



KOMNAS HAM
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR NORMA DAN PENGATURAN NOMOR 4 TENTANG HAK ATAS KESEHATAN





STANDAR NORMA DAN PENGATURAN NOMOR 4 TENTANG HAK ATAS KESEHATAN

KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA REPUBLIK INDONESIA
2021

STANDAR NORMA DAN PENGATURAN NOMOR 4
TENTANG
HAK ATAS KESEHATAN

| | | | |
|------------------|--|--------|--|
| Penanggung Jawab | : Sandrayati Moniaga M. Choirul Anam Andante Widi Arundhati | | Ronny Josua Limbong Arief Ramadhan Nadia Farikhathi Dian Andi Nur Aziz Banu Abdillah |
| Penulis | : Mimin Dwi Hartono Zsabrina Marchsya Ayunda Eko Riyadi Dwi Rahayu Kristianti Evi Douren Delsy Nike Rima Purnama Salim Yeni Rosdianti | Editor | : Slamet Trisila Adi Sasongko Siswo Putranto Santoso |
| | | Layout | : Andi Prasetyo |

Alamat Penerbit:

Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia (Komnas HAM RI)

Jalan Latuharhary No. 4B Menteng, Jakarta Pusat 10310

Telepon (021) 392 5230 Fax (021) 3922026

Katalog dalam Penerbitan:

Perpustakaan Nasional: Standar Norma Pengaturan Nomor 4 tentang Hak atas Kesehatan, Jakarta,

Komnas HAM, 2020, i-vi + 75 Hal., 21 cm x 29,7 cm ISBN: 978-623-94599-5-6

Website : www.komnasham.go.id | Twitter : @komnasham | E-mail : info@komnasham.go.id

Lisensi:

Judul buku ini adalah “Standar Norma dan Pengaturan Nomor 4 tentang Hak Atas Kesehatan”

Penulis Mimin Dwi Hartono, Zsabrina Marchsya Ayunda, Eko Riyadi, Dwi Rahayu Kristianti, Evi Douren, Delsy Nike, Rima Purnama Salim, Yeni Rosdianti, Ronny Josua Limbong, Arief Ramadhan, Nadia Farikhathi, Dian Andi Nur Aziz, Banu Abdillah

Lisensi ini mengizinkan setiap orang untuk menggubah, memperbaiki, dan membuat ciptaan turunan, bahkan untuk kepentingan komersial, selama mereka mencantumkan kredit kepada Anda atas ciptaan asli. Lisensi ini adalah lisensi yang paling bebas. Direkomendasikan untuk penyebaran secara maksimal dan penggunaan materi berlisensi.



KATA PENGANTAR

Komisi Nasional Hak Asasi Manusia yang selanjutnya disebut Komnas HAM adalah lembaga mandiri yang kedudukannya setingkat dengan lembaga negara lainnya yang berfungsi melaksanakan pengkajian, penelitian, penyuluhan, pemantauan, dan mediasi hak asasi manusia. [Pasal 1 ayat (7) UU No. 39 Tahun 1999]. Komnas HAM RI memiliki kewenangan berdasarkan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia untuk membahas berbagai masalah yang berkaitan dengan perlindungan, penegakan, dan pemajuan hak asasi manusia serta merekomendasikan pengembalian kewajiban agar melaksanakan apa yang menjadi saran, pendapat, dan rekomendasi Komnas HAM RI.

Komnas HAM RI mempunyai karakter kelembagaan yang imparial, independen, dan otoritatif dalam memberikan pemaknaan atas standar dan norma-norma hak asasi manusia (HAM). Untuk itu, sejak 2018, disusun dan diterbitkan Standar Norma dan Pengaturan (SNP) yang merupakan Program Prioritas Nasional.

Standar Norma dan Pengaturan (SNP) Hak Asasi Manusia adalah dokumen yang merupakan penjabaran secara praktis dan implementatif berbagai instrumen HAM baik internasional dan nasional. SNP ini bermanfaat dalam memahami norma-norma HAM sesuai dengan konteks dan peristiwa. Dengan adanya SNP, standar dan norma-norma HAM berikut pembatasannya diharapkan lebih mudah dipahami sehingga dapat diimplementasikan secara baik, oleh pemangku hak, pengembalian kewajiban, maupun aktor-aktor terkait.

Sampai saat ini, Komnas HAM RI telah mengesahkan SNP tentang Penghapusan Diskriminasi Ras dan Etnis (PDRE), SNP tentang Hak atas Kebebasan Beragama dan Berkeyakinan (KBB), SNP tentang Hak atas Kebebasan Berkumpul dan Berorganisasi (KKB), SNP tentang Hak atas Kesehatan, dan SNP tentang Hak atas Kebebasan Berpendapat dan Berekspresi.

Makna penting terkait urgensi dan kemanfaatan dari SNP sebagai dokumen yang dikeluarkan oleh lembaga yang independen dan imparial, adalah sebagai panduan bagi pengembalian kewajiban dalam menghormati, melindungi, dan memenuhi hak atas kebebasan berkumpul dan berorganisasi. Sedangkan bagi pemegang hak SNP menjadi panduan dalam memaknai peristiwa yang berdimensi HAM dan memahami mekanisme untuk memastikan (dan memperjuangkan) dihormati dan dipenuhinya hak asasi mereka. Sedangkan bagi aktor-aktor lain yang berkepentingan, SNP menjadi koridor dan batasan agar segala tindakan dan aktivitasnya menghormati HAM dan tidak berkontribusi pada pelanggaran HAM.

Semoga dokumen SNP ini akan terus dimanfaatkan dan didiseminasikan secara luas demi mendorong situasi pelaksanaan HAM yang kondusif, serta meningkatnya pemajuan, penegakan, dan perlindungan HAM bagi seluruh rakyat Indonesia.

Komisi Nasional Hak Asasi Manusia RI

Ketua



Ahmad Taufan Damanik

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| KATA PENGANTAR | iii |
| DAFTAR ISI | iv |
| DAFTAR SINGKATAN | vi |
| A. PENDAHULUAN | 1 |
| B. MAKSUD DAN TUJUAN STANDAR NORMA DAN PENGATURAN | 5 |
| C. HAK ATAS KESEHATAN | 7 |
| D. PRINSIP-PRINSIP HAK ATAS KESEHATAN | 10 |
| E. KEWAJIBAN NEGARA | 12 |
| 1) Kewajiban untuk Menghormati Hak Atas Kesehatan | 15 |
| 2) Kewajiban untuk Melindungi Hak Atas Kesehatan | 15 |
| 3) Kewajiban untuk Memenuhi Hak Atas Kesehatan | 16 |
| F. TANGGUNG JAWAB LEMBAGA ATAU AKTOR NON-NEGARA | 21 |
| 1) PBB dan Badan Lainnya | 21 |
| 2) Aktor Non-Negara | 21 |
| G. HAK DAN KEWAJIBAN TENAGA MEDIS, TENAGA KESEHATAN, PASIEN, DAN PENYELENGGARA LAYANAN KESEHATAN | 25 |
| 1) Hak dan Kewajiban Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan | 25 |
| 2) Kewajiban Penyelenggara Layanan Kesehatan | 28 |
| 3) Hak dan Kewajiban Pasien | 29 |
| H. TEMA-TEMA KHUSUS | 32 |
| 1) Hak-hak Kelompok Rentan | 32 |
| a) Anak dan Remaja | 33 |
| b) Wanita | 38 |
| c) Orang Lanjut Usia | 43 |
| d) Penyandang Disabilitas | 44 |
| e) Masyarakat Hukum Adat | 47 |
| f) Penyandang Penyakit Menular Kronis (PMK) | 49 |

| | | |
|----|--|----|
| g) | Pekerja Migran | 51 |
| h) | Orientasi Seksual dan Identitas Gender (SOGI) | 52 |
| i) | Tahanan | 55 |
| j) | Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) | 56 |
| k) | Pengungsi Internal | 59 |
| 2) | Justisiabilitas | 60 |
| 3) | Otonomi Individu dan Pembatasan Tindakan Medis | 62 |
| 4) | Pelayanan Kesehatan Tradisional | 63 |
| 5) | Kondisi/Situasi Kedaruratan | 64 |
| 6) | Peredaran Obat, Pelepasan Hak Paten atas Obat Tertentu Demi Kesehatan Publik dan Konteks Perdagangan Bebas | 70 |
| 7) | Kesehatan Jiwa | 70 |
| I. | PEMBATASAN | 73 |
| J. | PELANGGARAN HAK ATAS KESEHATAN | 75 |
| K. | MEKANISME PENGAWASAN DAN PELAPORAN | 77 |
| 1) | Internasional | 77 |
| 2) | Nasional | 78 |
| L. | KEWENANGAN KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA RI | 81 |
| | LAMPIRAN | 83 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|---------------------------|--|
| ASI | Air Susu Ibu |
| AIDS | <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> |
| ARV | <i>Antiretroviral</i> |
| Covid-19 | <i>Corona Virus Disease 2019</i> |
| DPR | Dewan Perwakilan Rakyat |
| FGM | <i>Female Genital Mutilation</i> |
| HAM | Hak Asasi Manusia |
| HIV | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| ICRPD | <i>International Convention on the Rights of Persons with Disabilities</i> |
| IMS | Infeksi Menular Seksual |
| IPPF | <i>International Planned Parenthood Federation</i> |
| KIHESB | Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya |
| KIPI | Kejadian Ikutan Pasca-Imunisasi |
| Komnas HAM RI | Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia |
| KTP | Kartu Tanda Penduduk |
| LSM | Lembaga Swadaya Masyarakat |
| MP-ASI | Makanan Pendamping Air Susu Ibu |
| PBB | Perserikatan Bangsa-Bangsa |
| PMK | Penyakit Menular Kronis |
| SIP | Surat Izin Praktik |
| SMA | <i>Spinal Muscular Atrophy</i> |
| SNP | Standar Norma dan Pengaturan |
| SOGI | Sexual Orientation and Gender Identity (Kelompok Rentan Berbasis Orientasi Seksual dan Identitas Gender) |
| UNDRIP | <i>United Nations Declaration on the Rights of Indigenous People</i> |
| UNGP | <i>United Nations Guiding Principles on Business and Human Rights</i> atau Prinsip-Prinsip Panduan Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Bisnis dan Hak Asasi Manusia |
| UUD NRI 1945 | Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 |
| UU HAM | Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia |
| UU Kesehatan | Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan |
| UU Penyandang Disabilitas | Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas |
| VCT | <i>Voluntary Counselling and Testing</i> |
| WBP | Warga Binaan Pemasyarakatan |
| WHO | <i>World Health Organization</i> (Organisasi Kesehatan Dunia) |



STANDAR NORMA DAN PENGATURAN NOMOR 4 TENTANG HAK ATAS KESEHATAN¹

A. PENDAHULUAN

1. Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang fundamental demi pelaksanaan hak-hak asasi manusia lainnya.
2. Setiap orang berhak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau.²
3. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis, baik secara perorangan maupun dalam kelompok masyarakat.³
4. Kesehatan adalah kondisi kesejahteraan secara fisik, mental, dan sosial, sehingga tidak hanya terkait dengan ketiadaan penyakit atau kelemahan.⁴
5. Kesehatan yang baik dan kesejahteraan merupakan satu kesatuan yang harus dicapai secara bersama.
6. Beberapa tahun belakangan telah dikembangkan sebuah konsep untuk perbaikan kesehatan yang disebut *One Health*⁵. Pendekatan *One Health* merupakan pendekatan kolaboratif, multisektoral, dan interdisiplin, yang bekerja di aras lokal, regional, dan global, dengan

1. Standar Norma dan Pengaturan tentang Hak atas Kesehatan disahkan melalui Keputusan Sidang Paripurna No. 04/PS/00.04/IV/2021 Tanggal 5 April 2021 pada Putusan Nomor 16 dan ditetapkan dalam Peraturan Komnas HAM RI No. 1 Tahun 2021 Tanggal 20 April 2021.

2. Komentar Umum Komite Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya Nomor 14 tentang Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang dapat Dijangkau (Pasal 12 Kovenan Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya), Para 1.

3. Pasal 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

4. Konstitusi World Health Organization.

5. Beberapa ilmuwan yang mengembangkan konsep *One Health*, antara lain Hippocrates, Sir Edward Jenner, Rudolf Virchow, Sir William Osler, Theobald Smith, dan Sir Calvin W. Schwabe. disampaikan oleh Dr. Agnes Theresia Soelih Estoe pangestie, drh., pada webinar "*One Health dan Kolaborasi Multidisipliner*" pada 19 Agustus 2020 yang diselenggarakan oleh *Airlangga Disease Prevention and Research Center – One Health Collaborating Center (ADPRC-OHCC)* Universitas Airlangga. Konsep *One Health* dalam memajukan kesehatan di abad ke-21 dan seterusnya diwujudkan untuk: a. mempercepat penemuan penelitian biomedis; b. meningkatkan upaya kesehatan masyarakat; c. memperluas basis pengetahuan ilmiah; dan d. meningkatkan pendidikan medis dan perawatan klinis.

tujuan untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal yang mengakui keterhubungan antara manusia, hewan, tumbuhan, dan lingkungan hidup.⁶

7. Luasnya konsep pemenuhan hak atas kesehatan tidak hanya dipandang sebagai sebuah upaya sekali jalan yang dilakukan oleh satu institusi yang bergerak dalam bidang kesehatan semata, tetapi perlu dipandang sebagai sebuah rangkaian program berkelanjutan yang melibatkan pelbagai aktor dan faktor-faktor lain yang memengaruhi kesehatan. Walaupun jaminan hak atas kesehatan diatur dalam Pasal 28H Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (“UUD NRI 1945”), namun dalam praktik pelaksanaannya, masih banyak hal yang terus perlu diperbaiki dan dikembangkan.
8. Kesehatan merupakan kunci atas perkembangan manusia. Kondisi lingkungan adalah faktor penting dalam menentukan kesehatan manusia. Secara global, kesehatan mengalami perbaikan dalam beberapa dekade belakangan, yang utamanya terlihat dalam cerminan perbaikan usia harapan hidup.
9. Kondisi atas lingkungan hidup yang baik dan sehat adalah prasyarat multak bagi terpenuhi dan terlindunginya hak atas kesehatan. Hal ini terutama berkaitan dengan semakin meningkatnya penyakit yang berasal dari hewan (*zoonosis*) yang disebabkan oleh semakin rusaknya daya dukung dan keseimbangan ekosistem, seperti laju perubahan lahan dan deforestasi yang menyebabkan hewan kehilangan habitat aslinya sehingga berbagai penyakit yang berasal dari hewan semakin mudah menular pada manusia.
10. Dampak kesehatan dapat bersifat langsung. Risiko paparan penyakit-penyakit yang baru, penyakit yang baru muncul pertama kali (*emerging*), dan penyakit yang muncul kembali (*reemerging*), meningkat dengan adanya globalisasi (misalnya, melalui pergerakan dan perdagangan), dinamika populasi (misalnya, migrasi dan penuaan), dan kemiskinan. Peningkatan resistensi terhadap antibiotika dan obat-obatan lainnya, dan pengabaian dalam mengatasi penyakit-penyakit tropis lainnya membawa keprihatinan bagi dunia maju maupun berkembang. Teknologi memainkan peranan penting dalam menyokong perbaikan masalah kesehatan. Teknologi membantu pemantauan spasial pola penyakit, memetakan, dan menganalisis pola penyakit secara geografis yang terlewatkan.
11. Diperlukan penelitian yang terus-menerus untuk mewujudkan kesehatan yang optimal. Penelitian yang benar akan membantu melindungi dan menyelamatkan nyawa generasi sekarang dan masa depan.
12. Penyakit infeksi, seperti pandemi *Corona Virus Disease-2019* (Covid-19) yang muncul pertama kali pada 2019, merupakan kejadian berulang karena sifatnya yang tidak terduga. Covid-19 memunculkan dampak serius bagi masyarakat. Masyarakat mengalami rasa khawatir yang

6. Konsep *One Health* dicetuskan melalui pertemuan para ahli di Kanada pada tahun 2009. Pada tahun 1800-an, para ahli di dunia telah menyadari adanya kemiripan dalam proses penyakit pada hewan dan manusia, tetapi kedokteran hewan dan kedokteran manusia dipraktikkan secara terpisah sampai abad ke-20. Melalui pertemuan para ahli kesehatan di Kanada pada tahun 2009, lahirlah pemikiran konsep “*One World, One Health*” yang mendorong kolaborasi lintas disiplin dalam melahirkan kebijakan pembangunan terkait kesehatan manusia, hewan, dan lingkungan untuk mengatasi berbagai macam penyakit.

berpotensi menjadi masalah kesehatan mental. Kebaruan penyakit tersebut dan belum adanya keajekan tata laksana penyakit memicu derasnya berita buruk dan memicu ketakutan yang berpengaruh pada tatanan sosial. Kecepatan penularan Covid-19 membutuhkan penanganan yang masif dan berakibat pada penyakit-penyakit lainnya menjadi kurang diperhatikan.

13. Pada 2020, Indonesia menghadapi empat transisi masalah kesehatan yang memberikan beban ganda, yaitu.
 - i. Transisi epidemiologi berupa dua kelompok penyakit, yaitu penyakit menular (*communicable diseases*) dan penyakit tidak menular (*non-communicable diseases*). Penyakit menular tersebut, misalnya, penyakit tuberkulosis, malaria, demam berdarah *dengue*, hepatitis, infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV. Sampai saat ini, penyakit menular masih ada dan bahkan bertambah dari tahun ke tahun dan berlomba adu cepat dengan laju penyakit tidak menular yang kini prosentasenya semakin meningkat. Penyakit tidak menular seperti hipertensi, *diabetes mellitus* atau kencing manis, gagal ginjal, gangguan pembuluh darah dan jantung, strok (*stroke*), kanker juga masih menjadi masalah serius. Faktor risiko yang juga menyebabkan penyakit, baik menular maupun tidak menular merupakan kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat.
 - ii. Transisi gizi terkait dengan sektor gizi. Indonesia masih berhadapan dengan masalah kekurangan gizi, di mana konsumsi rumah tangga di Indonesia lebih diprioritaskan untuk membeli makanan instan dan produk tembakau dibandingkan untuk membeli ikan, daging, telur, susu, padi-padian, sayur, dan buah-buahan. Akan tetapi, pada saat bersamaan, ancaman kasus gizi lebih dalam bentuk kegemukan dan obesitas yang juga semakin meningkat akibat konsumsi *junk food* yang berlebihan.
 - iii. Transisi demografi ditandai dengan usia harapan hidup yang meningkat, yang berakibat bertambahnya prosentase penduduk berusia lanjut (*geriatric*) dan menjadi tantangan tersendiri bagi sektor kesehatan karena kasus penyakit geriatri pun mengalami peningkatan. Sementara di sisi lain, Indonesia masih menghadapi masalah kesehatan klasik dari populasi penduduk bayi baru lahir (*neonatus*), balita, anak, dan remaja, hingga ibu hamil, melahirkan, dan nifas.
 - iv. Transisi perilaku atau gaya hidup. Pergeseran perilaku hidup ke kehidupan modern (*sedentary life*) sudah menjadi bagian dari keseharian masyarakat Indonesia. Pergeseran ini ditandai dengan gaya hidup serba instan dan pemakaian gawai yang berlebihan, termasuk dalam memilih bahan makanan, yang pada akhirnya mempengaruhi status kesehatan. Selain itu, perilaku merokok bagi sebagian besar masyarakat masih dianggap menjadi perilaku yang normal, kebiasaan turun-menurun, dan gaya hidup (*lifestyle*). Di sisi lain, masih terdapat perilaku hidup masyarakat yang dipengaruhi atau masih kental dengan mitos yang diwariskan dari

generasi sebelumnya yang berkaitan dengan sehat-sakit dan literasi yang masih rendah sehingga mudah terprovokasi oleh hoaks.

14. Keempat transisi tersebut terjadi bersamaan dan saling berkaitan satu sama lain, sehingga berakibat beban kesehatan meningkat. Pada masa dahulu, penyakit hipertensi, *diabetes mellitus*, jantung, pembuluh darah, gagal ginjal, stroke, kanker, dan beberapa penyakit kronis lainnya hanya akrab pada kelompok kaya dan/atau berusia di atas 50 tahun. Akan tetapi saat ini terjadi pergeseran karena penduduk miskin pun banyak yang mengalami penyakit serupa dan yang terkena juga semakin muda usianya.
15. Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) dalam kesehatan sebagai kebijakan dan program kesehatan yang terjangkau, setara, dan merata bagi seluruh masyarakat termasuk pada masyarakat dengan keadaan geografis yang sulit.

B. MAKSUD DAN TUJUAN STANDAR NORMA DAN PENGATURAN

16. Sehubungan dengan adanya kemendesakan atas penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan, dan masih tingginya pelanggaran hak atas kesehatan dan pengaturan yang belum memadai, Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia ("Komnas HAM RI") sesuai dengan kewenangan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia ("UU HAM") menyusun Standar Norma dan Pengaturan tentang Hak Atas Kesehatan ("SNP Hak atas Kesehatan").
17. Komnas HAM RI sesuai Pasal 75 huruf a UU HAM, bertujuan *"mengembangkan kondisi yang kondusif bagi pelaksanaan hak asasi manusia sesuai dengan Pancasila, Undang-Undang Dasar 1945, dan Piagam Perserikatan Bangsa-Bangsa, serta Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia,"* dan huruf b, *"meningkatkan perlindungan dan penegakan HAM guna berkembangnya pribadi manusia Indonesia seutuhnya dan kemampuannya berpartisipasi dalam berbagai bidang kehidupan."*
18. Komnas HAM RI berdasarkan Pasal 76 ayat (1) *jo.* Pasal 89 ayat (1) UU HAM mempunyai kewenangan melaksanakan pengkajian dan penelitian, termasuk melakukan pembahasan berbagai masalah yang berkaitan dengan perlindungan, penegakan, dan pemajuan hak asasi manusia.
19. Selama ini Komnas HAM RI seolah hanya berperan setelah berbagai peristiwa pelanggaran HAM terjadi. Peristiwa-peristiwa tersebut terjadi dapat saja karena negara memang tidak mengacuhkan aturan negara sendiri yang sudah dijamin dalam konstitusi dan perundang-undangan negara, tetapi dapat juga karena negara masih gamang untuk menerapkan dan memahami penghormatan, pemenuhan, dan perlindungan HAM. Kegamangan itu dapat terjadi karena belum adanya aturan-aturan dasar yang memberikan pedoman bagi negara khususnya pemerintah mengenai norma-norma itu sendiri, misalnya membedakan penegakan hukum atau pelanggaran HAM.
20. Standar Norma dan Pengaturan (SNP) merupakan pemaknaan, penilaian, dan petunjuk atas kaidah-kaidah dan peristiwa HAM yang terjadi di tengah masyarakat. Standar Norma dan Pengaturan merupakan dokumen yang mendudukkan prinsip dan aturan HAM internasional dan disandingkan dengan praktik dan kondisi di Indonesia. Dokumen ini merupakan penjabaran norma HAM yang berlaku internasional di tingkat nasional dengan tidak menghilangkan prinsip dan karakter Indonesia. Hal ini dibutuhkan karena pemahaman masyarakat bahkan negara dalam masalah HAM masih terbatas pada pembuatan peraturan, tetapi terbata-bata dalam pelaksanaan. Hal ini disebabkan karena tidak semua prinsip HAM mudah untuk langsung dipahami dan diterapkan sehingga dibutuhkan penafsiran yang tepat. Dalam hal ini, Komnas HAM RI mempunyai kewenangan untuk melakukannya. Dalam konteks pembangunan hukum nasional dan kebijakan, SNP akan memudahkan semua pihak mendapatkan kepastian tentang yang dimaksudkan HAM. Dalam proses penyusunan SNP, Komnas HAM RI melibatkan berbagai pihak (kementerian/lembaga negara, kelompok masyarakat, akademisi, organisasi, media, dan individu), membuka diri atas partisipasi dan

transparansi publik, termasuk melalui forum-forum diskusi secara daring maupun langsung, media sosial, *website* Komnas HAM RI, dan lain-lain.

21. Apabila dilihat dari segi substantif, SNP menjadi bagian dari pengaturan atas berbagai norma hukum HAM, pedoman dalam putusan pengadilan terutama Mahkamah Konstitusi, praktik hukum dan HAM, terutama dalam standar norma dan pengaturan atas hak atas kesehatan. Tafsiran yang disusun dan kemudian diterbitkan oleh Komnas HAM RI ini akan berlaku mengikat bagi semua pihak dalam menjawab persoalan HAM yang terjadi di tengah masyarakat. Standar Norma dan Pengaturan ini juga berfungsi sebagai tolok ukur untuk menilai/membandingkan tindakan atau perbuatan yang sejalan dengan hak asasi manusia.
22. Tujuan dan manfaat SNP, yaitu:
 - Bagi pemerintah, didorong untuk memastikan tidak ada kebijakan dan tindakan yang bertentangan dengan norma HAM sejak perencanaan, pengaturan, dan pelaksanaan, serta memastikan proses hukum dan pemberian sanksi bagi pelaku atas tindakan yang melanggar norma HAM.
 - Bagi penegak hukum, agar dalam melakukan tindakan memastikan adanya perlindungan hukum yang adil dalam perlindungan HAM dan penegakan hukum.
 - Bagi korporasi atau swasta, didorong untuk menghormati HAM dan masyarakat, menghindari perlakuan yang melanggar norma HAM, memastikan patuh atas penyelesaian yang adil dan layak untuk suatu tindakan yang melanggar HAM.
 - Bagi individu, masyarakat, dan organisasi kemasyarakatan, supaya mengerti dan memahami segala hal terkait dengan tindakan yang melanggar norma HAM sehingga dapat memastikan hak asasinya terlindungi, tidak melakukan atau perbuatan yang melanggar norma HAM dan dapat memicu konflik sosial lebih luas, dan membangun sikap saling pengertian dan toleransi.
23. Standar Norma dan Pengaturan Hak atas Kesehatan dibahas dan disahkan dalam Sidang Paripurna Komnas HAM RI sebagai forum pemegang kekuasaan tertinggi di Komnas HAM RI, serta ditetapkan sebagai Peraturan Komnas HAM RI. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah dalam Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan di dalam Pasal 8 ayat (1) dan ayat (2), peraturan yang dikeluarkan oleh komisi yang dibentuk berdasarkan undang-undang, mempunyai kekuatan mengikat sepanjang berdasarkan kewenangan.

C. HAK ATAS KESEHATAN

24. Hak atas kesehatan tidak hanya dimaknai sebagai hak setiap orang untuk menjadi sehat atau untuk terbebas dari penyakit. Namun, hak atas kesehatan merupakan hak untuk mendapatkan dan menikmati standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai bagi setiap orang⁷ secara kodrati bahwa setiap manusia terlahir bebas dan sama.⁸
25. Frasa “standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai” dimaknai bahwa tingkat kesehatan yang dapat dinikmati oleh setiap orang harus merupakan kondisi kesehatan yang tertinggi dan didukung dengan sumber daya yang maksimal, dan setiap orang berhak untuk mendapatkan dan menikmati pelayanan, fasilitas, dan kondisi yang diperlukan untuk mencegah, memulihkan, dan memitigasi kesehatan yang buruk.
26. Hak atas kesehatan merupakan hak yang inklusif, melingkupi seluruh layanan kesehatan dan sejumlah prasyarat dasar bagi kesehatan yang harus tersedia sampai aras terbawah, dan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan.⁹
27. Hak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat, termasuk udara yang bersih, merupakan hak yang tidak terpisahkan dengan hak atas kesehatan¹⁰ dan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.¹¹
28. Hak atas kesehatan adalah komponen utama bagi pemenuhan hak untuk hidup. Pemenuhan hak untuk hidup membutuhkan kehidupan yang bermartabat, dan karenanya harus memasukkan hak-hak ekonomi dan sosial, termasuk untuk memastikan terjaminnya hak atas makanan, air, dan kesehatan.¹²
29. Sistem kesehatan adalah semua organisasi, lembaga, dan sumber-sumber yang diperuntukkan untuk membuat segenap upaya kesehatan bekerja, meliputi seluruh pelaku yang terlibat dalam pemberian, pendanaan, dan pengelolaan layanan kesehatan, usaha untuk memengaruhi faktor penentu kesehatan dan juga memberikan layanan kesehatan langsung, dan meliputi semua level: pusat, provinsi, kabupaten/kota, masyarakat, dan rumah tangga. Adapun 6 (enam) faktor kerangka sistem kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (“WHO”), yaitu.¹³

7. Pemaknaan ini sesuai dengan standar yang terdapat pada pembukaan Konstitusi *World Health Organization*, Pasal 12 ayat (1) *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (ICESCR)*, Pasal 24 ayat (1) *Convention on the Rights of the Child (CRC)*, dan Pasal 25 *Convention on the Rights of Person with Disabilities (CRPD)*.

8. Pasal 1 *Universal Declaration Human Right*.

9. Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

10. Putusan MK No 19/PUU-VIII/2010; Putusan MK No 34/PUU-VIII/2010; Putusan MK Nomor 43/PUU-IX/2011; Putusan MK Nomor 55/PUU-IX/2011; Perkara Nomor 57/PUU-IX/2011 dan Perkara Nomor 86/PUU-IX/2011. Bebas dari asap rokok merupakan bagian dari hak atas kesehatan sehingga ketentuan tentang pengaturan pengendalian tembakau/rokok dalam Undang-Undang Kesehatan bukan merupakan ketentuan yang diskriminatif.

11. Pasal 6 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

12. Mohini Jain v. State of Karnataka (1992 AIR 1858), <https://www.escri-net.org/caselaw/2009/mohini-jain-v-state-karnataka-1992-air-1858>.

13. *The Sphere Project: Piagam Kemanusiaan dan Standar-Standard Minimum dalam Respons Kemanusiaan Hak untuk Hidup Bermartabat*, Edisi Bahasa Indonesia, Jakarta: Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia (MPBI), 2012, hlm. 313.

- a. Kepemimpinan;
 - b. Sumber daya manusia;
 - c. Pasokan obat-obatan dan alat kesehatan;
 - d. Pendanaan kesehatan;
 - e. Pengelolaan informasi kesehatan; dan
 - f. Penyampaian layanan.
30. Analisis sistem kesehatan berupa pengkajian multisektor, wajib dilakukan secara berkala untuk menentukan tingkat kinerja sistem kesehatan dan mengenali hambatan utama untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan.
 31. Kesehatan perseorangan merupakan suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, dan pemulihan kesehatan di tingkat perorangan.
 32. Kesehatan masyarakat adalah upaya pencegahan penyakit, memperpanjang hidup, dan memperbaiki kualitas hidup dan produktifitas melalui tindakan yang terencana, menyeluruh, dan menyentuh semua lapisan masyarakat.
 33. Kesehatan masyarakat meliputi kesehatan lingkungan, kesehatan komunitas, perilaku sehat, ekonomi kesehatan, kebijakan publik, kesehatan mental, pendidikan kesehatan, keselamatan dan kesehatan kerja, masalah gender dalam kesehatan, kesehatan seksual dan reproduksi, serta administrasi kesehatan.
 34. Pelayanan kesehatan primer mencakup perawatan kehamilan dan kesehatan anak, termasuk keluarga berencana; imunisasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama; perawatan memadai untuk penyakit umum dan luka; dan penyediaan obat-obat penting.
 35. Pelayanan kesehatan primer memiliki setidaknya enam cakupan, yaitu:
 - a) Perluasan akses secara menyeluruh dan non-diskriminatif bagi setiap individu dan masyarakat atas pelayanan dan fasilitas kesehatan, obat-obatan esensial, serta penguatan sistem perlindungan kesehatan.
 - b) Upaya memadai berupa, namun tidak terbatas pada, pengidentifikasian masalah kesehatan dan diagnosis yang akurat dan baik, sesuai dengan kebutuhan dan pilihan setiap individu dan masyarakat, serta untuk mengatasi hambatan kesehatan yang ada.
 - c) Promosi gaya hidup sehat dan penanggulangan dampak kesehatan dari kondisi sosial dan lingkungan yang berisiko dan berbahaya bagi kesehatan.
 - d) Upaya yang diperlukan dalam pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan mereka.
 - e) Pelembagaan partisipasi publik dalam dialog pembentukan kebijakan, baik pada tingkat daerah maupun pusat, dan mekanisme pertanggungjawaban kesehatan.
 36. Hak atas kesehatan mengandung beberapa unsur, antara lain:

STANDAR NORMA DAN PENGATURAN NOMOR 4 TENTANG HAK ATAS KESEHATAN

- a. Hak atas sistem perlindungan kesehatan yang menyediakan kesetaraan kesempatan bagi semua orang untuk menikmati derajat kesehatan tertinggi;
- b. Hak untuk pencegahan, pengobatan, dan pengawasan penyakit;
- c. Hak atas akses terhadap obat-obatan penting;
- d. Hak atas akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang setara dan tepat waktu;
- e. Hak atas ketersediaan pendidikan dan informasi terkait kesehatan; dan
- f. Hak masyarakat untuk berpartisipasi masyarakat dalam membuat keputusan-keputusan terkait kesehatan

D. PRINSIP-PRINSIP HAK ATAS KESEHATAN

37. Hak atas kesehatan didasarkan pada prinsip-prinsip hak asasi manusia, yaitu universal (*universality*), kesetaraan (*equality*), nondiskriminasi (*non-discrimination*), tidak dapat dipisahkan (*indivisibility*), saling terkait (*interrelated*), saling tergantung (*interdependence*), menjunjung martabat kemanusiaan (*human dignity*), dan melibatkan tanggung jawab negara (*state responsibility*).
38. Hak atas kesehatan bersifat universal, artinya setiap orang, baik yang tinggal di kota maupun di desa, baik yang kaya maupun yang miskin, tanpa melihat jenis kelamin, orientasi seksual dan identitas gender, suku, agama, ras, bahasa, golongan, dan pilihan politik, berhak atas kesehatan.
39. Hak atas kesehatan tidak boleh diskriminatif, artinya setiap orang, tanpa perbedaan atas dasar, meliputi dan tidak terbatas, jenis kelamin, suku, agama, ras, bahasa, golongan, orientasi seksual dan identitas gender, dan pilihan politik, berhak untuk mendapatkan kesehatan secara setara (*equality*). Kebijakan pemberian layanan kesehatan didasarkan pada status sosial, ekonomi, dan politik sebagai contoh diskriminasi tidak langsung (*indirect discrimination*). Perbedaan perlakuan dimungkinkan hanya dalam rangka memberikan pelayanan dan perawatan yang lebih baik dan memang sangat dibutuhkan.
40. Tindakan menolak memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien atas dasar, meliputi dan tidak terbatas pada: perbedaan agama, keyakinan, ras, etnis, suku, pilihan politik, bahasa, latar belakang sosial ekonomi, dan preferensi atau orientasi seksual dan identitas gender - merupakan bentuk diskriminasi.
41. Hak atas kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan hak-hak yang lain (*indivisibility*). Tercapainya tubuh yang sehat harus dibarengi dengan makanan yang bergizi, lingkungan yang sehat, kebutuhan rekreasi yang cukup, dan akses atas informasi bagi seluruh masyarakat.
42. Hak atas kesehatan terkait erat dengan kebebasan pasien dalam menentukan pilihan sikap atas tindakan medis, dalam hal ini sangat dipengaruhi oleh intelektualitas dan pengetahuan, sebagai contoh saling keterkaitan (*interrelated*) antara hak atas kesehatan dan hak atas pendidikan.
43. Hak atas kesehatan saling tergantung (*interdependence*). Pada beberapa kasus, akses terhadap layanan dan perawatan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kemampuan untuk menyediakan biaya. Hal ini menunjukkan bahwa hak atas kesehatan tergantung dengan hak atas pekerjaan.
44. Pelayanan dan perawatan kesehatan harus didasarkan pada nilai bahwa pasien tersebut adalah manusia yang utuh dan memiliki martabat yang harus dihormati.

45. Pemerintah sebagai representasi negara adalah aktor yang secara hukum bertanggung jawab dan berkewajiban (*state responsibility*) atas dihormati, dipenuhi, dan dilindunginya hak atas kesehatan. Kewajiban ini termasuk memastikan pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan.
46. Di antara seluruh prinsip hak asasi manusia, terdapat tiga prinsip utama dalam hak atas kesehatan, yaitu nondiskriminasi (*non-discrimination*), menjunjung martabat kemanusiaan (*human dignity*), dan menuntut tanggung jawab negara (*state responsibility*).

E. KEWAJIBAN NEGARA

47. Negara wajib menggunakan sumber dayanya secara maksimal untuk memastikan bahwa pengaturan, pemberian layanan, dan promotif selalu ditingkatkan sesuai standar WHO yaitu minimal 5-6 persen dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).
48. Negara wajib mewujudkan terpenuhinya hak atas kesehatan dengan menggunakan sumber daya nasional termasuk bekerja sama dengan masyarakat internasional baik dalam bidang ekonomi maupun teknis.
49. Negara wajib memastikan bahwa setiap orang terutama yang rentan, marjinal, dan tidak beruntung, terpenuhi, dan terlindungi haknya atas kesehatan. Hal ini sesuai dengan prinsip dasar Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals 2030*), yaitu memastikan tidak ada seorang pun yang tertinggal (*no one left behind*).
50. Negara wajib memberikan dan memastikan berjalannya program layanan kesehatan kepada setiap orang, baik dalam meningkatkan upaya kesehatan (promotif), mencegah penyakit (preventif), menyembuhkan penyakit (kuratif), maupun memulihkan kesehatan (rehabilitatif) dengan memberikan upaya dan mengerahkan sumber daya yang dimiliki secara maksimal.¹⁴
51. Negara wajib mengutamakan kegiatan promotif dan preventif dengan tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Biaya untuk kegiatan promotif dan preventif lebih murah dan mempunyai daya ungkit yang besar sehingga bisa mengurangi beban besarnya biaya kuratif dan rehabilitatif.
52. Prinsip-Prinsip Limburg Bagi Implementasi Perjanjian Internasional Mengenai Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, dalam konteks hak atas kesehatan menegaskan setidaknya-tidaknya, antara lain.
 - a. Jaminan pemenuhan hak ekonomi, sosial, dan budaya menjadi bagian integral hukum HAM internasional. Negara Pihak pada KIHESB tunduk pada kewajiban-kewajiban yang tertulis dalam perjanjian tersebut. Hak atas kesehatan merupakan salah satu dari hak ekonomi, sosial, dan budaya;
 - b. Negara bertanggung jawab untuk segera mulai mengambil langkah-langkah menuju terwujudnya pemenuhan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya sebagaimana yang tercantum dalam KIHESB. Langkah-langkah tersebut mencakup tindakan-tindakan legislatif, administratif, hukum, ekonomi, sosial dan pendidikan, yang konsisten dengan sifat hak-hak tersebut;
 - c. Pemenuhan hak atas kesehatan dapat dilaksanakan secara bertahap. Namun demikian, Negara perlu untuk memberi perhatian khusus kepada tindakan-tindakan untuk memperbaiki standar kehidupan rakyat miskin dan kelompok-kelompok yang

14. Pasal 1 angka 11 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

- tidak beruntung, dengan mengingat bahwa tindakan khusus mungkin diperlukan untuk melindungi hak-hak budaya masyarakat asli (*indigenous*) dan minoritas;
- d. Kewajiban "untuk secara bertahap mewujudkan hak-hak secara utuh" mengharuskan Negara Pihak untuk bergerak seefisien mungkin untuk mencapai realisasi dari hak-hak tersebut. Hal ini dimaksudkan negara tidak boleh menunda upaya pemenuhan tanpa batasan waktu. Negara harus mulai mengambil langkah-langkah minimal untuk memulai memenuhi kewajibannya sesuai ketentuan KIHESB.
 - e. Implementasi kewajiban pemenuhan hak secara bertahap sangat bergantung pada sumber daya yang ada termasuk juga perkembangan sumber daya masyarakat. Hal ini mengharuskan penggunaan sumber daya yang ada secara efektif.
 - f. Pemerintah wajib memastikan pemenuhan hak atas kesehatan terselenggara secara merata di seluruh Indonesia. Pemerintah wajib membangun fasilitas kesehatan tingkat pertama, tingkat lanjut, dan rumah sakit rujukan nasional, serta menempatkan tenaga medis dan tenaga kesehatan termasuk dokter spesialis di daerah-daerah terpencil dan mengembangkannya hingga mencapai standar tertinggi yang bisa dicapai.
 - g. Negara sebagai pemangku kewajiban harus menghilangkan pelbagai praktik diskriminasi di semua sektor, khususnya sektor hukum dengan segera menghapus hukum, peraturan, dan praktik yang diskriminatif (termasuk kelalaian maupun tindakan yang diambil oleh negara) yang memengaruhi penikmatan hak atas kesehatan.
 - h. Segala bentuk diskriminasi yang terjadi akibat dari pemenuhan hak atas kesehatan yang tidak merata karena kekurangan sumber daya atau sebaliknya, harus segera diakhiri secepat mungkin.
 - i. Tindakan afirmasi yang bertujuan untuk melindungi kemajuan penikmatan hak bagi kelompok-kelompok rentan, marjinal ataupun minoritas, bukanlah bentuk tindakan diskriminasi.
53. Prinsip Maastricht untuk Kewajiban Ekstrateritorial Negara di Bidang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, dalam konteks hak atas kesehatan menegaskan setidaknya-tidaknya, antara lain:
- a. Hak asasi manusia perorangan, kelompok, dan masyarakat dipengaruhi oleh dan bergantung pada tindakan serta kelalaian ekstrateritorial negara. Globalisasi ekonomi menunjukkan bahwa terdapat aktor-aktor global tertentu yang memiliki kemampuan ekonomi sangat tinggi, tetapi terdapat sekelompok orang yang semakin mengalami kerentanan dalam penikmatan hak ekonomi, sosial, dan budaya. Negara Pihak wajib memastikan bahwa layanan kesehatan tidak hanya dapat diakses oleh orang atau kelompok yang memiliki sumber daya ekonomi tinggi, tetapi juga pemberian layanan kesehatan yang memadai bagi orang atau kelompok yang rentan secara ekonomi.
 - b. Semua negara wajib mengambil tindakan, baik sendiri ataupun bersama negara lain dalam kerja sama internasional, dalam menghormati hak atas kesehatan. Semua negara wajib menarik diri dari tindakan yang menihilkan atau mengurangi penikmatan dan pemenuhan hak atas kesehatan. Semua negara wajib menarik diri dari menihilkan dan mengurangi kemampuan negara lain dalam pemenuhan hak atas kesehatan. Semua

negara juga wajib menarik diri dari tindakan mengadopsi sanksi atau embargo ekonomi pada negara lain yang menyebabkan negara lain tidak mampu memenuhi hak atas kesehatan.

- c. Semua negara wajib mengambil tindakan, baik sendiri ataupun bersama negara lain dalam kerja sama internasional, dalam melindungi hak atas kesehatan. Semua negara wajib memastikan bahwa aktor bukan negara, seperti perseorangan dan organisasi privat, dan perusahaan transnasional dan perusahaan bisnis lainnya, tidak menihilkan atau mengurangi penikmatan hak atas kesehatan. Tindakan tersebut termasuk tindakan administratif, legislatif, investigatif, bersifat ajudikatif dan langkah lainnya dalam rangka melindungi hak atas kesehatan. Semua negara wajib bekerjasama dalam memastikan aktor bukan-negara tidak melanggar hak atas kesehatan dan memastikan mereka bertanggungjawab atas pelanggaran hak atas kesehatan, dan menyediakan pemulihan yang efektif bagi mereka yang terdampak.
 - d. Semua negara wajib mengambil tindakan, baik sendiri ataupun bersama negara lain dalam kerja sama internasional, dalam memenuhi hak atas kesehatan. Semua negara wajib mengambil langkah yang cermat, nyata, dan dapat dicapai dalam rangka pemenuhan hak atas kesehatan. Semua negara wajib berkoordinasi dan bekerja sama secara efektif, melalui kerja sama dalam bidang teknis dan teknologi serta sumber daya dalam rangka pemenuhan hak atas kesehatan. Semua negara, dalam memenuhi hak atas kesehatan, wajib mempertimbangkan untuk memprioritaskan kelompok yang tidak diuntungkan, terpinggirkan dan rentan; memprioritaskan standar minimum; memberikan peluang keterlibatan masyarakat secara setara dalam pengambilan keputusan; dan menghindari langkah mundur bahkan melepaskan beban pemenuhan hak atas kesehatan.
54. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah berkewajiban untuk¹⁵:
- a. menyediakan fasilitas layanan kesehatan berdasarkan kebutuhan masyarakat;
 - b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin atau orang tidak mampu, kelompok usia lanjut, dan anak terlantar sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membina dan mengawasi penyelenggaraan fasilitas layanan kesehatan;
 - d. memberikan perlindungan kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
 - e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan fasilitas layanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian fasilitas layanan kesehatan sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
 - g. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;

15. Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

- h. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di fasilitas layanan kesehatan akibat bencana dan kejadian luar biasa;
 - i. mengembangkan layanan transportasi menuju dan dari fasilitas kesehatan ke tempat tinggal masyarakat;
 - j. mendidik masyarakat untuk mengembangkan pola hidup sehat;
 - k. memastikan pendistribusian obat-obatan yang esensial secara merata;
 - l. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
 - m. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi, termasuk mengawasi pemakaian teknologi kesehatan yang tidak mempunyai bukti-bukti ilmiah.
- 1) Kewajiban untuk Menghormati Hak Atas Kesehatan
55. Kewajiban untuk menghormati (*obligation to respect*) hak atas kesehatan menuntut negara untuk tidak melakukan tindakan yang menihilkan atau mengurangi kemampuan setiap orang untuk menikmati hak atas kesehatan. Kewajiban ini juga mencakup larangan-larangan bagi negara untuk:
- a. membatasi, menahan, atau menghalangi secara tidak patut penggunaan dan penyampaian perawatan kesehatan tradisional, metode pencegahan penyakit tradisional, praktik penyembuhan tradisional, dan obat-obatan tradisional;
 - b. memasarkan obat-obatan dan teknologi kesehatan yang tidak aman;
 - c. menetapkan tindakan medis yang memaksa, kecuali jika ini dilakukan dalam keadaan luar biasa untuk pencegahan dan penanggulangan penyakit menular;
 - d. membatasi akses secara tidak patut ke alat kontrasepsi dan cara-cara lain yang bertujuan untuk menjaga kesehatan seksual dan reproduksi;
 - e. menyensor, membatasi, menahan, atau dengan sengaja menyalahartikan informasi sehubungan dengan kesehatan, termasuk pendidikan dan informasi seksual; dan
 - f. mencemari udara, air, dan tanah secara tidak sah. Entitas bisnis, khususnya yang dimiliki oleh negara, tidak boleh melakukan operasi bisnisnya dengan mencemari udara, air, dan tanah.
56. Pengadopsian prinsip partisipasi publik diperlukan guna memastikan penghormatan atas keberagaman dalam layanan kesehatan. Publik didorong untuk berpartisipasi mengambil keputusan atas kesehatan mereka sendiri, dalam mengidentifikasi kebutuhan kesehatan komunitasnya, dan dalam mempertimbangkan pendekatan alternatif untuk menjawab kebutuhan tersebut. Bentuk pelayanan kesehatan harus bersifat luwes dan tanggap atas situasi. Partisipasi diperlukan untuk memastikan pelayanan kesehatan di masyarakat dirancang dan dievaluasi secara strategis dan efektif.
- 2) Kewajiban untuk Melindungi Hak Atas Kesehatan
57. Kewajiban untuk melindungi (*obligation to protect*) hak atas kesehatan menuntut negara untuk memastikan tidak ada orang, kelompok orang, termasuk aparat Negara dan korporasi dapat menihilkan atau mengurangi kesempatan setiap orang untuk menikmati hak atas kesehatan. Kewajiban ini juga menuntut negara mengupayakan hal-hal sebagai berikut.

- a. Memastikan akses yang setara atas layanan kesehatan, dan layanan-layanan lain yang berkaitan dengan kesehatan, yang disediakan oleh pihak ketiga;
 - b. Mengontrol dan mengawasi pemasaran alat-alat kesehatan dan obat-obatan yang dilakukan pihak ketiga;
 - c. Memastikan tenaga-tenaga medis dan para profesional di bidang kesehatan memenuhi standar yang memadai untuk aspek-aspek kesehatan, mulai dari aspek pendidikan, keterampilan, dan kode etik perilaku;
 - d. Mengembangkan kebijakan standarisasi pelayanan dan biaya perawatan kesehatan primer;
 - e. Mengembangkan kebijakan akses terhadap pendidikan kesehatan terjangkau secara ekonomi untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan tenaga kesehatan yang profesional;
 - f. Meningkatkan kapasitas kebijakan kesehatan negara, khususnya deteksi dini, pengurangan risiko dan manajemen risiko kesehatan nasional dan internasional.
 - g. Memastikan bahwa pihak ketiga tidak membatasi akses atas informasi dan layanan kesehatan;
 - h. Melindungi setiap orang dan/atau kelompok masyarakat dari tindakan pelanggaran hak atas kesehatan yang dilakukan oleh pihak ketiga. Negara wajib memberikan informasi terkait dengan proyek yang berpotensi menimbulkan risiko publik.¹⁶
 - i. Melakukan tindakan promotif, preventif, dan memberikan perlindungan bagi setiap warga negara dari informasi, baik komersial maupun nonkomersial yang dapat berpotensi mengancam hak atas kesehatan.
 - j. Melakukan tindakan hukum, baik bersifat administratif, perdata, maupun pidana atas tindakan pihak ketiga yang telah melanggar hak atas kesehatan;
 - k. Melakukan tindakan pemulihan hak atas kesehatan setiap orang dan/atau kelompok orang yang telah dilanggar.
- 3) Kewajiban untuk Memenuhi Hak Atas Kesehatan
58. Kewajiban untuk memenuhi (*obligation to fulfill*) hak atas kesehatan mengacu pada kewajiban negara untuk mengambil langkah administratif, legislatif, judisial, dan kebijakan untuk memastikan hak atas kesehatan terpenuhi hingga pencapaian maksimal.
59. Pemerintah wajib memenuhi hak atas kesehatan melalui dua tindakan utama, yaitu tindakan teknis dan administratif, dan tindakan legislasi. Tindakan teknis, misalnya melalui pengadaan pelayanan perawatan kesehatan, penciptaan prasyarat dasar kesehatan, pengadaan fasilitas yang baik, dan memastikan layanan yang tidak diskriminatif. Tindakan administratif dilakukan dengan mengembangkan standar pelayanan, kebijakan yang mengikat penyedia layanan, dan kebijakan publik yang mendukung pemenuhan hak atas kesehatan. Tindakan legislasi dilakukan dengan memastikan dan membuat peraturan perundang-undangan yang mendukung bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia.

16. Ms. Shehla Zia v. WAPDA, PLD 1994 SC 693, <https://www.escri-net.org/caselaw/2015/ms-shehla-zia-v-wapda-pld-1994-sc-693>.

60. Negara wajib membuat perencanaan sanitasi darurat dan relokasi bagi penduduk di daerah yang air minumnya terkontaminasi limbah dan terdampak bencana alam.¹⁷
61. Negara wajib memenuhi hak atas kesehatan dalam dua cara, yaitu kewajiban melakukan tindakan (*obligation of conduct*) dan kewajiban mencapai hasil yang ditentukan (*obligation of result*).¹⁸
62. Kewajiban melakukan tindakan (*obligation of conduct*) mewajibkan negara untuk mengambil langkah, baik langkah administratif, legislatif, maupun judisial, dalam rangka terpenuhinya standar tertinggi hak atas kesehatan.
63. Kewajiban mencapai hasil (*obligation of result*) mewajibkan negara untuk mencapai pemenuhan standar tertinggi hak atas kesehatan sesuai target yang disusun.
64. Kewajiban inti minimum (*minimum core obligations*) merupakan kewajiban yang memiliki dampak secara langsung dalam memenuhi tingkat esensi minimum masing-masing hak. Jika negara gagal atau tidak mampu memenuhi tingkat esensi minimum hak-hak tersebut karena keterbatasan sumber daya yang ada, negara wajib membuktikan bahwa mereka telah melakukan segala upaya untuk memaksimalkan sumber daya yang tersedia dalam prioritas pemenuhannya.¹⁹
65. Bagi negara yang 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.²⁰
66. Kewajiban inti minimum harus dilihat sebagai langkah pertama, bukan tahap akhir dari proses realisasi hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya. Prinsip ini tidak harus dilihat sebagai pendekatan minimalis yang menganggap hanya kewajiban inti minimum yang mengikat secara hukum,²¹ yaitu:
 - 1) Kewajiban inti minimum hak atas kesehatan mencakup hal-hal sebagai berikut.²²
 - 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.

17. Mendoza Beatriz Silva et al. vs. State of Argentina et al. on damages (damages resulting from environmental pollution of Matanza/Riachuelo river). File M. 1569. XL, <https://www.escri-net.org/caselaw/2011/mendoza-beatriz-silva-et-al-vs-state-argentina-et-al-damages-damages-resulting>.

18. Komentar Umum Nomor 3 Kovenan Internasional Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya.

19. The Office of the High Commissioner for Human Rights and World Health Organization. 2008. *Fact Sheet Nomor 31, The Right to Health*. Genev: OHCHR Publication.

20. *Ibid*.

21. The Office of The High Commissioner for Human Rights. 2005. *Economic, Social, and Cultural Rights; Handbook for National Human Rights Institution*. New York and Geneva: UN Publication.

22. Komentar Umum Komite Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya Nomor 14 tentang Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang dapat Dijangkau (Pasal 12 Kovenan Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya).

- c. Menjamin akses pada permukiman dasar perumahan dan sanitasi serta persediaan air yang memadai dan sehat.
 - d. Menyediakan obat-obatan yang dari waktu ke waktu telah ditetapkan dalam Program Aksi WHO Mengenai Obat-obatan yang Esensial.
 - e. Menjamin fasilitas kesehatan barang dan jasa terdistribusi secara seimbang.
- 2) Kewajiban-kewajiban yang dapat menjadi prioritas sebagai berikut.
- a. Menjamin perawatan reproduksi ibu --sebelum dan sesudah melahirkan-- dan anak.
 - b. Menyediakan imunisasi penyakit infeksi yang terjadi dalam masyarakat.
 - c. Mengambil langkah-langkah pencegahan penanggulangan dan kontrol terhadap penyakit epidemik, endemik, dan pandemik.
 - d. Menjamin pendidikan dan akses informasi mengenai problem utama kesehatan di masyarakat termasuk metode dalam mencegah dan mengendalikannya.
 - e. Menyediakan pelatihan yang memadai bagi personel kesehatan termasuk pendidikan kesehatan dan hak asasi manusia.
67. Terdapat empat indikator dalam menilai pemenuhan hak atas kesehatan, yaitu aspek ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), keberterimaan (*affordability*), dan kualitas (*quality*).²³
68. Aspek ketersediaan (*availability*) memberikan panduan agar pelaksanaan fungsi kesehatan publik dan fasilitas pelayanan kesehatan, barang dan jasa-jasa kesehatan, juga program-program, harus tersedia dalam kuantitas yang cukup. Kecukupan akan fasilitas barang dan jasa bervariasi dan bergantung pada banyak faktor, termasuk tingkat pembangunan negara. Meskipun demikian juga mencakup faktor-faktor tertentu yang berpengaruh terhadap kesehatan, misalnya, air minum yang sehat, sanitasi yang memadai, rumah sakit, klinik, dan bangunan yang berkaitan dengan kesehatan, serta tenaga medis yang berpengalaman dan profesional dengan penghasilan yang kompetitif serta obat yang baik sebagaimana yang dimaksud dalam *WHO Action Programme on Essential Drugs*.
69. Aspek aksesibilitas (*accessibility*) memberikan panduan bahwa fasilitas kesehatan, barang dan jasa, harus dapat diakses oleh setiap orang tanpa diskriminasi, dalam yurisdiksi negara. Penyedia layanan kesehatan harus mengembangkan akomodasi yang layak (*reasonable accomodation*) yang memenuhi kebutuhan kelompok masyarakat secara inklusif. Aksesibilitas memiliki empat dimensi yang saling terkait, yaitu.
- a. Tidak diskriminatif. Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat diakses oleh semua, terutama oleh masyarakat yang marginal atau masyarakat yang tidak terlindungi oleh hukum, tanpa diskriminasi atas dasar apapun.
 - 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,

²³ Komentar Umum Komite Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya Nomor 14 tentang Hak atas Standar Kesehatan Tertinggi yang Dapat Dicapai.

- misalnya etnis minoritas atau masyarakat terasing, wanita, anak-anak, penyandang disabilitas, orang lanjut usia, 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 cacat.
- c. Akses 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 kesetaraan, dengan memastikan bahwa pelayanan yang tersedia, baik secara privat maupun publik, terjangkau oleh semua, termasuk kelompok yang tidak beruntung secara sosial. Kesamaan mensyaratkan bahwa masyarakat miskin tidaklah harus dibebani biaya kesehatan secara tidak proporsional dibandingkan dengan masyarakat kaya.
 - d. Akses informasi. Aksesibilitasnya mencakup hak untuk mencari dan menerima atau membagi informasi mengenai masalah kesehatan. Akses informasi ini harus dikelola dengan tetap melindungi kerahasiaan data kesehatan.
70. Aspek keberterimaan (*affordability*) memberikan panduan agar 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. Juga dirancang untuk penghormatan kerahasiaan status kesehatan dan peningkatan status kesehatan bagi mereka yang memerlukan.
 71. Aspek kualitas (*quality*) memberikan panduan bahwa selain secara budaya diterima, fasilitas kesehatan, barang, dan jasa, secara ilmu dan secara medis sesuai serta dalam kualitas yang baik. Hal ini mensyaratkan, antara lain personel yang secara medis berkemampuan dan berwenang, obat-obatan dan perlengkapan rumah sakit yang secara ilmu diakui dan tidak kedaluarsa, air minum aman dan dapat diminum, serta sanitasi yang memadai.
 72. Negara dan lembaga yang bekerja untuk penyediaan layanan psikososial dan kesehatan mental di berbagai sektor harus bekerja sama untuk membangun sistem layanan yang terintegrasi, inklusif, transparan, dan akuntabel untuk masyarakat, utamanya bagi kelompok rentan. Dalam hal penanganan kesehatan mental, negara wajib melakukan upaya promotif, pencegahan, dan edukasi bagi masyarakat.
 73. Pemerintah wajib menaikkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.
 74. Pemerintah wajib meningkatkan cakupan layanan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko finansial, akses terhadap layanan kesehatan dasar yang berkualitas dan akses terhadap obat-obatan juga vaksin yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua.

75. Pemerintah wajib menjalankan prinsip pelayanan kesehatan, yaitu keterjangkauan (*accessibility*), partisipasi publik, promosi kesehatan, penggunaan teknologi yang tepat, dan kerja sama intersektoral.
76. Pemerintah wajib berupaya semaksimal mungkin untuk memenuhi layanan kesehatan, yaitu memelihara dan meningkatkan kesehatan (promotif), mencegah penyakit (preventif), menyembuhkan penyakit (kuratif), memulihkan kesehatan (rehabilitatif), dan mengurangi penderitaan (paliatif), yang dilaksanakan menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan.
77. Pemerintah wajib mengembangkan skema kebijakan dan anggaran yang maksimal yang bertumpu pada upaya promotif dan preventif, dibandingkan upaya kuratif.
78. Prinsip keterjangkauan mewajibkan pemerintah menyediakan layanan kesehatan bagi seluruh kelompok masyarakat di pelbagai lokasi geografis. Distribusi tenaga kesehatan yang merata di semua wilayah termasuk di wilayah perdesaan dan terpencil merupakan kunci dari keterjangkauan.
79. Pemerintah wajib memfasilitasi dan mendukung kerja sama intersektoral antara kebijakan kesehatan dan kesejahteraan yang berkaitan dengan kebijakan ekonomi dan sosial. Pengadopsian prinsip kerja sama intersektoral menjamin bahwa penyedia layanan dari beragam disiplin yang berbeda berkolaborasi dan berfungsi secara mandiri guna memenuhi pelayanan kesehatan.
80. Pemerintah wajib meningkatkan pendanaan untuk perekrutan, pengembangan, pelatihan, dan daya serap tenaga kerja kesehatan.
81. Pemerintah wajib melibatkan partisipasi tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam formulasi dan evaluasi kebijakan pemerintah maupun dalam perancangan dan pemberian pelayanan kesehatan.
82. Pemerintah wajib menyediakan sumber daya manusia, laboratorium, serta bank virus untuk mendukung riset dan pengembangan dari vaksin dan obat-obatan untuk penyakit menular dan tidak menular dengan penerapan *biosecurity* dan *biosafety*.
83. Pemerintah wajib mendukung penelitian dan pengembangan vaksin dan obat-obatan serta teknologi kesehatan untuk penyakit menular dan tidak menular.
84. Pengenalan, kesadaran, dan pembangunan kepekaan terhadap hak atas kesehatan termasuk hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik perlu dilakukan sejak usia dini.

F. TANGGUNG JAWAB LEMBAGA ATAU AKTOR NON-NEGARA

1) PBB dan Badan Lainnya

85. Berdasarkan Pasal 22 dan 23 KIHESB, semua pihak, termasuk masyarakat sipil wajib meningkatkan interaksi untuk merealisasikan hak atas kesehatan. Badan-badan yang relevan dalam sistem PBB berwenang bekerja sama secara efektif dengan Negara-negara Pihak, membangun keahlian mereka masing-masing sehubungan dengan pelaksanaan hak atas kesehatan di tingkat nasional dengan memperhatikan mandat masing-masing.
86. Pada saat memeriksa laporan Negara-negara Pihak, Komite Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya berwenang mempertimbangkan peran lembaga keuangan internasional, asosiasi profesi kesehatan dan organisasi nonpemerintah lainnya dalam pemenuhan hak atas kesehatan.²⁴
87. Badan-badan di PBB, organisasi non-pemerintah dan asosiasi medis internasional, sangat penting khususnya dalam kaitannya dengan bantuan bencana dan bantuan kemanusiaan pada saat darurat, termasuk bantuan untuk pengungsi dan orang-orang terlanter secara internal. Prioritas dalam penyediaan bantuan medis internasional, distribusi dan pengelolaan sumber daya, seperti air yang aman dan dapat diminum, makanan dan persediaan medis, dan bantuan keuangan harus diberikan kepada kelompok populasi yang paling rentan atau terpinggirkan.²⁵

2) Aktor Non-Negara

88. WHO telah mengadopsi Kerangka Kerja Pelibatan Aktor-aktor Non-Negara (*Framework of Engagement with Non-State Actors*) sebagai kerangka kerja menyeluruh pelibatan aktor nonnegara dan kebijakan serta prosedur operasional WHO tentang manajemen pelibatan aktor nonnegara yang berlaku untuk semua aktor nonnegara di semua tingkat organisasi.
89. Kerangka kerja dimaksud menyatakan bahwa yang termasuk sebagai aktor non-negara adalah organisasi nonpemerintah, entitas sektor privat, yayasan filantropi, dan lembaga akademik.
90. Kerangka kerja dimaksud dipandu oleh prinsip-prinsip sebagai berikut:
 - (a) menunjukkan manfaat yang jelas bagi kesehatan masyarakat;
 - (b) sesuai dengan Konstitusi WHO, mandat, dan program kerja umum;
 - (c) menghormati sifat antarpemerintah WHO dan otoritas pengambilan keputusan dari Negara Anggota sebagaimana diatur dalam Konstitusi WHO;
 - (d) mendukung dan meningkatkan, tanpa kompromi, pendekatan ilmiah dan berbasis bukti yang mendukung pekerjaan WHO;

24. Komentar Umum Komite Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya Nomor 14 tentang Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang dapat Dijangkau (Pasal 12 Kovenan Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya), Para 64.

25. *Ibid.*, Para 65.

- (e) melindungi WHO dari pengaruh yang tidak semestinya, khususnya pada proses dalam menetapkan dan menerapkan kebijakan, norma dan standar;
 - (f) tidak membahayakan integritas, independensi, kredibilitas, dan reputasi WHO;
 - (g) dikelola secara efektif, termasuk dengan, jika memungkinkan, menghindari konflik kepentingan dan bentuk risiko lain bagi WHO;
 - (h) dilakukan atas dasar transparansi, keterbukaan, inklusivitas, akuntabilitas, integritas, dan saling menghormati.
91. Aktor non-negara dalam konteks hak atas kesehatan, meliputi dan tidak terbatas pada, organisasi dan individu yang tidak berafiliasi dengan, diarahkan oleh, atau didanai melalui pemerintah. Aktor ini termasuk perusahaan, lembaga keuangan swasta, masyarakat sipil, dan LSM, serta kelompok perlawanan paramiliter dan bersenjata. Dalam konteks HAM dan khususnya advokasi hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya, terdapat peningkatan fokus pada tanggung jawab HAM pada perusahaan transnasional dan perusahaan bisnis lainnya. Ketentuan ini diakui di dalam Prinsip-Prinsip Panduan Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Bisnis dan Hak Asasi Manusia: Menerapkan Kerangka Kerja Perserikatan Bangsa-Bangsa "Melindungi, Menghormati, dan Pemulihan (*United Nations Guiding Principles on Business and Human Rights: Implementing the United Nations "Protect, Respect and Remedy" Framework ("UNGP")*).
92. UNGP mengatur bahwa dalam konteks hak atas kesehatan, yaitu.²⁶
- a. Kewajiban Negara untuk Melindungi (*state obligation to protect*). Negara mempunyai tanggung jawab untuk melindungi pelanggaran hak atas kesehatan oleh pihak ketiga, termasuk perusahaan, melalui kebijakan, pengaturan, dan keputusan yang layak.
 - b. Tanggung jawab Perusahaan untuk Menghormati (*corporate responsibility to respect*). Perusahaan bertanggung jawab untuk menghormati hak atas kesehatan dengan berupaya maksimal untuk tidak melakukan pelanggaran HAM dan menyelesaikan dampak negatif aktivitas perusahaan tersebut. Perusahaan diharuskan memiliki pernyataan komitmen untuk menghormati hak atas kesehatan, melakukan penilaian atas dampak operasinya terhadap hak atas kesehatan, serta mengintegrasikan prinsip-prinsip penghormatan hak atas kesehatan dalam proses, fungsi, dan kebijakan internal.
 - c. Akses Pemulihan (*access to remedy*). Korban pelanggaran HAM memiliki akses terhadap pemulihan. Setiap orang yang menjadi korban pelanggaran hak atas kesehatan harus memiliki akses yang luas untuk memperoleh skema pemulihan efektif, baik secara yudisial maupun nonyudisial. Mekanisme pengaduan yang efektif dalam perusahaan wajib disediakan sebagai mekanisme untuk menghormati hak atas kesehatan. Negara harus melakukan langkah dalam yurisdiksi mereka untuk memastikan korban memiliki akses untuk pemulihan efektif melalui cara yudisial, administratif, legislatif, atau cara lainnya.
93. Bentuk penghormatan HAM oleh perusahaan, yaitu.

26. John Ruggie. 2011. "Guiding Principles on Business and Human Rights: Implementing the United Nations "Protect, Respect and Remedy" Framework" (United Nations: New York). Document reference A/HRC/17/31.

- a. Perusahaan wajib mengekspresikan komitmen mereka terhadap hak asasi manusia melalui pernyataan kebijakan hak asasi manusia;
 - b. Perusahaan wajib melakukan proses yang sungguh-sungguh untuk mengidentifikasi, mencegah, mengurangi, dan menghitung dampak dan penyelesaian masalah HAM yang timbul atas kegiatan mereka. Temuan-temuan atas proses itu harus diintegrasikan ke dalam proses dan fungsi internal, termasuk adanya alokasi anggaran untuk merespons dampak negatif secara efektif;
 - c. Perusahaan wajib membangun proses yang memungkinkan pemulihan atas dampak negatif yang timbul karena aktivitas mereka, termasuk membangun mekanisme pengaduan/keluhan yang efektif.
94. Badan usaha atau perusahaan yang bergerak di sektor bisnis wajib menghormati hak atas kesehatan sesuai dengan Analisis Dampak Lingkungan. Perusahaan dapat dimintai pertanggungjawaban hukum atas pelanggaran HAM yang terjadi di lingkup usahanya.
95. Perusahaan induk dapat dimintai pertanggungjawaban atas kegiatan anak perusahaan asing yang melakukan kerusakan lingkungan, di mana kebijakan yang keliru atau pedoman yang tidak memadai yang dikeluarkan oleh perusahaan induk mengakibatkan kerugian kepada pihak ketiga. Perusahaan induk bertanggung jawab atas pengawasan pelatihan dan penegakan kebijakan yang berkaitan dengan kegiatan anak perusahaan. Jika terjadi pelanggaran, maka perusahaan induk dianggap gagal melakukan pengawasan dan kontrol atas aktivitas anak perusahaan.²⁷
96. Pengelola tempat kerja, majikan, dan pengusaha sebagai aktor nonnegara mempunyai kewajiban atas keselamatan dan kesehatan kerja.
97. Pemerintah berwenang untuk menetapkan standar keselamatan dan kesehatan kerja yang wajib ditaati oleh pengelola tempat kerja, baik sektor formal maupun informal.
98. Pengelola tempat kerja wajib untuk:
- a. menjamin lingkungan kerja yang sehat serta bertanggung jawab atas terjadinya kecelakaan kerja;
 - b. bertanggung jawab atas kecelakaan kerja yang terjadi di lingkungan kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - c. melakukan segala bentuk upaya keselamatan dan kesehatan kerja melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan, dan pemulihan bagi tenaga kerja.
99. Pengelola tempat kerja, pengusaha dan pemberi kerja wajib menjamin kesehatan pekerja melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan, dan pemulihan serta wajib menanggung seluruh biaya pemeliharaan kesehatan pekerja, juga menanggung biaya atas

27. Vedanta Resources PLC and Another v. Lungowe and Others, <https://www.escri-net.org/caselaw/2019/vedanta-resources-plc-and-another-v-lungowe-and-others>.

gangguan kesehatan akibat kerja yang diderita oleh pekerja sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

100. Pengadilan berwenang memerintahkan penyelenggara negara untuk menerapkan mekanisme yang bertujuan mengurangi dampak kerusakan kesehatan dan lingkungan, khususnya untuk mengurangi kebisingan, menghilangkan emisi batubara, dan mempromosikan rencana aksi nasional untuk mencegah kontaminasi lingkungan yang disebabkan oleh pengembangan dan transportasi pertambangan batubara. Pengadilan juga berwenang memerintahkan korporasi usaha pertambangan untuk mengambil tindakan yang bertujuan mengurangi kebisingan dan emisi batubara untuk melindungi hak-hak pemohon dan keluarganya.²⁸
101. Perusahaan yang memproduksi barang yang memiliki implikasi negatif terhadap kesehatan wajib mencantumkan peringatan kesehatan dalam bentuk tulisan yang jelas dan mudah terbaca, disertai gambar atau bentuk lainnya.²⁹
102. Perusahaan makanan dan minuman wajib untuk mencantumkan kandungan nutrisi dan bahan yang digunakan di dalam kemasan dalam bahasa yang mudah dimengerti.

28. Tutela action filed by Orlando José Morales Ramos against Drummond Ltd., <https://www.escri-net.org/caselaw/2014/tutela-action-filed-orlando-jose-morales-ramos-against-drummond-ltd>.

29. Putusan MK No 34/PUU-VIII/2010.

G. HAK DAN KEWAJIBAN TENAGA MEDIS, TENAGA KESEHATAN, PASIEN, DAN PENYELENGGARA LAYANAN KESEHATAN

- 1) Hak dan Kewajiban Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan
103. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.³⁰
104. Tenaga kesehatan dikelompokkan ke dalam:³¹
 - a. Tenaga psikologi klinis;
 - b. Tenaga keperawatan, yang meliputi berbagai jenis perawat;
 - c. Tenaga kebidanan;
 - d. Tenaga kefarmasian, yang terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian;
 - e. Tenaga kesehatan masyarakat, yang terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga;
 - f. Tenaga kesehatan lingkungan, yang terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan;
 - g. Tenaga gizi. Terdiri atas nutrisisionis dan dietisien;
 - h. Tenaga keterapihan fisik, yang terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur;
 - i. Tenaga keteknisian medis, yang terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologi;
 - j. Tenaga teknik biomedika, yang terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik;
 - k. Tenaga kesehatan tradisional, yang terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan; dan
 - l. Tenaga kesehatan lain.
105. Tenaga medis adalah dokter dan dokter gigi dengan perangkat keilmuannya memiliki karakteristik khas, berupa pembenaran hukum untuk melakukan tindakan medis terhadap tubuh manusia dalam upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan.³²

30. Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan jo. Pasal 1 angka 5 PMK Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien.

31. Pasal 11 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan jo. Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015.

32. Penjelasan Umum Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

106. Tenaga medis dan tenaga kesehatan merupakan unsur yang sangat strategis dan utama dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal, aman, tertib dan profesional, yang berlangsung setiap waktu dan berkesinambungan.
107. Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis berhak mendapatkan peningkatan kompetensi, serta perlindungan dan kepastian hukum.
108. Setiap Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari perkumpulan profesi dan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
109. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak:
 - a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional;
 - b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari penerima pelayanan kesehatan atau keluarganya;
 - c. menerima imbalan jasa;
 - d. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama;
 - e. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;
 - f. menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis;
 - g. melakukan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. menolak keinginan penerima pelayanan kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, kode etik, standar pelayanan, standar prosedur operasional, atau ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - i. memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
110. Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, tenaga medis dan tenaga kesehatan mempunyai kewajiban, antara lain
 - a. memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari perkumpulan profesi dan izin praktik dari pemerintah;
 - b. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan penerima pelayanan kesehatan;
 - c. memperoleh persetujuan dari penerima pelayanan kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan bagi yang melakukan pelayanan kesehatan perseorangan;
 - d. menjaga kerahasiaan kesehatan penerima pelayanan kesehatan;
 - e. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan bagi yang melakukan pelayanan kesehatan perseorangan;
 - f. merujuk penerima pelayanan kesehatan ke tenaga kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai;
 - g. tenaga kesehatan yang menjalankan praktik pada fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada penerima pelayanan kesehatan dalam

- keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan tanpa meminta uang muka terlebih dahulu;
- h. mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki;
 - i. melakukan pemeriksaan kesehatan atas permintaan penegak hukum dengan biaya ditanggung oleh negara untuk kepentingan hukum;
 - j. tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran di fasilitas kesehatan wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari perkumpulan profesi dan Surat Izin Praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - k. tenaga kesehatan tertentu yang bekerja di rumah sakit wajib memiliki izin sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
 - l. menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.
111. Dalam proses peradilan pertama, tenaga medis dan tenaga kesehatan memiliki kewajiban, antara lain:
- a. memberikan edukasi mengenai kebutuhan layanan kesehatan terdakwa;
 - b. memberikan edukasi kepada penegak hukum;
 - c. penilaian situasi kesehatan bagi terdakwa; dan
 - d. memberikan keterangan di persidangan sebagai ahli.
112. Tiga tujuan spesifik pengaturan bidang praktik kedokteran, yaitu:³³
- a. memberikan perlindungan hukum kepada pasien;
 - b. mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi; dan
 - c. memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter, dan dokter gigi.
113. Tenaga medis dengan perangkat keilmuannya memiliki karakteristik khas, berupa pembenaran hukum untuk melakukan tindakan medis terhadap tubuh manusia dalam upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan.³⁴
114. Tenaga Kesehatan yang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesinya akan mendapatkan perlindungan hukum.
115. Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak,³⁵ yaitu:
- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - b. memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
 - d. menerima imbalan jasa.

33. Pasal 3 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

34. Penjelasan Umum Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

35. Pasal 50 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

116. Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban,³⁶ yaitu:
- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
 - b. merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
 - c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
 - d. melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
 - e. menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.
117. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah berhak diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya. Penghargaan yang diberikan dapat berupa materi dan/atau bentuk lain.
118. Dalam kesatuan konsep *One Health*, tenaga medis dan tenaga kesehatan mempunyai kewajiban, yaitu.
- a. Dokter: melindungi manusia dari penyakit infeksi;
 - b. Dokter hewan: melindungi hewan dari penyakit infeksi;
 - c. Tenaga kesehatan masyarakat: mencegah transmisi penyakit infeksi melalui peningkatan sistem kesehatan.
- 2) Kewajiban Penyelenggara Layanan Kesehatan
119. Setiap penyelenggara layanan kesehatan wajib mengupayakan:³⁷
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan kepada masyarakat;
 - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan fasilitas layanan kesehatan;
 - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin;
 - f. melaksanakan fungsi sosial, antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien miskin dan hampir miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, pelayanan ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, dan/atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan dengan dibiayai oleh pemerintah atau pihak lainnya yang menanggung, sesuai dengan kemampuan dan standar;

36. Pasal 51 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

37. Pasal 29 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika fasilitas layanan kesehatan;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal fasilitas layanan kesehatan;
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas fasilitas layanan kesehatan dalam melaksanakan tugas;
- t. memberlakukan seluruh lingkungan fasilitas layanan kesehatan sebagai kawasan tanpa rokok; dan
- u. menjunjung transparansi dan akuntabilitas dalam segala proses.

3) Hak dan Kewajiban Pasien

- 120. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.³⁸
- 121. Setiap penerima pelayanan kesehatan yang dirugikan akibat kesalahan atau kelalaian tenaga medis dan tenaga kesehatan berhak meminta ganti rugi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 122. Pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran mempunyai hak untuk:³⁹
 - a. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis;
 - b. meminta pendapat dokter atau dokter lain;
 - c. mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis;
 - d. menolak tindakan medis; dan
 - e. mendapatkan isi rekam medis.
- 123. Setiap pasien yang menikmati fasilitas layanan kesehatan memiliki hak, antara lain:

38. Pasal 1 angka 10 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

39. Pasal 52 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di fasilitas layanan kesehatan;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
 - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di fasilitas layanan kesehatan;
 - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP), baik di dalam maupun di luar rumah sakit;
 - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
 - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
 - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di fasilitas layanan kesehatan;
 - o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan fasilitas layanan kesehatan terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut fasilitas layanan kesehatan apabila fasilitas layanan kesehatan diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar, baik secara perdata maupun pidana; dan
 - r. mengeluhkan pelayanan fasilitas layanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
124. Pasien yang menikmati fasilitas layanan kesehatan adalah konsumen sehingga pasien juga memiliki hak-hak sebagai berikut:⁴⁰
- a. hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam memanfaatkan barang dan/atau jasa;

40. Pasal 4 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.

- b. hak untuk memilih barang dan/atau jasa serta mendapatkan barang dan/atau jasa tersebut sesuai dengan nilai tukar dan kondisi serta jaminan yang dijanjikan;
 - c. hak atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa;
 - d. hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/atau jasa yang digunakan;
 - e. hak untuk mendapatkan advokasi, perlindungan, dan upaya penyelesaian sengketa perlindungan konsumen secara patut;
 - f. hak untuk mendapat pembinaan dan pendidikan konsumen;
 - g. hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif;
 - h. hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian, apabila barang dan/atau jasa yang diterima tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak sebagaimana mestinya; dan
 - i. hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya.
125. Pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran mempunyai kewajiban dalam:
- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
 - b. mematuhi nasihat dan petunjuk dokter atau dokter gigi;
 - c. mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan; dan
 - d. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

H. TEMA-TEMA KHUSUS

- 1) Hak-hak Kelompok Rentan
126. Hukum HAM memberikan perhatian pada perlindungan terhadap kelompok rentan (*vulnerable group*). Kelompok ini mendapatkan perlakuan khusus atau tindakan afirmasi atau perlindungan lebih (*preferential treatment/affirmative action/positive measures*), khususnya terkait potensi diskriminasi yang diakibatkan oleh kerentanan tersebut. Kelompok rentan berpotensi lebih besar mengalami diskriminasi di tengah-tengah masyarakat.⁴¹ Diskriminasi mengakibatkan terciptanya hambatan-hambatan struktural dan kultural yang dialami dalam mengakses hak atas kesehatan.
127. Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya.⁴² Setiap orang juga berhak atas jaminan perlindungan di masa-masa sulit seperti pada saat menganggur, menderita sakit, kondisi disabilitas, menjadi janda/duda, usia lanjut, dan kondisi-kondisi khusus lainnya.
128. Pada Pasal 5 ayat (3) UU HAM dinyatakan bahwa perlindungan lebih diberikan kepada kelompok rentan berkenaan dengan kekhususannya. Pasal 4 huruf j dan Pasal 29 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik menjamin pemenuhan fasilitas dan pelayanan khusus bagi kelompok rentan.
129. Komentar Umum Nomor 3 pada KIHESB menggarisbawahi pemenuhan hak-hak kelompok rentan walaupun dalam keadaan keterbatasan sumber daya yang bersifat darurat. Program-program perlindungan terhadap kelompok rentan tetap harus dijalankan meski dalam kondisi kedaruratan.
130. Komentar Umum Nomor 14 pada KIHESB memuat elemen penting dalam pemenuhan hak atas kesehatan, yaitu keterjangkauan, yang dimaknai sebagai nondiskriminasi. Fasilitas dan layanan kesehatan harus dapat diakses semua orang, terutama kelompok rentan. Bab VII UU Kesehatan juga memperhatikan layanan kesehatan bagi kelompok rentan, seperti kesehatan ibu, anak, remaja, lanjut usia, dan penyandang disabilitas.
131. Hak atas kesehatan mengakui subyek perlindungan konstitusional khusus, seperti anak-anak, wanita hamil, orang lanjut usia, penyandang disabilitas, migran, dan orang dengan HIV/AIDS.⁴³

41. Pembukaan Konvensi Hak Penyandang Disabilitas, khususnya pada huruf p dan q.

42. Pasal 25 ayat (1) Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM).

43. Judgment SU-225/98, <https://www.escri-net.org/caselaw/2020/judgment-su-22598>, dan Kantor Komisi Tinggi HAM Perserikatan Bangsa-Bangsa (*UN Office of the High Commissioner of Human Rights /OHCHR*), Lembar Fakta Nomor 31 tentang Hak Atas Kesehatan.

a) Anak dan Remaja

132. Anak adalah setiap orang yang berusia sampai dengan 18 tahun, termasuk yang masih dalam kandungan.⁴⁴ Adapun definisi remaja adalah setiap orang dengan kelompok usia dari 10 tahun sampai dengan 18 tahun.
133. Hak atas kesehatan pada anak dan remaja adalah hak dasar yang wajib diberikan dan didapatkan oleh setiap anak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, tanpa diskriminasi dan wajib diberikan dalam segala aspek kesehatannya.
134. Kesejahteraan anak adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan anak yang dapat menjamin pertumbuhan dan perkembangannya dengan wajar, baik secara rohani, jasmani maupun sosial.⁴⁵
135. Pelayanan kesehatan bagi anak dan remaja mencakup bagi anak sejak masih dalam kandungan, baru dilahirkan, bayi dan anak berusia di bawah lima tahun (balita), anak berusia prasekolah, anak usia sekolah, dan remaja, serta perlindungan kesehatan anak dan remaja, termasuk pelayanan kesehatan bagi korban kekerasan fisik, kekerasan seksual, kekerasan emosional, pengabaian dan kekerasan digital, korban perdagangan orang, anak dan remaja yang berhadapan dengan hukum di lembaga pemasyarakatan maupun rumah tahanan, anak dan remaja disabilitas, anak dan remaja terlantar di panti atau lembaga kesejahteraan sosial, anak dan remaja yang berada di jalanan, pekerja anak, serta anak dan remaja yang berada di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan terisolasi.
136. Setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu (ASI) eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan usia 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis yang ditetapkan oleh tenaga medis serta sampai dengan anak berusia 2 (dua) tahun dengan memberikan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) sebagai tambahan makanan dan nutrisi sesuai kebutuhan bayi. Pemerintah berkewajiban menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu (ASI) secara eksklusif.
137. Pemerintah, pemerintah daerah, keluarga dan masyarakat wajib mendukung upaya pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus, baik di tempat kerja dan tempat sarana umum.
138. Remaja wanita merupakan bagian dari jenis gender, termasuk kelompok yang memiliki hak atas fungsi dan alat reproduksi dengan jaminan dan aturan yang sama.
139. Pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan bagi anak dan remaja wajib didasarkan pada prinsip nondiskriminasi, prinsip kepentingan terbaik bagi anak, prinsip kelangsungan dan perkembangan hidup setiap anak, serta prinsip penghargaan terhadap anak sesuai dengan instrumen HAM.

44. Konvensi Hak Anak dan Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.

45. Pasal 1 angka 1a Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak.

140. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan akses terhadap informasi dan edukasi kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan bagi setiap anak dan remaja untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan pada anak dan remaja sebagai upaya dalam menurunkan angka permasalahan kesehatan pada anak dan remaja.
141. Pemerintah wajib mendorong upaya pemberdayaan dan peran aktif masyarakat dalam segala upaya kesehatan anak dan remaja, termasuk memberikan perlindungan kepada keluarga dikarenakan anak-anak dan/atau remaja masih membutuhkan perlakuan dan perawatan khusus demi pertumbuhan, pengembangan, dan kesejahteraan bagi setiap anak dan remaja.
142. Upaya komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai asupan gizi seimbang, perilaku hidup sehat dan bersih, penyalahgunaan zat adiktif, pendidikan kesehatan reproduksi, pendidikan mengenai penyakit menular termasuk HIV/AIDS, pendidikan kesehatan jiwa, pencegahan malnutrisi, penyakit menular dan tidak menular, dan segala upaya lainnya yang ditujukan kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit wajib disesuaikan dengan tahap tumbuh kembang dan kebutuhan setiap anak dan remaja.
143. Ketersediaan akses terhadap informasi hak atas kesehatan bagi setiap anak dan remaja termasuk dalam memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya yang mencakup tindakan dan pengobatan yang telah dan/atau sedang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan.
144. Ketersediaan akses edukasi hak atas kesehatan bagi setiap anak dan remaja mencakup pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan dari sekolah yang sehat, yang dapat dilaksanakan melalui program usaha kesehatan sekolah dan pelayanan kesehatan bagi remaja.
145. Pelayanan kesehatan peduli anak dan remaja ditujukan untuk setiap anak dan remaja yang dilakukan melalui pelayanan konseling, pelayanan klinis medis, pelayanan rujukan, pemberian komunikasi, informasi dan edukasi kesehatan bagi remaja, partisipasi remaja dan keterampilan sosial, baik secara perorangan atau kelompok. Partisipasi remaja dalam upaya pelayanan kesehatan peduli anak dan remaja dilakukan dengan cara melibatkan remaja secara aktif dalam perencanaan program kesehatan, pelaksanaan pelayanan kesehatan dan evaluasi program kesehatan peduli remaja dan pemberdayaan konselor sebaya.
146. Partisipasi anak dan remaja dalam upaya pelayanan kesehatan diharapkan dapat mewujudkan pembangunan pelayanan kesehatan bagi anak dan remaja sesuai dengan kebutuhan dan tumbuh kembang anak dan remaja.
147. Pelindungan dan jaminan terhadap akses fasilitas kesehatan dilakukan dengan peningkatan penyediaan layanan air minum dan sanitasi, pemberian imunisasi dan vitamin bagi anak, penanganan dan pengobatan penyakit bagi anak dan remaja, pelayanan konseling, rujukan

dan klinis medis dan upaya lainnya yang ditujukan untuk penyembuhan dan pemulihan hingga dapat kembali produktif bagi setiap anak dan remaja.

Imunisasi

148. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.⁴⁶ Vaksin adalah antigen mikroorganisme yang telah diolah yang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit infeksi tertentu. Vaksinasi atau imunisasi dimaknai sebagai pemberian setiap vaksin atau toksoid.
149. Imunisasi merupakan bagian dari penyediaan teknologi dalam meningkatkan ketahanan terhadap epidemi. Imunisasi termasuk pada cakupan hak atas kesehatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit epidemik dan endemik.⁴⁷
150. Vaksin adalah produk biologi yang berisi antigen berupa mikroorganisme yang sudah mati atau masih hidup yang dilemahkan, masih utuh atau bagiannya, atau berupa toksin mikroorganisme yang telah diolah menjadi toksoid atau protein rekombinan, yang ditambahkan dengan zat lainnya, yang bila diberikan kepada seseorang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit tertentu.⁴⁸
151. Setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk mencegah terjadinya pelbagai penyakit yang dapat dihindari melalui imunisasi.⁴⁹
152. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan vaksin yang aman, bermutu, efektif, terjangkau dan merata bagi masyarakat untuk upaya pengendalian penyakit.
153. Berdasarkan sifat penyelenggaraannya, imunisasi dikelompokkan menjadi imunisasi wajib dan imunisasi pilihan. Penyelenggaraan imunisasi terdiri dari kegiatan perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi kegiatan imunisasi.⁵⁰
154. Kewajiban pemberian imunisasi berdasarkan pada dampak yang ditimbulkan, yaitu untuk mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit menular dan tidak menular dan kemungkinan keterbatasan fisik dan/atau sensorik atau kematian.
155. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah wajib menyediakan vaksin, mendistribusikan vaksin atau logistik, dan biaya operasional untuk penyelenggaraan imunisasi wajib.

46. Pasal 1 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi.

47. Komentor Umum Komite Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya Nomor 14 tentang Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang Dapat Dijangkau (Pasal 12 Kovenan Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya), Para 16.

48. Pasal 1 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi.

49. Pasal 132 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

50. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi.

156. Pemerintah wajib memastikan bahan baku vaksin yang digunakan aman, lolos uji klinis, sesuai standar dan prosedur yang ada, serta dapat diterima oleh setiap masyarakat.
157. Penyelenggaraan pelayanan imunisasi wajib dilaksanakan secara perorangan maupun massal. Pelayanan imunisasi secara massal dilaksanakan di puskesmas, posyandu, sekolah atau pos pelayanan imunisasi yang disepakati. Sedangkan pelayanan imunisasi secara perorangan dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan.
158. Pemberian vaksin harus dilakukan berdasarkan standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
159. Pemberian vaksin wajib memperhatikan keamanan vaksin dan penyuntikan agar tidak terjadi penularan penyakit terhadap tenaga kesehatan pelaksana pelayanan imunisasi dan masyarakat serta menghindari Kejadian Ikutan Pasca-Imunisasi (KIPI).
160. Pemberian vaksin wajib memperhatikan proses penyimpanan dan pendistribusian vaksin sesuai standar operasional yang ada untuk menjaga kualitas dan mutu vaksin agar tetap efektif digunakan.
161. Pemerintah wajib menggerakkan peran aktif masyarakat dalam pelaksanaan pelayanan imunisasi wajib, yang dapat dilakukan dengan pemberian informasi melalui beragam media dan melibatkan beragam pihak.
162. Pemerintah wajib melaksanakan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan imunisasi dan melakukan analisis atas hasilnya secara berkala, berkesinambungan, dan berjenjang.
163. Imunisasi sangat penting dilaksanakan dan wajib diberikan kepada anak-anak, remaja maupun dewasa, sebagai upaya pencegahan penyakit bagi setiap individu dan membentuk kekebalan di masyarakat luas dari penyakit infeksius.
164. Pada masa kini, Indonesia memiliki pengalaman munculnya kembali pandemi lama yang sebelumnya telah teratasi. Kasus lumpuh layu (polio) hingga menyebabkan kelumpuhan total pada anak di Kecamatan Cidahu dan Cicurug, Sukabumi, Jawa Barat pada 2005 lalu menjadi kasus terulangnya wabah polio di Indonesia (*re-emerging infectious disease challenges*). Kejadian ini menyebar ke Banten, Lampung, Madura hingga Aceh dengan total kasus pada 2005-2006 di Indonesia sebanyak 385 kasus. Pada tahun 1995, Indonesia telah dinyatakan bebas dari virus polio. Kasus ini menjadi pelajaran bahwa pemerintah wajib memastikan pelaksanaan pemberian vaksin terus dilakukan dengan pengawasan ketat dan menutup potensi gagalnya pelaksanaan imunisasi. Pengawasan serta pengecekan berkala wajib dilakukan oleh pemerintah.
165. Pemerintah wajib meningkatkan program edukasi, sosialisasi, dan memberikan pemahaman yang benar mengenai pelaksanaan dan manfaat imunisasi kepada seluruh masyarakat sebagai upaya dalam membentuk kesehatan publik dan pencegahan penyakit.

166. Pemerintah wajib menyusun dan menetapkan kerangka kebijakan yang strategis mengenai pelaksanaan vaksinasi sebagai upaya membangun kesehatan publik di Indonesia.
167. Terhadap perbedaan pandangan pemberian imunisasi/vaksinasi, jika terjadi penolakan pada saat vaksinasi wajib, pemerintah harus membuka ruang dialog untuk meningkatkan pemahaman atas pentingnya imunisasi/vaksinasi, dan menjelaskan tentang isi kandungan vaksin tersebut. Pemerintah berwenang mengambil tindakan untuk memastikan vaksinasi dapat dijalankan, dengan alasan bila imunisasi tersebut tidak dilakukan akan mengancam kesehatan publik.
168. Terhadap individu dan/atau masyarakat yang tidak melaksanakan upaya pencegahan penyakit melalui imunisasi wajib tersebut, pemerintah perlu melakukan berbagai upaya persuasi dan dialog. Kewenangan pemerintah untuk menetapkan sanksi guna menjamin kesehatan dan keselamatan publik secara luas merupakan langkah terakhir jika upaya dialog dan persuasi tidak mendapatkan hasil.

Female Genital Mutilation (FGM)

169. *Female Genital Mutilation* (FGM) menurut WHO adalah seluruh praktik prosedur yang menghilangkan, mengubah secara total atau sebagian dari organ genital wanita eksternal atau melukai organ genital wanita karena alasan nonmedis. Praktik ini kerap disebut dengan istilah khitan wanita, sirkumsisi atau sunat wanita yang tentu juga dilakukan dengan sangat beragam. Praktik FGM banyak dilakukan pada bayi dan anak wanita muda sampai dengan usia 15 tahun dan dengan cara sepihak tanpa menanyakan pendapat dan persetujuan dari anak wanita tersebut. Menurut WHO, terdapat empat tipe FGM, yaitu.
 - 1) *Klitoridektomi*, yaitu memotong selaput, sebagian atau keseluruhan *klitoris* wanita.
 - 2) *Eksisi*, yaitu pemotongan sebagian atau seluruh bagian *klitoris* dan labia minora dengan atau tanpa pemotongan *labia mayora*.
 - 3) Infibulasi, yaitu penyempitan lubang vagina dengan membuat semacam sekat dimana dibuat dengan cara memotong atau memodifikasi bentuk *labia minora* atau *labia mayora* dengan cara dijahit dengan atau tanpa *klitoridektomi*.
 - 4) Segala bentuk praktik berbahaya yang dilakukan pada organ wanita untuk tujuan nonmedis, misalnya menusuk, melubangi, menggores, dan memotong daerah organ wanita.
170. Praktik FGM telah dilarang oleh WHO karena merusak, membahayakan organ genital wanita, serta membahayakan psikologi wanita. Hal ini merupakan pelanggaran terhadap HAM, khususnya melanggar hak wanita atas kesehatan, keamanan, kebebasan berpendapat, kebebasan dari penyiksaan. dan perlakuan yang merendahkan martabat wanita.⁵¹
171. Praktik FGM dapat menyebabkan beberapa masalah kesehatan, baik jangka pendek maupun jangka panjang, seperti penyakit kronis, infeksi, peningkatan risiko penularan HIV,

⁵¹. *Ibid.*

kecemasan dan depresi, masalah persalinan, ketidaksuburan sampai pada kasus terburuk yaitu kematian. Pelaksanaan sunat bagi wanita dinilai melanggar hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi gender, hak untuk hidup dan integritas fisik, dan hak atas kesehatan serta hak anak.⁵²

172. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan dibentuk sebagai sarana pemberdayaan wanita dan anak wanita sebagai upaya untuk mencapai kesetaraan gender. Salah satu fokusnya terdapat dalam Tujuan Nomor 5, yakni mengeliminasi segala bentuk kekerasan terhadap wanita dan anak wanita, menghapuskan segala praktik yang membahayakan, seperti perkawinan anak secara paksa dan sunat wanita, serta memastikan adanya akses universal terhadap kesehatan seksual dan reproduksi dan hak reproduksi.
 173. Pemerintah wajib mengembangkan kerangka legislasi dan menetapkan kebijakan secara tepat untuk menghilangkan segala praktik dan/atau tindakan yang melibatkan pengangkatan sebagian atau seluruh alat kelamin wanita bagian luar atau cedera lain pada alat kelamin wanita karena alasan nonmedis.⁵³
 174. Pemerintah wajib memberikan edukasi, advokasi, informasi dan sosialisasi mengenai pemahaman yang benar tentang praktik khitan/sunat wanita. Penyusunan pencegahan ke dalam program yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi, pendidikan yang akurat dan pengembangan literasi yang dapat diakses mengenai FGM, dan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan untuk menghilangkan praktik sunat/khitan pada wanita.
- b) Wanita
175. Wanita termasuk dalam kelompok rentan karena subordinasi wanita dalam relasi kuasa rendah, stigma berlapis yang dialami, serta sering mendapatkan kekerasan, sehingga hak-haknya terabaikan dan seringkali mengalami pelanggaran hak atas kesehatan. Ketentuan yang mengakui hak kesehatan dalam hal hak seksual dan reproduksi bagi wanita mengacu pada Pasal 12 ayat (2) Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Kekerasan terhadap Wanita ("CEDAW"), Konferensi Internasional dan Pembangunan PBB 1994 di Kairo, dan Konferensi Dunia IV tentang Wanita 1995 di Beijing yang mengakui hak seksual dan reproduksi bagi wanita.
 176. Kesehatan reproduksi meliputi keputusan mengenai reproduksi, perkawinan sukarela, keputusan untuk mengandung atau tidak, keputusan untuk menggugurkan anak berdasarkan hukum, periode dan penentuan jumlah anak, pendidikan reproduksi, dan kebebasan dari kekerasan seksual yang juga telah ditentukan dalam berbagai perjanjian dan deklarasi.⁵⁴

52. Center for Reproductive Rights, 2000.

53. Pada tahun 2008 WHO telah mengeluarkan Resolusi WHO/61.16 tentang penghapusan FGM yang menekankan perlunya tindakan bersama di semua sektor pendidikan, kesehatan, keuangan, keadilan, dan sektor yang fokus kepada wanita.

54. Prakash Mani Sharma v. Gov't of Nepal (SCN, Writ Nomor 064), <https://www.escri-net.org/caselaw/2014/prakash-mani-sharma-v-govt-nepal-scn-writ-no-064>.

177. *International Planned Parenthood Federation* (IPPF, 1996) merumuskan 12 (dua belas) hak reproduksi, yaitu hak untuk hidup, hak atas kemerdekaan dan keamanan, hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi, hak atas kerahasiaan pribadi, hak atas kebebasan berpikir, hak mendapatkan informasi dan pendidikan, hak untuk menikah atau tidak menikah serta membentuk dan merencanakan keluarga, hak untuk memutuskan mempunyai anak atau tidak dan kapan mempunyai anak, hak untuk mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan, hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan, hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik serta mendesak pemerintah agar memprioritaskan kebijakan yang berkaitan dengan hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi, serta hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk serta eksploitasi seksual.
178. Pelindungan hak atas kesehatan, termasuk hak atas kesehatan seksual dan reproduksi wanita, dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) UUD NRI 1945, Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan *CEDAW*, Pasal 49 ayat (2) dan (3) UU HAM, UU Kesehatan, dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga.
179. Pasal 12 ayat (1) *CEDAW* memberikan jaminan atas unsur kesetaraan formal antara laki-laki dan wanita atas kondisi dan peluang serta hak yang sama dalam pelindungan dan kewajiban atas hak kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk penggunaan metode pengaturan atas hak seksual dan reproduksi.⁵⁵
180. Jaminan hak pelindungan atas alat dan fungsi reproduksi, baik bagi wanita dan laki-laki merupakan hak asasi yang dapat secara bebas dan bertanggung jawab digunakan untuk mengatur sendiri terkait jumlah dan jarak serta waktu untuk memiliki anak juga memperoleh informasi atas kebutuhannya tersebut, termasuk berhak untuk mendapatkan standar tertinggi dari jaminan atas pelindungan hak seksual dan reproduksi tersebut yang bebas dari diskriminasi dan perlakuan sewenang-wenang serta bebas dari kekerasan.⁵⁶
181. Setiap wanita berhak atas penghormatan dan pelindungan terhadap hak seksual dan reproduksi yang terkait dengan integritas fisik dan mental, yaitu hak hidup, hak kebebasan dan keselamatan wanita yang bebas dari penyiksaan dan perlakuan kejam lainnya yang tidak manusiawi dan merendahkan martabat manusia, serta penghormatan terhadap privasi dan kehidupan berkeluarga, dan bebas dari segala bentuk diskriminasi.
182. Pelindungan terhadap hak seksual dan reproduksi wanita dijamin oleh negara dengan melaksanakan pelayanan terhadap wanita atas kehamilan, persalinan, dan sesudah persalinan termasuk ketersediaan makanan yang bergizi untuk wanita hamil dan menyusui.

55. Catatan Dhrubajyoti Bhattacharya (Bhattacharya 2009) dalam Tulisan yang berjudul “*Can International Law Secure Women’s Health? An Examination of CEDAW and its Optional Protocol.*”

56. Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) di Kairo 1994.

183. Negara wajib mengembangkan pelayanan publik, kebijakan perlindungan, infrastruktur dan sosial, serta mendorong tanggung jawab bersama di dalam rumah tangga dan keluarga secara nasional, terhadap kepedulian atas kesehatan wanita dan anak wanita, khususnya atas hak dan alat seksual serta alat reproduksinya.
184. Negara wajib menjamin hak kesehatan khusus wanita pekerja, dalam hal ini hak atas fungsi maupun alat reproduksinya, ketika sedang menjalankan pekerjaan dan/atau profesinya dari hal-hal yang diduga akan mengancam keselamatan dan kesehatan fungsi dan alat reproduksi itu sendiri.
185. Negara wajib menjamin bahwa perlindungan dan pelayanan atas hak kesehatan wanita terutama atas alat dan fungsi reproduksinya, baik di wilayah perkotaan maupun di wilayah perdesaan yang jauh dari pusat pemerintahan, baik oleh pemerintahan itu sendiri maupun pelaku usaha atau pengemban tanggung jawab atasnya.
186. Negara wajib menjamin penghapusan diskriminasi terhadap wanita dan anak wanita atas apa saja, dimana saja, kapan saja, terutama diskriminasi terhadap pelayanan kesehatan, khususnya terhadap kesehatan alat seksual, dan alat reproduksi wanita dan anak wanita.
187. Negara wajib menghapus segala bentuk praktik yang membahayakan terhadap wanita dan anak wanita, seperti pemaksaan sunat terhadap wanita terutama *female genital mutilation*, perkawinan anak atau perkawinan dini dan/atau perkawinan paksa.
188. Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan terhadap wanita yang memutuskan untuk tidak atau berhenti memiliki anak.
189. Negara wajib menjamin adanya praktik sterilisasi bagi wanita bebas dari tindakan diskriminasi, tersedia dan dapat diakses dengan baik, dan dilakukan dengan sukarela tanpa paksaan pihak manapun atau demi keselamatan jiwa wanita tersebut, dilaksanakan pada wanita berusia 30 tahun ke atas.
190. Praktik sterilisasi harus tersedia, dapat diakses, dapat diterima, berkualitas baik, bebas dari diskriminasi, paksaan, dan kekerasan, dan didasarkan pada sepenuhnya, pengambilan keputusan yang bebas dan informatif dari orang yang bersangkutan. Sterilisasi yang dipaksakan dan tanpa persetujuan merupakan pelanggaran HAM yang serius. Kualitas perawatan (termasuk sebelum dan sesudah operasi) merupakan komponen inti dari hak atas kesehatan.⁵⁷

57. Devika Biswas v. Union of India & Others, Petition Nomor 95 of 2012, <https://www.escri-net.org/caselaw/2017/devika-biswas-v-union-india-others-petition-no-95-2012>.

191. Pemerintah wajib membuat pedoman dalam pelaksanaan prosedur sterilisasi untuk wanita dan laki-laki, termasuk persyaratan persetujuan berdasarkan informasi, tindakan hukuman untuk pelanggaran, dan kompensasi bagi para korban.⁵⁸
192. Pemerintah dan pemerintah daerah bersama-sama menjamin terwujudnya hak atas kesehatan reproduksi.⁵⁹
193. Pemerintah bertanggung jawab melakukan hal-hal dalam:
 - a. penyusunan kebijakan upaya kesehatan reproduksi dalam lingkup nasional dan lintas provinsi;
 - b. penyediaan sarana pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau serta obat dan alat kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan reproduksi;
 - c. pembinaan dan evaluasi manajemen kesehatan reproduksi yang meliputi aspek perencanaan, implementasi, monitoring, dan evaluasi dalam lingkup nasional dan lintas provinsi;
 - d. pembinaan sistem rujukan, sistem informasi, dan sistem *surveilans* kesehatan reproduksi dalam lingkup nasional dan lintas provinsi; dan
 - e. koordinasi dan advokasi dukungan sumber daya di bidang kesehatan, serta pendanaan penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi dalam lingkup nasional dan lintas provinsi.
194. Pemerintah wajib menghapus diskriminasi terhadap wanita di bidang pelayanan kesehatan, menjamin adanya kesetaraan wanita dan laki-laki, akses ke pelayanan kesehatan, termasuk yang berhubungan dengan keluarga berencana, layanan kehamilan, persalinan, dan periode paska melahirkan, layanan gratis di mana diperlukan, serta gizi yang cukup selama kehamilan dan menyusui.
195. Negara wajib memastikan hak-hak asasi wanita dengan memberikan layanan kesehatan reproduksi yang dapat diterima, khususnya yang membutuhkan persetujuan bebas dan berdasarkan informasi untuk prosedur sterilisasi.⁶⁰
196. Kebijakan, tindakan, dan kelalaian negara di bidang kesehatan dan sektor-sektor lain, utamanya dalam upaya pencegahan sejumlah besar kematian ibu melahirkan, tunduk pada tinjauan yudisial untuk memastikan konstitusionalitasnya.⁶¹

58. Ramakant Rai v. Union of India, W.P (C) No 209 of 2003, <https://www.escri-net.org/caselaw/2013/ramakant-rai-v-union-india-wp-c-no-209-2003>.

59. Pasal 4 Peraturan Pemerintah RI Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.

60. A.S. v. Hungary, Communication Nomor 4/2004, CEDAW/C/36/D/4/2004<https://www.escri-net.org/caselaw/2009/v-hungary-communication-no-42004-cedawc36d42004>.

61. Centre for Health, Human Rights and Development & 3 Others v. Attorney General (2015), Constitutional Appeal Nomor 1 of 2013, <https://www.escri-net.org/caselaw/2015/centre-health-human-rights-and-development-3-others-v-attorney-general-2015>.

197. Terdapat hubungan yang kuat antara hak atas makanan dan nutrisi yang memadai, dengan layanan kesehatan reproduksi, yang sangat penting untuk memastikan keselamatan ibu melahirkan.⁶²
198. Penolakan layanan kesehatan ibu merupakan pelanggaran terhadap Konstitusi dan HAM yang mendasar. Pemerintah harus memastikan hak atas kesehatan dan hak reproduksi berdasarkan Konstitusi. Pengadilan dapat memulai proses '*suo moto*' (pergerakan atas gerakannya sendiri), untuk menegakkan hak-hak ini dalam menghadapi kelambanan dan kelembaman (*inersia*) oleh pemerintah.⁶³
199. Diperlukan upaya perbaikan situasi yang membutuhkan pemenuhan substantif hak wanita atas kesehatan, kesetaraan, dan nondiskriminasi dalam menghadapi krisis kematian ibu melahirkan terkait dengan ketidaksetaraan yang dihadapi wanita.⁶⁴
200. Pemerintah wajib memastikan akses ke layanan aborsi legal yang penting bagi kesehatan.⁶⁵
201. Wanita memiliki akses ke aborsi legal dalam kasus-kasus pemerkosaan, inses, atau ancaman terhadap kehidupan atau kesehatan mereka dengan menghilangkan hambatan prosedural. Dokter yang melakukan aborsi legal tidak dapat dituntut secara pidana. Negara wajib mengembangkan kebijakan tentang pendidikan seksual yang berdampak positif pada hak-hak reproduksi wanita.⁶⁶
202. Negara wajib memastikan pemberian layanan yang memadai bagi wanita hamil, periode pascamelahirkan berdasarkan prinsip nondiskriminasi dan kesetaraan. Negara harus mengupayakan layanan gratis bagi wanita hamil dan periode pascamelahirkan.⁶⁷
203. Wanita tidak dapat ditahan setelah melahirkan karena kegagalan untuk membayar biaya medis melahirkan. Wanita harus diberikan perawatan pascamelahirkan yang berkualitas sehingga kegagalan pemerintah untuk mengimplementasikan kebijakan dapat secara langsung dikaitkan dengan pelanggaran hak warga negara atas layanan kesehatan dan martabat.⁶⁸

62. Premrata w/o Ram Sagar & Ors. v. Govt. of NCT Delhi, W.P.C. 7687 of 2010, <https://www.escri-net.org/caselaw/2015/premlata-wo-ram-sagar-ors-v-govt-nct-delhi-wpc-7687-2010>.

63. Court on Its Own Motion v. Union of India (W.P. 5913/2010), <https://www.escri-net.org/caselaw/2014/court-its-own-motion-v-union-india-wp-59132010>.

64. Laxmi Mandal v. Deen Dayal Harinagar Hospital & Ors, W.P. (C) Nos. 8853 of 2008, <https://www.escri-net.org/caselaw/2010/laxmi-mandal-v-deen-dayal-harinagar-hospital-ors-wpc-nos-8853-2008>.

65. K.L. v. Peru, CCPR/C/85/D/1153/2003, Communication Nomor 1153/2003, <https://www.escri-net.org/caselaw/2016/kl-v-peru-ccprc85d11532003-communication-no-11532003>.

66. Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014, <https://www.escri-net.org/caselaw/2015/sentencia-constitucional-plurinacional-02062014>.

67. Alyne da Silva Pimentel v. Brazil (Communication Nomor 17/2008) <https://www.escri-net.org/caselaw/2011/alyne-da-silva-pimentel-v-brazil-communication-no-172008>.

68. J.M. v. Attorney General and 6 others, <https://www.escri-net.org/caselaw/2019/jm-v-attorney-general-and-6-others>.

c) Orang Lanjut Usia

204. Praktik-praktik diskriminasi terhadap orang lanjut usia (*lansia/geriatri*) bertentangan dengan prinsip-prinsip HAM.
205. Hak untuk meningkatkan kesejahteraan social yang meliputi pelayanan keagamaan dan mental spiritual; pelayanan Kesehatan; pelayanan kesempatan kerja; pelayanan Pendidikan dan pelatihan; kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum; kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum perlindungan; perlindungan sosial; bantuan sosial.⁶⁹
206. Negara wajib menyediakan akses yang setara bagi lansia terhadap perawatan dan pelayanan kesehatan, termasuk layanan kesehatan mental dan fisik.⁷⁰ Layanan kesehatan mental meliputi --namun tidak terbatas pada-- lansia dengan demensia dan layanan kesehatan fisik meliputi --namun tidak terbatas pada-- perawatan dan pelayanan penyakit *degeneratif*.
207. Negara wajib memperhatikan peningkatan kebutuhan populasi yang menua dengan perlakuan khusus, promosi gaya hidup yang sehat, dengan menyediakan fasilitas publik yang mendukung gaya hidup sehat seperti trotoar untuk pejalan kaki dan pembatasan produk yang berisiko meningkatkan penyakit *degeneratif*, dan lingkungan yang baik dan layak, seperti akses sanitasi, kondisi rumah, dan pengurangan risiko bencana.
208. Negara wajib mendukung upaya pemajuan kemandirian, aksesibilitas, dan pemberdayaan sektor kesehatan agar lansia dapat berpartisipasi penuh dalam segala aspek kehidupan.
209. Perencanaan dan implementasi kebijakan-kebijakan yang berimplikasi pada pemenuhan hak atas kesehatan lansia wajib melibatkan orang lansia tanpa melihat status sosial ekonomi lansia tersebut dan keluarga lansia.
210. Lansia penderita *demensia* berpotensi mengalami bentuk kekerasan dan penelantaran oleh pelbagai pihak, baik di dalam maupun di luar lingkungan keluarganya. Negara wajib memberi rasa aman bagi lansia dari segala bentuk kekerasan, penyiksaan, dan perlakuan kejam lainnya.
211. Ketersediaan fasilitas penunjang pemenuhan hak atas kesehatan bagi lansia, seperti ketersediaan layanan rawat rumah, perawat dan/atau *caregiver*, dan fasilitas kesehatan pelayanan khusus lanjut usia harus terus mengalami peningkatan kuantitas dan kualitas dari waktu ke waktu.
212. Negara wajib memberikan perhatian dalam hal penyediaan perawat dan/atau *caregiver* khusus lansia, baik tenaga kesehatan maupun nontenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan pengetahuan terkait perawatan bagi pemenuhan kebutuhan dasar lansia.

69. Pasal 6 Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.

70. Pasal 14 *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*.

213. Negara wajib memperhatikan kesejahteraan dan kebutuhan dasar bagi lansia yang tinggal dalam panti sosial atau rumah perawatan lansia, baik yang dikelola pemerintah maupun sektor swasta.
 214. Negara dapat melibatkan sektor swasta dalam mendukung ketersediaan fasilitas penunjang pemenuhan hak atas kesehatan bagi lansia, seperti ketersediaan layanan rawat rumah, perawat dan/atau *caregiver*, dan fasilitas kesehatan pelayanan khusus lansia yang terjangkau dan terjamin kualitas dan kuantitasnya.
 215. Kebebasan fundamental bagi lansia, seperti perawatan dari keluarga dan penikmatan hak lainnya wajib dilindungi, khususnya dalam situasi menetap di suatu fasilitas penampungan atau perawatan.
- d) Penyandang Disabilitas
216. Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas (“UU Penyandang Disabilitas”) memberikan definisi Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama, yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.
 217. Konvensi Internasional tentang Perlindungan Hak-hak Penyandang Disabilitas (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities* [ICRPD]) menegaskan bahwa ruang lingkup penyandang disabilitas sebagai konsep yang berkembang.⁷¹ Memberikan batasan atau definisi yang ketat berpotensi tidak memberikan ruang bagi pengembangan konsep disabilitas di masa mendatang.
 218. UU Penyandang Disabilitas memberikan definisi “Penyandang disabilitas adalah setiap orang yang...”. Sementara Pasal 1 ICRPD mengakui ruang lingkup “*Persons with disabilities include those who....*” Dua definisi ini memiliki perbedaan, namun keduanya memiliki kesamaan, yaitu adanya keadaan keterbatasan fisik, mental, intelektual, dan sensorik; dan adanya hambatan dan kesulitan manakala berinteraksi dengan lingkungan sekitar.
 219. Pembukaan ICRPD mengakui banyaknya hambatan-hambatan yang dialami oleh penyandang disabilitas dalam rangka berpartisipasi setara di tengah-tengah masyarakat, serta masih berlanjutnya segala bentuk pelanggaran hak-hak penyandang disabilitas di seluruh dunia. Oleh karena para penyandang disabilitas masih mengalami stigma dan diskriminasi, ICRPD menegaskan bahwa diskriminasi karena disabilitas sebagai pelanggaran terhadap martabat yang melekat pada manusia.
 220. Pada dasarnya setiap orang memiliki hambatan. Penyandang disabilitas memiliki karakter khas, yaitu kebutuhan akan akomodasi yang layak untuk mengurangi atau menyingkirkan hambatan tersebut. ICRPD mewajibkan negara untuk campur tangan dalam kerangka

71. “*Recognizing disability is an evolving concept...*” sebagaimana disebutkan dalam Preamble CRPD, pada huruf “e”.

kewajiban negara untuk mengidentifikasi dan mengatasi hambatan-hambatan yang dialami penyandang disabilitas dalam mengakses hak-hak mereka, misalnya dengan penguatan data statistik sebagai basis pengambilan keputusan.

221. Penyandang disabilitas menghadapi hambatan yang sangat bervariasi. Berdasarkan definisi umum disabilitas, yakni pada Pasal 1 Angka 1 UU Penyandang Disabilitas, setidaknya dikenal 4 (empat) ragam disabilitas yakni: disabilitas fisik, intelektual, mental/psikososial, dan sensori. Keempat ragam disabilitas ini menghadapi hambatan yang berbeda-beda.
222. Jaminan akses layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas mencakup infrastruktur dan akses untuk mobilitas, format komunikasi termasuk informasi audiovisual, serta layanan proaktif khususnya untuk kasus-kasus tertentu pada penyandang disabilitas dengan hambatan mobilitas.
223. Akses layanan kesehatan juga harus mencakup penyediaan obat-obatan yang berkualitas dan terjangkau, utamanya bagi jenis disabilitas tertentu yang membutuhkan pengobatan secara berkelanjutan, semisal disabilitas mental/psikososial. Pemerintah juga wajib menjamin akses layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas pada saat mereka kembali ke masyarakat setelah proses rehabilitasi.
224. Penyandang disabilitas seperti disabilitas mental dan intelektual umumnya memiliki hambatan serius karena ketiadaan atau kesulitan mendapatkan basis persetujuan dalam penanganan kesehatan. Situasi ini rentan menyebabkan pelanggaran HAM sekaligus melanggar otonomi yang dimiliki penyandang disabilitas.⁷²
225. Penyandang disabilitas memiliki hak otonomi untuk mengambil keputusan secara mandiri, termasuk memutuskan segala tindakan yang berkait dengan kesehatannya. Dalam kondisi tertentu, harus diberikan dukungan yang memadai bagi penyandang disabilitas untuk mengambil keputusan (*assisted decision making*).
226. Penyandang disabilitas menghadapi stigma negatif. Syarat “sehat jasani dan rohani” dalam penerimaan pegawai, dalam pelaksanaan di lapangan, kerap diinterpretasikan secara keliru sebagai “tidak memiliki disabilitas.” Kondisi ini adalah diskriminasi dimana aspek kesehatan atau “sehat” menjadi sebab pelanggaran terhadap hak-hak penyandang disabilitas, dalam hal ini merupakan hak atas pekerjaan.
227. Penyandang disabilitas mengalami diskriminasi di bidang kesehatan. Kondisi disabilitas sering dianggap sebagai penyakit yang mengakibatkan diskriminasi dalam penikmatan hak, seperti hak atas pendidikan, hak atas pekerjaan, dan hak-hak di bidang hukum.
228. Layanan kesehatan pada umumnya belum memperhitungkan kemudahan akses bagi penyandang disabilitas. Disabilitas bukanlah penyakit. Ketika seseorang mengalami

72. Banyak didapati contoh-contoh pemaksaan pada penyandang disabilitas misalnya tindakan sterilisasi sebagai salah satu bentuk penerapan kontrasepsi.

disabilitas karena sakit, yang harus dilihat dan disembuhkan adalah penyakitnya. Hak-hak mereka wajib dipenuhi secara maksimal. Sebagai contoh, seseorang yang mengalami stroke, *Spinal Muscular Atrophy (SMA)*, atau disabilitas laring, mereka berhak mendapatkan layanan kesehatan yang memadai dalam upaya penyembuhan atau mengurangi sakit mereka. Kondisi kesehatan tersebut tidak boleh dijadikan alasan untuk mengurangi hak mereka dalam mendapatkan layanan akomodasi layak sesuai disabilitasnya.

229. Pada Pasal 12 UU Penyandang Disabilitas diatur jenis layanan kesehatan yang harus diberikan bagi penyandang disabilitas. Pemerintah wajib memastikan layanan kesehatan, baik di rumah sakit atau puskesmas, terkait layanan kesehatan primer maupun informasi layanan kesehatan. Seluruh layanan tersebut harus dapat diakses secara setara oleh penyandang disabilitas.
230. Pemberian layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas sedikit-tidaknya harus mempertimbangkan dua aspek, yaitu layanan kesehatan umum dan layanan kesehatan yang disesuaikan dengan ragam disabilitas. Terkait kesehatan, penyandang disabilitas berhak untuk:
 - 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 perlindungan dari upaya percobaan medis; dan
 - h. memperoleh perlindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian.
231. UU Penyandang Disabilitas, khususnya Pasal 1 angka 10 dan 11 memberikan batasan mengenai alat bantu. Menurut ketentuan ini, alat bantu adalah benda yang berfungsi mengoptimalkan fungsi anggota tubuh Penyandang Disabilitas berdasarkan rekomendasi dari tenaga medis. Alat bantu ini berfungsi untuk membantu kemandirian penyandang disabilitas untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Hal ini dilakukan dalam rangka menjamin habilitasi penyandang disabilitas, yakni upaya mengoptimalkan fungsi tubuh dengan menggantikan fungsi tubuh yang tidak ada melalui bantuan medik, sosial, psikologi, dan keterampilan agar dapat mencapai kemampuan fungsionalnya.

232. Pemenuhan akses dan pemerataan layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas harus dilakukan dengan memenuhi indikator sebagai berikut.⁷³
 - a. Peningkatan kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan penyandang disabilitas.
 - b. Pencegahan dan intervensi dini layanan kesehatan yang efektif dan komprehensif.
 - c. Perluasan kepesertaan dan manfaat jaminan sosial kesehatan.
 - d. Penyelenggaraan program promotif dan preventif yang menjangkau penyandang disabilitas.
233. Pemerintah wajib memfasilitasi jangkauan layanan kesehatan yang lebih luas bagi disabilitas yang terkait dengan penyakit khusus, seperti *Spinal Muscular Atrophy*, disabilitas laring dan jenis disabilitas dengan penyakit spesifik lainnya. Pemerintah wajib mengupayakan ketersediaan obat-obatan dan alat bantu kesehatan. Alat bantu adalah bagian dari tubuh penyandang disabilitas yang mempermudah mobilitas.
234. Negara wajib menjamin partisipasi yang bermakna bagi penyandang disabilitas dan Organisasi Penyandang Disabilitas dalam setiap kebijakan yang menyangkut hak-hak disabilitas, termasuk hak atas kesehatan.
235. Negara wajib melindungi akses terhadap keadilan bagi individu penyandang disabilitas. Organisasi nonpemerintah/masyarakat sipil dapat mewakili penyandang disabilitas yang meninggal karena pelanggaran hak-hak mereka, ketika tidak ada orang lain yang mencari keadilan atas nama mereka.⁷⁴
- e) Masyarakat Hukum Adat
236. UUD NRI 1945 mengakui keberadaan masyarakat hukum adat, sebagaimana ditegaskan pada Pasal 18B ayat (2), yang memberikan ketentuan adanya empat persyaratan keberadaan masyarakat hukum adat, yakni (a) sepanjang masih hidup; (b) sesuai dengan perkembangan masyarakat; (c) prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia; dan (d) diatur dalam undang-undang.
237. Negara wajib membuat undang-undang sebagai bentuk perlindungan terhadap masyarakat hukum adat. Pengaturan ini diperlukan sebagai bentuk pengakuan terhadap otonomi⁷⁵ masyarakat hukum adat. Masyarakat hukum adat adalah subjek hak kolektif.⁷⁶

73. Rancangan Induk Pembangunan Inklusi Disabilitas (RIPID) dalam Peraturan Pemerintah Nomor 70 Tahun 2019 tentang Perencanaan, Penyelenggaraan, dan Evaluasi terhadap Penghormatan, Perlindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.

74. Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu v. Romania, Application Nomor 47848/08, <https://www.eschr-net.org/caselaw/2015/centre-legal-resources-behalf-valentin-campeanu-v-romania-application-no-4784808>.

75. Hak otonomi merupakan penjabaran lebih lanjut dari hak menentukan nasib sendiri (*self-determination*) sebagaimana disebutkan pada Deklarasi Persatuan Bangsa-Bangsa tentang Hak-hak Masyarakat Hukum Adat (United Nations Declaration on the Rights of Indigenous People/UNDRIP) khususnya dalam pasal 3 dan 4.

76. Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku vs. Ecuador, <https://www.eschr-net.org/caselaw/2012/pueblo-indigena-kichwa-sarayaku-vs-ecuador>.

238. Pemerintah wajib menjamin pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan bagi masyarakat hukum adat dikarenakan kehidupan masyarakat hukum adat sangat bergantung terhadap alam dan lingkungan yang mereka tempati. Perubahan lingkungan akan memengaruhi penikmatan hak-hak dasar sebagai kelompok masyarakat. Perusakan lingkungan merupakan pelanggaran hak atas kesehatan bagi masyarakat hukum adat. Pengadilan mengakui ketidakterpisahan antara kehidupan, kesehatan dan pelestarian alam.⁷⁷
239. Ketergantungan masyarakat hukum adat terhadap alam dan lokasi mereka yang jauh (terpencil) menciptakan kerentanan tersendiri bagi mereka. Eksistensi masyarakat hukum adat terancam di tengah banyaknya upaya pengalihan fungsi hutan maupun perusakan sumber daya alam. Lingkungan yang tercemar berdampak pada masyarakat hukum adat, yakni menciptakan kerentanan terhadap suatu penyakit, adanya persoalan gizi atau kelaparan, hingga kematian. Negara wajib memastikan penikmatan terhadap pemenuhan dan perlindungan hak masyarakat hukum adat secara maksimal.
240. Pengadilan menetapkan adanya hubungan antara tanah dan kelangsungan hidup suatu komunitas (termasuk masyarakat hukum adat) ketika tanah tersebut digunakan dengan tujuan ekonomi, budaya, sosial dan agama. Pengadilan mengakui hubungan antara hak untuk hidup dan hak atas air, pendidikan, dan makanan di antara hak lainnya.⁷⁸
241. Pengadilan memerintahkan restitusi tanah leluhur untuk masyarakat hukum adat dan mengharuskan Negara untuk menyediakan barang-barang pokok kepada masyarakat dan layanan sementara.⁷⁹
242. Masyarakat hukum adat menghadapi kendala dalam penikmatan hak atas kesehatan. Kendala itu meliputi dan tidak terbatas pada: (1) aksesibilitas fisik fasilitas layanan kesehatan yang masih sulit dijangkau, (2) adanya pengetahuan lokal (*local knowledge*) yang dimiliki oleh masyarakat hukum adat khususnya mengenai kesehatan yang kadang tidak sejalan dengan konsep kedokteran modern. Pasal 24 Deklarasi Persatuan Bangsa-bangsa tentang Hak-hak Masyarakat Hukum Adat (*United Nations Declaration on the Rights of Indigenous People* [UNDRIP])⁸⁰ mengakui bahwa masyarakat hukum adat memiliki hak pengobatan tradisional untuk mempertahankan praktik-praktik kesehatan, termasuk konservasi tanaman, hewan, dan mineral yang sangat penting. Masyarakat hukum adat secara individu juga memiliki hak untuk menjangkau layanan sosial dan kesehatan tanpa diskriminasi. Hal ini sejalan dengan Konvensi PBB tentang Keanekaragaman Hayati Tahun Nomor 10 tentang Penggunaan Berkelanjutan Komponen Keanekaragaman Hayati (*Convention of Biological Diversity*).⁸¹

77. Pascua Lama Case, <https://www.escri-net.org/caselaw/2014/pascua-lama-case>.

78. Case of the Indigenous Community Xákmok Kásek v. Paraguay, <https://www.escri-net.org/caselaw/2014/case-indigenous-community-xakmok-kasek-v-paraguay>.

79. Case of the Sawhoyamaya Indigenous Community v. Paraguay, <https://www.escri-net.org/caselaw/2013/case-sawhoyamaya-indigenous-community-v-paraguay>.

80. Diadopsi oleh Majelis Umum PBB pada 13 September 2007.

81. Diadopsi oleh Majelis Umum PBB pada tahun 1992.

243. Pemerintah wajib menjamin peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat hukum adat, antara lain, seperti:
- a. 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 diperlukan dalam pemerataan akses pada layanan kesehatan dan sekaligus dapat menurunkan permasalahan penyakit menular dan tidak menular;
 - b. Sinergi antara institusi kesehatan lokal/layanan berbasis komunitas dengan medis modern/layanan berbasis rumah sakit;
 - c. Kerja sama pihak pemerintah dan swasta dalam menyediakan layanan kesehatan;
 - d. Mengoptimalkan peran tokoh sangat penting di dalam masyarakat adat, sebagai media komunikasi dan berbagi informasi mengenai kesehatan, baik terkait kesehatan modern maupun kesehatan budaya lokal.
244. Negara wajib mengatur populasi masyarakat, selain masyarakat hukum adat, yang tinggal dan memengaruhi tanah adat, sebagai bentuk perlindungan hak-hak masyarakat hukum adat atas kelangsungan budayanya.⁸²
245. Negara wajib melindungi stabilitas sistem iklim dari dampak terburuk penggundulan hutan (deforestasi) dan pemanasan global yang mengancam HAM dan hak-hak generasi masa depan, diantaranya yang dialami oleh masyarakat hukum adat. Alam dianggap sebagai subjek entitas hak yang berhak atas perlindungan, konservasi, pemeliharaan dan pemulihan yang dipimpin oleh negara dan lembaga teritorial.⁸³
246. Rekonstruksi rumah dan bangunan yang dihancurkan dapat dilakukan sebagai ganti rugi untuk kasus pengusiran paksa terhadap masyarakat, termasuk masyarakat hukum adat, yang berdampak pada tidak terpenuhinya hak layanan perawatan kesehatan, hak atas informasi, hak atas keputusan administratif yang adil, bebas dari kelaparan, hak atas air bersih, dan hak atas rasa aman.⁸⁴
- f) Penyandang Penyakit Menular Kronis (PMK)
247. Penyakit Menular Kronis (PMK) yang rentan stigma dan diskriminasi saat ini adalah HIV/AIDS, tuberkulosis, kusta, hepatitis kronis. Penyandang PMK adalah setiap orang yang terdeteksi positif HIV, TB, kusta, hepatitis. Dengan ditemukannya obat-obatan seperti OAT (Obat Anti TB), obat kusta dan ARV (untuk HIV/AIDS dan hepatitis) yang dikonsumsi secara teratur, penyandang PMK dapat tetap produktif.

82. Indigenous Community Members of the Lhaka Honhat (Our Land) Association vs. Argentina, <https://www.escri-net.org/caselaw/2020/indigenous-community-members-lhaka-honhat-our-land-association-vs-argentina>.

83. STC 4360-2018, <https://www.escri-net.org/caselaw/2019/stc-4360-2018>.

84. Constitutional Petition Nomor 2 of 2011 (Garissa), <https://www.escri-net.org/caselaw/2012/constitutional-petition-no-2-2011-garissa>.

248. Hak kesehatan pada penyandang PMK adalah hak dasar yang wajib diberikan dan didapatkan oleh setiap orang yang hidup dengan PMK dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, dengan mengutamakan nilai-nilai nondiskriminasi, toleransi, dan empati.
249. Pemerintah wajib melakukan upaya-upaya kesehatan untuk menurunkan jumlah PMK, deteksi dini dan merujuk kasus yang memerlukan rujukan, meniadakan diskriminasi dan stigma terhadap penyandang PMK, meningkatkan kualitas hidup PMK, dan mengurangi dampak sosial ekonomi dari PMK pada individu, keluarga dan masyarakat.
250. Perawatan dan pengobatan bagi penyandang PMK yang miskin dan kurang mampu ditanggung oleh negara.
251. Penyandang PMK tidak hanya menghadapi kondisi fisik yang semakin menurun, namun juga masalah sosial yang dapat berasal dari keluarga dekat, tetangga, teman, dan masyarakat, serta hambatan atas akses pelayanan publik karena diskriminasi dan stigma. Penyandang PMK rawan mengalami pemutusan hubungan kerja (PHK) karena kurangnya pemahaman pimpinan tempat kerja, yang berakibat kepada berkurang atau hilangnya hak mereka atas kesehatan.
252. Penyandang PMK menghadapi stigma yang dapat memengaruhi kehidupan. Stigma menimbulkan rasa sedih, rasa bersalah dan perasaan kurang bernilai, kecemasan hingga depresi. Stigma dapat menurunkan kualitas hidup penyandang PMK karena membatasi akses dan penggunaan layanan kesehatan, baik dalam upaya pencegahan, perawatan, maupun pengobatan. Stigma dapat mengakibatkan penyandang PMK mengalami putus obat (*lost to follow up*) yang bisa berujung kepada kematian.
253. Pemerintah wajib menjamin dan memastikan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan yang diperlukan untuk penanggulangan PMK.
254. Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan untuk penanggulan PMK oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi dan/atau pemerintah daerah kabupaten/kota harus dilaksanakan, dicatat dan dilaporkan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
255. Pemerintah wajib memastikan adanya layanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh penyandang PMK di setiap fasilitas kesehatan. Layanan kesehatan perlu dilaksanakan secara rutin sebagai upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan bagi penyandang PMK. Dengan pengetahuan dan pemahaman yang baik, layanan kesehatan dapat berperan dalam mengurangi stigma dan diskriminasi pada penyandang PMK. Layanan seperti ini juga harus disediakan oleh pemerintah dan merupakan bagian dari setiap layanan di fasilitas kesehatan.
256. Tenaga kesehatan wajib menjamin dan memastikan kerahasiaan informasi pribadi dan hasil pemeriksaan penyandang PMK sesuai dengan ketentuan yang ada. Pelayanan pemeriksaan kesehatan pada penyandang PMK wajib dengan persetujuan yang bersangkutan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

257. Pemerintah wajib memberikan pendidikan mengenai PMK sejak dini kepada seluruh masyarakat sebagai upaya meningkatkan kewaspadaan masyarakat terhadap penyakit menular.
 258. Negara wajib mengembangkan kebijakan pencegahan PMK, termasuk informasi, program kesadaran dan pendidikan, serta bantuan penuh untuk orang yang hidup dengan PMK.
- g) Pekerja Migran
259. Pekerja migran dan anggota keluarganya memiliki hak untuk menerima pelayanan medis, baik untuk keberlangsungan hidup atau menghindari bahaya yang tidak dapat diperbaiki atas dasar persamaan perlakuan dengan warga negara yang bersangkutan.
 260. Jaminan sosial bagi pekerja migran meliputi jaminan kesehatan, jaminan hari tua, dan jaminan kecelakaan kerja.⁸⁵
 261. Pelindungan jaminan sosial bagi pekerja migran dilaksanakan melalui program pelindungan, meliputi pelindungan prapenempatan, masa penempatan, dan purnapenempatan.
 262. Mekanisme pemenuhan hak atas kesehatan pekerja migran wajib dilakukan secara transparan dan akuntabel. Pemerintah menjamin pelindungan atas keselamatan pekerja migran, baik itu pada saat proses pemberangkatan, masa bekerja, maupun masa kepulangan pekerja migran.
 263. Pelaksanaan tes kesehatan untuk calon pekerja migran dilakukan hanya untuk memastikan kesehatan yang baik dan cukup bagi calon pekerja migran untuk melakukan pekerjaannya di negara tujuan. Kewajiban tes HIV bagi calon pekerja migran adalah suatu bentuk pemaksaan dan melanggar hak otonomi atas tubuh.
 264. Negara wajib mengambil kebijakan yang tepat dalam memfasilitasi untuk menjamin reunifikasi antara pekerja migran dan anggota keluarganya selama proses sebelum keberangkatan dan pada masa bekerja di negara tujuan penempatan.
 265. Negara wajib mengatur reunifikasi dalam peraturan perundang-undangan. Pengabaian atas pengaturan reunifikasi dapat berdampak kepada hak atas kesehatan dan mengakibatkan kerugian sosial bagi pekerja migran dan keluarganya, baik itu di ruang lingkup fisik maupun psikis.
 266. Negara wajib bekerja sama untuk menyediakan pelayanan-pelayanan yang tepat mengenai migrasi internasional pekerja migran 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.

85. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2017 tentang Perlindungan Pekerja Migran Indonesia.

267. Setiap pekerja migran dilindungi haknya atas akses ke perawatan kesehatan penting yang diperlukan untuk perlindungan kehidupan di semua negara atau yang mengakui hak untuk hidup dan nondiskriminasi. Negara harus mengambil langkah-langkah positif untuk melindungi hak untuk hidup setiap pekerja migran. Negara memiliki kewajiban positif di bidang lain yang terkait dengan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya, seperti akses ke perumahan, makanan, air, dan sanitasi.⁸⁶
- h) Orientasi Seksual dan Identitas Gender (SOGI)
268. Kelompok rentan atau individu Berbasis Orientasi Seksual dan Identitas Gender (*Social Orientation and Gender Identity[SOGI]*) adalah salah satu kelompok dan/atau individu rentan yang wajib dilindungi karena sebagian besar mereka belum dapat menikmati hak-haknya sebagai warga negara. Sebagian besar negara-negara di dunia masih memiliki norma heteroseksual yang berakibat bagi munculnya sikap intoleran terhadap identitas/ekspresi gender dan orientasi seksual di luar norma dominan ini.
269. Individu atau kelompok dengan orintasi seksual atau identitas gender (SOGI) mempunyai kewajiban untuk melindungi dirinya dari infeksi menular seksual.
270. Negara wajib melindungi semua warga negara dari tindakan diskriminasi, termasuk diskriminasi yang didasarkan pada perbedaan gender, ekspresi dan orientasi seksual.⁸⁷
271. Orientasi seksual⁸⁸ dan identitas gender⁸⁹ merupakan bagian integral dari martabat dan kemanusiaan setiap orang dan tidak dapat dijadikan dasar diskriminasi, stigma negatif atau kekerasan.
272. Diskriminasi atas dasar orientasi seksual atau identitas gender meliputi setiap perbedaan, pengecualian, pembatasan atau preferensi berdasarkan orientasi seksual atau identitas gender yang memiliki tujuan atau efek meniadakan atau merusak persamaan di depan hukum atau perlindungan hukum yang sama, atau pengakuan, penikmatan atau pelaksanaan, atas dasar kesetaraan dari kebebasan fundamental dan hak asasi manusia. Diskriminasi atas dasar orientasi seksual atau identitas gender mungkin, dan umumnya, diperparah oleh diskriminasi atas dasar lainnya termasuk, ras, usia, agama, kecacatan, kesehatan, dan status ekonomi.
273. Semua orang tanpa memandang orientasi seksual dan identitas gender, memiliki hak untuk menikmati standar tertinggi atas kesehatan fisik dan mental, termasuk faktor-faktor penentu

86. Toussaint v. Canada, CCPR/C/123/D/2348/2014, 2018, <https://www.escri-net.org/caselaw/2018/toussaint-v-canada-ccprc123d23482014-2018>.

87. Pasal 28I Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

88. Orientasi seksual dipahami untuk merujuk kapasitas masing-masing orang untuk memunculkan ketertarikan emosional, rasa sayang dan ketertarikan seksual, dan hubungan intim dan seksual dengan, individu dari gender yang berbeda atau gender yang sama atau lebih dari satu gender.

89. Identitas gender dipahami untuk merujuk pada perasaan pengalaman internal dan individu terhadap gender, yang mungkin saja tidak sesuai dengan jenis kelaminnya pada saat dia dilahirkan, termasuk perasaannya pada bagian tubuhnya (yang mungkin mencakup, jika dapat dipilih secara bebas, pengubahan bentuk tubuhnya melalui cara medis, pembedahan atau cara lainnya) dan cara lain dalam mengekspresikan gender, termasuk cara berpakaian, berbicara dan bertindak laku.

yang mendasari kesehatan dan akses ke pelayanan kesehatan seksual untuk mendapatkan penanggulangan, diagnosis dan perawatan semua yang berkaitan dengan masalah dan gangguan seksual.⁹⁰

274. Pemerintah dan masyarakat wajib menghindari kekerasan berbasis pada orientasi seksual dan orientasi gender, yang terdiri atas, namun tidak terbatas pada bentuk:
 - a. kekerasan fisik, biasanya berupa penyerangan, pemaksaan, atau perkosaan;
 - b. kekerasan simbolik, berupa istilah-istilah menyimpang, tidak normal, sakit, atau tidak beradab/tidak bermoral;
 - c. kekerasan struktural, yang terjadi karena adanya sistem negara yang tidak memberi perlindungan bagi kelompok rentan berbasis orientasi seksual dan identitas gender.
275. Negara wajib memastikan akses universal bebas hambatan terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi bagi SOGI, termasuk untuk perencanaan, informasi, pendidikan keluarga, dan mengintegrasikan kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program pemerintah.
276. Upaya melakukan reorientasi seksual terhadap kelompok SOGI bukan hanya merupakan pelanggaran terhadap hak atas privasi mereka, tetapi juga melanggar hak atas kesehatan dengan ditempuhnya langkah-langkah yang berpotensi pada pengurangan penikmatan hak atas kesehatan tersebut. WHO telah menyatakan bahwa upaya yang bertujuan untuk mengubah orientasi seksual nonheteroseksual tidak memiliki justifikasi medis.
277. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah wajib menyediakan layanan kesehatan tidak terkecuali untuk kelompok SOGI, termasuk remaja, serta membina hubungan kerja sama dengan kelompok-kelompok SOGI dalam program-program yang mendukung hak mendapatkan layanan kesehatan seksual dan reproduksi.
278. Dalam konteks hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai dalam Prinsip-Prinsip Yogyakarta⁹¹ menyebutkan bahwa negara berkewajiban, yaitu.
 - a. Mengambil langkah-langkah legislatif, administratif dan langkah-langkah lainnya untuk menjamin penikmatan hak atas standar kesehatan tertinggi, tanpa diskriminasi atas dasar orientasi seksual atau identitas gender.
 - b. Mengambil langkah-langkah legislatif, administratif dan langkah-langkah lainnya yang menjamin agar semua orang memiliki akses terhadap fasilitas, alat, dan jasa layanan kesehatan, termasuk yang terkait dengan kesehatan seksual dan reproduksi, dan terhadap rekam medis diri mereka sendiri, tanpa diskriminasi atas dasar orientasi seksual atau identitas gender.
 - c. Menjamin bahwa fasilitas, alat, dan jasa layanan kesehatan dirancang untuk meningkatkan status, dan merespons kebutuhan setiap orang tanpa diskriminasi atas

90. Pasal 7 Hak Untuk Sehat dan Manfaat Dari Kemajuan Ilmu Pengetahuan Deklarasi IPPF: Hak-Hak Seksual.

91. Prinsip 17 Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang dapat Dicapai Prinsip-Prinsip Yogyakarta.

dasar orientasi seksual atau identitas gender, dan bahwa rekam medis terkait dalam hal ini diperlakukan sebagai dokumen rahasia.

- d. Mengembangkan dan melaksanakan program untuk menyikapi diskriminasi, prasangka dan faktor sosial lainnya yang merusak kesehatan seseorang dikarenakan orientasi seksual atau identitas gender mereka.
- e. Menjamin bahwa setiap orang yang mendapatkan informasi dan dimampukan untuk dapat membuat keputusan sendiri mengenai layanan dan perawatan medis, berdasarkan persetujuan mereka sendiri, tanpa diskriminasi atas dasar orientasi seksual atau identitas gender.
- f. Menjamin bahwa semua program dan layanan kesehatan, pencegahan, perawatan, dan pengobatan seksual dan reproduksi dapat menghormati keanekaragaman orientasi seksual atau identitas gender, dan tersedia secara setara bagi setiap orang tanpa diskriminasi.
- g. Memfasilitasi orang yang memerlukan perubahan bagian tubuh dikarenakan oleh perubahan gender dengan akses, perawatan dan pengobatan yang kompeten dan tidak diskriminatif.
- h. Menjamin bahwa semua penyedia layanan kesehatan memperlakukan pasien dan pasangan mereka tanpa diskriminasi atas dasar orientasi seksual atau identitas gender, termasuk mengakui anak hasil hubungan tersebut.
- i. Mengadopsi kebijakan dan program pendidikan dan pelatihan untuk membantu orang-orang yang bekerja dalam sektor kesehatan agar dapat memberikan standar kesehatan tertinggi kepada setiap orang, dengan menghargai orientasi seksual atau identitas gender masing-masing orang tersebut.

279. Dalam konteks perlindungan dari penyalahgunaan medis, dalam Prinsip-Prinsip Yogyakarta⁹² menyebutkan bahwa negara berkewajiban, yaitu.

- a. Mengambil langkah-langkah legislatif, administratif, dan langkah-langkah lainnya untuk menjamin perlindungan penuh terhadap praktik-praktik medis atas dasar orientasi seksual atau identitas gender, termasuk yang berdasarkan stereotipe, baik yang muncul dari budaya atau lainnya, mengenai sikap, penampilan fisik maupun norma gender yang dipersepsikan.
- b. Mengambil langkah-langkah legislatif, administratif dan langkah-langkah lainnya untuk menjamin agar tidak seorang anak pun tubuhnya diubah melalui prosedur medis sebagai upaya untuk memaksakan suatu identitas gender tertentu tanpa persetujuan penuh yang dibuat dengan bebas oleh anak itu sendiri sesuai dengan usia dan kedewasaannya dan dibimbing oleh prinsip-prinsip bahwa dalam setiap tindakan yang berkaitan dengan anak, kepentingan terbaik bagi anak harus tetap menjadi pertimbangan utama.
- c. Menciptakan mekanisme perlindungan anak agar anak tidak berisiko, atau dijadikan subjek penyimpangan medis.

92. Prinsip 18 Perlindungan Dari Penyalahgunaan Medis Prinsip-Prinsip Yogyakarta.

- d. Menjamin perlindungan bagi setiap orang dengan orientasi seksual atau identitas gender yang beraneka ragam dari penelitian atau prosedur medis yang tidak etis atau tidak sukarela, termasuk juga vaksin, perawatan atau mikrobisida untuk HIV/AIDS atau penyakit lainnya.
 - e. Mengkaji ulang dan mengubah ketentuan atau program pendanaan kesehatan, termasuk bantuan pembangunan, yang mungkin meningkatkan, memfasilitasi atau dengan cara lain dapat memungkinkan terjadinya penyimpangan.
 - f. Menjamin perlakuan medis, psikologis, atau konseling tidak secara eksplisit dan implisit, memperlakukan orientasi seksual atau identitas gender sebagai kondisi medis yang harus dirawat, disembuhkan atau ditekan.
280. Sterilisasi medis bagi transgender untuk memiliki identitas gendery ang diakui secara hukum adalah melanggar integritas fisik, bertentangan dengan gagasan martabat manusia, dan akibatnya tidak dapat dianggap sesuai dengan hak untuk perlindungan kesehatan.⁹³
281. Hak-hak dasar minoritas seksual tidak dapat dikalahkan oleh gagasan budaya dan moralitas relatif. Stigma dan marginalisasi tidak boleh menghalangi akses ke hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya yang substantif.⁹⁴
282. Rumah sakit tidak boleh menghalangi penikmatan mencakup akses mendapatkan kesehatan dan ketersediaan obat-obatan tertentu (obat HIV) yang mengacu pada identitas gender pada KTP.⁹⁵
283. Bentuk-bentuk kegiatan rehabilitasi sosial yang diberikan kelompok rentan berbasis orientasi seksual dan identitas gender wajib memperhatikan kapasitas dan minat masing-masing.⁹⁶
- i) Tahanan
284. Pemenuhan hak asasi baik bagi tersangka, terdakwa maupun terpidana dijamin dalam KUHAP⁹⁷ dan berdasarkan asas persamaan kedudukan di hadapan hukum serta asas praduga tidak bersalah.⁹⁸
285. Proses penahanan sebagai salah satu bentuk upaya paksa proses peradilan pidana yang bertujuan memperlancar proses peradilan pidana bukanlah sarana untuk mengurangi atau

93. Advisory Opinion on Gender Identity, Equality, and Non-Discrimination of Same-Sex Couples, (2017), OC-24/17, <https://www.escri-net.org/caselaw/2018/advisory-opinion-gender-identity-equality-and-non-discrimination-same-sex-couples-2017>.

94. Naz Foundation v. Government of NCT of New Delhi and Others, WP(C) Nomor 7455/2001, <https://www.escri-net.org/caselaw/2009/naz-foundation-v-government-nct-new-delhi-and-others-wpc-no-74552001>.

95. Choirul Anam dkk, *Upaya Negara Menjamin Hak-Hak Kelompok Minoritas di Indonesia (Sebuah Laporan Awal)*, Jakarta: Komnas HAM, 2016, hlm. 108.

96. *Ibid*, hlm. 116.

97. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana.

98. Pasal 1 dan pasal 11 ayat (1) *Universal Declaration of Human Rights*.

mencabut harkat dan martabat tahanan yang hak asasinya dijamin dan dilindungi oleh negara dan dijalankan harus berdasarkan aturan hukum acara pidana.⁹⁹

286. KUHAP dalam arti luas telah memberikan kewenangan kepada aparat penegak hukum untuk menegakan hukum termasuk melindungi kepentingan korban kejahatan untuk kepentingan penegakan hukum, tidak semata-mata untuk kepentingan HAM tersangka, terdakwa, sebagai keseimbangan prinsip KUHAP yakni kepentingan penegakan Hukum dan kepentingan perlindungan HAM. Hak para tahanan untuk memperoleh kesehatan bahwa tersangka atau terdakwa yang dikenakan penahanan berhak menghubungi dan menerima kunjungan dokter pribadinya untuk kepentingan Kesehatan baik yang ada hubungannya dengan proses perkara maupun tidak.¹⁰⁰
 287. Kesehatan tahanan dalam HAM berkaitan proses penegakan hukum adalah untuk memberikan masukan kepada hakim mempersiapkan putusan perkara tentang implementasi dan pemenuhan hak-hak kesehatan rakyat oleh negara. Kewajiban negara atau pemerintah merealisasikan hak atas derajat Kesehatan yang optimal.
 288. Hak atas pelayanan kesehatan sebagai bagian dari HAM wajib dinikmati oleh setiap orang termasuk orang-orang yang berstatus tahanan karena memiliki hak yang sama dengan orang-orang yang tidak ditahan sesuai pasal 58 KUHAP.
- j) Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP)
289. Warga binaan pemasyarakatan (“WBP”) merupakan salah satu kelompok yang rentan atas pelanggaran HAM, termasuk hak atas kesehatan karena WBP rentan mendapatkan perlakuan yang diskriminatif dan belum adanya mekanisme pengawasan yang efektif dan memadai untuk memastikan ketersediaan dan akses atas layanan kesehatan bagi WBP di dalam maupun di luar lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan.
 290. WBP berhak mendapat perawatan, baik perawatan rohani maupun jasmani, serta mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak¹⁰¹ sesuai standar minimal yang ditetapkan peraturan perundang-undangan maupun instrumen HAM.
 291. Petugas Pemasyarakatan bertanggung jawab membangun sinergi dalam memberikan pelayanan dan perawatan kesehatan bagi WBP, terutama kelompok rentan di antara WBP, misalnya anak-anak, remaja, lansia, dan perempuan.

99. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana.

100. Pasal 58 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana.

101. Pasal 14 ayat (1) huruf b dan d Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 Tentang Pemasyarakatan, Pasal 20 ayat (1) *Mandela Rules*/Peraturan Standar bagi Perlakuan Terhadap Narapidana (*Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*). Diadopsi oleh Kongres Perserikatan Bangsa-Bangsa yang Pertama tentang Pencegahan Kejahatan dan Perlakuan Pelaku Kejahatan, yang diadakan di Jenewa pada tahun 1955, dan disetujui oleh Dewan Ekonomi dan Sosial melalui Resolusi 663 C (XXIV) tertanggal 31 Juli 1957 dan Resolusi 2076 (LXII) tertanggal 13 Mei 1977.

292. Balai pemasyarakatan wajib melakukan pembimbingan dan pendampingan kepada WBP yang harus melanjutkan pengobatannya di luar lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan.
293. Negara wajib menyediakan akses yang memadai berupa perawatan medis dan konseling yang sesuai dengan kebutuhan WBP, mengakui setiap kebutuhan khusus WBP berdasarkan orientasi seksual atau identitas gender, termasuk kesehatan, akses informasi dan terapi infeksi menular seksual dan HIV/AIDS serta akses terhadap terapi lainnya termasuk perawatan reproduksi dan perubahan kelamin, jika dibutuhkan.¹⁰²
294. Negara wajib menggunakan perspektif keadilan gender dalam memenuhi hak-hak WBP, termasuk dalam pelaksanaan hak atas kesehatan.
295. Negara wajib mendukung peningkatan kualitas pelayanan terhadap WBP di lingkungan lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan negara melalui pengadaan bahan makanan dengan pengelolaan keuangan yang efektif, efisien, transparan, dan akuntabel.¹⁰³
296. Negara wajib memastikan tidak adanya permintaan pembiayaan layanan kepada WBP yang memberatkan, ilegal, dan diskriminatif dalam menikmati hak atas kesehatannya.
297. Dalam pelayanan medis bagi WBP, negara wajib memperhatikan:¹⁰⁴
 - a. Di setiap lembaga pemasyarakatan tersedia pelayanan dari sekurang-kurangnya satu petugas medis berkualifikasi yang juga mempunyai pengetahuan psikiatri. Pelayanan medis perlu diselenggarakan melalui hubungan erat dengan dinas kesehatan. Pelayanan medis mencakup pula pelayanan psikiatri untuk melakukan diagnosis dan memberikan perawatan atas kondisi kelainan mental.
 - b. Bagi WBP yang sedang sakit yang memerlukan penanganan spesialis, dapat dipindahkan ke lembaga khusus atau ke rumah sakit sipil. Jika di lembaga pemasyarakatan tersedia sarana rumah sakit, maka perlengkapan, perabotan, dan pasokan farmasi rumah sakit ini harus layak untuk memberikan perawatan dan penanganan medis bagi WBP yang sakit, dan harus tersedia staf yang terdiri atas sejumlah petugas yang telah terlatih.
 - c. Pelayanan petugas kesehatan gigi yang berkualifikasi tersedia bagi setiap WBP.
 - d. Di Lapas wanita wajib tersedia akomodasi khusus untuk seluruh perawatan dan penanganan kehamilan dan pascamelahirkan yang diperlukan. Sedapat-dapatnya dibuat pengaturan agar anak dapat dilahirkan di sebuah rumah sakit di luar lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan. Jika seorang anak lahir di dalam lembaga

102. Prinsip 9 Hak Untuk Mendapatkan Perlakuan Manusiawi Dalam Tahanan, Prinsip-Prinsip Yogyakarta.

103. Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor M.HH-172.PL.02.03 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengadaan Bahan Makanan Bagi Narapidana, Tahanan, dan Anak Didik Pemasyarakatan Pada Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara di Lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia.

104. Pasal 22-26 Peraturan Standar bagi Perlakuan Terhadap Narapidana (*Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*). Diadopsi oleh Kongres Perserikatan Bangsa-Bangsa yang Pertama tentang Pencegahan Kejahatan dan Perlakuan Pelaku Kejahatan, yang diadakan di Jenewa pada tahun 1955, dan disetujui oleh Dewan Ekonomi dan Sosial melalui Resolusi 663 C (XXIV) tertanggal 31 Juli 1957 dan Resolusi 2076 (LXII) tertanggal 13 Mei 1977.

pemasyarakatan atau rumah tahanan, fakta ini tidak boleh disebutkan dalam surat kelahiran.

- e. Jika bayi yang masih menyusui diperbolehkan tinggal bersama ibunya di dalam lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan, dengan disediakan kamar bayi yang diawasi oleh petugas berkualifikasi sebagai tempat bagi bayi ketika tidak sedang bersama ibunya.
- f. Petugas medis melihat dan memeriksa setiap WBP sesegera mungkin setelah masuk dan sesudah itu melakukan hal tersebut sesuai keperluan dengan tujuan, terutama untuk: mengetahui ada tidaknya penyakit fisik atau mental dan mengambil semua tindakan yang diperlukan; memisahkan tahanan yang diduga mengidap penyakit infeksi atau menular; mencatat setiap cacat fisik atau mental yang bisa menghambat rehabilitasi; dan menentukan kapasitas fisik setiap WBP untuk melakukan pekerjaan.
- g. Petugas medis wajib memperhatikan kesehatan fisik dan mental WBP dan setiap hari menjenguk semua WBP yang sakit, semua WBP yang mengeluh sakit.
- h. Petugas medis wajib melapor kepada kepala lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan setiap kali menilai bahwa kesehatan fisik atau mental WBP tertentu telah atau akan terkena dampak merugikan oleh keberlangsungan penahanannya atau kondisi tertentu di tempat penahanan.
- i. Petugas medis secara reguler melakukan inspeksi dan memberikan pertimbangan kepada kepala lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan tentang:
 - a. Jumlah, mutu, penyiapan, dan penyajian makanan,
 - b. Kebersihan lembaga penjara dan para tahanan,
 - c. Sanitasi, pemanasan ruangan, pencahayaan, dan ventilasi di lembaga penjara,
 - d. Kelayakan dan kebersihan pakaian dan perlengkapan tidur para tahanan,
 - e. Pelaksanaan aturan mengenai pendidikan jasmani dan olahraga, yaitu dalam kasus di mana tidak tersedia personil teknis untuk menangani kegiatan-kegiatan tersebut.
- j. Kepala lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan mempertimbangkan laporan dan pertimbangan yang diserahkan oleh petugas medis dan jika sependapat dengan rekomendasi yang diberikan, dengan segera mengambil langkah untuk melaksanakan rekomendasi tersebut. Jika rekomendasi tersebut berada di luar bidang kewenangannya atau jika tidak sependapat dengan rekomendasi tersebut, kepala lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan segera menyerahkan laporannya sendiri, disertai pertimbangan dari petugas medis tersebut, kepada otoritas yang lebih tinggi.

298. Keterpaduan sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi WBP, meliputi.¹⁰⁵

- a. Perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan;
- b. Kemandirian pelayanan kesehatan di unit pelayanan kesehatan;
- c. Upaya pelayanan kesehatan;
- d. Sistem rujukan dalam hal pengiriman dan penerimaan pasien ke tempat rujukan;

105. Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor M.HH.02.UM.06.04 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Di Lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia.

- e. Obat-obatan dan peralatan kesehatan yang memadai;
 - f. Pendanaan kesehatan;
 - g. Pencatatan pelaporan untuk tersedianya data dan informasi kesehatan.
299. Negara berkewajiban untuk merawat WBP tanpa memandang asal kebangsaan mereka. Negara mempunyai kewajiban untuk mendapatkan sumber daya keuangan untuk memenuhi kewajiban hukumnya. Kendala sumber daya tidak dapat membenarkan pengurangan dari kewajiban tersebut.¹⁰⁶
300. Negara wajib memastikan ketersediaan ruang tahanan bagi anak dan menghindari penyatuan WBP anak dengan yang dewasa.
301. Lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan wajib memberikan promosi kesehatan, misalnya terkait dengan edukasi infeksi menular seksual, HIV/AIDS dan penyalahgunaan NAPZA. Kepala lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan wajib memastikan tidak adanya transaksi NAPZA yang terjadi di dalam lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan.
302. WBP yang sakit berat berhak mendapatkan fasilitas rujukan berdasarkan rekomendasi dari dokter lembaga pemasyarakatan dan mendapatkan izin dari kepala lembaga pemasyarakatan.
303. Kepala lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan wajib memastikan transparansi dalam pelayanan rujukan kesehatan WBP ke luar instansi.
- k) Pengungsi Internal
304. Pengungsi internal ialah orang-orang atau kelompok-kelompok orang yang dipaksa atau terpaksa melarikan diri atau meninggalkan rumah mereka atau tempat mereka dahulu biasa tinggal, terutama sebagai akibat dari, atau dalam rangka menghindarkan diri dari, dampak-dampak konflik bersenjata, situasi-situasi rawan yang ditandai oleh maraknya tindak kekerasan secara umum, pelanggaran-pelanggaran hak-hak asasi manusia, bencana alam, atau bencana akibat ulah manusia, dan yang tidak melintasi perbatasan negara yang diakui secara internasional.
305. Setiap pengungsi internal berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal.
306. Pihak-pihak berwenang yang menangani pengungsian internal harus memastikan tersedianya akomodasi yang layak bagi para pengungsi internal. Pengungsian internal wajib dilaksanakan dalam kondisi keamanan, gizi, kesehatan dan higiene yang memuaskan, serta bahwa anggota-anggota satu keluarga yang sama tidak dipisah-pisahkan.¹⁰⁷

106. Attorney General and Others v. Tapela and Others, Court of Appeal Civil Case Nomor CACGB-096-14; Attorney General and Others v. Mwale, Court of Appeal Civil Case Nomor CACGB-076-15, <https://www.escrib.net.org/caselaw/2015/attorney-general-and-others-v-tapela-and-others-court-appeal-civil-case-no-cacgb-096-14>

107. Prinsip 7 Prinsip-Prinsip Panduan Bagi Pengungsian Internal, hlm. 5.

307. Pemerintah wajib memperhatikan dengan sungguh-sungguh kecukupan gizi dan nutrisi para pengungsi internal, khususnya pada ibu hamil, balita, orang lanjut usia, dan penyandang disabilitas.
 308. Pengungsi internal berhak untuk memperoleh perlindungan dari pemulangan atau pemukiman kembali secara paksa di mana nyawa, keselamatan, kemerdekaan, dan/atau kesehatan mereka akan terancam.¹⁰⁸
 309. Pemindahan warga sipil hanya diperbolehkan dalam hal dilakukan bagi keselamatan mereka sendiri. Jika terpaksa dilakukan pemindahan, para pengungsi internal harus disediakan kebutuhan dasar yang memadai.¹⁰⁹
 310. Paling sedikit, dalam keadaan apa pun, dan tanpa diskriminasi, pihak-pihak berwenang yang terkait harus menyediakan bagi para pengungsi internal, dan memastikan akses yang aman atas: (a) Bahan pangan pokok dan air bersih; (b) Tempat tinggal atau perumahan yang bersifat mendasar; (c) Bahan sandang yang layak; dan (d) Layanan kesehatan dan sanitasi yang penting.¹¹⁰
 311. Pemerintah daerah maupun pemerintah pusat wajib menyediakan bantuan makanan, penampungan dan perawatan kesehatan bagi para pengungsi internal pada tahap tanggap darurat (*Emergency Humanitarian Assistance*), setidaknya dalam jangka waktu tiga bulan pertama, yang dapat diperpanjang sesuai kebutuhan para pengungsi internal.¹¹¹
- 2) Justisiabilitas
312. Justisiabilitas hak atas kesehatan adalah kewenangan dari badan peradilan atau kuasi-yudisial yang kompeten untuk dapat mengidentifikasi pelanggaran hak atas kesehatan dan menyediakan tindakan korektif yang memadai tanpa melanggar kewenangan cabang kekuasaan negara lainnya. Secara luas, kewenangan ini dapat dipahami juga meliputi pada mekanisme penyelesaian sengketa alternatif.
 313. Setiap orang berhak atas bantuan atau akses atas layanan hukum dan/atau pelayanan lainnya dari pemerintah dan/atau lembaga berwenang lain untuk melindungi hak atas kesehatan. Tindakan ini sangat penting untuk mengembalikan rasa percaya dan aman dalam masyarakat. Lembaga kemanusiaan dapat membantu masyarakat untuk mengakses layanan ke lembaga penegak hukum atau merujuk ke lembaga lain yang menyediakan bantuan tersebut.

108. Prinsip 15 Prinsip-Prinsip Panduan Bagi Pengungsian Internal, hlm. 8.

109. Pasal 17 Protokol II Konvensi Jenewa.

110. Prinsip 18 (2) Prinsip-Prinsip Panduan Bagi Pengungsian Internal, hlm. 10. jo. Pasal 11 KIHESB jo. Pasal 27 CRC.

111. Ana Maria Ibanez dan Andrea Velasquez, "Public Policies to Assist Internally Displaced Persons: The Role of Municipal Authorities".

<http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/reports/2008/1203_colombia_ibanez/1203_colombia_ibanez.pdf>, 29 Mei 2009, hlm. 4-5.

314. Dalam hal tenaga medis dan tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian bagi penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
315. Gugatan terkait pemenuhan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya dapat diputus di pengadilan, baik di tingkat nasional maupun internasional. Putusan pengadilan menjadi dasar bagi kewajiban negara untuk memulihkan hak-hak korban pelanggaran hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya serta menyediakan mekanisme penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya termasuk hak atas kesehatan.
316. Setiap orang atau kelompok yang menjadi korban pelanggaran hak atas kesehatan harus dipenuhi haknya atas akses ke peradilan yang efektif atau pemulihan yang sesuai lainnya di tingkat nasional dan internasional.¹¹² Semua korban pelanggaran tersebut berhak atas reparasi yang memadai, dapat berupa restitusi, kompensasi, kepuasan atau jaminan tidak akan ada keberulangan. Lembaga, seperti Ombudsman RI, Komisi Nasional Hak Asasi Manusia RI, forum konsumen, dan asosiasi hak pasien atau lembaga serupa, berwenang menangani pelanggaran hak atas kesehatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.¹¹³
317. Korban pelanggaran hak atas kesehatan memiliki akses atas keterbukaan informasi pasien. Negara wajib memastikan keterbukaan informasi ini dijalankan oleh penyedia layanan kesehatan.
318. Negara wajib menggabungkan prinsip dan norma hak atas kesehatan dari instrumen hukum internasional ke dalam hukum nasional yang dapat secara signifikan meningkatkan cakupan dan efektivitas langkah-langkah perbaikan dan harus didorong dalam semua kasus dan kewajiban, dengan mengacu langsung pada KIHESB.¹¹⁴
319. Negara wajib mendorong para hakim dan anggota dari profesi hukum dalam menjalankan fungsinya untuk memberikan perhatian yang lebih besar terhadap pelanggaran hak atas kesehatan.¹¹⁵
320. Negara harus menghormati, melindungi, memfasilitasi, dan mempromosikan aktivitas para Pembela HAM dan anggota masyarakat sipil lainnya dengan tujuan membantu dan

112. Terlepas dari apakah kelompok seperti itu dapat mencari pemulihan sebagai pemegang hak yang berbeda, Negara Pihak terikat oleh dimensi kolektif dan individu dari pasal 12 KIHESB. Hak kolektif sangat penting di bidang kesehatan; kebijakan kesehatan masyarakat modern sangat bergantung pada pencegahan dan promosi yang merupakan pendekatan yang diarahkan terutama kepada kelompok.

113. *Committee On Economic, Social And Cultural Rights, Substantive Issues Arising In The Implementation Of The International Covenant On Economic, Social And Cultural Rights, General Comment Nomor 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJ2c7ey6PAz2qaojTzDJmC0y%2B9t%2BsAtGDNzdEqA6SuP2r0w%2F6sVBGTpvTSCbiOr4XVFTqhQY65auTFbQRPWNDxL>.

114. *Ibid.*

115. *Ibid.*

mendampingi kelompok rentan atau terpinggirkan dalam merealisasikan hak atas kesehatan.¹¹⁶

321. Setiap orang atau kelompok masyarakat atau organisasi dapat mengajukan uji materiil terhadap suatu peraturan perundang-undangan yang dianggap melanggar hak atas kesehatan ke pengadilan yang berwenang.
322. Setiap orang atau kelompok masyarakat atau organisasi berhak untuk mengajukan gugatan pembatalan keputusan pemerintah yang merugikan hak atas kesehatan.
323. Negara bertanggung jawab memberikan kompensasi sebagai ganti rugi konstitusional untuk pelanggaran hak-hak fundamental termasuk hak atas kesehatan yang dijamin berdasarkan Konstitusi.¹¹⁷

3) Otonomi Individu dan Pembatasan Tindakan Medis

324. Hak atas kesehatan juga mengandung makna kebebasan, yaitu kebebasan seksual dan reproduksi, bebas dari eksperimen dan tindakan medis tanpa-persetujuan, dan bebas dari penyiksaan, penghukuman, dan perlakuan lain yang kejam, tidak manusiawi atau merendahkan harkat kemanusiaan.
325. Hak atas kesehatan yang terkait dengan kebebasan seksual dan reproduksi memiliki makna, sebagai berikut.
 - a. Kehidupan seksual yang setara, aman, membahagiakan, dan bebas paksaan bagi setiap laki-laki dan wanita.
 - b. Informasi dan akses tentang metode keluarga berencana yang aman, efektif, dan dapat diterima sesuai dengan pilihan bebas dari setiap laki-laki dan wanita.
 - c. Kesehatan seksual, yang memiliki tujuan untuk peningkatan hubungan personal dan tidak hanya sehubungan dengan konseling dan perawatan yang berkaitan dengan reproduksi dan penyakit seksual menular.
326. Kebebasan dari eksperimen medis tanpa persetujuan, merupakan penghormatan atas kehidupan pribadi dan hak untuk bebas dari penghukuman dan perlakuan yang kejam, tidak manusiawi dan merendahkan martabat manusia.
327. Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk memberikan persetujuan ketika mencari perawatan medis. Hal ini berkaitan dengan hak untuk mengakses informasi dan kesehatan.¹¹⁸
328. Persetujuan diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap, baik secara lisan maupun tertulis, sekurang-kurangnya mencakup,¹¹⁹ antara lain:

116. *Ibid.*

117. Rudul Sah v. State of Bihar, (1983) 4 SCC 141, <https://www.escri-net.org/caselaw/2015/rudul-sah-v-state-bihar-1983-4-scc-141>.

118. Poblete Vilches and Others v. Chile, <https://www.escri-net.org/caselaw/2019/poblete-vilches-and-others-v-chile>.

119. Pasal 45 ayat (2), (3) dan (4) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.

- a. diagnosis dan tata cara tindakan medis;
 - b. tujuan tindakan medis yang dilakukan;
 - c. alternatif tindakan lain dan risikonya;
 - d. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 - e. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
329. Kebebasan dari tindakan medis tanpa persetujuan, wajib dihormati dengan tujuan untuk:
- a. mengatasi persoalan ketidaksetaraan struktural yang berdampak pada hubungan setiap individu dengan penyelenggara layanan kesehatan;
 - b. menyediakan layanan yang mendukung pemahaman memadai dan pengambilan keputusan secara memadai di bidang kesehatan, dan
 - c. memastikan bahwa informasi yang berkaitan dengan kesehatan memiliki kualitas tinggi, tersedia secara gratis dan transparan, dan dapat diakses sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, sosial, atau budaya yang berbeda-beda.
330. Hak-hak pasien wajib diperhatikan, diantaranya sarana dan layanan kesehatan harus dirancang agar menjamin kerahasiaan pasien. Isi informasi harus diminta dari pasien (atau walinya bila mereka tidak kompeten) sebelum tindakan medis atau bedah. Pekerja kesehatan wajib memahami bahwa pasien mempunyai hak untuk mengetahui setiap tindakan yang dilakukan, demikian pula keuntungan, potensi risiko, dan waktu yang dibutuhkan untuk proses pengobatan.
331. Pada dasarnya setiap orang berhak atas perlindungan rahasia atas kondisi kesehatan pribadi. Ketentuan mengenai hak atas rahasia kondisi kesehatan pribadi tidak berlaku dalam hal,¹²⁰ antara lain:
- a. perintah undang-undang;
 - b. perintah pengadilan;
 - c. izin yang bersangkutan;
 - d. kepentingan masyarakat; atau
 - e. kepentingan orang tersebut.
- 4) Pelayanan Kesehatan Tradisional
332. Pelayanan kesehatan tradisional merupakan suatu pelayanan dimana pengobatan dan/atau perawatan yang diberikan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun-temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai norma yang berlaku di masyarakat.
333. Perumusan hak atas kesehatan bertujuan untuk menjaga agar setiap orang tidak menderita ketidakadilan sosial dan ekonomi akibat pelayanan, fasilitas, dan kondisi kesehatan yang buruk. Dalam hal budaya, hak atas kesehatan menjaga agar pelayanan, fasilitas, dan kondisi

120. Pasal 57 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan jo. Pasal 48 ayat (2) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.

kesehatan yang tersedia dapat sesuai secara proporsional dengan latar belakang dan budaya setiap orang.

334. Setiap orang yang melakukan pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi harus mendapat izin dari Lembaga Kesehatan yang berwenang. Penggunaan alat dan teknologi harus dapat dipertanggung jawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama dan kebudayaan masyarakat.¹²¹
335. Pelayanan kesehatan tradisional mengandung persyaratan:
 - a. Adanya aktivitas pengobatan dan/atau perawatan;
 - b. Menggunakan cara (metode) atau obat;
 - c. Berdasarkan pengalaman dan keterampilan turun temurun;
 - d. Dapat dipertanggungjawabkan secara empiris;
 - e. Penerapannya sesuai norma yang berlaku di masyarakat;
 - f. Bersifat jelas, masuk akal, dan dapat dipercaya.
336. Pemerintah wajib melakukan pengawasan pelayanan kesehatan tradisional sebagai perwujudan perlindungan hak atas kesehatan bagi masyarakat.¹²² Pengawasan ini terkait dengan tujuan menjaga mutu dan keamanan penggunaan obat tradisional, didasarkan pada keamanan, kepentingan, dan perlindungan masyarakat.¹²³
337. Bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (galenic), atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun telah digunakan untuk pengobatan, dan dapat diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.¹²⁴
- 5) Kondisi/Situasi Kedaruratan
338. Kondisi atau situasi kedaruratan mencakup, diantaranya kedaruratan kesehatan, kedaruratan bencana alam dan non alam, dan kedaruratan perang.
339. Dalam kondisi kedaruratan yang berdampak secara nasional, presiden sebagai kepala negara dan kepala pemerintahan memiliki kewenangan luar biasa dalam menetapkan situasi kedaruratan yang diumumkan secara terbuka dan diberikan batasan waktu yang jelas.
340. Dalam situasi kedaruratan yang berdampak lokal, kepala daerah di tingkat provinsi dan kabupaten/kota berwenang menetapkan situasi kedaruratan yang diumumkan terbuka dan diberikan batasan waktu yang jelas.
341. Pengaturan atas pembatasan HAM sebagai dampak dari keadaan kedaruratan kesehatan dan keselamatan publik harus memenuhi syarat-syarat yang ketat, yaitu.

121. Pasal 60 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

122. Pasal 59 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 10761/Menkes/SKIVIII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional dan Penerapan Pengobatan Tradisional (SP3T).

123. Pasal 61 ayat (2) Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

124. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional

- a. Ditetapkan berdasarkan hukum (legalitas).
 - b. Memiliki batas waktu dengan mekanisme pengawasan yang ketat (deklaratif).
 - c. Benar-benar diperlukan (*necessary*).
 - d. Pengaturan yang jelas, ketat, dan tidak multitafsir.
 - e. Proporsional.
 - f. Nondiskriminasi.
342. Ketentuan tersebut harus dilaksanakan oleh negara untuk memastikan penikmatan HAM secara utuh agar tidak terjadi pelanggaran HAM dalam penanggulangan keadaan darurat dalam rangka kesehatan dan keselamatan publik. Pembatasan HAM tertentu (*derogable rights*) diperbolehkan untuk melindungi masyarakat untuk menjaga kesehatan publik serta memastikan hak atas kesehatan bagi setiap orang.

Darurat Kesehatan

343. Dalam kondisi kedaruratan, negara wajib memenuhi hak atas kesehatan terutama bagi masyarakat terdampak, tanpa diskriminasi dan memberikan kemudahan birokrasi dalam implementasinya.
344. Pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya, fasilitas, dan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan pada semua kondisi kedaruratan.
345. Pemerintah wajib menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan dalam merespons situasi kedaruratan yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, atau bantuan masyarakat sesuai peraturan perundang-undangan.
346. Pemerintah wajib melakukan upaya penanggulangan wabah berupa pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina. Semua biaya yang timbul dalam upaya penanggulangan wabah dibebankan pada anggaran negara.
347. Penderita penyakit menular tidak mempunyai hak memilih untuk menerima atau menolak tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya. Hal ini dalam rangka melindungi hak atas kesehatan publik dan keselamatan publik.¹²⁵
348. Negara wajib menegakkan pengendalian infeksi dalam lingkungan pelayanan kesehatan dan keamanan pasien pada setiap tanggap darurat yang tepat, program pencegahan dan pengendalian infeksi berkelanjutan di tingkat nasional dan pelosok, dan juga pada beragam sarana kesehatan.

125. Pasal 56 ayat (1) dan (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

349. Negara wajib memberikan informasi dan sosialisasi secara berkala kepada masyarakat untuk memberikan pemahaman serta upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk pencegahan dan penanggulangan keadaan kedaruratan.
350. Dalam kondisi kedaruratan, negara wajib membuat *platform* kebijakan yang terpusat dan dikontrol oleh pemerintah pusat, yang bersifat transparan, partisipatif, non-diskriminatif, dan akuntabel. Termasuk di dalamnya kebijakan dan mekanisme pelaporan situasi terkini sesuai dengan prinsip transparansi dalam rangka melakukan langkah mitigasi atas dampak dari kondisi kedaruratan.
351. Negara wajib menyediakan dan mendistribusikan alat pelindung diri secara bertahap sesuai kebutuhan bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan tenaga terkait, yang diperlukan sebagai bentuk perlindungan dalam merespons dan menangani kondisi kedaruratan.
352. Dalam kondisi kedaruratan, negara wajib membangun dan menyediakan infrastruktur fasilitas rumah sakit rujukan nasional secara merata guna menunjang kemudahan akses dan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang terdampak oleh situasi kedaruratan.
353. Dalam situasi kedaruratan akibat penyakit tertentu, misalnya Covid-19, negara wajib melakukan upaya penyadaran guna memerangi stigma yang terdapat di masyarakat terhadap para korban dan memberikan perlindungan khusus bagi petugas dan pekerja medis maupun kesehatan, termasuk keluarganya.
354. Negara wajib memberikan berbagai bentuk pelatihan terkait penanganan kondisi darurat kesehatan kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan maupun relawan yang terlibat dalam proses penanganan kondisi tersebut.
355. Masyarakat bertanggung jawab mengikuti arahan negara dalam melindungi dirinya dari bahaya akibat kondisi kedaruratan.
356. Negara wajib menyiapkan dan membantu mekanisme rujukan ke pelayanan kesehatan yang tersedia.
357. Pengendalian atas kondisi kedaruratan merupakan tanggung jawab bersama pemerintah pusat dan pemerintah daerah, lembaga dan praktisi terkait, serta masyarakat, dalam bingkai kolaborasi dan memperkuat disiplin kolektif untuk menekan jumlah korban dan memulihkan kondisi.
358. Negara wajib segera melakukan upaya untuk menanggulangi keadaan kedaruratan, baik termasuk bekerja sama dengan berbagai sektor nasional maupun kerja sama internasional.
359. Sebagai upaya penanggulangan penyebaran wabah di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan, negara wajib segera melakukan upaya pengeluaran dan pembebasan warga binaan yang difokuskan pada kelompok rentan atau dengan tingkat risiko tinggi terpapar. Kelompok warga binaan pemasyarakatan (WBP) yang masuk dalam kategori rentan, di antaranya orang lanjut usia, ibu hamil atau dengan anak, dan anak-anak, WBP

dengan penyakit bawaan atau yang sedang dalam kondisi sakit kritis/serius, WBP dengan kondisi gangguan jiwa yang serius, serta pengguna narkotika di dalam rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan.

360. Negara wajib menyusun pedoman penanganan jenazah dengan pertimbangan analisis risiko kesehatan dan menghormati kepercayaan/keagamaan/kebudayaan masyarakat terkait. Apabila bencana mengakibatkan banyak kematian, tata laksana penanganan jenazah dalam jumlah besar akan dibutuhkan. Pemakaman massal sering dilakukan berdasarkan kepercayaan yang keliru bahwa jenazah akan menimbulkan risiko kesehatan jika tidak segera dimakamkan atau dibakar. Hanya dalam sedikit kasus khusus (misalnya kematian yang disebabkan oleh Covid-19, kolera atau demam berdarah) yang membuat manusia terpapar pada risiko kesehatan dan butuh pencegahan khusus. Semua orang harus mempunyai peluang untuk mengenali anggota keluarganya dan melakukan upacara pemakaman yang pantas jika kondisinya tidak membahayakan.¹²⁶

Darurat Bencana

361. Negara wajib melakukan pemulihan dini setelah tindakan tanggap darurat menuju pada pemulihan jangka panjang. Hal ini akan efektif jika diantisipasi dan difasilitasi sejak pertama kali dilakukan tindakan tanggap darurat.¹²⁷
362. Negara wajib melakukan upaya-upaya untuk memastikan pemenuhan hak atas kesehatan dapat dinikmati oleh seluruh masyarakat walaupun dalam kondisi status keadaan kedaruratan, serta melakukan upaya pencegahan timbulnya penyakit atau wabah baru di tempat pengungsian karena standar minimum/kebutuhan dasar tidak terpenuhi.
363. Negara wajib menyediakan bantuan bagi mereka yang terdampak oleh kondisi kedaruratan. Hak untuk mendapatkan bantuan kemanusiaan adalah elemen penting dari hak atas hidup yang bermartabat. Hak ini meliputi hak atas standar hidup yang layak, termasuk kelayakan makanan, air, pakaian, hunian, dan hal-hal terkait kesehatan, yang dijamin dalam hukum nasional maupun internasional.
364. Negara dapat melakukan intervensi untuk ketahanan pangan dan gizi dalam kondisi bencana dalam hal penyediaan makanan bayi dan anak-anak, pengelolaan kurang gizi akut dan kurang zat gizi mikro, pemberian pangan, pemberian uang tunai dan kupon bantuan, dan mata pencarian.¹²⁸
365. Negara wajib mempromosikan layanan yang tepat bagi anak terpisah karena anggota keluarganya yang terdampak bahaya kesehatan atau bencana, dan melakukan pelacakan keluarga dan proses penyatuan kembali dengan anggota keluarga yang lain.

126. *The Sphere Project: Piagam Kemanusiaan dan Standar-Standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan Hak untuk hidup bermartabat*, Edisi Bahasa Indonesia, Jakarta: Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia (MPBI), 2012, hlm. 317.

127. *Ibid.*

128. *Ibid.*, hlm. 155.

366. Negara wajib menyediakan pelayanan perawatan kesehatan mental pada tingkat lokal, dibawah pimpinan pemerintah lokal, puskesmas atau pusat kesejahteraan dan kesehatan mental, sebagai tanggapan atas terjadinya bencana di suatu wilayah, yang menimbulkan berbagai efek psikologis pada sejumlah besar penduduk di wilayah tersebut.
367. Negara dapat melakukan intervensi yang tepat terkait penanganan kesehatan mental kepada orang yang terpapar pengalaman traumatis akibat bencana pada populasi luas. Dalam hal ini, WHO merekomendasikan negara untuk melakukan hal-hal sebagai berikut.
- Kesetaraan upaya kesehatan mental di semua daerah pasca bencana.
 - Upaya kesehatan mental berbasis masyarakat.
 - Intervensi psikososial yang benar dan didukung fakta ilmiah.
 - Upaya kesehatan mental yang mempunyai perspektif jangka panjang.
368. Aktivitas penanganan kesehatan mental sebelum hingga sesudah bencana dapat dilakukan dengan cara, yaitu.
- a. Menilai dan memonitor cakupan kebutuhan kesehatan mental, melakukan penilaian cepat dan monitoring laporan kesehatan mental secara berkelanjutan:
 - Mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan mental dan melakukan pemetaan siapa melakukan apa dan di mana.
 - Mengidentifikasi sumber daya dan pelayanan kesehatan mental yang telah ada.
 - b. Membangun koordinasi dengan semua *stakeholder* di bidang kesehatan mental.
 - c. Memperkuat kapasitas kesehatan mental di komunitas dan sistem kesehatan:
 - Melakukan pelatihan kesehatan mental.
 - Mengembangkan sistem referral yang sesuai.
 - Mengembangkan protokol dan pedoman penanganan kesehatan mental.
 - d. Mengembangkan model pelayanan kesehatan mental komunitas yang komprehensif bekerja sama dengan *stakeholder* di bidang kesehatan mental yang sesuai dengan daerah tersebut (edukasi, promosi, dan advokasi kesehatan mental).
369. Bagi pekerja kemanusiaan yang terlibat dalam penanganan kondisi kedaruratan, negara dan lembaga-lembaga kemanusiaan wajib untuk:¹²⁹
- a. Memberi pekerja kemanusiaan (pekerja, relawan, dan konsultan, baik nasional maupun internasional) pengenalan kondisi tepat waktu yang memadai, pengenalan singkat atas situasi, garis pelaporan yang jelas dan deskripsi pekerjaan diperbarui agar memungkinkan mereka dalam memahami tanggung jawab mereka, sasaran kerja, nilai-nilai organisasi, kebijakan utama, dan konteks lokal.
 - b. Membuat pegangan keamanan dan pegangan evakuasi, kebijakan kesehatan dan keselamatan juga digunakan untuk memberikan informasi singkat bagi pekerja kemanusiaan sebelum mereka mulai bekerja dengan lembaga.
 - c. Memastikan bahwa para pekerja kemanusiaan memiliki akses perawatan kesehatan dan dukungan psikososial.

129. *Ibid.*, hlm. 69-70.

- d. Menetapkan kode etik pribadi untuk pekerja kemanusiaan yang melindungi setiap orang yang terkena dampak bencana dari pelecehan seksual, korupsi, eksploitasi, dan pelanggaran HAM lainnya.
 - e. Melaksanakan penilaian rutin pekerja dan relawan dan memberikan umpan balik tentang kinerja dalam hubungannya dengan tujuan pekerjaan, pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan sikap.
 - f. Menyediakan pertolongan pertama psikologis dan dukungan yang tepat untuk membantu pekerja yang mengalami atau menyaksikan tindakan atau peristiwa yang sangat menyedihkan.
370. Lembaga kemanusiaan wajib memberikan pelayanan kepada para pekerja termasuk tindakan untuk meningkatkan kesejahteraan dan menghindari kelelahan jangka panjang, cedera, atau sakit. Pekerja kemanusiaan wajib diberikan informasi tentang kesadaran akan risiko dan melindungi mereka dari paparan ancaman yang tidak perlu untuk fisik dan emosional kesehatan mereka melalui, misalnya, pengelolaan keamanan yang efektif, istirahat yang cukup dan penyembuhan, dukungan aktif untuk bekerja dengan jam kerja yang wajar dan akses ke dukungan psikologis.¹³⁰
371. Pemerintah wajib mengintegrasikan hak atas kesehatan dalam langkah tanggap kedaruratan yang disesuaikan dengan risiko bencana yang terjadi.
372. Dalam situasi kesiapsiagaan bencana, negara, organisasi kemanusiaan, organisasi masyarakat sipil lokal, komunitas, dan individu wajib mempunyai kapasitas, hubungan dan pengetahuan untuk siap-siaga dan melakukan tindakan tanggap darurat efektif terhadap bencana dan konflik. Sebelum dan selama masa tanggap darurat, mereka sudah harus mengambil langkah-langkah yang dapat meningkatkan kesiapsiagaan dan mengurangi risiko di masa yang akan datang.¹³¹
373. Kesiapsiagaan wajib dilakukan untuk mengantisipasi dan menanggapi secara tepat dampak yang akan terjadi dan ancaman bencana pada awal kejadian dengan berdasarkan pada analisis risiko dan terkait erat dengan sistem peringatan dini. Kesiapsiagaan meliputi rencana kontingensi, penyiapan alat dan pasokannya, layanan kedaruratan dan jadwal tugas, pelatihan petugas serta perencanaan, pelatihan dan latihan-latihan di tingkat komunitas.¹³²
374. Standar Minimum yang wajib dipenuhi negara untuk sektor-sektor kunci penyelamatan dalam kondisi darurat bencana adalah pasokan air, sanitasi, dan promosi kebersihan; ketahanan pangan dan gizi; hunian, permukiman dan bantuan nonpangan; dan kesehatan.¹³³

130. *Ibid.*, hlm. 71.

131. *Ibid.*, hlm. 10.

132. *Ibid.*, hlm. 84.

133. *Ibid.*, hlm. 4.

- 6) Peredaran Obat, Pelepasan Hak Paten atas Obat Tertentu Demi Kesehatan Publik dan Konteks Perdagangan Bebas
375. Negara wajib menyediakan obat-obatan dan/atau vaksin. Negara harus membina hubungan multilateral yang bertujuan untuk mempermudah akses terhadap obat dan berpartisipasi aktif dalam forum-forum internasional. Jika dibutuhkan, maka Negara dapat meminta pengadaan obat yang berkualitas, bantuan teknis dan non teknis dari WHO dan lembaga multilateral lainnya untuk menjamin akses dan ketersediaan obat-obatan dan/atau vaksin sesuai dengan Program Aksi WHO atas Obat-obatan Penting (*WHO Action Programme on Essential Drugs*).
376. Pelaku usaha dilarang untuk melakukan praktik monopoli dan persaingan usaha tidak sehat. Dalam konteks hak atas kesehatan, setiap orang yang berusaha dalam proses produksi dan pemasaran barang dan/atau jasa bidang kesehatan harus berada dalam situasi persaingan yang sehat dan wajar sehingga tidak menimbulkan adanya pemusatan kekuatan ekonomi pada pelaku usaha tertentu yang dapat menimbulkan dampak terjadinya kenaikan dan/atau kelangkaan barang dan/atau jasa bidang kesehatan.
377. Sistem hubungan paten oleh perusahaan farmasi, yang dapat berakibat penundaan masuknya obat-obatan generik di pasar, dapat ditiadakan untuk melindungi hak masyarakat atas akses obat-obatan.¹³⁴
378. Pelaksanaan paten oleh Pemerintah dapat dilakukan untuk produk farmasi dan/atau bioteknologi yang harganya mahal dan/atau diperlukan untuk menanggulangi penyakit yang dapat mengakibatkan terjadinya kematian mendadak dalam jumlah yang banyak dan menimbulkan kecacatan yang signifikan merupakan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD).
379. Hak kekayaan intelektual individu tidak boleh menggantikan hak untuk hidup dan kesehatan.¹³⁵
380. Penerapan klausul fleksibilitas dimungkinkan dalam perjanjian perdagangan bebas untuk meniadakan halangan akses ke obat-obatan murah dan layanan sosial oleh orang-orang yang hidup dalam kondisi kemiskinan.¹³⁶
- 7) Kesehatan Jiwa
381. Menurut Undang-Undang RI Nomor 18 Tahun 2014, Kesehatan Jiwa adalah kondisi di mana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga

134. Bayer Corporation and Anr v. Union of India & Ors, <https://www.escri-net.org/caselaw/2013/bayer-corporation-and-anr-v-union-india-ors>.

135. Patricia Asero Ochieng and 2 Others v. the Attorney General & Another, <https://www.escri-net.org/caselaw/2013/patricia-asero-ochieng-and-2-others-v-attorney-general-another>.

136. Observaciones Finales del Comité de Derechos del Niño: Ecuador. CRC/C/15/Add.262. Examen de los informes presentados por los Estados bajo el artículo 44 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño [ENG], <https://www.escri-net.org/caselaw/2006/observaciones-finales-del-comite-derechos-del-nino-ecuador-crc15add262-examen-informes>.

individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan , dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

382. Orang Dengan Masalah Kesehatan (ODMK) adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa.
383. Penyandang Disabilitas Mental (PDM) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.
384. Upaya Kesehatan Jiwa menganut asas non diskriminasi yaitu diberikan dengan tidak membedakan ODMK dan PDM berdasarkan jenis kelamin, suku, agama, ras, status sosial, dan pilihan politik.
385. ODMK berhak:
 - a. mendapatkan informasi yang tetap mengenai Kesehatan Jiwa;
 - b. mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa di fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau;
 - c. mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa sesuai dengan standar pelayanan Kesehatan Jiwa;
 - d. mendapatkan informasi yang jujur dan lengkap tentang data kesehatan jiwanya termasuk tindakan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang Kesehatan Jiwa;
 - e. mendapatkan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan jiwa; dan
 - f. menggunakan sarana dan prasarana yang sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan jiwa
386. ODMK berkewajiban memelihara kesehatan jiwanya dengan menjaga perilaku, kebiasaan, gaya hidup yang sehat, dan meningkatkan kemampuan beradaptasi dengan lingkungan sosial.
387. PDM berhak:
 - a. mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau;
 - b. mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa sesuai standar pelayanan Kesehatan Jiwa;
 - c. mendapatkan jaminan atas ketersediaan obat psikofarmaka sesuai dengan kebutuhannya;
 - d. memberikan persetujuan atas tindakan medis yang dilakukan terhadapnya;
 - e. mendapatkan informasi yang jujur dan lengkap tentang data kesehatan jiwanya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang Kesehatan Jiwa;
 - f. mendapatkan kebutuhan sosial sesuai dengan tingkat gangguan jiwa; dan
 - g. mengelola sendiri harta benda miliknya dan/atau yang diserahkan kepadanya.
388. Hak PDM untuk harta benda pada butir g. hanya dapat dibatalkan atas penetapan pengadilan.

389. Untuk kepentingan penegakan hukum, seseorang diduga PDM yang melakukan tindak pidana harus mendapatkan pemeriksaan Kesehatan Jiwa. Pemeriksaan ini dilakukan untuk:
 - a. menentukan kemampuan seseorang dalam mempertanggungjawabkan tindak pidana yang telah dilakukannya ; dan/atau
 - b. menentukan kecakapan hukum seseorang untuk menjalani proses peradilan.
390. Untuk kepentingan keperdataan, seseorang yang diduga kehilangan kecakapan untuk melakukan perbuatan hukum harus mendapatkan pemeriksaan Kesehatan Jiwa.
391. Pemeriksaan Kesehatan Jiwa untuk kepentingan penegakan hukum dan keperdataan dilakukan oleh tim yang diketuai oleh dokter spesialis kedokteran jiwa. Tim dapat melibatkan dokter spesialis lain, dokter umum dan/atau psikolog klinis.

I. PEMBATAHAN

392. Kesehatan publik dapat dijadikan sebagai alasan untuk membatasi hak-hak tertentu dari individu agar negara mengambil langkah-langkah terkait adanya ancaman serius bagi kesehatan penduduk ataupun individu anggota masyarakat.¹³⁷ Pembatasan ini berlaku untuk hak-hak di luar kategori hak-hak asasi manusia yang tidak dapat dikurangi dalam keadaan apa pun dan oleh siapa pun (*non-derogable rights*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28I ayat (1) UUD NRI 1945 *jo.* Pasal 4 UU HAM.
393. Pembatasan atas hak-hak tertentu tersebut harus bersifat sementara dan dideklarasikan secara terbuka berdasarkan undang-undang.
394. Pembatasan hak atas kesehatan wajib memenuhi prinsip ditetapkan oleh hukum, memajukan kesejahteraan umum, di dalam masyarakat yang demokratis, serta sesuai dengan sifat-sifat hak ini, sebagaimana diatur dalam Pasal 4 KIHESB.

Ditetapkan oleh Hukum
395. Pembatasan hak atas kesehatan hanya dapat dilakukan melalui hukum nasional, yaitu regulasi setara dengan undang-undang serta sesuai dengan instrumen HAM, untuk mendapatkan legitimasi dan diterapkan secara umum. Pembatasan hak atas kesehatan hanya berlaku dalam konteks pemenuhan dimana negara diperkenankan untuk merealisasikan hak atas kesehatan secara bertahap maju (*progresif*).
396. Pembatasan hak atas kesehatan yang didasarkan pada keterbatasan sumber daya yang dimiliki oleh negara tidak boleh dilakukan secara sewenang-wenang. Pembatasan ini harus berdasarkan pada ketetapan hukum yang jelas, tegas, dan terukur, serta berdasar undang-undang.
397. Pembatasan hak atas kesehatan karena ketiadaan dan/atau keterbatasan dan/atau realokasi sumber daya karena situasi kedaruratan – misalnya, karena bencana alam, non-alam atau kedaruratan kesehatan -- harus dideklarasikan secara terbuka sebagai bentuk dari transparansi dan akuntabilitas, disertai dengan alasan-alasannya, dan harus disediakan mekanisme pemulihan agar upaya realisasi progresif terus berjalan meskipun dalam tingkat yang minimal. Pembatasan tidak boleh dilakukan secara diskriminatif.
398. Pembatasan hak atas kesehatan karena keterbatasan sumber daya dan perbedaan kondisi geografis, mewajibkan negara untuk menyusun skala prioritas berdasarkan faktor kerentanan, diantaranya atas subjek orang/keompok, wilayah, dan kemendesakan.

¹³⁷ Pasal 19 ayat (3) Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Sipil dan Politik.

399. Peraturan perundang-undangan yang membatasi pelaksanaan hak atas kesehatan wajib dibuat secara jelas dan dapat dimengerti oleh setiap orang. Hal ini sebagai bentuk pemenuhan hak setiap orang atas informasi dan akuntabilitas.
400. Praktik pembatasan hak atas kesehatan melalui peraturan di bawah undang-undang dinyatakan sebagai pelanggaran HAM. Pembatasan melalui pendapat subjektif tertentu tidak dapat mengikat secara hukum dan tidak dapat dipaksakan keberlakuannya oleh negara.

Memajukan Kesejahteraan Umum

401. Pembatasan hak atas kesehatan bisa dilakukan atas dasar memajukan kesejahteraan umum. Negara, karena keterbatasan sumber daya, diperbolehkan mempergunakan sumber daya yang tersedia untuk kepentingan kesejahteraan umum, misalnya untuk memenuhi kebutuhan atas pangan, sandang, dan papan.
402. Pembatasan hak atas kesehatan untuk kesejahteraan umum adalah untuk mendorong supaya negara berorientasi pada pemenuhan hak atas kesehatan secara paripurna, yaitu menciptakan kesejahteraan masyarakatnya secara sosial, fisik, dan mental, tidak hanya berorientasi pada pengobatan atas penyakit (kuratif).
403. Pembatasan hak atas kesehatan untuk kepentingan kesejahteraan umum harus berlaku untuk semua, transparan, akuntabel, dan tidak diskriminatif.

Diperlukan dalam Masyarakat yang Demokratis

404. Negara yang memaksakan pembatasan wajib menunjukkan bahwa pembatasan yang dilakukan tidak merusak demokrasi yang berfungsi di dalam masyarakat. Pembatasan harus dapat diuji menurut ketentuan hukum dan demokrasi untuk menjamin adanya mekanisme *check and balances*.
405. Hak atas kesehatan sangat fundamental bagi seseorang ataupun masyarakat untuk merealisasikan hak-hak lainnya. Pembatasan hak atas kesehatan harus dapat diuji sehingga tidak mengganggu hak setiap orang atau masyarakat untuk merealisasikan hak-hak yang lain.

Sesuai dengan Sifat Hak-Hak Ini

406. Pembatasan hak atas kesehatan yang "sesuai dengan sifat hak-hak ini" mengharuskan sebuah pembatasan yang tidak akan diartikan atau diterapkan untuk membahayakan hakikat dari hak yang bersangkutan.
407. Pembatasan hak tidak boleh dijadikan sebagai pembenaran untuk tidak merealisasikan hak atas kesehatan secara progresif, meskipun dalam tingkat yang paling minimum sesuai ketersediaan sumber daya. Hal ini sesuai dengan sifat dari hak atas kesehatan yang realisasinya bersifat progresif, berkala, dan terukur.
408. Pembatasan hak atas kesehatan wajib bersifat proporsional, hanya dilakukan jika sangat diperlukan (*absolutely necessary*), bersifat sementara, dan memiliki subjek untuk ditelaah.

J. PELANGGARAN HAK ATAS KESEHATAN

409. Pelanggaran hak atas kesehatan terjadi ketika negara dengan sengaja melakukan tindakan atau gagal melakukan kewajibannya dalam menghormati, melindungi dan memenuhi hak atas kesehatan. Pelanggaran hak atas kesehatan terdiri atas dua bentuk, yaitu pelanggaran karena tindakan (*by commission*) dan pelanggaran karena pembiaran atau kelalaian (*by omission*).
410. Pelanggaran karena tindakan (*by commission*) terjadi ketika negara melakukan aksi campur tangan dalam mengatur hak atas kesehatan yang seharusnya dihormati. Dalam hal ini, negara telah melakukan pelanggaran kewajiban untuk menghormati (*obligation to respect*). Pelanggaran karena tindakan terhadap hak atas kesehatan juga terjadi ketika negara secara sengaja melakukan perbuatan yang menyebabkan terjadinya pelanggaran hak atas kesehatan dan/atau menihilkan atau mengurangi kemampuan seseorang untuk mendapatkan pemenuhan hak atas kesehatan.
411. Tindakan menahan pasien oleh manajemen rumah sakit karena ketidakmampuan pasien membayar biaya perawatan merupakan contoh pelanggaran karena tindakan terhadap hak atas kesehatan. Hal ini merupakan contoh kesengajaan negara untuk melanggar kewajiban untuk menghormati (*obligation to respect*).
412. Pelanggaran karena pembiaran terhadap hak atas kesehatan terjadi dalam dua bentuk, yaitu (a) ketika negara gagal melindungi warga negara dari tindakan seseorang, sekelompok orang termasuk korporasi yang menihilkan atau mengurangi kesempatan setiap orang untuk mendapatkan pemenuhan standar tertinggi atas kesehatan; dan (b) ketika negara gagal menggunakan langkah administratif, legislatif, dan yudisial dalam rangka memenuhi hak atas standar tertinggi di bidang kesehatan.
413. Kegagalan negara dalam melindungi warga negara yang terganggu kesehatannya karena menghirup asap kebakaran hutan merupakan contoh pelanggaran karena pembiaran (*by omission*) hak atas kesehatan.¹³⁸ Hal ini merupakan contoh kegagalan negara dalam melaksanakan kewajiban untuk melindungi (*obligation to protect*).
414. Kegagalan negara menyediakan obat-obatan dasar dan imunisasi dasar bagi warga negara merupakan contoh pelanggaran karena pembiaran hak atas kesehatan. Hal ini merupakan contoh kegagalan negara dalam melaksanakan kewajiban untuk memenuhi (*obligation to fulfill*).
415. Pelanggaran hak atas kesehatan karena kelalaian, ketika negara secara sengaja melalaikan kewajiban, padahal itu menjadi tugasnya.

138. Putusan Pengadilan Negeri Palangkaraya Nomor: 118/Pdt.G/LH/2016/PN Plk.

416. Kegagalan negara dalam mengambil tindakan padahal mengetahui ada bahaya penyakit menular merupakan bentuk dari pelanggaran hak atas kesehatan karena kelalaian.
417. Perawatan medis yang tidak memadai, termasuk perawatan kesehatan mental merupakan tindakan yang tidak manusiawi dan merendahkan martabat.¹³⁹
418. Negara wajib mengambil semua langkah yang tepat untuk mengatasi kondisi umum dalam masyarakat yang dapat menimbulkan ancaman terhadap hak untuk hidup atau mencegah individu dari menikmati hak mereka untuk hidup dengan bermartabat. Kegiatan fumigasi tanaman secara masif yang menyebabkan pencemaran lingkungan adalah pelanggaran terhadap hak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat yang menjadi bagian hak untuk hidup.¹⁴⁰
419. Sikap diam negara karena ketidaksungguhan mengambil tindakan (*unwilling to take step*) merupakan sebuah pelanggaran hak atas kesehatan.

139. The Case of Keenan v. the United Kingdom (Application Nomor 27229/95), <https://www.escri-net.org/caselaw/2013/case-keen-an-v-united-kingdom-application-no-2722995>.

140. Portillo Cáceres and Others v. Paraguay, CCPR/C/126/D/2751/2016, Communication 2751/2016, <https://www.escri-net.org/caselaw/2020/portillo-caceres-and-others-v-paraguay-ccprc126d27512016-communication-27512016>.

K. MEKANISME PENGAWASAN DAN PELAPORAN

420. Hak atas kesehatan wajib direalisasikan secara bertahap maju atau realisasi progresif oleh pemerintah. Dalam hal ini, perlu diawasi untuk memastikan bahwa kebijakan, program, anggaran, dan legislasinya sesuai dengan prinsip realisasi progresif. Pengawasan dilakukan agar realisasi maupun pembatasannya, jika dilakukan, diumumkan secara terbuka, transparan, dan akuntabel.
- 1) Internasional
421. Perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya menjadi tanggung jawab Negara Pihak pada KIHESB di bawah pengawasan Komite Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya.¹⁴¹
422. Komite Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya membuat ketentuan tentang mekanisme pelaporan kemajuan atas pemenuhan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya oleh Negara Pihak. Laporan-laporan ini mencakup rincian keputusan dan rekomendasi atas laporan implementasi yang diadopsi oleh organ mereka yang kompeten.¹⁴²
423. Lembaga ataupun aktor nonnegara mempunyai tanggung jawab dalam upaya penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak atas kesehatan.¹⁴³
424. Peran badan-badan dan program-program PBB sangat penting, khususnya fungsi utama yang ditugaskan kepada WHO dalam mewujudkan hak kesehatan di tingkat internasional, regional, dan nasional, termasuk fungsi UNICEF dalam kaitan dengan hak anak atas kesehatan. Pemerintah Indonesia harus memanfaatkan bantuan teknis dan kerja sama WHO dalam merumuskan dan menerapkan strategi kesehatan nasional. Lebih lanjut, ketika menyiapkan laporan, Pemerintah Indonesia harus menggunakan informasi dan layanan penasihat WHO yang luas berkenaan dengan pengumpulan data, disagregasi, dan pengembangan indikator dan tolok ukur hak atas kesehatan.¹⁴⁴
425. Pemerintah Indonesia wajib menyampaikan laporan tentang tindakan yang telah diambil dan kemajuan yang telah diperoleh dalam realisasi hak atas kesehatan kepada Komite Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya maupun kepada WHO.
426. Komnas HAM RI dan kelompok masyarakat sipil memiliki kesempatan untuk memberikan laporan/tanggapan/informasi yang terpisah dari laporan Negara Pihak kepada Dewan Hak Asasi Manusia pada mekanisme *Universal Periodic Review* atau pelapor khusus, dan melalui

141. Resolusi Dewan Ekonomi dan Sosial Nomor 1985/17.

142. Resolusi Dewan Ekonomi dan Sosial Nomor 1985/17 *jo.* Pasal 20 Kovenan Internasional Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya.

143. Komentar Umum Komite Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya Nomor 14 tentang Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang Dapat Dijangkau (Pasal 12 Kovenan Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya).

144. *Ibid.*, Nomor 63.

Komite Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya terkait kemajuan dari realisasi hak atas kesehatan oleh pemerintah Indonesia.

427. Kelompok Kerja Bisnis dan Hak Asasi Manusia mempunyai tugas utama untuk mendorong implementasi dan diseminasi Panduan Prinsip-Prinsip Bisnis dan HAM, mengidentifikasi dan bertukar praktik-praktik yang baik, membantu membangun kapasitas institusional negara-negara berkembang dan usaha kecil/menengah, dan memberikan rekomendasi lebih lanjut kepada PBB.
 428. Pelapor Khusus PBB tentang Standar Penikmatan Tertinggi Hak Atas Kesehatan memiliki mandat, antara lain, pengawasan, pengujian, dan pelaporan terkait situasi dan kondisi hak atas kesehatan di Indonesia. Pelapor Khusus PBB tentang Standar Penikmatan Tertinggi Hak Atas Kesehatan dapat mengumpulkan, meminta, menerima, dan menukarkan informasi hak atas kesehatan dari berbagai sumber yang relevan.
 429. Pelapor Khusus PBB tentang Standar Penikmatan Tertinggi Hak Atas Kesehatan dapat melakukan dialog dan diskusi dengan aktor relevan seperti pemerintah, badan PBB, agensi khusus, organisasi masyarakat sipil, dan institusi keuangan internasional.
 430. Pelapor Khusus PBB tentang Standar Penikmatan Tertinggi Hak Atas Kesehatan perlu melaporkan segala hal berkaitan dengan hak atas kesehatan termasuk hukum, kebijakan, praktik, dan hambatan yang ada di Indonesia.
 431. Pelapor Khusus PBB tentang Standar Penikmatan Tertinggi Hak Atas Kesehatan dapat membuat rekomendasi untuk tindakan yang diperlukan dalam perlindungan dan pemajuan hak atas kesehatan kepada Pemerintah Indonesia.
- 2) Nasional
432. Mekanisme monitoring di tingkat nasional dilakukan oleh badan atau lembaga eksekutif, legislatif, yudikatif, dan kuasi yudisial, seperti Komnas HAM RI.
 433. Mekanisme monitoring oleh eksekutif dilakukan oleh kementerian/lembaga yang memiliki kewenangan di bidang kesehatan yang sifatnya multisektoral, yang dituangkan dalam bentuk Rencana Pembangunan Jangka Panjang dan Menengah di bidang kesehatan.
 434. Lembaga eksekutif wajib melakukan pengawasan dan/atau evaluasi dan/atau harmonisasi terhadap kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pemenuhan, perlindungan, dan penghormatan hak atas kesehatan agar tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia.
 435. Lembaga eksekutif wajib memfasilitasi pertemuan secara berkala maupun menyediakan data dan informasi secara luring dan daring sebagai bagian dari pemenuhan hak atas informasi. Mekanisme monitoring yang dialogis dilakukan untuk meningkatkan tanggung jawab, komunikasi, koordinasi, dan meningkatkan kapabilitas negara secara berkelanjutan.

436. Sistem aduan atas layanan kesehatan harus dibangun. Sistem ini dapat bersifat internal maupun independen yang berwenang menerima pengaduan atau masukan, dan pemulihan hak atas kasus yang berkaitan dengan berkurangnya penikmatan hak atas kesehatan.
437. Mekanisme monitoring oleh lembaga legislatif dilakukan melalui fungsi pengawasan, penganggaran, dan legislasi, untuk memastikan bahwa pemerintah menjalankan kewajibannya dalam menghormati, melindungi, dan memenuhi hak atas kesehatan.
438. Pengawasan oleh lembaga legislatif tidak hanya bersifat kelembagaan, tetapi juga perorangan anggota parlemen dalam menjalankan fungsi representasi atas konstituennya dalam menyelesaikan pelanggaran hak atas kesehatan.
439. Mekanisme monitoring oleh lembaga yudikatif dilakukan, baik melalui hukum administrasi negara, hukum perdata, maupun hukum pidana, di bawah administrasi Mahkamah Agung dan melalui mekanisme pengujian melalui Mahkamah Konstitusi untuk menguji undang-undang yang diduga inkonstitusional atau tidak sesuai atau berlawanan dengan UUD NRI 1945, untuk memastikan akuntabilitas negara dalam menghormati, melindungi, dan memenuhi hak atas kesehatan.
440. Mekanisme monitoring oleh lembaga kuasi yudisial, seperti Komnas HAM RI dapat menerima dan menangani kasus dugaan pelanggaran hak atas kesehatan berdasarkan pengaduan masyarakat atau secara proaktif, melakukan pemantauan situasi dan kajian secara berkala untuk disampaikan ke Presiden dan DPR ataupun mekanisme internasional, dan melakukan penyelidikan atas dugaan pelanggaran hak atas kesehatan.
441. Lembaga-lembaga yang melakukan fungsi monitoring dan akuntabilitas, baik secara internal maupun eksternal harus memiliki kewenangan, akses, sumber daya, dan kekuatan eksekusi.
442. Masyarakat sipil berhak menggunakan mekanisme politik dalam proses demokrasi dan advokasi dalam memastikan pemenuhan hak atas kesehatan.
443. Negara wajib menjamin hak masyarakat sipil dalam menyampaikan pendapat terkait dugaan pelanggaran hak atas kesehatan.
444. Pelindungan dan pendampingan bagi masyarakat sipil sebagai saksi atau korban dalam proses peradilan atas pelanggaran hak atas kesehatan, wajib dijamin dan dipenuhi Negara.
445. Kerahasiaan data pelapor dugaan pelanggaran hak atas kesehatan wajib dijamin dan dipenuhi oleh Negara beserta pelindungannya dari segala ancaman pidana, persekusi, dan bentuk-bentuk ancaman lainnya.
446. Keberadaan organisasi dan asosiasi profesi tenaga medis dan tenaga kesehatan harus bebas dari intervensi dari pihak manapun termasuk dalam melakukan pengawasan dari segi etika dan disiplin ilmu medis. Pemberian sanksi bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang terbukti melakukan pelanggaran dapat dilakukan sesuai tata cara yang diatur masing-masing lembaga, namun harus menjunjung tinggi akuntabilitas dan transparansi.

447. Mekanisme pengaduan dan pengawasan hak atas kesehatan di sektor ketenagakerjaan merupakan salah satu mekanisme yang dimungkinkan untuk mencegah terjadinya praktik pekerjaan yang membahayakan kesehatan pekerja/buruh. Mekanisme dapat ditempuh melalui fungsi lembaga bipartit, serikat pekerja, hingga pengajuan pemutusan hubungan kerja kepada lembaga penyelesaian perselisihan hubungan industrial.

L. KEWENANGAN KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA RI

448. Komnas HAM RI adalah lembaga mandiri yang kedudukannya setingkat dengan lembaga negara lain yang memiliki fungsi pengkajian, penelitian, pemantauan, dan mediasi hak asasi manusia. Tujuan Komnas HAM RI sebagaimana diatur dalam Pasal 75 UU HAM, yaitu.
- Mengembangkan kondisi yang kondusif bagi pelaksanaan hak asasi manusia sesuai dengan Pancasila, Undang-Undang Dasar 1945, Piagam Perserikatan Bangsa-Bangsa, serta Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia.
 - Meningkatkan perlindungan dan penegakan hak asasi manusia guna berkembangnya pribadi manusia Indonesia seutuhnya dan kemampuan berpartisipasi dalam berbagai bidang kehidupan.
449. Komnas HAM RI memiliki kewenangan untuk memastikan berjalannya penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak atas kesehatan.
450. Komnas HAM RI memiliki tugas, fungsi, dan kewenangan untuk menerima laporan atau aduan, baik dari setiap orang maupun kelompok masyarakat terkait pelaksanaan hak asasi manusia. Sesuai Pasal 76 ayat (1) jo. Pasal 89 ayat (1), (2), (3), dan (4), Komnas HAM RI berwenang melakukan:
- 1) Pemajuan Hak Asasi Manusia**
Kewenangan tersebut merupakan tindakan pencegahan oleh Komnas HAM RI dalam upaya mendorong pemenuhan HAM yang dilaksanakan melalui kewenangan:
 - Pengkajian dan Penelitian: melakukan kajian dan penelitian terhadap berbagai masalah berkaitan dengan perlindungan, penegakan, dan pemajuan HAM yang hasil akhirnya berupa rekomendasi, diantaranya dalam pembentukan, perubahan, dan pencabutan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan hak asasi manusia;
 - Penyuluhan: melakukan segala upaya dalam peningkatan kesadaran masyarakat tentang hak asasi manusia dengan penyebarluasan wawasan HAM kepada seluruh masyarakat Indonesia, baik melalui lembaga formal, nonformal maupun kalangan lainnya.
 - 2) Penegakan Hak Asasi Manusia**
Kewenangan tersebut merupakan tindakan dalam menangani kasus atau pengaduan yang dilaporkan masyarakat kepada Komnas HAM RI yang dilaksanakan melalui kewenangan dalam:
 - Pemantauan dan Penyelidikan: melakukan pengamatan dan pemantauan pelaksanaan HAM, penyelidikan atas dugaan pelanggaran HAM, dan penyusunan laporan hasil dari pengamatan dan penyelidikan tersebut.
 - Mediasi: melakukan perdamaian antara para pihak atas kasus pelanggaran HAM dan penyampaian rekomendasi kepada pemerintah dan DPR RI untuk ditindaklanjuti penyelesaiannya.

451. Penanganan kasus atau laporan atau pengaduan mengenai peristiwa pelanggaran atau pembatasan hak atas kesehatan dilakukan melalui mekanisme pemantauan sebagaimana diatur dalam Pasal 89 ayat (3) UU HAM dan melalui mekanisme mediasi sebagaimana diatur dalam Pasal 89 ayat (4) UU HAM.
452. Komnas HAM RI memiliki kewenangan untuk bertugas melakukan pengawasan terhadap segala bentuk upaya penghapusan diskriminasi ras dan etnis sebagaimana diatur di dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2008 tentang Penghapusan Diskriminasi Ras dan Etnis ("UU PDRE"), termasuk dalam pelaksanaan hak atas kesehatan yang bertujuan agar setiap orang dapat menikmati haknya secara setara dan adil.
453. Komnas HAM RI memberikan rekomendasi kepada perseorangan, kelompok atau lembaga swasta, dan kepada pimpinan lembaga atas dugaan terjadinya pelanggaran hak atas kesehatan untuk ditindaklanjuti dalam waktu 90 hari. Jika diabaikan, rekomendasi diteruskan kepada pemerintah atau pemerintah daerah untuk melakukan tindakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
454. Komnas HAM RI memberikan rekomendasi kepada pimpinan lembaga pemerintahan atas dugaan pelanggaran hak atas kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah atau pemerintah pusat. Pemerintah wajib menjawab rekomendasi Komnas HAM RI dalam waktu paling lama 60 hari sejak rekomendasi diterima. Jika diabaikan, rekomendasi akan diteruskan kepada Dewan Perwakilan Rakyat atau Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.
455. Komnas HAM RI berwenang mengumumkan hasil penilaian kepada publik terhadap rekomendasi yang tidak ditindaklanjuti.
456. Komnas HAM RI berwenang melaporkan kepada Kepolisian Negara Republik Indonesia jika ada indikasi terjadinya perbuatan pidana dalam laporan yang ditangani.

LAMPIRAN

PERATURAN KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA REPUBLIK
INDONESIA NOMOR 1 TAHUN 2021 TENTANG PENGESAHAN STANDAR
NORMA DAN PENGATURAN TENTANG HAK ATAS KESEHATAN



**KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA**

PERATURAN KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1 TAHUN 2021
TENTANG

PENGESAHAN STANDAR NORMA DAN PENGATURAN
TENTANG HAK ATAS KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa hak atas kesehatan adalah hak setiap orang yang wajib dihormati, dilindungi, dan dipenuhi oleh Negara;
 - b. bahwa setiap warga negara memiliki kedudukan yang sama di hadapan hukum dan berhak untuk menikmati standar hak atas kesehatan tertinggi;
 - c. bahwa pelanggaran hak atas kesehatan masih sering terjadi sebagai akibat dari tafsir pengemban kewajiban, pemangku hak dan aktor-aktor terkait lainnya yang masih sangat beragam;
 - d. bahwa sebagai bentuk pelaksanaan fungsi dan kewenangan Komnas HAM RI, perlu disusun Standar Norma dan Pengaturan tentang Hak atas Kesehatan sebagai panduan atas pemaknaan, penilaian, dan petunjuk atas kaidah-kaidah dan peristiwa terkait

dengan pelaksanaan hak atas kesehatan;

- e. bahwa Sidang Paripurna Komnas HAM RI pada tanggal 5 April 2021 telah mengesahkan Standar Norma dan Pengaturan tentang Hak atas Kesehatan;
- f. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a sampai dengan huruf e, perlu menetapkan Peraturan Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia tentang Pengesahan Standar Norma dan Pengaturan tentang Hak atas Kesehatan.

- Mengingat :
- 1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - 2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3886);
 - 3. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 118, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4557);
 - 4. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2000 tentang Pengadilan Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 208, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4026);
 - 5. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2008 tentang Penghapusan Diskriminasi Ras dan Etnis Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 170, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4919);
 - 6. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang

Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA REPUBLIK INDONESIA TENTANG PENGESAHAN STANDAR NORMA DAN PENGATURAN TENTANG HAK ATAS KESEHATAN

Pasal 1

- (1) Standar Norma dan Pengaturan tentang Hak atas Kesehatan merupakan penjelasan, tafsiran, dan elaborasi mendalam yang disusun oleh Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia untuk menentukan pelaksanaan norma-norma, bentuk-bentuk pelanggaran dan pembatasan yang diperkenankan terhadap hak atas kesehatan.
- (2) Salinan naskah asli Standar Norma dan Pengaturan tentang Hak atas Kesehatan terlampir dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Komisi ini.

Pasal 2

Setelah penetapan Standar Norma dan Pengaturan tentang Hak atas Kesehatan ini:

- (1) setiap penafsiran dan penanganan kasus pelanggaran hak asasi manusia yang terkait dengan hak atas kesehatan di Indonesia dilakukan berdasarkan Standar

Norma dan Pengaturan tentang Hak atas Kesehatan;
(2) Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia bekerja sama dengan Kementerian/Lembaga untuk mengembangkan Standar Norma dan Pengaturan tentang Hak atas Kesehatan ini menjadi peraturan yang mengikat.

Pasal 3

Peraturan Komisi ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahui, memerintahkan pengundangan Peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 20 April 2021

KETUA KOMISI NASIONAL HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,



AHMAD TAUFAN DAMANIK



Komisi Nasional Hak Asasi Manusia
Republik Indonesia

Jl. Latuharhary No.4b, RT.1/RW.4, Menteng, Kec. Menteng,
Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10310
Telp: 021-3925230, Fax: 021-3925227

Website : www.komnasham.go.id | Email : info@komnasham.go.id



ISBN 978-623-94599-5-6



9 786239 459956



Komnas HAM



Komnas HAM



@KomnasHAM



@komnas.ham