyarakat adat yang saat ini keberadaannya belum diakui secara sepenuhnya oleh negara. Begitu juga dengan anak yang baru lahir yang belum memiliki kelengkapan dokumen diri seperti akta kelahiran namun memerlukan bantuan medis darurat. Berdasarkan pengalaman advokasi yang telah dilakukan B1 (NGO Pemerhari Jaminan Kesehatan Nasional), Sdr. T dari B1 mengungkapkan bahwa seorang ibu miskin dengan anak yang baru lahir harus hadir di rumah sakit setiap hari hanya untuk memenuhi kebijakan dari peraturan BPJS 1 poli 1 hari*. "… Dia ini baru lahir 8 bulan harus operasi ini-nya, belakangnya. Ibu miskin. Saya bilang ke suster mengapa harus nunggu besok lagi? Dijawab itu kebijakan BPJS pak kalau nggak, nggak bisa dibayar,"* ujar Sdr.T menceritakan apa yang ditemuinya di lapangan.

Survei Hak Atas Kesehatan yang dilakukan Komnas HAM RI dengan Litbang Kompas menemukan bahwa identitas yang tidak didaftarkan oleh RT/RW/kelurahan menjadi alasan keempat terbanyak (22,2%), setelah tidak sanggup bayar iuran (52,1%), aturan berbelit-belit (30,2%), dan tidak tahu caranya (25,4%) yang menyebabkan seseorang tidak memiliki BPJS Kesehatan.[223] Hal ini tentu memerlukan analisis yang lebih mendalam namun setidaknya dapat dijadikan indikasi awal bahwa masih ditemukan warga yang tidak dapat memiliki akses jaminan sosial atau jaminan kesehatan nasional karena persoalan administrasi kependudukan terutama di tingkat pemerintahan rendah. Persoalan data identitas diri seharusnya tidak menghalangi setiap orang untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Dalam Pasal 29 Ayat (1) UU tentang Pelayanan Publik, penyelenggaran berkewajiban memberikan pelayanan dengan perlakuan khusus kepada anggota masyarakat tertentu. Lebih lanjut dalam Penjelasan Pasal 29 Ayat (1) UU Pelayanan Publik mencantumkan masyarakat tertentu merupakan kelompok rentan, antara lain penyandang cacat (penyandang disabilitas), lanjut usia, wanita hamil, anak-anak, korban bencana alam, dan korban bencana sosial. Perlakuan khusus kepada masyarakat tertentu diberikan tanpa tambahan biaya. Sistem JKN yang tidak mampu mengakomodasi hak atas kesehatan berlawanan dengan amanat UU Pelayanan Publik di mana layanan kesehatan sekaligus program jaminan sosial adalah salah satu dari bentuk pelayanan publik.

[222] Komnas HAM dan Litbang Kompas, "Survei Hak Atas Kesehatan" (2020).

[223] ibid.

Paragraf 29 Komentar Umum Komite Hak Ekonomi Sosial dan Budaya Nomor 19 tentang Hak atas Jaminan Sosial menyatakan bahwa kewajiban negara adalah memastikan hak atas jaminan sosial dapat dinikmati tanpa diskriminasi. Lebih lanjut KIHESB melarang segala bentuk diskriminasi baik langsung maupun tidak langsung berdasarkan ras, warna, gender, umur, agama, pilihan politik, disabilitas, status kesehatan (termasuk HIV/AIDS), orientasi seksual, dan lain-lain yang memiliki maksud atau dampak dari ketiadaan atau rusaknya penikmatan hak atas jaminan sosial yang setara.[224] Oleh karena itu, manfaat pelindungan sosial bagi kelompok rentan perlu dijamin agar tidak ada kelompok masyarakat yang tertinggal dan tidak terlindungi hak-haknya.

C. Perlindungan Hak atas Kesehatan Kelompok Rentan dalam Masa Kedaruratan Kesehatan

Pandemi COVID-19 adalah salah satu fenomena yang dapat dijadikan sebagai sebuah model dalam menentukan langkah-langkah pelindungan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di masa darurat. Kondisi kedaruratan sangat berpengaruh terhadap aksesibilitas masyarakat dalam berbagai pelayanan publik termasuk layanan kesehatan. Kelompok rentan sebagai kelompok yang sering tercerabut hak-haknya membutuhkan tindakan-tindakan afirmatif guna mendukung aksesibilitas mereka terhadap layanan kesehatan dasar yang diperlukan.

Dimensi kelompok rentan yang begitu luas memiliki kebutuhan masing-masing dan dengan cara yang berbeda. Hal ini membutuhkan kepekaan bagi pemerintah untuk dapat menyediakan langkah-langkah strategis memenuhi hak kelompok rentan untuk mendapatkan akses kesehatan yang sama dengan masyarakat pada umumnya. Jaminan perlindungan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di masa kedaruratan sudah diatur dalam berbagai instrumen HAM internasional dan nasional yang memuat kewajiban negara dalam memenuhi, melindungi, dan menghormati hak atas kesehatan kelompok rentan di masa darurat yang meliputi:

a. <u>Ketersediaan dan keterjangkauan obat-obatan dalam masa pandemi</u>
   Beberapa kelompok rentan seperti ODHA, penyandang disabilitas mental, dan lansia memerlukan obat-obatan rutin yang perlu dikonsumsi untuk menjaga kesehatannya. Namun dalam kondisi pandemi COVID-19, sebagian besar fokus layanan kesehatan beralih kepada perawatan dan penanganan kasus positif COVID-19. Hal ini menyebabkan layanan kesehatan non-COVID-19 lebih sulit diakses termasuk di dalamnya barang dan jasa kesehatan seperti obat-obatan. Dalam bab sebelumnya, kelompok ODHA dan penyandang disabilitas memerlukan ketersediaan obat di fasilitas kesehatan tingkat primer seperti puskesmas dan klinik umum, yang memudahkan mereka dalam menjangkau obat-obatan yang diperlukan. Negara wajib menyediakan barang dan jasa kesehatan bagi kelompok rentan dalam kondisi apapun dan dengan biaya yang

[224] UN Economic and Social Council, General Comment No. 19: The right to social security (Art. 9 of the Covenant) 2008 E/C.12/GC/19.

terjangkau.[225] Menurut Komite Hak Ekosob tidak ada justifikasi atas turunnya pelindungan bagi kelompok rentan dari diskriminasi di bidang kesehatan.[226]

b. Pelindungan kesehatan khusus bagi pekerja migran

UU PPMI secara eksplisit menyatakan bahwa dalam keadaan bencana atau wabah penyakit, pemerintah pusat dan daerah berkewajiban dalam menjamin pelindungan serta mengurus kepulangan PMI. Selama pengurusan kepulangan tersebut, penyediaan bantuan kebutuhan dasar dan barang/jasa berkaitan pelindungan PMI menjadi kewajiban Indonesia melalui berbagai lembaga dan instrumen yang dimiliki. Kerjasama bilateral dan multilateral yang kuat antara Indonesia dengan negara-negara penempatan dapat memastikan pelindungan hak atas kesehatan bagi pekerja migran[227] seperti perluasan akses terhadap layanan kesehatan dan perlindungan sosial.

c. Prioritas sumber daya layanan kesehatan bagi kelompok rentan

Dalam kondisi kelangkaan yang terjadi pada sumber daya kesehatan seperti fasilitas karantina, tes, obat-obatan, bahkan vaksin, kelompok rentan berhak mendapatkan prioritas. Salah satu kewajiban inti minimum yang terkandung dalam KIHESB yang wajib dipenuhi Negara adalah akses terhadap fasilitas, barang dan jasa kesehatan tanpa diskriminasi terutama bagi kelompok rentan. Lebih lanjut ketidakpatuhan terhadap kewajiban minimum tidak dapat dibenarkan bahkan pada saat kelangkaan sumber daya terjadi karena hal tersebut tidak dapat dikurangi (*non-derogable*).[228]

d. Layanan kesehatan 'jemput bola' bagi kelompok disabilitas dan lansia

Kelompok rentan seperti lansia dan penyandang disabilitas yang mengalami keterbatasan dalam mengakses layanan kesehatan memerlukan kebijakan afirmatif seperti layanan *homevisit/homecare,* dan *telemedicine* (telemedis) yang sangat sesuai dengan kondisi yang mengharuskan minimalisasi pertemuan tatap muka. WHO dalam *Disability Considerations during the COVID-19 Outbreak* memberikan rekomendasi kepada penyedia layanan disabilitas seperti panti sosial (baik yang dikelola negara dan swasta) untuk memberikan layanan kesehatan yang sesuai melalui konsultasi berbasis rumah atau melalui *platform* yang serupa seperti yang digunakan dalam telemedis.[229]

Meskipun layanan telemedis dalam praktiknya tidak diarahkan menggantikan interaksi tatap muka dokter-pasien namun layanan telemedis dapat memberikan kesempatan penyelenggaraan praktik kedokteran bagi lansia dan disabilitas yang bebas dari batasan jarak.[230] Pandemi COVID-19 dapat menjadi momen yang

---

[225] UN Economic and Social Council CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) (n 1).

[226] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights dan World Health Orginization (n 22).

[227] International Labour Organization, "Protecting migrant workers during the COVID-19 pandemic: Recommendations for Policy-makers and Constituents" (2020).

[228] United Nations, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health 2013 A/68/297.

[229] World Health Organization, "Disability considerations during the COVID-19 outbreak" (2020).

[230] Pukovisa Prawiroharjo, Peter Pratama dan Nurfanida Librianty, "Layanan Telemedis di Indonesia: Keniscayaan, Risiko, dan Batasan Etika" (2019) Vol.3-1 Jurnal Etika Kedokteran Indonesia.

tepat bagi negara untuk mulai memberikan perhatian lebih dalam mengembangkan penyediaan layanan telemedis bagi para penyandang disabilitas dan lansia. Dengan adanya layanan telemedis maka pengeluaran biaya perawatan akan semakin rendah, menurunkan biaya transportasi, meningkatkan komunikasi rekonsiliasi pengobatan, menghindari kemungkinan terpapar penyakit menular, dan menurunkan biaya upah jasa perawat/*caregiver*.[231] Hal ini memberi banyak manfaat bagi kelompok rentan yang umumnya juga termasuk dalam kelompok masyarakat miskin. Walaupun begitu, hal yang perlu diingat adalah keunikan dari dimensi penyandang disabilitas yang beragam seperti penyandang disabilitas intelektual yang sulit mendapatkan komunikasi yang efektif melalui telemedis.[232] Perlu banyak penyesuaian misalnya dalam bentuk akomodasi yang layak (*reasonable accommodation*) serta penyempurnaan sistem yang dilakukan agar layanan telemedis dapat efektif mendukung aksesibilitas penyandang disabilitas dan lansia.

Dalam *COVID-19 and the Rights of Persons with Disabilities*, Kantor Komisioner Tinggi PBB untuk HAM menyatakan salah satu tindakan penting yang dapat dilakukan negara dalam melindungi kesehatan penyandang disabilitas adalah mengidentifikasi dan menghilangkan hambatan perawatan kesehatan dengan memastikan lingkungan yang aksesibel serta tersedia dan adanya penyebaran informasi dan komunikasi kesehatan dalam model yang dapat diakses.[233] Data statistik menunjukkan bahwa masyarakat dengan disabilitas memiliki tingkat utilisasi fasilitas rumah sakit yang lebih tinggi dibanding dengan masyarakat non-disabilitas yang berarti bahwa kebutuhan penyandang disabilitas terhadap fasilitas medis tingkat lanjut cukup tinggi.[234] Terlebih dalam masa pandemi COVID-19, pemerintah harus memastikan aksesibilitas penyandang disabilitas terhadap fasilitas kesehatan. Layanan *home visit* atau kunjungan ke rumah dapat menjadi salah satu contoh layanan yang dapat menjaga aksesibilitas tersebut.[235] Berbagai layanan 'jemput bola' atau kunjungan ke rumah dapat menjadi salah satu solusi yang dapat ditempuh untuk mengurangi hambatan yang dialami kelompok rentan guna mengakses layanan kesehatan dengan meminimalisasi risiko penularan COVID-19. Harapannya layanan ini tidak terbatas pada masa kedaruratan saja, namun penting untuk tetap dapat dikembangkan dalam situasi non-kedaruratan sekalipun.

[231] Zia Agha, Ralph M Schapira dan Azmaira H Maker, "Cost effectiveness of telemedicine for the delivery of outpatient pulmonary care to a rural population" (2002) Vol.8-3 Telemed J E Health 281.

[232] Thiru M Annaswamy, Monica Verduzco-Gutierrez dan Lex Frieden, "Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: Covid-19 and beyond" (2020) 100973 Disability and Health Journal.

[233] United Nations High Commissioner for Human Rights, "COVID-19 and The Rights of Persons with Disabilities: Guidance" (2020).

[234] Rachmat Reksa Samudra dan Diahhadi Setyonaluri, *Inequitable Impact of COVID-19 in Indonesia: Evidence and Policy Response* (UNESCO Jakarta Office 2020).

[235] ibid.

BAB V. PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan keseluruhan data dan fakta yang ditemukan dalam kajian pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan, dilakukan analisis terhadap terhadap dua pertanyaan penelitian sebagai berikut:

Q1. **Bagaimana situasi dan kondisi pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan dalam aspek ketersediaan, aksesibilitas, dan mutu?**

1. **Ketersediaan**
   a. Secara umum layanan kesehatan sangat bervariasi pada tiap daerah. Hal ini terkait dengan desentralisasi dan otonomi daerah, di mana daerah memiliki kewenangan mengelola urusan-urusan pemerintahan sebagaimana diatur oleh Undang-Undang Pemerintahan Daerah. Urusan pemerintahan di bidang kesehatan adalah urusan yang dilimpahkan kewenangannya kepada pemerintah daerah. Adanya disparitas layanan kesehatan antarwilayah Indonesia demikian tinggi, diantaranya dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya (*resource*) dan juga oleh kondisi yang berbeda-beda pada masing-masing daerah.
   b. Masih tingginya angka kematian bayi dan tingginya prevalensi *stunting* menjadi salah satu indikator bahwa pemenuhan hak atas kesehatan bagi anak tidak lepas dari pemenuhan hak atas pangan (gizi yang cukup) serta hak atas air dan sanitasi. Hal ini mengkonformasi prinsip hak asasi manusia, yaitu tidak dapat dipisah-pisahkan, saling terkait, dan saling bergantung. Kondisi ini dipengaruhi oleh ketersediaan dan belum merata terpenuhinya hak-hak yang secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh terhadap pemenuhan hak atas kesehatan.
   c. Masih terdapat permasalahan ketersediaan dan mutu obat bagi para penyandang disabilitas psikososial akan pemenuhan kebutuhan obat rutin yang dikonsumsi dalam jangka panjang (seumur hidup), padahal keberadaan obat-obatan ini sangat vital dan menentukan kondisi penyandang disabilitas mental dalam kehidupan sehari-hari. Keterbatasan atas ketersediaan obat dapat menyebabkan dosis yang tidak sesuai yang berdampak buruk bagi kesehatan penyandang disabilitas.
   d. Masih tingginya kasus perkawinan anak di Indonesia secara langsung berdampak pada kesehatan anak yang menikah serta kondisi bayinya kelak. Kondisi ini dipengaruhi oleh, di antaranya, ketersediaan layanan kesehatan (termasuk di dalamnya sosialisasi informasi kesehatan) yang masih kurang memadai.
   e. Ketersediaan dan distribusi fasilitas kesehatan geriatri serta layanan *homecare* di Indonesia masih relatif rendah. Ketersediaan *Long term care* sebagai bagian penting dukungan kemandirian lansia dan juga jenis disabilitas tertentu masih belum menjadi fokus layanan hak atas kesehatan di Indonesia.
   f. Ketersediaan obat-obatan ARV dan tes HIV masih sering mengalami kendala sehingga berisiko membahayakan kesehatan ODHA dan meningkatkan kemungkinan penularannya.

g. Minimnya ketersediaan jaminan kesehatan bagi Pekerja Migran Indonesia (PMI) di negara penempatan baik dari pemerintah negara asal dan negara penempatan.

2. Aksesibilitas

Dalam mengakses layanan kesehatan dasar, masing-masing kelompok rentan mengalami bentuk kerentanan yang berbeda-beda. Dapat digambarkan aksesibilitas hak atas kesehatan bagi kelompok rentan sebagai berikut:

a. Secara umum masih terdapat adanya hambatan akses terhadap layanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah terpencil/tertinggal.
b. Kelompok perempuan masih harus berjuang melawan budaya patriarki yang masih kental di Indonesia. Hal ini dapat secara langsung maupun tidak langsung menghambat perempuan dalam mengakses hak atas kesehatannya, terutama hak atas kesehatan seksual dan reproduksi. Masih banyak dilakukan praktik sunat perempuan, juga stigmatisasi dan diskriminasi berdasarkan status pernikahan, maraknya kasus kekerasan seksual, sulitnya akses terhadap layanan aborsi yang aman, serta masih tingginya angka kematian ibu menjadi indikator yang menjadikan perempuan sebagai salah satu kelompok rentan dalam hak atas kesehatan. Kerentanan ini berakibat pada kesulitan mengakses hak atas kesehatan.
c. Kelompok anak dan remaja mengalami kerentanan dalam menentukan pilihan yang berhubungan dengan kesehatannya serta membutuhkan peran serta dari orang tua dalam pemenuhan hak atas kesehatannya. Selain itu, melihat tingginya prevalensi merokok pada anak dan remaja, perlu pengaturan dan edukasi yang komprehensif guna melindungi hak atas kesehatan anak akibat bahaya yang ditimbulkan dari rokok.
d. Penyandang disabilitas mengalami hambatan akses hak atas kesehatan bervariasi tergantung pada ragam disabilitas yang dialami. Dalam hal aksesibilitas fisik, misalnya, masih banyak ditemukan fasilitas kesehatan di tingkat primer yang belum ramah disabilitas. Bagi penyandang disabilitas yang berada di fasilitas panti sosial tidak memiliki akses legalitas (misalnya KTP) sehingga menghambat mereka dalam mengakses layanan kesehatan dasar beserta jaminan sosial. Selain itu, stigmatisasi atas penyandang disabilitas juga menciptakan hambatan tersendiri bagi penyandang disabilitas untuk mengakses layanan kesehatan. Untuk disabilitas mental atau intelektual, misalnya, sering kali mereka tidak memiliki hak persetujuan (*informed consent*) terhadap tindakan kesehatan/medis atas dirinya.
e. Lansia di Indonesia masih belum dapat mengakses hak atas kesehatan dengan mudah. Selain itu sama halnya dengan penyandang disabilitas, mayoritas fasilitas kesehatan tingkat primer masih belum ramah lansia dalam hal aksesibilitas fisik.
f. Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) masih kerap mengalami stigmatisasi yang berujung pada diskriminasi. Hal ini terjadi, misalnya, dalam mengakses fasilitas kesehatan publik. Diskriminasi kerap pula dialami dalam mengakses layanan kesehatan, baik yang dilakukan oleh pihak tenaga medis maupun oleh masyarakat sekitar.

g. Masyarakat adat masih belum mendapatkan pengakuan sepenuhnya dari negara hingga saat ini, sehingga menyulitkan masyarakat adat untuk dapat mengakses layanan kesehatan dasar. Pada umumnya masyarakat adat memiliki bentuk kerentanan yaitu karena belum dilakukannya pendataan/tidak masuk dalam sistem administrasi kependudukan, kondisi geografis tempat tinggal yang terpencil, kepastian hak atas wilayah adatnya, faktor keberterimaan adat, rusaknya sumber daya alam, dan cara hidup yang berpindah-pindah. Risiko malnutrisi dan kelaparan, ancaman penyakit menular dll mengancam kesehatan masyarakat adat karena minimnya intervensi negara untuk memenuhi hak atas kesehatan masyarakat adat. Di sisi lain, negara belum sepenuhnya mengakui dan mendukung pengembangan kearifan lokal dan keragamana pangan yang telah berkembang dibanyak masyarakat adat.
h. Pekerja migran menghadapi hambatan dalam aksesibilitas ekonomi layanan kesehatan mulai dari pra penempatan hingga pemulangan kembali. Adanya praktik komodifikasi tes kesehatan selain bersifat diskriminatif juga membahayakan keselamatan calon PMI pada saat penempatan.

3. Kualitas/ Mutu

a. Masih terdapat obat-obat untuk penyandang disabilitas (khususnya disabilitas mental/psikososial) diragukan kualitasnya. Banyak obat yang tidak sesuai dengan standar internasional atau masih diberikannya obat-obat generasi lama yang bahkan sudah dilarang di negara-negara tertentu. Obat-obat tersebut memberikan efek samping yang buruk bagi orang-orang tertentu yang mengonsumsinya.
b. Masih ditemukan tenaga kesehatan yang kurang kompeten yang dalam melaksanakan tugasnya dan tidak memahami pelayanan yang berorientasi pada hak, khususnya bagi kelompok rentan (*friendly services*).
c. Masih adanya praktik komodifikasi pada penerbitan surat keterangan sehat bagi calon Pekerja Migran Indonesia (PMI).
d. Masih belum berkembangnya dukungan, termasuk pengawasan kualitas (*quality control*) atas beragam kearifan lokal terkait pengobatan-pengobatan tradisional.

Q2. **Bagaimana upaya negara dalam memenuhi hak atas kesehatan bagi kelompok rentan?**

1. Pembangunan dan peningkatan aksesibilitas layanan kesehatan dasar bagi kelompok rentan di Indonesia belum menjadi prioritas negara baik dalam rencana pembangunan, pembenahan regulasi, maupun anggaran belanja nasional dan daerah yang berkaitan dengan layanan kesehatan dasar. Pemanfaatan sumber daya yang maksimal (*maximum available resources*) belum dikedepankan dalam rangka pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan.
2. Capaian pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di Indonesia cenderung stagnan dan tidak mencerminkan realisasi progresif sebagaimana yang diwajibkan dalam KIHESB. Beberapa perbaikan memang terlihat dalam capaian program dan kebijakan kesehatan tahunan bagi sebagian kelompok rentan seperti anak dan perempuan, namun bila dilihat dalam jangka waktu yang lebih panjang

perbaikan tersebut tidak secara signifikan untuk memenuhi target-target tujuan pembangunan berkelanjutan.

3. Program Jaminan Kesehatan Nasional yang saat ini dikelola oleh BPJS Kesehatan belum sepenuhnya memberikan perlindungan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan karena adanya Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang tidak menjamin perlindungan kesehatan bagi kelompok perempuan dan anak sebagai mayoritas korban TPPO dan KtPA, penyandang disabilitas psikososial, serta pekerja migran; dan
4. Minimnya langkah-langkah pendataan sosial baik untuk keperluan statistik dan administrasi kependudukan secara komprehensif bagi kelompok rentan seperti masyarakat adat dan penyandang disabilitas menyebabkan terhambatnya akses kelompok rentan terhadap berbagai pelayanan publik termasuk di dalamnya layanan kesehatan dasar.

B. Rekomendasi

Berdasarkan simpulan tersebut di atas, Komnas HAM RI merekomendasikan agar:

1. Presiden RI beserta jajarannya agar merevisi Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan agar dapat memberikan jaminan kesehatan secara khusus bagi kelompok rentan.
2. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah lintas sektor untuk memenuhi hak untuk berpartisipasi setiap kelompok rentan sebagai salah satu fokus kebijakan pembangunan dalam pemenuhan hak atas kesehatan, baik dalam program kebijakan serta perumusan anggaran serta melakukan distribusi fasilitas kesehatan dan tenaga medis secara lebih merata yang diperlukan kelompok rentan.
3. Pemerintah agar fokus pada pemerataan pembangunan, serta menciptakan komunikasi dan koordinasi yang efektif antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, khususnya dalam mengampu pemenuhan hak atas kesehatan dalam rangka menghapuskan *gap* antardaerah.
4. Pemerintah Indonesia segera meratifikasi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau (*Framework Convention on Tobacco Control*/WHO-FCTC) untuk memberikan jaminan pelindungan hak atas kesehatan bagi masyarakat, khususnya anak dan remaja selaku kelompok rentan dari bahaya merokok/konsumsi produk tembakau lainnya.
5. Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Sosial beserta pemerintah daerah memperluas pendataan bagi kelompok rentan yang selama ini tidak dapat masuk ke dalam sistem administrasi kependudukan, serta memberikan kemudahan (affirmatif) bagi kelompok rentan untuk terpenuhi secara legal formal dokumen administrasi kependudukan yang akan sangat penting bagi mereka untuk mengakses layanan kesehatan.
6. Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan dan Kementerian Riset dan Teknologi/Badan Riset dan Inovasi Nasional berkoordinasi dalam mendata dan mengembangkan kearifan lokal, keragaman pangan, dan keamanan lingkungan hidup agar dapat mendukung pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat adat dan masyarakat pada umumnya.

7. Kementerian Kesehatan, Badan Pusat Statistik, dan Kementerian Sosial melakukan penguatan data (terpilah) dan informasi statistik mengenai kelompok rentan di Indonesia sebagai bahan untuk merumuskan kebijakan dan regulasi berkaitan dengan pemenuhan hak atas kesehatan.
8. Kementerian Luar Negeri, Kementerian Kesehatan, dan Badan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia untuk menginisiasi dan memulai kerjasama multilateral/bilateral antara Indonesia dengan negara mitra penempatan dalam perlindungan hak atas kesehatan PMI.

DAFTAR PUSTAKA

Abdi AP, “LPSK Cuma Tanggung Biaya Perawatan Korban yang Terkait Proses Hukum” (*Tirto*, 2020) <https://tirto.id/lpsk-cuma-tanggung-biaya-perawatan-korban-yang-terkait-proses-hukum-ddRN> diakses 6 Oktober 2020

AGE Platform Europe, “Older Persons’ Self-Advocacy Handbook” (2017) <http://publications.age-platform.eu/chap1.php> diakses 13 September 2020

Agha Z, Schapira RM dan Maker AH, “Cost effectiveness of telemedicine for the delivery of outpatient pulmonary care to a rural population” (2002) Vol.8-3 Telemed J E Health 281

Ali PB, “Perencanaan dan Evaluasi Pembangunan Hak atas Kesehatan bagi Kelompok Rentan,” *dipaparkan pada acara Diskusi Daring kepada Komnas HAM RI tanggal 15 September 2020* (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional 2020)

AMAN, “Mengenal Lebih dekat AMAN (Draft Final)” (2001)

Amindoni A, “‘Kelaparan’ dan wabah campak di Papua menyebar, korban jiwa hampir 100 orang” (*BBC News Indonesia*, 2018) <https://www.bbc.com/indonesia/majalah-42758636> diakses 20 Oktober 2020

Annaswamy TM, Verduzco-Gutierrez M dan Frieden L, “Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: Covid-19 and beyond” (2020) 100973 Disability and Health Journal

Aotari F dan Wirya A, *Ancaman Bagi Kesehatan Populasi Kunci HIV dan TB* (LBH Masyarakat 2017)

Ariani, “Situasi dan Kondisi Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Anak di Indonesia,” *dipaparkan pada acara diskusi daring bersama Komnas HAM RI tanggal 7 Oktober 2020* (Satgas Perlindungan Anak Ikatan Dokter Anak Indonesia 2020)

Arifah IN, “Ribuan Orang dengan HIV di Indonesia Terancam Putus Mengkonsumsi Obat” (*ABC News*, 2019) <https://www.abc.net.au/indonesian/2019-12-03/pasien-hiv-keluhkan-kelangkaan-obat/11755184> diakses 5 Oktober 2020

Asshiddiqie J, “Status Keberlakuan Penjelasan UUD 1945” (*Hukum Online*, 2020) <https://www.hukumonline.com/klinik/detail/ulasan/lt5ef082a1cefb0/status-keberlakuan-penjelasan-uud-1945/> diakses 29 Desember 2020

Axelsson P, Kippen R dan Kukutai T, “The field of Indigenous health and the role of colonisation and history” (2016) 33 Journal of Population Research 1

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, *Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes) 2017: Rumah Sakit* (Kementerian Kesehatan 2018)

——, *Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan 2017* (Kementerian Kesehatan 2018)

——, “Hasil Utama Riskesdas 2018” (2019)

Badan Pusat Statistik, *Profil Penduduk Indonesia Hasil Supas 2015* (Badan Pusat Statistik 2016)

——, “Hasil Pendataan Potensi Desa 2018” (2018)

Bahruddin, “Pengarusutamaan Lansia dalam Pelayanan Sosial” (2010) Vol. 13-03 Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UGM Hal 277

Bakhori S, “Kelaparan, 11 Orang Rimba Meninggal di Jambi” (*Tempo*, 2015) <https://nasional.tempo.co/read/646497/kelaparan-11-orang-rimba-meninggal-di-jambi/full&view=ok> diakses 20 Oktober 2020

Barnsley I, “The Right to Health of Indigenous Peoples in the Industrialized World: A Research Agenda” (2006) Vol. 9/1 Health and Human Rights 43

Batam Pos, “Kabar Gembira, BPJS Kesehatan Fasilitasi Pemeriksaan Pap Smear Gratis” (2019) <https://batampos.co.id/2019/09/14/kabar-gembira-bpjs-kesehatan-fasilitasi-pemeriksaan-pap-smear-gratis/> diakses 13 September 2020

BBC News, “Coronavirus declared global health emergency by WHO” (2020) <https://www.bbc.com/news/world-51318246> diakses 13 September 2020

Beckett A, *Citizenship and Vulnerability: Disability and Issues of Social and Political Engagement* (Palgrave Macmillan 2006)

Bhattacharya D, “Can International Law Secure Women’s Health? an Examination of CEDAW and Its Optional Protocol,” *Proceedings of the ASIL Annual Meeting* (2009)

Committee on Economic Social and Cultural Rights, “Concluding observations on the initial report of Indonesia” (2014)

Desideria B, “Mengulik Penyebab Masih Tingginya Angka Kematian Ibu di Indonesia” (*Liputan6*, 2019) <https://www.liputan6.com/health/read/3956517/mengulik-penyebab-masih-tingginya-angka-kematian-ibu-di-indonesia> diakses 24 Juli 2020

Direktorat Jenderal Otonomi Daerah Kementerian Dalam Negeri, “Kebijakan Otonomi Daerah dalam Pembangunan Berwawasan Kesehatan,” *dipaparkan pada acara “Rakernas Adinkes Jakarta” tanggal 11 April 2012* (2012)

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan, “Laporan Perkembangan HIV AID dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan 1 Tahun 2020 (Maret 2020)” (2020)

Dirjen Badan Peradilan Agama, “Pasca Revisi UU Perkawinan, Permohonan Dispensasi Kawin Meningkat di MS Sigli” (2020) <https://badilag.mahkamahagung.go.id/seputar-peradilan-agama/berita-daerah/pasca-revisi-uu-perkawinan-permohonan-dispensasi-kawin-meningkat-di-ms-sigli> diakses 8 Oktober 2020

ELSAM, “Prinsip-Prinsip Limburg Bagi Implementasi Perjanjian Internasional Mengenai Hak Ekonomi, Sosial Dan Budaya” (2015) <https://referensi.elsam.or.id/2015/01/prinsip-prinsip-limburg-bagi-implementasi-perjanjian-internasional-mengenai-hak-ekosob/> diakses 13 September 2020

Evans T, “A Human Right to Health?” (2002) Vol. 23/2 Third World Quarterly 197

Fadli M, “Praktik Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) dari Perspektif Medis” [2019] Kertas Konsep Pencegahan dan Penghapusan Pemotongan/Pelukaan Genitalia Perempuan (P2GP) 13

Felani M dan Yuli I, *HAM Penyandang Disabilitas Mental di Panti-Panti Rehabilitasi Sosial* (Komnas HAM 2018)

Gushairi, “Problematika Dispensasi Kawin di Pengadilan Agama” (2019)

Hakim RN, “162.000 Pekerja Migran Pulang ke Indonesia Saat Masa Pandemi Covid-19” (*Kompas*, 2020) <https://nasional.kompas.com/read/2020/06/28/11523541/162000-

pekerja-migran-pulang-ke-indonesia-saat-masa-pandemi-covid-19> diakses 14 September 2020

Hodijah SN and others, *Hasil Kajian Kualitatif Pemotongan / Pelukaan Genitalia Perempuan (P2GP)* (Komnas Perempuan 2018)

ICJR, "ICJR : Keputusan Pemerintah untuk Mencabut layanan bantuan Korban dari BPJS Kesehatan Mengecewakan" (2020) <https://icjr.or.id/icjr-keputusan-pemerintah-untuk-mencabut-layanan-bantuan-korban-dari-bpjs-kesehatan-mengecewakan/> diakses 6 Oktober 2020

Idris M, "Catatan BPS: Pengeluaran Rokok Lebih Besar dari Kebutuhan Beras" (*Kompas.com*, 2020) <https://money.kompas.com/read/2020/04/28/174823326/catatan-bps-pengeluaran-rokok-lebih-besar-dari-kebutuhan-beras?page=all> diakses 1 Desember 2020

Indonesia AIDS Coalition, "Studi Akses Perlindungan Sosial Bagi ODHA Jakarta Selatan, Denpasar dan Makasar" (2020)

International Labour Organization, "Protecting migrant workers during the COVID-19 pandemic: Recommendations for Policy-makers and Constituents" (2020)

Kartika V, Agustiya RI dan Kusnali A, "Budaya Kehamilan dan Persalinan pada Masyarakat Baduy, di Kabupaten Lebak, Tahun 2018" (2019) Vol.22-3 Buletin Penelitian Sistem Kesehatan 192

Kementerian Kesehatan, "Hak Atas Kesehatan Kelompok Rentan," *dipaparkan pada acara diskusi kepada Komnas HAM RI tanggal 15 September 2020* (2020)

Kementerian Kesehatan, World Health Organization dan CDC, "Global Youth Tobacco Survey Indonesia 2019" (2019)

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, "Masyarakat Adat di Indonesia: Menuju Perlindungan Sosial yang Inklusif" (2013)

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, United Nations Children's dan Fund, *Laporan Baseline SDG tentang Anak-Anak di Indonesia* (Bappenas dan UNICEF 2017)

Kementerian Sosial, *Pedoman Rehabilitasi Sosial Melalui Unit Informasi dan Layanan Sosial* (Kementerian Sosial 2016)

Kharisma DB, "Sistem Kesehatan Daerah : Isu Dan Tantangan Bidang Kesehatan Di Indonesia" [2018] Rechts Vinding Online Media Pembinaan Hukum Nasional

Komnas HAM, *Manual Pelatihan Dasar HAM: Pegangan Partisipan* (Komnas HAM 2015)

——, "Negara Harus Memenuhi Hak Atas Kesehatan Orang Rimba" (2016) <https://www.komnasham.go.id/index.php/news/2016/4/30/97/negara-harus-memenuhi-hak-atas-kesehatan-orang-rimba.html> diakses 24 Juli 2020

Komnas HAM dan Litbang Kompas, "Survei Hak Atas Kesehatan" (2020)

Komnas Perempuan, *Catatan Kekerasan Terhadap Perempuan Tahun 2018* (Komnas Perempuan 2019)

——, "Hak Atas Kesehatan Kelompok Perempuan," *dipaparkan pada acara "FGD Komnas HAM tanggal 11 Agustus 2020"* (2020)

Kontras, "JKN, Hak atas Kesehatan dan Kewajiban Negara" (2017)

Kornfeld-Matte R, “Do more to protect human rights of older people suffering dementia, UN expert urges States” (*Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*, 2014) <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15071&LangID=E> diakses 1 Oktober 2020

KPAI, “Hak atas Kesehatan Anak,” *dipaparkan pada acara “FGD Komnas HAM tanggal 11 Agustus 2020”* (2020)

Kyaing NN, Sein AA dan Htike MMT, “Smokeless Tobacco Use in Myanmar” (2012) 49(4) Indian Journal of Cancer 350

LBH Masyarakat, “Hak Atas Kesehatan,” *dipaparkan pada acara diskusi daring bersama Komnas HAM RI tanggal 21 September 2020* (LBH Masyarakat 2020)

Mann J and others, “Health and Human Rights” (1994) Vol.1-1 Health and Human Rights Journal 7

Mason T and others (ed), *Stigma and Social Exclusion in Health Care* (Routledge 2001)

“Masyarakat Adat dan Pengurangan Kemiskinan di Indonesia,” , *Draft Laporan Lokakarya Nasional “Masyarakat Adat dan Pengurangan Kemiskinan”* (disiapkan untuk Bank Pembangunan Asia (ADB) 2001)

Maylasari I and others, *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2019* (Dwi Susilo, Ida Eridawaty Harahap dan Raden Sinang ed, 2019)

Migrant Care, “Proyeksi Isu Pekerja Migran Indonesia dalam Analisis Berbasis Data” (2020)

Moleong LJ, *Metode Penelitian Kualitatif* (Remaja Rosda Karya 2005)

MPH C, Khatimah H dan Sundari S, “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Adat di Kabupaten Jayapura Provinsi Papua Tahun 2018” (2019) Vol. 9-02 Jurnal Info Kesehatan Hal. 150

Muchtar AT and others, *Kajian Kebijakan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Era Otonomi Daerah* (The Indonesian Institute 2019)

Mulyadi, Susilo W dan Hidayah A, *Selusur Kebijakan (Minus) Perlindungan Buruh Migran Indonesia* (Migrant Care 2015)

Muthukrishnan A dan Warnakulasuriya S, “Oral Health Consequences of Smokeless Tobacco Use” (2018) 148(1) The Indian Journal of Medical Research 35

Napitupulu TETV, *Prinsip Maastricht untuk Kewajiban Ekstrateritorial Negara di Bidang Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya* (Indonesian Human Rights Committee for Social Justice 2012)

Novianto W and others, *TELAAHAN ISU-ISU STRATEGIS DESENTRALISASI dan OTONOMI DAERAH* (Pusat Kajian Desentralisasi dan Otonomi Daerah LAN 2015)

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, “The Protection of Human Rights in The Context of Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)” (1997) E-CN_4-RES-1997-33

——, “HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines,” *Third International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva 25-26 July 2002* (2002)

——, *Economic, Social, and Cultural Rights; Handbook for National Human Rights Institution* (UN Publication 2005)

——, *Legislative History of the Convention on the rights of the child* (2007)

——, “Migrant workers: their right to health care” (2020) <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Migrantworkerstheirrighttohealthcare.aspx> diakses 2 Oktober 2020

——, *Eliminating Female genital mutilation: An interagency statement* (WHO 2008)

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights dan World Health Orginization, *Fact Sheet No.31: The Right to Health* (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 2008)

Pinandita A, “421 Indonesians Arrested in Malaysian Immigration Raid” (*Jakarta Post*, 2020) <https://www.thejakartapost.com/news/2020/05/14/421-indonesians-arrested-in-malaysian-immigration-raid.html> diakses 11 September 2020

Prawiroharjo P, Pratama P dan Librianty N, “Layanan Telemedis di Indonesia: Keniscayaan, Risiko, dan Batasan Etika” (2019) Vol.3-1 Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Priatna IS, “Kebijakan Kementerian Sosial dalam Pemenuhan Hak atas Kesehatan Kelompok Rentan,” *dipaparkan pada acara diskusi daring Ditjen Rehabilitasi Sosial Kementerian Sosial RI kepada Komnas HAM RI tanggal 15 September 2020* (2020)

Pudjiraharjo W dan Sopacua E, “Kebijakan, Sebuah Kebutuhan Dalam Desentralisasi Kesehatan” (2006) Vol 9 Buletin Penelitian Sistem Kesehatan

Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan, *Situasi Umum HIV/AIDS dan Tes HIV 2018* (Kementerian Kesehatan 2019)

Puspitasari AW dan Angeline L, “Analisis Potensi Interaksi Obat Golongan Antidepresan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Tahun 2016” (2019) Vol. 6(1) Pharmaceutical Sciences and Research 13

Putri AW, “Sangat Penting Mendapatkan Layanan Aborsi Aman” (*Tirto*, 2019) <https://tirto.id/sangat-penting-mendapatkan-layanan-aborsi-aman-dhMT> diakses 29 September 2020

——, “Diskriminasi Akses Kesehatan Reproduksi untuk yang Belum Menikah” (*Tirto*, 2020) <https://tirto.id/diskriminasi-akses-kesehatan-reproduksi-untuk-yang-belum-menikah-es4H> diakses 13 September 2020

Rakhmah DN, “Sekolah Promosi Kesehatan dan Upaya Resiliensi Pendidikan di Tengah Pandemi” (*LIPI*, 2020) <https://kependudukan.lipi.go.id/id/berita/53-mencatatcovid19/1018-sekolah-promosi-kesehatan-dan-upaya-resiliensi-pendidikan-di-tengah-pandemi> diakses 13 September 2020

Riti SB, “Peran Negara Dalam Pelindungan Hak Atas Kesehatan Pekerja Migran Indonesia,” *disampaikan pada acara diskusi daring kepada Komnas HAM RI tanggal 8 Oktober 2020* (Badan Pelindungan Pekerja Migran Indonesia 2020)

Robert P-O and others, “Academic Performance and Adolescent Smoking in 6 European Cities: The Role of Friendship Ties” (2018) 24(1) International journal of adolescence and youth 125

Rofiq A and others, *Kertas Konsep: Pencegahan dan Penghapusan Pemotongan/Pelukaan Genitalia Perempuan (P2GP)* (Komnas Perempuan 2019)

Rukmi S, “Tobacco Use and Adolescents in Indonesia: Narrative Review of Determinants,” *The 3rd International Meeting of Public Health and The 1st Young Scholar Symposium on Public Health Volume 2019* (2019)

Sagala RV, “Situasi & Kondisi Pemenuhan Hak atas Kesehatan Bagi Perempuan di Indonesia,” *dipaparkan pada acara diskusi daring bersama Komnas HAM RI tanggal 7*

Oktober 2020 (2020)

Samudra RR dan Setyonaluri D, *Inequitable Impact of COVID-19 in Indonesia: Evidence and Policy Response* (UNESCO Jakarta Office 2020)

Savitri N, "Mahalnya Perawatan Gangguan Jiwa di Indonesia, Pemerintah Masih Mengabaikannya" (2019) <https://www.abc.net.au/indonesian/2019-10-10/mahalnya-pengobatan-penyakit-mental-di-indonesia/11588464> diakses 13 September 2020

Schneider D dan Lilienfeld DE (ed), *Public Health: The Development of a Discipline* (Rutgers University Press)

"SDG 3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages" <https://www.who.int/sdg/targets/en/> diakses 27 Oktober 2020

Selya A and others, "Early-Emerging Nicotine Dependence Has Lasting and Time-Varying Effects on Adolescent Smoking Behavior" (2016) 17(6) Prevention Science 743

Setiyono K, "Diskriminasi ODHA di DIY, Mau Berobat Malah Diceramahi" (*Gatra*, 2019) <https://www.gatra.com/detail/news/462884/kesehatan/diskriminasi-odha-di-diy-mau-berobat-malah-diceramahi> diakses 24 Juli 2020

Sharon Cuff and others, "The Intersection of Disability Studies and Health Science" (2016) 25 Transformations: The Journal of Inclusive Scholarship and Pedagogy 37

Sunarsih IM, "Desentralisasi Sektor Obat" (2002) Vol 05 Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan

Susilo W, Arista Y dan Evi Z, "Kerentanan Pekerja Migran Indonesia Menghadapi Wabah COVID-19" (2020) DMRU-024-I CSIS Commentaries

Toebes B, "Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health" (1999) Vol.21/3 Human Rights Quarterly 661

Turner BS, "Risks, Rights and Regulation: An Overview" (2001) Vol.3 Health, Risk and Society 9

——, *Vulnerability and Human Rights* (The Pennsylvania State University Press University Park 2006)

U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General* (US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2014)

UNICEF, "Under-Five Mortality Rate" (2020) <data.unicef.org> diakses 10 Oktober 2020

United Nations, "Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing," *Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain* (2002)

United Nations High Commissioner for Human Rights, "COVID-19 and The Rights of Persons with Disabilities: Guidance" (2020)

United Nations High Commissioner for Human Rights dan The Danish Institute for Human Rights, *Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institution* (United Nations 2014)

United Nations Population Fund, *A Human Rights–Based Approach to Programming: Practical Implementation Manual and Training Materials* (United Nations Population Fund 2010)

Verawati M, “Situasi Perkawinan Anak,” *dipaparkan pada acara “Refleksi Satu Tahun Perubahan Batas Minimal Usia Kawin dalam Menurunkan Angka Perkawinan Anak di Indonesia” yang diselenggarakan INFID & KPI tanggal 27 Oktober 2020* (2020)

Wahyuningrum Y, “Leveraging COVID-19 to Improve the Right to Health of Migrant Workers” [2020] ASEAN Focus 28

Walsh J, Møllmann M dan Heimburger A, “Abortion and Human Rights: Examples from Latin America” (2008) 39–3 IDS Bulletin

Widiyastomo RP, “Strategi Perawatan Jangka Panjang (Long Term Care) Peningkatan Kesejahteraan Penduduk Lanjut Usia (Perawatan Jangka Panjang Berbasis Masyarakat Mengambil Pelajaran dari Negara Lain)” (2020) Vol.17(1) Mimbar Administrasi

Wiratraman RHP, “Aktor dan Faktor Pelanggaran HAM serta Penanggung Jawab Perlindungan HAM,” *Departemen Hukum Tata Negara Universitas Airlangga, 13 Oktober 2015* (2015)

World Bank, “Maternal mortality ratio” (2020) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT> diakses 27 Oktober 2020

World Health Organization, *WHO Framework Convention on Tobacco Control* (World Health Organization 2005)

——, “Adolescent Pregnancy” (2008) Vol.1-1 MPS Notes

——, “WHO Urges Indonesia to Ratify FCTC” (2014) <http://origin.searo.who.int/indonesia/mediacentre/who-urges-indonesiato-ratify-fctc/en/> diakses 1 Desember 2020

——, “Ensuring A Human Rights-Based Approach for People Living With Dementia” (2015)

——, “COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases” (2020) <https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases> diakses 12 September 2020

——, “Disability considerations during the COVID-19 outbreak” (2020)

——, “Q&A on coronaviruses (COVID-19)” (2020) <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses> diakses 13 September 2020

Yayasan Alzheimer Indonesia, “Demensia vs Alzheimer” (2019) <https://alzi.or.id/demensia-vs-alzheimer/> diakses 1 Oktober 2020

——, “Statistik tentang Demensia” (2019) <https://alzi.or.id/statistik-tentang-demensia/> diakses 13 September 2020

Yogaswara H, “Situasi dan Kondisi Pemenuhan dan Perlindungan Hak Atas Kesehatan Bagi Masyarakat Adat,” *dipaparkan pada acara diskusi daring kepada Komnas HAM RI tanggal 7 Oktober 2020* (Pusat Penelitian Kependudukan LIPI 2020)

Yusuf MA, “Kepastian Hukum Hak Masyarakat Hukum Adat Atas Tanah Dan Sumberdaya Alam” (2016) 2/1 Jurnal Universitas Cokroaminoto Palopo 675

UN Economic and Social Council, CESCR General Comment No. 3: The Nature of States Parties’ Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant) 1991 E/1991/23

——, CESCR General Comment No. 6: The Economic, Social and Cultural Rights of Older Persons 1995

——, CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of

Health (Art. 12) 2000 E/C.12/2000/4)

——, General Comment No. 19: The right to social security (Art. 9 of the Covenant) 2008 E/C.12/GC/19

——, General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) 2016 E/C.12/GC/22

United Nations, United Nations Principles for Older Persons 1991 General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1

——, Report of the Secretary General: The Girl Child 2011 A/66/257

——, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health 2013 A/68/297

——, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: Preventing and eliminating child, early and forced marriage 2014 A/HRC/26/22

KOMNAS HAM RI



KOMNAS HAM RI

Jl. Latuharhary No.4b, RT.1/RW.4, Menteng, Kec. Menteng,
Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10310
Telp +62-21-3925230 I Fax +62-21-3925227
Email: info@komnasham.go.id

Komnas HAM @KomnasHAM @komnas.ham Komnas HAM www.komnasham.go.id