



2021

# LAPORAN PENELITIAN

## KEWAJIBAN NEGARA DALAM PEMENUHAN HAK KESEHATAN PADA ANAK DALAM DARURAT KESEHATAN

MAHKAMAH KONSTITUSI

Pusat Penelitian dan Pengkajian Perkara, dan Pengelolaan Perpustakaan  
Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia  
2021

**LAPORAN PENELITIAN**

**TAHUN 2021**

**KEWAJIBAN NEGARA DALAM PEMENUHAN HAK  
KESEHATAN PADA ANAK DALAM DARURAT KESEHATAN**

**OLEH:**

**Intan Permata Putri: 19910414 201402 2 001**

**Rima Yuwana Yustikaningrum : 19870108 201012 2 001**

**Ananthia Ayu Devitasari: 19850906 201402 2 001**

**PUSAT PENELITIAN DAN PENGKAJIAN PERKARA DAN PENGELOLAAN  
PERPUSTAKAAN  
MAHKAMAH KONSTITUSI REPUBLIK INDONESIA**

## DAFTAR ISI

LAPORAN PENELITIAN .....	1
<b>TAHUN 2021</b> .....	<b>1</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>2</b>
<b>BAB I</b> .....	<b>4</b>
<b>PENDAHULUAN</b> .....	<b>4</b>
1.    Pendahuluan .....	4
2.    Rumusan Masalah .....	20
3.    Tujuan Penelitian.....	21
4.    Metode Penelitian.....	21
5.    Sistematika.....	23
<b>BAB II</b> .....	<b>25</b>
<b>TINJAUAN TEORI HAK ANAK ATAS KESEHATAN</b> .....	<b>25</b>
<b>DI MASA PANDEMI</b> .....	<b>25</b>
1.    Hak Atas Kesehatan .....	25
1.1.    Anak-anak dan remaja dalam Komentar Umum .....	28
1.2.    Hak atas Pelayanan Kesehatan.....	32
1.3.    Hak atas Pemanfaatan Asuransi Kesehatan .....	33
2.    Keadaan Darurat Kesehatan (Pandemi dan Epidemi) .....	34
3.    Tanggung jawab Negara dalam Pemenuhan Kesehatan Masyarakat .....	36
<b>BAB III</b> .....	<b>41</b>
1.    Afrika .....	43
1.1.    Regulation .....	43
1.2.    case law .....	47
1.3.    Afrika pada Pandemi Covid-19 .....	48
2.    Amerika Serikat.....	51
2.1.    Regulasi dan kebijakan terkait kesehatan.....	51

2.2 Pandemi yang telah terjadi.....	51
2.3. Covid-19.....	52
3. Inggris.....	54
3.1 pemenuhan hak kesehatan pada kondisi normal.....	54
3.2. Pandemi dan Epidemi.....	55
4. Organisasi Internasional.....	58
4.1. WHO, WTO, TRIPS, DCVMN (Organisasi Vaksin), dan Public Global Health.....	58
<b>BAB IV</b> .....	66
1. Pelaksanaan Hak Anak dibidang Kesehatan secara Umum.....	66
2. Kewajiban Negara Dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Pada Anak.....	71
3. Pandemi dan SARS-COV 19.....	79
<b>BAB IV</b> .....	88
<b>Daftar Pustaka</b> .....	90

## BAB I

### PENDAHULUAN

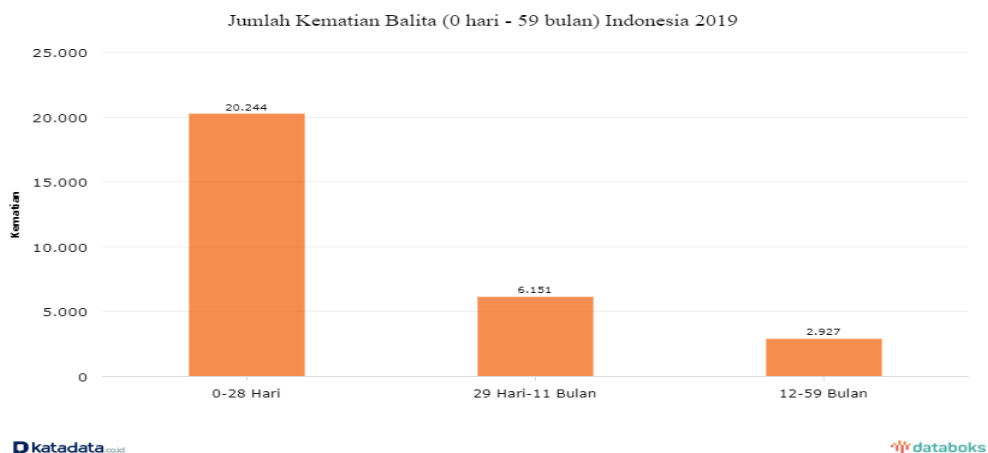
#### 1. Pendahuluan

Kewajiban Negara dalam pemenuhan hak kesehatan mempunyai tantangan tersendiri seperti tingginya angka kematian bayi, dimana angka kematian tersebut merupakan salah satu faktor penilaian keberhasilan negara dalam menegakkan hak kesehatan. gambaran dari data yang dirilis oleh kementerian kesehatan angka kematian bayi pada 2019 tersaji sebagai berikut:

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mencatat terdapat 29.322 kematian anak bawah lima tahun (balita) pada 2019. Sebanyak 20.244 atau 69% terjadi pada masa neonatal (0 hingga 28 hari). Dari seluruh kematian neonatal, sebanyak 16.156 atau 80% terjadi pada periode enam hari pertama kehidupan. Sementara itu, terdapat 6.151 atau 21% kematian terjadi pada usia 29 hari hingga 11 bulan dan 2.927 atau 10% terjadi pada usia 12 hingga 59 bulan.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dwi Hadya Jayani. Kematian Anak Indonesia Tinggi, Capai 29,3 Ribu pada 2019 Jumlah Kematian Balita (0 hari - 59 bulan) Indonesia 2019. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/04/26/kematian-anak-indonesia-tinggi-capai-293-ribu-pada-2019>



permasalahan lainnya adalah angka kematian bayi tinggi, hal ini dikarenakan terdapat praktik non-medis yang digunakan Sebagian masyarakat khususnya masyarakat marginal ketika melahirkan. Pada Tahun 2008 Indonesia menduduki nomor 7 tertinggi di dunia untuk angka kematian bayi<sup>2</sup> hal ini berseberangan dengan Pasal 21 dan Pasal 22 *Universal Declaration of Human Rights (UDHR)* yakni: *Certain freedoms and entitlements arise from the right to health. Freedoms include freedom from discrimination, harmful traditional practices and violence (21). Entitlements refer to “a system of health protection” which encompasses “health, goods, services and facilities which are available in adequate numbers, accessible, acceptable and of good medical quality” (22).*

Selain itu permasalahan angka kematian anak juga dialami oleh Amerika, dimana persoalannya terletak pada praktik diskriminatif warna kulit. Praktik diskriminasi terhadap akses dan pelayanan Kesehatan bagi ibu dan anak sebagai contoh terjadi di Amerika, dimana data menunjukkan bahwa dalam pelayanan Kesehatan untuk kelompok kulit putih dapat menekan angka kematian bayi, bayi lahir dengan berat badan rendah, pelayanan pre-natal yang tidak memadai, imunisasi, dan standar Kesehatan bagi ibu hamil dan bayi. laju kematian bayi misalnya untuk kulit hitam sebesar 14.0 kematian per 1000 dan kulit putih sebesar 5.7 kematian per 1000. serta kelahiran bayi dengan berat badan rendah untuk kulit

<sup>2</sup> D'Ambruoso, Lucia, Peter Byass, and Siti Nurul Qomariyah. "Can the right to health inform public health planning in developing countries? A case study for maternal healthcare from Indonesia." *Global Health Action* 1, no. 1 (2008): 1828

hitam sebesar 13.4% hampir dua kali lipat dari kulit hitam sebesar 6.8% data ini berdasarkan update tahun 2001.

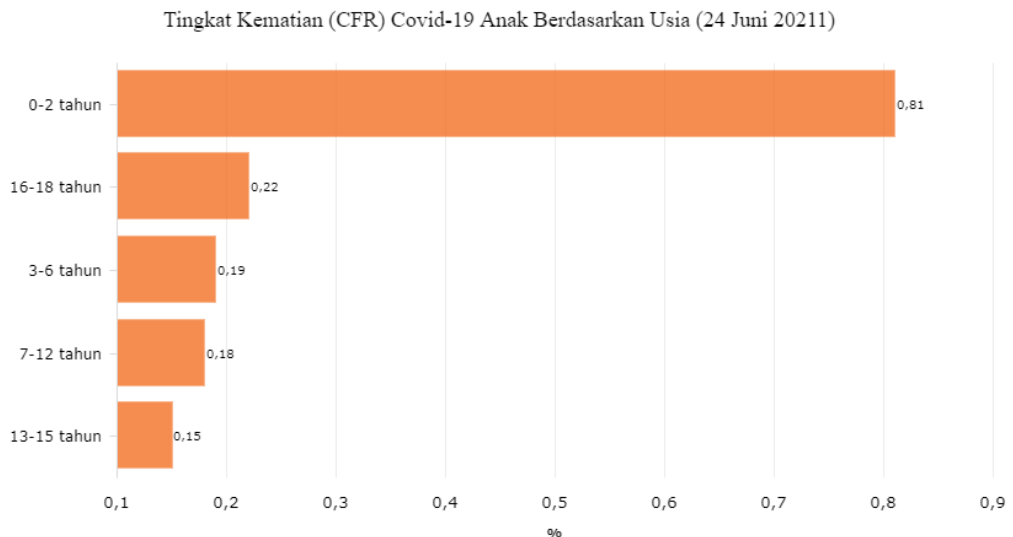
Permasalahan lainnya dalam perwujudan hak kesehatan adalah wilayah Indonesia yang sangat luas dan banyak fasilitas serta pelayanan kesehatan yang belum bisa diakses oleh masyarakat marginal dan masyarakat di daerah terpencil. dalam laporan resmi OHCHR tahun 2017<sup>3</sup>, Indonesia dalam implementasi hak kesehatan masih memiliki beberapa tantangan antara lain: wilayah yang luas sehingga masih terdapat kesulitan untuk mendapatkan akses kesehatan bagi masyarakat terpencil, layanan kesehatan seksual dan reproduksi serta edukasi mengenai seksualitas dipengaruhi oleh kelompok-kelompok tertentu yang terus menerus menentang kebijakan, instrumen dan mekanisme untuk mempromosikan dan melindungi hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi. stigma negatif membentuk permasalahan sendiri dalam penyediaan layanan kesehatan bagi penderita HIV/AIDS khususnya di wilayah Papua. Wilayah Papua memiliki tingkat penderita dua kali lipat dari wilayah yang lain.

Pada keadaan krisis kesehatan baik pandemi maupun epidemi menuntut respon cepat dari pemerintah untuk mengatasinya, baik dalam pelayanan kesehatan, pemberian bantuan sosial hingga asuransi kesehatan. Rilis data terbaru dari Satuan Tugas Penanganan Covid 19 terkait tingkat angka kematian anak penderita SARS-Covid 19 di Indonesia sempat menduduki angka yang paling tinggi didunia. berikut data yang angka kematian anak berdasarkan lapisan usia<sup>4</sup>:

---

<sup>3</sup> Indonesia / Right to health: “Ambitious goals can be reached only if challenges are addressed” – UN expert.  
<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21476&LangID=E>

<sup>4</sup>



Katadata.co.id

databoks

“Satuan Gugus Tugas (Satgas) Penanganan Covid-19 mencatat, tingkat kematian (Case Fatality Rate/CFR) Covid-19 anak usia 0-2 tahun merupakan yang tertinggi dibandingkan usia anak lainnya pada periode 30 Mei – 20 Juni 2021. Persentasenya sebesar 0,81%. Merujuk data, jumlah kelompok anak usia 0-2 tahun yang meninggal mencapai 261 kasus. Sementara, jumlah anak usia 0-2 tahun yang terkonfirmasi positif sebanyak 32.264 kasus. Tingkat kematian anak tertinggi selanjutnya yakni usia 16-18 tahun dengan persentase sebesar 0,22%. Berikutnya adalah anak usia 3-6 tahun dengan persentase 0,19%. Kemudian anak usia 7-12 tahun dan 13-15 tahun masing-masing sebesar 18% dan 15%. Adapun penularan virus corona usia anak di Indonesia terus meningkat. Secara kumulatif, kasus Covid-19 pada usia anak tertinggi berasal dari kelompok usia 7-12 tahun (28,02%). Diikuti kelompok usia 16-18 tahun (25,23%), dan 13-15 tahun (19,92%).<sup>5</sup>”

<sup>5</sup> Cindy Mutia Annur. Tingkat Kematian Covid-19 Usia 0-2 Tahun Tertinggi Dibandingkan Usia Anak Lainnya

Tingkat Kematian (CFR) Covid-19 Anak Berdasarkan Usia (24 Juni 2021). <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/06/25/tingkat-kematian-covid-19-usia-0-2-tahun-tertinggi-dibandingkan-usia-anak-lainnya> diakses pada 3 Agustus 2021



definisi dan karakteristik krisis kesehatan sendiri berbeda dengan krisis lain, Ginsburg membedakan jenis krisis atau keadaan darurat yang sering terjadi yakni: krisis keamanan nasional, krisis keuangan, bencana alam, dan pandemi. Perbedaan karakteristik krisis tersebut sebagai berikut<sup>6</sup>:

	<b>National Security</b>	<b>Financial Crisis</b>	<b>Natural Disaster</b>	<b>Pandemic</b>
<b>Source</b>	<i>Violent actors</i>	<i>Regulatory failure</i>	<i>nature</i>	<i>Nature</i>
<b>Speed of crisis onset</b>	<i>fast</i>	<i>fast</i>	<i>fast</i>	<i>fast</i>
<b>Duration of crisis</b>	<i>Variable</i>	<i>Variable</i>	<i>short</i>	<i>enduring</i>
<b>Distribution of information on danger</b>	<i>concentrated</i>	<i>concentrated</i>	<i>decentralized</i>	<i>decentralized</i>
<b>Need for uniform response across territory</b>	<i>High</i>	<i>high</i>	<i>low</i>	<i>Depends, generally low</i>
<b>Need for secrecy</b>	<i>high</i>	<i>low</i>	<i>low</i>	<i>Low</i>
<b>Distribution of tools for response</b>	<i>concentrated</i>	<i>concentrated</i>	<i>decentralized</i>	<i>decentralized</i>

Pada keadaan krisis kesehatan menuntut peran negara lebih aktif dari biasanya secara umum tanggung jawab negara dalam pemenuhan hak kesehatan meliputi terdiri dalam 3 prinsip yakni kewajiban<sup>7</sup>:

1. *to respect*: Kewajiban negara untuk menjamin tidak adanya gangguan atas hak kesehatan secara langsung maupun tidak langsung. kewajiban negara dimaksud tertuang dalam bentuk bentuk tindakan seperti memastikan ketersediaan obat-obatan yang layak, penyediaan alat medis yang layak, memastikan kesediaan

<sup>6</sup> Ginsburg, Tom, and Mila Versteeg. "The bound executive: Emergency powers during the pandemic." (2020).

<sup>7</sup> Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization. "The Right to Health. Fact sheet no. 31." (2008).

informasi kesehatan yang tidak disalah gunakan, serta memberikan kerahasiaan informasi kesehatan.

2. *to protect*: Kewajiban negara dalam menjamin tidak adanya gangguan dari pihak ketiga dalam pemenuhan hak atas kesehatan. bagaimana jaminan perlindungan ini berlaku? negara dapat mengatur ketentuan bagi pihak ketiga atau sektor swasta dalam melakukan produksi makanan dan obat-obatan yang harus sesuai dengan batas aman dan mencantumkan bahan-bahan apa saja yang digunakan dalam kemasan; kemudian negara juga harus menjaga masuknya sektor swasta untuk tidak timpang dalam pemenuhan pelayanan kesehatan bagi semua pihak termasuk didalamnya ketersediaan informasi kesehatan.
3. *to fulfil*: Kewajiban negara untuk menjamin hak kesehatan dalam berbagai sektor seperti produk legislative, peraturan administrative, anggaran, sektor yudisial, dan kampanye kesehatan termasuk sektor lain yang mendukung pemenuhan atas hak kesehatan. tindakan apa yang seharusnya dilakukan oleh negara? yakni melalui pengambilan kebijakan kesehatan nasional dan rencana nasional yang mencakup kewajiban sektor negara dan swasta, memastikan kesediaan pelayanan kesehatan, termasuk imunisasi dan program pencegahan dan pengurangan terhadap potensi disabilitas; memastikan akses terhadap kesehatan setara bagi setiap lapisan seperti akses terhadap makanan yang berkualitas, sanitasi, air bersih; memastikan tersedianya infrastruktur yang mendukung kesehatan reproduksi dengan tenaga medis yang memadai secara kualitas dan kuantitas; penyediaan informasi dan konseling terkait permasalahan kesehatan seperti HIV/AIDS, kecanduan alcohol dan obat-obatan terlarang serta bahan lain yang berbahaya.

Peran negara paling tidak adalah memastikan penanganannya berjalan dengan memperhatikan aksesibilitas dan non-diskriminatif. penyediaan Vaksin untuk mengurangi angka kematian dan menurunkan penderita, serta memastikan distribusi obat dan vaksin pada setiap lapisan masyarakat yang ada. peran ini dapat tercermin dalam kasus yang diputus oleh Mahkamah Konstitusi Afrika Selatan, yakni terkait Kasus pemakaian obat Nevirapine dalam perolehan paten, penggunaan, serta distribusi dari obat tersebut.

nevirapine adalah obat yang dipakai oleh pemerintah afrika selatan untuk memotong mata rantai penularan HIV/AIDS antara ibu dengan anak. berlatar belakang dari tingginya tingkat penularan di vase hamil, melahirkan hingga proses menyusui Pemerintah Afrika selatan hendak memangkas angka kematian dan penularan HIV/AIDS pada anak dari ibunya. namun nevirapine memiliki hambatan pada proses pengajuan hak paten oleh pemerintah afrika selatan karena dianggap effikasi dari pencegahan penularan dari ibu ke anak hanya berkisar 50%.

kasus lainnya dari penggunaan nevirapine berdasar pada pembatasan distribusi obat yang dianggap melanggar hak atas akses terhadap kesehatan yang dijamin oleh konstitusi Afrika selatan:

*“Section 27 of the post-apartheid constitution states, “(1) Everyone has the right to have access to (a) health care services, including reproductive health care; (b) sufficient food and water; and (c) social security.... (2) The state must take reasonable legislative and other measures, within its available resources, to achieve the progressive realization of each of these rights. (3) No one may be refused emergency medical treatment.” Section 28 states, “(1) Every child has a right... (b) to family care or parental care, or to appropriate alternative care when removed from the family environment; (c) to basic nutrition, shelter, basic health care services and social services.... (2) A child’s best interests are of paramount importance in every matter concerning the child.”*

ini juga yang menjadi dasar oleh mahkamah konstitusi afrika selatan untuk memutus pembatasan ketersediaan nevirapine di beberapa sektor publik merupakan pelanggaran terhadap hak atas layanan kesehatan bagi ibu dan anak. bahwa dalam Putusan tersebut MK Afrika Selatan mencantumkan Pasal 27 dan Pasal 28 dari Konstitusi Afrika Selatan. Pada intinya putusan tersebut ingin meluruskan dua permasalahan utama yakni<sup>8</sup>:

---

8 Annas, George J. "The right to health and the nevirapine case in South Africa." *New England Journal of Medicine* 348, no. 8 (2003): 750-754.

1. apakah kebijakan mengenai pembatasan ketersediaan nevirapine adalah beralasan menurut hukum?
2. apakah pemerintah memiliki kebijakan yang lebih baik sebagai Langkah pencegahan dari penyebaran HIV/AIDS pada ibu dan anak?

dalam pertimbangan hukumnya mahkamah konstitusi Afrika selatan<sup>9</sup> sebenarnya hendak membatasi penggunaan nevirapine yang belum teruji secara medis terkait Langkah preventif penularan dari ibu ke anak. pemerintah Afrika Selatan sendiri mengklarifikasi bahwa nevirapine memiliki beberapa pertimbangan yang menyebabkan dibatasinya distribusi obat tersebut, yakni<sup>10</sup>:

1. efikasi dari nevirapine sendiri diklaim mengalami penurunan pada proses menyusui (penularan virus HIV/AIDS tetap dapat terjadi)
2. bahwa penggunaan obat ini sebenarnya dapat membentuk resistensi terhadap obat HIV/AIDS
3. Obat ini belum sepenuhnya teruji
4. sistem kesehatan yang ada belum sepenuhnya dapat diberikan kepada pasien (proses paten obat sedang berlangsung)

lebih lanjut dalam pertimbangan hukumnya MK Afrika Selatan tetap mempertahankan nevirapine dikarenakan alasan sebagai berikut<sup>11</sup>:

- a) bahwa proses penularan HIV pada tahap menyusui belum pasti terjadi, karena proses kekebalan yang terbentuk dari obat tersebut pada beberapa kasus tetap ada hingga tahap menyusui.
- b) mahkamah mempertimbangkan prospek kemanfaatan yang diperoleh oleh anak-anak yang mendapat treatment dari obat tersebut.

dan atas rekomendasi dari WHO dan *the Medicines Control Council* Nevirapine dinyatakan aman untuk dikonsumsi dan disarankan untuk tetap digunakan untuk mengurangi tingkat penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak. Pemerintah afrika selatan mendapat dukungan yang positif dalam rangka penegakan hak atas kesehatan

---

<sup>9</sup> RULING No. 101/2009 Case no. 963/06 Rapporteur: Justice Carlos Fernandes Cadilha, <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/en/acordaos/20090101.html>

<sup>10</sup> Annas, George J. "The right to health and the nevirapine case in South Africa." *New England Journal of Medicine* 348, no. 8 (2003): 750-754.

<sup>11</sup> Annas, George J. "The right to health and the nevirapine case in South Africa." *New England Journal of Medicine* 348, no. 8 (2003): 750-754.

terkait kasus distribusi nevirapine untuk pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. kasus ini dikeluarkan dari sekedar perdebatan terkait ketersediaan anggaran dalam ketersediaan obat tersebut dirumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. atas putusan tersebut mahkamah mengamanatkan 4 langkah khusus yang harus dilakukan oleh pemerintah yakni<sup>12</sup>:

- a) mengubah kebijakan terkait pembatasan ketersediaan nevirapine menjadi tersedia secara luas di Rumah sakit dan institusi pelayanan kesehatan lainnya.
- b) mengizinkan penggunaan nevirapine di Rumah sakit dan institusi pelayanan kesehatan lainnya.
- c) memberikan tindakan yakni pelatihan bagi penyuluh terkait penggunaan nevirapine di Rumah sakit dan institusi pelayanan kesehatan lainnya.
- d) memperpanjang proses pengujian dan fasilitas konseling untuk mempercepat penggunaan nevirapine.

semua Langkah-langkah tersebut tertuang dalam Langkah strategis untuk menurunkan angka penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak sebagai komitmen dari pemerintah afrika selatan untuk dapat mengurangi epidemi di negara tersebut. sementara dalam pandemic Covid ini Indonesia mengambil kebijakan yang sedikit berbeda dengan negara lain guna percepatan pemberantasan virus tersebut yakni penyediaan vaksin berbayar oleh pemerintah Indonesia pada pandemic SARS-Covid 19.

kebijakan kontroversial ini diambil oleh pemerintah Indonesia dikarenakan kasus infeksi dan rasio tingkat kematian meningkat pada pandemic SARS- Covid 19 dengan varian virus delta yang tingkat penularannya 90% lebih tinggi. data yang dirilis oleh Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Tingkat kematian (Case Fatality Rate/CFR) **Covid-19** Indonesia mencapai 2,7% hingga Senin (21 Juni 2021). Covid-19 telah merenggut 54.956 jiwa. Persentase CFR Indonesia lebih tinggi dari global yang sebesar 2,2%.<sup>13</sup> Pemerintah mengambil

---

12 Annas, George J. "The right to health and the nevirapine case in South Africa." *New England Journal of Medicine* 348, no. 8 (2003): 750-754.

13 Yosepha Pusparisa. Tingkat Kematian Covid-19 Indonesia Melesat Lampau CFR Global Tingkat Kematian (CFR) Covid-19 Indonesia (21 Juni 2021).

Langkah yang serius dan menuangkannya dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2021 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2021 Tentang Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) terkait percepatan herd immunity dengan program vaksinasi gratis dan vaksinasi gotong royong untuk perusahaan maupun individu. dalam regulasi tersebut pengaturan terkait vaksinasi gotong royong meliputi 3 kategori: yakni untuk individu, untuk karyawan dan karyawan beserta keluarga yang ditanggung badan usaha, dan masyarakat sekitar dari badan usaha yang ditanggung oleh badan usaha. lebih lanjut penetapan tarif maksimal dilakukan oleh Menteri kesehatan, penetapan tarif maksimal ini dimaksud untuk melakukan kontrol terhadap aksesibilitas kelompok-kelompok rentan terhadap vaksin.

kebijakan ini dikritik oleh WHO yang menilai penetapan tarif bagi vaksinasi merupakan penyimpangan dari prinsip non-diskriminasi, khususnya bagi kelompok rentan dimasa Pandemi. WHO menawarkan program Kerjasama yakni pemberian vaksin untuk negara yang mengalami ledakan kasus, banyak negara yang mendapat jatah dosis vaksin Covid-19 melalui mekanisme kerja sama multilateral COVAX Facility yang berada di bawah WHO<sup>14</sup>. pasokan vaksin dari COVAX melalui kolaborasi UNICEF, WHO, dan lain-lain, tentunya mereka memiliki akses vaksin yang gratis hingga 20% dari populasi yang didanai para penyandang kerja sama COVAX<sup>15</sup>. Rencananya Vaksin berbayar akan memanfaatkan jaringan klinik yang dimiliki oleh PT Kimia Farma (Persero) Tbk sebanyak 1.300 klinik yang tersebar di Indonesia. Pemerintah mematok harga Rp321.660 per dosis dengan tarif maksimal

---

*<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/06/21/tingkat-kematian-covid-19-indonesia-mencapai-27>*

14 Baca artikel CNN Indonesia "WHO Kritik Kebijakan Vaksin Berbayar Indonesia" selengkapnya di sini: *<https://www.cnnindonesia.com/internasional/20210715150223-134-668199/who-kritik-kebijakan-vaksin-berbayar-indonesia>*

15 Baca artikel CNN Indonesia "WHO Kritik Kebijakan Vaksin Berbayar Indonesia" selengkapnya di sini: *<https://www.cnnindonesia.com/internasional/20210715150223-134-668199/who-kritik-kebijakan-vaksin-berbayar-indonesia>*

pelayanan vaksinasi sebesar Rp117.910 per dosis<sup>16</sup>. sehingga memunculkan pertanyaan, apakah arah kebijakan tersebut dapat dibenarkan dalam perspektif tanggung jawab negara untuk menegakkan hak kesehatan di tengah keadaan darurat?

selain itu lebih lanjut perlu melihat kasus penyediaan vaksin meningitis pada negara sub-sahara Afrika yang merupakan kerja sama dengan UN dan WHO dalam penyediaan vaksin yang terjangkau untuk negara berkembang. Epidemio meningitis menjangkit daerah sub-sahara afrika dengan kondisi yang lebih memprihatinkan dari pada negara lainnya. data pada tahun 2015 Meningitis beresiko diderita sekitar 250.000 jiwa didaerah sub-sahara seperti Mali, Burkina Faso, dan Niger. infeksi diperparah dengan taraf hidup yang menurun di musim kering yang biasanya terjadi dari Januari hingga Mei, diperkirakan sekitar 100 orang akan menderita penyakit ini dalam satu komunitas.

Vaksin tersedia untuk mereduksi kenaikan angka kasus dan kematian yang disebabkan epidemio meningitis, pada tahun 1996-1997 saja program vaksinasi yang diselenggarakan dapat menurunkan angka peningkatan kasus sebesar 23% dan menurunkan angka kematian sebesar 18%. vaksin ini ditujukan pada semua lapisan usia, termasuk anak dan remaja, namun tidak dapat diberikan kepada bayi dari 0-2 tahun. sedangkan data tahun 2008 program vaksin meningitis berhasil menurunkan angka kasus sekitar 59.000 kasus, menurunkan 7.100 angka kematian dan menurunkan 14.200 angka cacat permanen yang timbul dari epidemio meningitis, singkatnya keberhasilan program ini turun sebanyak 23%.<sup>17</sup> meskipun demikian vaksin ini diberikan secara berkala dengan memperhatikan tingkat kasus dari suatu daerah, semakin tinggi kasusnya maka vaksin harus lebih sering dilakukan baik per tahun ataupun 2 tahun sekali.

---

<sup>16</sup> Baca artikel CNN Indonesia "WHO Kritik Kebijakan Vaksin Berbayar Indonesia" selengkapnya di sini: <https://www.cnnindonesia.com/internasional/20210715150223-134-668199/who-kritik-kebijakan-vaksin-berbayar-indonesia>

<sup>17</sup> LaForce, F. Marc, and Jean-Marie Okwo-Bele. "Eliminating epidemic group A meningococcal meningitis in Africa through a new vaccine." *Health Affairs* 30, no. 6 (2011): 1049-1057.

keberhasilan vaksin yang diterapkan di Mali, Burkina Faso dan Nigeria direncanakan akan turut serta dilakukan di negara-negara yang memiliki kasus meningitis tinggi, yakni<sup>18</sup>:

<b>Country</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Nigeria	V	V	V			
Chad	V					
Nort sudan		V				
Ghana		V	V			
Benin		V				
Ethiopia			V	V		
Cameroon	V	V				
Republik Republik of the congo				V	V	
South sudan			V	V		
Senegal		V	V			
Cote d'Ivoire				V	V	
Togo				V		
Uganda					V	
Guinea				V		
The gambia			V			
Central Africa republic					V	
Eritrea						V
Kenya					V	
Burundi						V
Guinea Bisssau						V
Mauritania					V	
Rwanda						V
Tanzania						V

<sup>18</sup> LaForce, F. Marc, and Jean-Marie Okwo-Bele. "Eliminating epidemic group A meningococcal meningitis in Africa through a new vaccine." *Health Affairs* 30, no. 6 (2011): 1049-1057.



Populasi dari negara uni afrika tersebut membutuhkan vaksin sekitar 240.000.000 dosis dan direncanakan bertahap dari 2011-2019. dalam rentang tersebut kewajiban vaksinasi ditanggung oleh negara dan ketersediaan vaksin yang terjangkau diproduksi oleh banyak negara dan dipantau langsung oleh UN khususnya WHO untuk mengurangi epidemi meningitis yang terjadi didaerah sub sahara afrika. fokus kebijakan pengurangan epidemi di regional ini adalah penemuan vaksin yang lebih efektif dengan membuatnya terjangkau oleh negara-negara yang membutuhkan agar tercipta *herd immunity* dari regional tersebut<sup>19</sup>.

UN dan WHO sendiri memiliki misi kemanusiaan untuk membangun solusi terkait penciptaan vaksin untuk mengurangi epidemi dan pandemi oleh penyakit menular serius. WHO mendirikan vaksin industry untuk negara maju (*the International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association*) dan negara berkembang (*the Developing Countries Vaccine Manufacturers Network, DCVMN*) DCVMN pada 2010 memiliki program *Expanded Program on Immunization (EPI)* yang telah menaikkan angka vaksin pada negara berkembang untuk usia dibawah 5 tahun sebanyak 90%. DCVMN memproduksi vaksin terbaru dan mencari cara agar produksi vaksin dapat terlaksana dengan biaya yang terjangkau. Indonesia sendiri telah menjadi member dari DCVMN, berikut negara-negara yang menjadi anggota dan perusahaan vaksin yang tersedia<sup>20</sup>

Country	Vaccine Manufacture
Argentina	National Administration of Laboratories and Institute of Health Anlis Dr Carlos G. Malbran
Bangladesh	Incepta Vaccine limited
Brazil	BioManguinhos/Fiocruz Instituto Butantan
China	Beijing Minhai Biotechnology Co., Ltd

19 LaForce, F. Marc, and Jean-Marie Okwo-Bele. "Eliminating epidemic group A meningococcal meningitis in Africa through a new vaccine." *Health Affairs* 30, no. 6 (2011): 1049-1057.

20 Jadhav, S., M. Gautam, and S. Gairola. "Role of vaccine manufacturers in developing countries towards global healthcare by providing quality vaccines at affordable prices." *Clinical Microbiology and Infection* 20 (2014): 37-44.

	<p>Changchun BCHT Biotechnology Co.  China National Biotech Corporation  Hualan Bio  Liaoning ChengDa Biotechnology Co., Ltd  Sinergium Biotech  Sinovac  TiantanBio  Walvax Biotechnology Co., Ltd  Xiamen Innovax Biotech Co., Ltd</p>
Cuba	<p>Finlay Institute  The Center for Genetic Engineering and Biotechnology</p>
Egypt	Vacsera
India	<p>Bharat Biotech International Limited  Cadilla Pharmaceuticals Biological E Ltd  Haffkine Bio-Pharmaceutical Corporation Ltd  Indian Immunologicals Ltd  Panacea Biotec Limited  Serum Institute of India Ltd</p>
Indonesia	Bio Farma
Iran	<p>Razi Vaccine &amp; Serum Research Institute  Pasteur Institute of Iran</p>
Korea	<p>Greencross Corporation  EuBiologics Co., Ltd  LG Life Sciences  SK Chemicals</p>
Mexico	Birmax
South Africa	Biovac
Taiwan	The National Institute of Infectious Diseases and Vaccinology
Thailand	<p>BioNet-Asia Co., Ltd  Queen Saovabha Memorial Institute</p>

	The Government Pharmaceutical Organization
Vietnam	Institute of Vaccines and Medical Biologicals Vabiotech

dari negara-negara anggota tersebut WHO memperoleh vaksin prakualifikasi dengan rincian sebagai berikut<sup>21</sup>:

No	Name of DCVMN member	WHO prequalified vaccines
1	Bio Farma/Indonesia	TT, DT, Td, DTwP, Hep B, DTwP-Hep B, Measles, mOPV, bOPV, tOPV
2	Biological-E/India	TT, DTwP-Hep B-Hib, JE
3	BioManguinhos/Fiocruz/Brazil	YF, Men. A + C
4	The Centre for Genetic Engineering and Biotechnology/Cuba	Hep B, Hib
5	Chengdu Institute/China	JE
6	Green Cross Corpn./Korea	Seasonal and Influenza A (H1N1) Pandemic Influenza vaccines
7	The Government Pharmaceutical Organization/ Thailand	Measles
8	Haffkine Institute/Mumbai	mOPV, bOPV, tOPV
9	The Pasteur Institute, Dakar	YF
10	Serum Institute of India	TT, DT, Td, DTwP, Hep B, BCG, Hib, Measles, Rubella, MR, MMR, Meningococcal conjugate vaccine against serotype A, H1N1 Pandemic Influenza, bOPV, tOPV, DTwP-Hep B, DTwP-Hib, DTwP-Hep B-Hib

<sup>21</sup> Jadhav, S., M. Gautam, and S. Gairola. "Role of vaccine manufacturers in developing countries towards global healthcare by providing quality vaccines at affordable prices." *Clinical Microbiology and Infection* 20 (2014): 37-44.

11	LG Life Sciences/South Korea	Hep-B, DTwP-Hep B-Hib
12	Panacea Biotech, India	DTwP-Hep B-Hib

DCVMN pada keberhasilannya untuk memberikan vaksin terbaik dengan harga yang terjangkau serta dengan keberhasilan menurunkan pandemi maupun epidemi seperti Measles & Rubella, vaksin pentavalent, Polio, vaksin *polysaccharide conjugate* untuk group A meningitis, serta vaksin influenza untuk pandemi seperti H1N1<sup>22</sup>. Kasus-kasus tersebut yang akan peneliti jadikan rujukan dalam merumuskan kebijakan negara dalam keadaan darurat.

Permasalahan lain yang akan dikaji terkait ketersediaan jaminan sosial kesehatan serta program bantuan pemerintah yang dilaksanakan pada pandemi untuk menekan angka jumlah penderita. Untuk hak pemanfaatan jaminan sosial dalam contoh kasus di Amerika Serikat, konstitusi Amerika Serikat tidak secara tegas tertulis jaminan terkait Hak atas Kesehatan, namun lebih spesifik tentang "Pelayanan Kesehatan"<sup>23</sup>. Hal yang sama terjadi pada konstitusi federal, dimana yang menjadi kewajiban adalah penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan. Pemerintah Amerika memiliki program asuransi untuk anak-anak yang tidak terdaftar pada asuransi yang bersifat Privat. Program ini diikuti oleh 38 Negara Bagian dimana the State Children's Health Insurance Program (SCHIP) dan program the Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment service (EPSDT) dalam Medicaid bagi anak (dibawah 21 tahun) yang tidak memiliki asuransi kesehatan secara privat. Kedua asuransi tersebut saling melengkapi dimana mencakup pelayanan Kesehatan secara fisik maupun mental. Selain kedua program tersebut pemerintah Federal juga memiliki program asuransi lain yakni the Federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA), Program ini

<sup>22</sup> Jadhav, S., M. Gautam, and S. Gairola. "Role of vaccine manufacturers in developing countries towards global healthcare by providing quality vaccines at affordable prices." *Clinical Microbiology and Infection* 20 (2014): 37-44.

<sup>23</sup> Doek, Jaap E. "The UN Convention on the Rights of the Child. An Analysis of Treaty Provisions and Implications of US Ratification, J. Todres, ME Wojcik, CR Revaz (Eds.), Trans-National Publishers, Inc., Ardsley, NY (2006)." (2009): 846-848. h. 221- h. 237

dibangun atas permasalahan kaum miskin yang ditolak untuk mendapatkan perawatan medis<sup>24</sup>.

dan pada kondisi darurat kesehatan tersebut Pemerintah Indonesia memiliki beberapa program Bantuan Sosisal untuk mengurangi angka kasus yang terus menerus naik dengan cara menurunkan bantuan langsung untuk mengurangi kerumunan dan aktifitas publik. program tersebut antara lain adalah sebagai berikut:

- a) Program Keluarga Harapan
- b) kartu sembako
- c) program bantuan beras
- d) program bantuan sosial tunai
- e) program bantuan sosial tunai usulan pemerintah daerah
- f) subsidi listrik dan abonemen
- g) program kartu prkerja
- h) bantuan kuota internet
- i) bantuan langsung tunai dana desa

namun program-program tersebut memiliki banyak kritik dan dinilai tidak mampu untuk mereduksi angka kasus infeksi, bagaimana praktik negara lain yang sukses memadukan jaminan sosial kesehatan dengan bantuan yang kesejahteraan masyarakat? berdasarkan permasalahan tersebut peneliti hendak memberikan perspektif dari negara-negara yang memiliki catatan kesuksesan program didua aspek tersebut.

## 2. Rumusan Masalah

- a) Bagaimana Kewajiban Negara Indonesia dalam pemenuhan hak atas Kesehatan untuk Anak pada Pandemi?
- b) Bagaimana pemenuhan hak atas kesehatan dan penyediaan jaminan sosial negara dalam perbandingan beberapa negara?

---

<sup>24</sup> Doek, Jaap E. "The UN Convention on the Rights of the Child. An Analysis of Treaty Provisions and Implications of US Ratification, J. Todres, ME Wojcik, CR Revaz (Eds.), Trans-National Publishers, Inc., Ardsley, NY (2006)." (2009): 846-848. h. 221- h. 237

### 3. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari adanya penelitian yang mengangkat tema ini antara lain adalah:

- a) menjawab permasalahan aktual terkait penegakan Hak atas Kesehatan dan pemanfaatan jaminan sosial di Indonesia;
- b) Menjadi rujukan literatur atau bahan bacaan bagi masyarakat luas terkait dengan implementasi putusan Mahkamah dalam kaitannya dengan Hak atas Kesehatan dan pemanfaatan jaminan sosial di Indonesia; dan
- c) sebagai Langkah monitoring dan evaluasi atas implementasi Putusan Mahkamah Konstitusi di bidang Hak atas Kesehatan dan pemanfaatan jaminan sosial;

### 4. Metode Penelitian

Penelitian ini hendak menjawab persoalan pemenuhan hak atas kesehatan dan pemanfaatan Asuransi kesehatan yang ada di Indonesia khususnya melihat Kebijakan yang diambil oleh Pemerintah dibidang kesehatan seperti “Vaksin Gotong Royong” yakni Vaksin berbayar untuk Pandemi SARS-Covid 19 yang dikritik oleh WHO, Kebijakan Pemberian Bantuan serta Pelayanan Kesehatan pada saat darurat kesehatan Pandemi SARS-Covid 19.

Penelitian ini hendak menjawab kedua rumusan permasalahan yang ada dengan menggunakan pendekatan konsep, pendekatan kasus, dan pendekatan perbandingan. Pendekatan konsep digunakan untuk melihat apakah pemenuhan hak atas kesehatan dan pemanfaatan Asuransi kesehatan baik dalam putusan, regulasi maupun dalam implementasi telah ideal. pendekatan kasus dan perbandingan digunakan untuk merumuskan Langkah-langkah taktis yang dapat ditempuh untuk perbaikan kebijakan dibidang kesehatan dan asuransi kesehatan. pendekatan kasus dimaksud seperti kasus distribusi obat nevirapine dan kasus yang diputus oleh Mahkamah Konstitusi Portugis dengan isu konstitusional *medically assisted procreation*. sedangkan pendekatan perbandingan akan diterapkan untuk mengetahui perumusan kebijakan dibidang kesehatan yang ideal seperti mengatur

distribusi obat dan vaksin. Perbandingan ini direncanakan untuk 3 negara yakni Afrika Selatan, India dan Korea selatan. Langkah lainnya adalah melihat program yang disusun oleh UN dan WHO untuk mewujudkan visi dan misi kesehatan global. Untuk mempertajam analisis dalam menjawab persoalan tersebut peneliti menggunakan referensi berupa peraturan perundang-undangan, buku dan artikel ilmiah baik nasional maupun internasional. Referensi dimaksud adalah sebagai berikut:

- a) Freeman, Michael. "Law and Bioethics: Current Legal Issues Volume 11." (2008).  
 buku ini membahas persoalan seputar pembentukan hukum khususnya etika atas respon dari fenomena baru dibidang genetika. Persoalan yang dialami cukup beragam seperti praktik surrogasi, donor telur, embrio, etika medis dari segi hukum, hingga persoalan terkait pandemi. buku ini dalam bab *Pandemic Planning and Distributive Justice in Health Care* mengupas tanggung jawab negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan public.
- b) Homeland Security Council (US). *National Strategy for Pandemic Influenza: Implementation Plan*. Executive Office of the President, 2006.  
 buku ini membahas persoalan strategi nasional yang dilakukan oleh pemerintah Amerika serikat dalam menghadapi hantaman pandemi maupun epidemi baik Penyakit saluran pernafasan maupun penyakit menular lainnya. buku ini dapat dijadikan rujukan terkait masalah strategi yang diambil oleh pemerintah.
- c) Taylor, Malcolm G., and Allan Maslove. *Health insurance and Canadian public policy: The seven decisions that created the health insurance system and their outcomes*. Vol. 213. McGill-Queen's Press-MQUP, 2009.  
 buku ini memberikan pandangan terkait strategi pemerintah Kanada dibidang kesehatan dan jaminan kesehatan nasional untuk warga negaranya. buku ini dapat memperkaya pengetahuan peneliti untuk melakukan perbandingan kebijakan yang dapat menjadi opsi untuk pemerintah Indonesia.
- d) Vandenhoe, Wouter. *Article 26: the right to benefit from social security*. Vol. 26. Martinus Nijhoff Publishers, 2007.

Buku ini menjadi literatur bagi peneliti dalam membedah teori dan permasalahan seputar jaminan kesehatan nasional khususnya dalam lingkup tanggung jawab pemerintah.

- e) Doek, Jaap E. "*The UN Convention on the Rights of the Child. An Analysis of Treaty Provisions and Implications of US Ratification*, J. Todres, ME Wojcik, CR Revaz (Eds.), Trans-National Publishers, Inc., Ardsley, NY (2006)." (2009): 846-848.

Referensi terakhir ini berbicara terkait hak-hak anak sebagai kelompok rentan, namun peneliti akan menggunakannya untuk memperkaya kajian dibidang hak kesehatan dan hak pemanfaatan jaminan sosial khususnya untuk anak.

## **5. Sistematika**

### **1.1. BAB I Pendahuluan**

Pada bagian ini terdiri dari Latar belakang Penelitian, Pertanyaan Penelitian, Tujuan Penelitian, Metode Penelitian, Kerangka Konsep, Sistematika Penelitian.

### **1.2. BAB II Tinjauan Teori Hak Anak atas Kesehatan dimasa Pandemi**

pada bagian ini yang berisi tinjauan terkait Hak Kesehatan dimana didalamnya mencakup atas hak anak atas Kesehatan, kemudian didalamnya memuat hak atas pelayanan kesehatan, hak atas pemanfaatan asuransi kesehatan. kemudian pada bab ini diterangkan pula terkait pengertian darurat kesehatan yang mengacu pada darurat Pandemi dan Epidemii. terakhir bab ini berbicara terkait tanggung jawab negara dalam pemenuhan hak anak atas kesehatan

### **1.3. BAB III Perbandingan Pelaksanaan Hak atas Kesehatan dan Asuransi kesehatan untuk Anak pada Masa Darurat Kesehatan**

pada bagian ini menjawab rumusan permasalahan dengan mengangkat data atas penegakan Hak atas kesehatan dan asuransi kesehatan untuk anak di beberapa negara seperti Afrika Selatan, India dan Korea selatan. selain itu pada bab ini juga mengangkat kasus dan putusan dari berbagai negara yang terkait jaminan hak kesehatan dan asuransi kesehatan seperti kasus distribusi



obat nevirapine di beberapa negara di wilayah sub-Sahara Afrika dan kasus yang diputus oleh Mahkamah Konstitusi Portugis dengan isu konstitusional *medically assisted procreation*.

#### 1.4. BAB III Pelaksanaan Hak atas Kesehatan dan Asuransi kesehatan untuk Anak pada Masa Darurat Kesehatan

pada bagian ini menjawab bagaimana pelaksanaan pada tataran praktik, dimana pada pengumuman keadaan darurat pemenuhan hak kesehatan meliputi penyediaan obat, vaksin, dan pelayanan kesehatan yang memadai. pada bagian ini juga memikirkan solusi atas hambatan dan kekurangan pada pelaksanaan tersebut.

#### 1.5. BAB IV Penutup

terakhir pada Bab ini berisi Simpulan dan rekomendasi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI HAK ANAK ATAS KESEHATAN**

#### **DI MASA PANDEMI**

### **1. Hak Atas Kesehatan**

Kesehatan adalah hak asasi manusia yang mendasar yang sangat diperlukan untuk pelaksanaan hak asasi manusia lainnya. Setiap manusia berhak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai yang kondusif untuk menjalani kehidupan yang bermartabat. Perwujudan hak atas kesehatan dapat ditempuh melalui berbagai pendekatan yang saling melengkapi, seperti perumusan kebijakan kesehatan, atau pelaksanaan program kesehatan yang dikembangkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), atau penerapan instrumen hukum tertentu. Selain itu, hak atas kesehatan mencakup komponen-komponen tertentu yang dapat ditegakkan secara hukum.<sup>25</sup>

Hak atas kesehatan tidak dipahami sebagai hak untuk sehat. Hak atas kesehatan mengandung kebebasan dan hak. Kebebasan tersebut termasuk hak untuk mengontrol kesehatan dan tubuh seseorang, termasuk kebebasan seksual dan reproduksi, dan hak untuk bebas dari campur tangan, seperti hak untuk bebas dari penyiksaan, perawatan medis non-konsensual dan eksperimen. Sebaliknya, hak-hak tersebut mencakup hak atas sistem perlindungan kesehatan yang memberikan kesempatan yang sama bagi orang-orang untuk menikmati tingkat kesehatan tertinggi yang dapat dicapai.<sup>26</sup>

Hak atas kesehatan memiliki ruang lingkup yang sangat luas bahkan terhubung dengan hak lain seperti hak atas pangan, nutrisi, air bersih, sanitasi, tempat tinggal yang layak, lingkungan untuk tumbuh sehat, hak atas informasi dan akses kesehatan, serta non-diskriminasi. Hak atas kesehatan juga menjamin atas terbebas dari tindakan medis tanpa persetujuan, percobaan medis dan penelitian, sterilisasi paksa,

---

<sup>25</sup> CESR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)

<sup>26</sup> Para. 8 *Ibid.*

Penyiksaan, Perlakuan tidak manusiawi atau hukuman. Cakupan dalam pelayanan kesehatan meliputi<sup>27</sup>:

1. hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan level paling tinggi yang dapat dicapai
2. hak atas pencegahan, tindakan, dan pencegahan penyakit
3. hak untuk mendapatkan akses obat-obatan
4. jaminan kesehatan sistem reproduksi baik ibu maupun bayi
5. kesetaraan akses dan ketepatan waktu terhadap pelayanan kesehatan
6. Pendidikan dan informasi kesehatan
7. pendekatan kesehatan publik dalam pembuatan kebijakan di level komunitas maupun nasional

Gagasan “standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai” dalam pasal 12.1 memperhitungkan prasyarat biologis dan sosial-ekonomi individu dan sumber daya yang tersedia dari suatu Negara. Ada sejumlah aspek yang tidak dapat ditangani hanya dalam hubungan antara Negara dan individu; khususnya, kesehatan yang baik tidak dapat dijamin oleh suatu Negara, demikian pula Negara tidak dapat memberikan perlindungan terhadap setiap kemungkinan penyebab sakitnya kesehatan manusia. Dengan demikian, faktor genetik, kerentanan individu terhadap kesehatan yang buruk dan penerapan gaya hidup yang tidak sehat atau berisiko dapat memainkan peran penting sehubungan dengan kesehatan individu. Oleh karena itu, hak atas kesehatan harus dipahami sebagai hak untuk menikmati berbagai fasilitas, barang, jasa, dan kondisi yang diperlukan untuk mewujudkan standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai.<sup>28</sup>

Komite menafsirkan hak atas kesehatan, sebagaimana didefinisikan dalam pasal 12.1, sebagai hak inklusif yang mencakup tidak hanya perawatan kesehatan yang tepat waktu dan tepat, tetapi juga pada determinan kesehatan yang mendasarinya, seperti akses ke air yang aman dan dapat diminum serta sanitasi yang memadai, pasokan makanan, nutrisi dan perumahan yang aman, kondisi kerja dan lingkungan yang sehat,

---

27 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization. "The Right to Health. Fact sheet no. 31." (2008).

<sup>28</sup> Para. 9

dan akses ke pendidikan dan informasi terkait kesehatan, termasuk kesehatan seksual dan reproduksi. Aspek penting lainnya adalah partisipasi penduduk dalam semua pengambilan keputusan terkait kesehatan di tingkat masyarakat, nasional dan internasional.<sup>29</sup>

Hak atas kesehatan dalam segala bentuknya dan pada semua tingkatan mengandung unsur-unsur yang saling terkait dan esensial berikut ini, yang penerapannya secara tepat akan tergantung pada kondisi-kondisi yang berlaku di suatu Negara Pihak tertentu:

- a) Ketersediaan. Fasilitas kesehatan dan perawatan kesehatan masyarakat yang berfungsi, barang dan jasa, serta program, harus tersedia dalam jumlah yang cukup di dalam Negara Pihak. Sifat yang tepat dari fasilitas, barang dan jasa akan bervariasi tergantung pada banyak faktor, termasuk tingkat perkembangan Negara Pihak. Namun, mereka akan mencakup faktor-faktor penentu kesehatan yang mendasari, seperti air minum yang aman dan dapat diminum dan fasilitas sanitasi yang memadai, rumah sakit, klinik dan bangunan terkait kesehatan lainnya, tenaga medis dan profesional terlatih yang menerima gaji kompetitif di dalam negeri, dan obat-obatan esensial, sebagaimana didefinisikan oleh Program Aksi WHO untuk Obat Esensial;
- b) Aksesibilitas. Fasilitas, barang dan jasa kesehatan<sup>6</sup> harus dapat diakses oleh semua orang tanpa diskriminasi, dalam yurisdiksi Negara Pihak. Aksesibilitas memiliki empat dimensi yang tumpang tindih:
  - Non-diskriminasi: fasilitas, barang dan jasa kesehatan harus dapat diakses oleh semua, terutama bagian populasi yang paling rentan atau terpinggirkan, secara hukum dan pada kenyataannya, tanpa diskriminasi atas dasar yang dilarang.
  - Aksesibilitas fisik: fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus berada dalam jangkauan fisik yang aman untuk semua bagian dari populasi, terutama kelompok rentan atau terpinggirkan, seperti etnis minoritas dan penduduk asli, perempuan, anak-anak, remaja, orang tua, penyandang cacat dan orang dengan HIV/AIDS. Aksesibilitas juga menyiratkan bahwa layanan medis dan penentu kesehatan yang mendasarinya, seperti air bersih dan layak minum serta fasilitas

---

<sup>29</sup> Para. 11

- sanitasi yang memadai, berada dalam jangkauan fisik yang aman, termasuk di daerah pedesaan. Aksesibilitas lebih lanjut mencakup akses yang memadai ke gedung-gedung untuk penyandang disabilitas.
- Aksesibilitas ekonomi (affordability): fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus terjangkau untuk semua. Pembayaran untuk layanan perawatan kesehatan, serta layanan yang terkait dengan faktor penentu kesehatan yang mendasarinya, harus didasarkan pada prinsip kesetaraan, memastikan bahwa layanan ini, baik yang disediakan oleh swasta atau publik, terjangkau untuk semua, termasuk kelompok yang kurang beruntung secara sosial. Pemerataan menuntut agar rumah tangga yang lebih miskin tidak dibebani secara tidak proporsional dengan biaya kesehatan dibandingkan dengan rumah tangga yang lebih kaya.
  - Aksesibilitas informasi: aksesibilitas mencakup hak untuk mencari, menerima, dan menyampaikan informasi dan gagasan<sup>8</sup> tentang masalah kesehatan. Namun, aksesibilitas informasi tidak boleh merusak hak agar data kesehatan pribadi diperlakukan dengan kerahasiaan
- c) Keberterimaan. Semua fasilitas, barang dan jasa kesehatan harus menghormati etika medis dan sesuai dengan budaya, yaitu menghormati budaya individu, minoritas, masyarakat dan komunitas, peka terhadap gender dan persyaratan siklus hidup, serta dirancang untuk menghormati kerahasiaan dan meningkatkan status kesehatan yang bersangkutan.
- d) Kualitas. Selain dapat diterima secara budaya, fasilitas, barang dan jasa kesehatan juga harus sesuai secara ilmiah dan medis serta berkualitas baik. Hal ini membutuhkan, antara lain, tenaga medis yang terampil, obat-obatan dan peralatan rumah sakit yang disetujui secara ilmiah dan belum kadaluwarsa, air yang aman dan dapat diminum, dan sanitasi yang memadai.

### ***1.1. Anak-anak dan remaja dalam Komentar Umum***

Pasal 12.2 (a) menguraikan kebutuhan untuk mengambil langkah-langkah untuk mengurangi kematian bayi dan mempromosikan perkembangan yang sehat dari bayi dan anak-anak. Instrumen hak asasi manusia internasional selanjutnya mengakui

bahwa anak-anak dan remaja memiliki hak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi dan akses ke fasilitas untuk pengobatan penyakit.<sup>30</sup>

Konvensi Hak Anak mengarahkan Negara untuk memastikan akses ke layanan kesehatan esensial bagi anak dan keluarganya, termasuk perawatan sebelum dan sesudah melahirkan untuk ibu. Konvensi menghubungkan tujuan-tujuan ini dengan memastikan akses ke informasi ramah anak tentang perilaku pencegahan dan peningkatan kesehatan serta dukungan kepada keluarga dan masyarakat dalam menerapkan praktik-praktik ini. Penerapan prinsip non-diskriminasi mensyaratkan bahwa anak perempuan, serta anak laki-laki, memiliki akses yang sama terhadap nutrisi yang memadai, lingkungan yang aman, dan layanan kesehatan fisik serta mental. Ada kebutuhan untuk mengadopsi langkah-langkah yang efektif dan tepat untuk menghapuskan praktek-praktek tradisional yang berbahaya yang mempengaruhi kesehatan anak-anak, khususnya anak perempuan, termasuk pernikahan dini, mutilasi alat kelamin perempuan, pemberian makanan istimewa dan perawatan anak laki-laki.<sup>31</sup> Anak-anak penyandang disabilitas harus diberi kesempatan untuk menikmati kehidupan yang memuaskan dan layak serta untuk berpartisipasi dalam komunitas mereka.

Negara pihak harus menyediakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi remaja, yang menjamin kesempatan untuk berpartisipasi dalam keputusan yang mempengaruhi kesehatan mereka, untuk membangun keterampilan hidup, untuk memperoleh informasi yang tepat, untuk menerima konseling dan untuk merundingkan pilihan perilaku kesehatan yang mereka buat. Realisasi hak atas kesehatan remaja bergantung pada pengembangan perawatan kesehatan yang ramah remaja, yang menghormati kerahasiaan dan privasi dan mencakup layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang sesuai.<sup>32</sup>

Secara umum negara sebenarnya tidak wajib memastikan setiap orang untuk sehat, akan tetapi hak ini lebih mengatur terkait pemanfaatan peralatan kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan. lebih lanjut cakupan hak ini meliputi kesehatan fisik maupun kesehatan mental. sehingga pelayanan kesehatan fisik maupun mental harus

---

<sup>30</sup> Pasal 24.1 of the Convention on the Rights of the Child.

<sup>31</sup> See World Health Assembly resolution WHA47.10, 1994, entitled "Maternal and child health and family planning: traditional practices harmful to the health of women and children".

<sup>32</sup> para. 23 Komentar Umum

mencakup prinsip level tertinggi yang dapat dicapai serta tidak boleh dibatasi tentang waktu ataupun sesi (untuk kesehatan mental).

Perlindungan terhadap Diskriminasi atas akses Kesehatan diatur dalam Pasal 24 CRC yang menjamin Hak anak untuk mendapatkan akses Kesehatan dengan standar yang paling tinggi serta Fasilitas Kesehatan untuk pengobatan dan rehabilitasi. ketentuan Perlindungan terhadap Diskriminasi atas akses Kesehatan meliputi<sup>33</sup>:

1. mengurangi kematian bayi, balita dan anak
2. menekankan perlindungan Kesehatan dasar
3. memberantas penyakit dan malnutrisi
4. memastikan pelayanan Kesehatan untuk pre-natal dan post-natal untuk Wanita hamil dan setelah melahirkan
5. memberikan pendidikan dan pengetahuan terkait Kesehatan, kebersihan dan sanitasi
6. membangun langkah preventif terhadap Kesehatan keluarga dan perencanaan layanan Kesehatan keluarga dengan menyertakan ketentuan dari protokol pengobatan anak.

Implementasi dari hak anak untuk akses Kesehatan dalam CRC terdapat kritik dimana instrument tersebut tidak menetapkan secara pasti terkait kualitas pelayanan Kesehatan. dalam CRC Pasal 24 menyatakan bahwa setiap anak memiliki hak untuk mendapatkan standar pelayanan Kesehatan yang dapat dicapai. sehingga anak memiliki akses Kesehatan yang berbeda dari satu negara-dengan negara yang lain, hal ini disebabkan oleh negara hanya berkewajiban untuk menyediakan "akses pelayanan Kesehatan terbaik yang dapat dicapai" dan kewajiban atas pelayanan Kesehatan dasar<sup>34</sup>.

Selain itu CRC juga berbicara terkait dengan Kesehatan mental yang dijamin oleh Hak Kesehatan pada Pasal 25. dimana anak yang tumbuh dibawah peperangan atau sebagai pengungsi, ataupun anak-anak yang kemerdekaannya harus dirampas kerana

---

33 Doek, Jaap E. "The UN Convention on the Rights of the Child. An Analysis of Treaty Provisions and Implications of US Ratification, J. Todres, ME Wojcik, CR Revaz (Eds.), Trans-National Publishers, Inc., Ardsley, NY (2006)." (2009): 846-848. h. 110

34 Doek, Jaap E. "The UN Convention on the Rights of the Child. An Analysis of Treaty Provisions and Implications of US Ratification, J. Todres, ME Wojcik, CR Revaz (Eds.), Trans-National Publishers, Inc., Ardsley, NY (2006)." (2009): 846-848. h. 222-223

proses peradilan harus memiliki akses perlindungan institusi dibidang Kesehatan mental. Sedangkan dalam Pasal 26 CRC mengatur terkait asuransi yang wajib dimiliki oleh perorangan warga negara, termasuk didalamnya asuransi Kesehatan untuk Anak<sup>35</sup>.

Hak anak dibidang kesehatan yang lainnya seperti yang tertuang dalam Family Act. article 92 tentang hak untuk mendapat fasilitas kesehatan yang mendukung hidupnya, selain itu juga hak untuk mendapatkan persetujuan untuk informasi medis untuk pasien yang dianggap belum cakap hukum diberikan perwalian baik kepada orangtua maupun wali yang sah secara hukum ini tertuang pada *The Act on the Protection of Patients' Rights in the Republic of Croatia protects the rights of minor patient under provision (Article 17)*<sup>36</sup>. namun persetujuan tersebut tidak berlaku di keadaan darurat yang membutuhkan respon cepat. praktik di India hak anak untuk mendapatkan penanganan medis juga dilindungi sampai ia dinyatakan dewasa yakni setelah 18 Tahun. sampai dengan batas usia tersebut belum tercapai maka keputusan atas suatu tindakan medis dilakukan oleh orang tua ataupun wali.<sup>37</sup> sedangkan Serbia hak seperti ini batas usia anak diberlakukan hingga usia 15 tahun.<sup>38</sup> untuk praktik di Uzbekistan batas usia dewasa untuk tindakan media adalah 14 tahun, dan apabila orang tua ataupun wali tidak ada untuk persetujuan medis, maka persetujuan dilakukan oleh *physicians' Concilium*. *physicians' Concilium* adalah *legal representative* dari pihak rumah sakit<sup>39</sup>. Lebih lanjut terkait hak kesehatan anak diuraikan dalam sub bab selanjutnya.

---

35 Doek, Jaap E. "The UN Convention on the Rights of the Child. An Analysis of Treaty Provisions and Implications of US Ratification, J. Todres, ME Wojcik, CR Revaz (Eds.), Trans-National Publishers, Inc., Ardsley, NY (2006)." (2009): 846-848.

36 Hlača, Nenad, and Sandra Winkler. "The Rights of the Child: Croatian National Report." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 83-96. Springer, Cham, 2016.

37 Yadlapalli, Vishnupriya. "Implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child in Indian Legal System." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 167-182. Springer, Cham, 2016.

38 Law on Protection and Promotion of Patients' Rights (Official Gazette of Republic of Serbia, No 45/2013) in Šahović, Nevena Vučković, and Ivana Savić. "The rights of the child in Serbia." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 251-262. Springer, Cham, 2016.

39 Djuraeva, Iroda. "The Rights of Children: An Uzbek Perspective." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 371-388. Springer, Cham, 2016.



## 1.2. Hak atas Pelayanan Kesehatan

Bagaimana kesehatan publik dapat terwujud? terdapat indikator-indikator yang harus terpenuhi dalam penyelenggaraan kesehatan masyarakat, yakni<sup>40</sup>:

1. berfungsinya fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia dalam jumlah yang cukup dalam satu negara.
2. fasilitas pelayanan kesehatan harus dapat diakses untuk seluruh lapisan masyarakat termasuk kelompok rentan dengan memperhatikan asas diskriminasi. termasuk didalamnya adalah hak mengetahui informasi kesehatan, dimana akses atas informasi tersebut dapat dilakukan oleh keseluruhan populasi termasuk kelompok rentan, penyediaan informasi kesehatan tersebut harus memperhatikan kerahasiaan terkait informasi pribadi.
3. fasilitas dan pelayanan kesehatan haruslah menegakkan kode etik kesehatan, tanpa unsur diskriminasi gender, dan kebiasaan atau kebudayaan.
4. fasilitas dan pelayanan kesehatan telah teruji menggunakan metode ilmu pengetahuan dan metode medis. hal ini meliputi pelatihan tenaga medis, obat dengan standar tertentu dan batas waktu penggunaan, peralatan rumah sakit, sanitasi yang memadai dan air bersih

pelaksanaan hak ini meliputi permasalahan untuk setuju atau menolak suatu tindakan medis. penolakan dan persetujuan tersebut untuk pasien dibawah umur dilakukan oleh orang tua ataupun wali. batas kedewasaan ini berbeda dari negara satu dengan negara lainnya dimana terdapat negara yang menetapkan batas usia untuk dapat menentukan persetujuan ataupun penolakan terhadap tindakan medis dibawah 18 Tahun, 15 Tahun ataupun 14 Tahun. sebagai contoh di Inggris misalnya persetujuan pasien untuk dapat dianggap dewasa adalah 16 Tahun dan berdasarkan *the Family Law Reform Act 1969* s8 persetujuan dilakukan untuk tindakan medis dan *dental treatment*. namun orang tua tetap dapat mengenyampingkan persetujuan untuk anak 16 tahun hingga di berusia 18

---

40 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization. "The Right to Health. Fact sheet no. 31." (2008).

tahun. namun tidak ada *precedence* atas kasus penolakan pelayanan kesehatan yang dianggap membahayakan kepentingan anak atau pasien dibawah umur<sup>41</sup>.

### **1.3. Hak atas Pemanfaatan Asuransi Kesehatan**

Hak atas jaminan sosial tercantum dalam the *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR) yang tertera pada Pasal 25 UDHR, Jaminan Sosial yang dimaksud pada ketentuan ini meliputi Jaminan terhadap Standar hidup layak dan pelayanan Kesehatan Hak ini mempunyai cakupan yang luas meliputi ketersediaan pangan, sandang, rumah, pelayanan Kesehatan dan jaminan sosial yang lain. secara khusus hak atas jaminan Kesehatan juga diakomodasi oleh CRC pasal 26, amanat dari pasal ini adalah terkait penyediaan jaminan sosial termasuk didalamnya berwujud asuransi kesehatan khususnya bagi kaum marginal yang tidak tersentuh asuransi privat.

Jaminan Sosial dibidang Kesehatan menurut Pasal 27 hak atas kesehatan untuk anak meliputi kesehatan fisik, mental, spiritual, moral dan pembangunan sosial. dalam perkembangannya hak atas Kesehatan pada anak ini perkembangannya tidak terpisahkan dengan hak atas standar kehidupan yang layak bagi anak. sedangkan latar belakang yang erat kaitannya dengan penetapan jaminan Kesehatan bagi anak ini adalah fenomena banyaknya aborsi dan anak terlantar yang diakibatkan oleh faktor ekonomi. dalam kategorinya anak memiliki kelompok rawan didalamnya yakni anak-anak jalanan, anak penyandang disabilitas, anak terlantar, pengungsi, dan anak dalam suaka, serta anak dalam kelompok minoritas. Permasalahan yang berarti dalam kelompok rawan ini, dimana anak-anak penyandang disabilitas tidak ada tindakan yang mampu untuk pencegahan agar tidak masuk kelompok rawan atas akses jaminan sosial dan akses pelayanan Kesehatan<sup>42</sup>.

Pelaksanaan hak atas pemanfaatan asuransi kesehatan secara umum mengalami peningkatan pemerataan sejak terdapat program BPJS. ketersediaan fasilitas kesehatan untuk masyarakat marginal meningkat prosentasenya, namun kehadiran

---

41 Driscoll, Jenny. "The Rights of the Child: United Kingdom National Report." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 331-348. Springer, Cham, 2016.

42 Vandenhoe, Wouter. Article 26: the right to benefit from social security. Vol. 26. Martinus Nijhoff Publishers, 2007

asuransi kesehatan ini menimbulkan permasalahan terkait defisit anggaran yang sangat besar, hal ini disebabkan asuransi kesehatan ini keanggotaannya dapat dilakukan oleh semua warga negara tanpa terkecuali. meskipun idealnya ketersediaan jaminan sosial ini seharusnya hanya untuk lapisan masyarakat marginal diluar pemilik *private insurance*.

## 2. Keadaan Darurat Kesehatan (Pandemi dan Epidemi)

Penyakit menular yang disebabkan oleh Virus dengan ruang lingkup penderita yang sangat luas tersebar di beberapa negara bahkan diseluruh dunia sebenarnya bukan merupakan fenomena baru, misalnya malaria, penyakit saluran pernafasan seperti SARS, Ebola dll. negara-negara maju dan Organisasi internasional yang secara intensif bergerak dibidang kesehatan telah membahas terkait Hak anak yang seharusnya dipenuhi dalam keadaan tangga darurat yang sesungguhnya dijamin oleh Konvensi Hak Anak digolongkan menjadi beberapa jenis yakni: a. Hak Sipil dan Kemerdekaan; b. Hak untuk mendapat lingkungan keluarga dan pengasuhan alternatif; c. Hak atas kesehatan dan kesejahteraan dasar; d. hak atas Pendidikan, waktu luang dan kegiatan kebudayaan; e. Perlindungan khusus<sup>43</sup>. sedangkan untuk hak kesehatan dimaksud meliputi:

“Hak khusus anak difabel/orang dengan kecacatan (KHA pasal 23). Pada saat dan pasca bencana, anak-anak difabel berada dalam kerentanan khusus karena situasi kecacatan mereka. Saat terjadi bencana mereka mengalami kesulitan untuk menyelamatkan diri. Di samping itu, peristiwa bencana dapat mengakibatkan anak menjadi difabel baru. Saat pasca bencana kebutuhan khusus mereka seringkali terabaikan oleh bantuan masa tanggap darurat yang disalurkan. Oleh karena itu menjadi penting untuk merancang program yang memperhatikan kebutuhan khusus dari anak-anak difabel baik karena bencana atau tidak; Hak atas layanan kesehatan (KHA pasal 6 dan 24, UUPA pasal 8). Pada saat dan pasca bencana, anak-anak dihadapkan pada situasi yang dapat

---

<sup>43</sup> Absor, M. Ulil. "Penanganan anak dalam masa tanggap darurat bencana alam: tinjauan konvensi hak anak dan undang-undang perlindungan anak." Jurnal Dakwah 12, no. 1 (2011): 17-32.

mengancam tingkat kesehatan mereka. Hancur dan rusaknya fasilitas sanitasi, luka-luka akibat bencana alam ataupun lingkungan buruk pasca bencana alam menyebabkan dapat menurunkan tingkat kesehatan anak. Di sisi lain, hilangnya kemampuan orang tua memberikan asupan gizi yang layak dalam jangka panjang dapat mempengaruhi perkembangan fisik dan kesehatan anak. Oleh karena itu, program yang memberikan layanan kesehatan gratis bagi korban anak sangat dibutuhkan dalam situasi tanggap darurat. Pengalaman penanganan bencana selama ini menunjukkan banyak sekali program-program layanan kesehatan yang disediakan untuk korban bencana baik anak-anak maupun orang dewasa baik dari unsur pemerintah dan non-pemerintah; Hak atas standar penghidupan yang layak (KHA pasal 27). Dalam situasi pasca bencana, standar kehidupan yang layak bagi perkembangan jasmani, mental, spiritual, moral and sosial anak yang dalam situasi normal disediakan oleh orangtua/wali tidak terpenuhi akibat kerusakan sarana prasarana. Stakeholder khususnya Negara wajib memberikan bantuan material serta program dukungan, khususnya menyangkut nutrisi, pakaian dan penampungan sementara. Menyangkut bantuan tersebut, anak-anak memiliki kebutuhan sangat khusus terutama berkaitan dengan tingkat usia mereka. Pemenuhan hak dasar inilah dalam konteks tanggap darurat melalui bantuan logistic mendominasi model dan bentuk bantuan kemanusiaan yang diberikan oleh hampir semua stakeholder”<sup>44</sup>

Pengertian Endemic, Epidemi, dan Pandemi<sup>45</sup>:

*“An endemic infection has a natural distribution in a population. For example, plague is endemic in the Four Corners region of the United States, and malaria is endemic in parts of Africa; An epidemic is an outbreak of a disease that appears as new cases in a human population during a given period at a rate substantially exceeding what is expected, but it is usually limited in its geographic distribution. For example, HIV is said to be epidemic in Haiti and southeastern Africa; A pandemic is an epidemic that spreads across a large region or even worldwide.*

---

<sup>44</sup> Absor, M. Ulil. "Penanganan anak dalam masa tanggap darurat bencana alam: tinjauan konvensi hak anak dan undang-undang perlindungan anak." *Jurnal Dakwah* 12, no. 1 (2011): 17-32.

<sup>45</sup> Ryan, Jeffrey R. "Past pandemics and their outcome." *Pandemic Influenza: Emergency Planning and Community Preparedness*. Boca Raton: CRC Pr I Llc (2008): 3-23.

*Pandemics end when all or most of the population has been exposed to the disease and have either contracted the disease, died from it, or developed a subclinical infection that rendered them immune. The word “pandemic” comes from the Greek pan for all and demos for people; therefore, literally translated, pandemic means all-people”*

Perbedaan dari ketiga pengertian tersebut menurut Jeffrey R. Ryan, adalah cakupan dari wilayah terjadinya infeksi. pada lingkup yang paling kecil yakni lingkup daerah-daerah yang bagian dari satu negara merupakan pengertian endemic. sedangkan epidemi memiliki lingkup wilayah infeksi yang lebih luas yakni beberapa negara dalam satu regional ataupun satu benua. sedangkan untuk pandemic mencakup wilayah yang paling luas diantara yang lain, meliputi banyak negara bahkan diluar regional, ataupun bahkan seluruh dunia menjadi wilayah infeksi.

### **3. Tanggung jawab Negara dalam Pemenuhan Kesehatan Masyarakat**

Tanggung jawab negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan meliputi terdiri dalam 3 prinsip yakni kewajiban<sup>46</sup>:

1. *to respect*: Kewajiban negara untuk menjamin tidak adanya gangguan atas hak kesehatan secara langsung maupun tidak langsung. kewajiban negara dimaksud tertuang dalam bentuk bentuk tindakan seperti memastikan ketersediaan obat-obatan yang layak, penyediaan alat medis yang layak, memastikan kesediaan informasi kesehatan yang tidak disalah gunakan, serta memberikan kerahasiaan informasi kesehatan.
2. *to protect*: Kewajiban negara dalam menjamin tidak adanya gangguan dari pihak ketiga dalam pemenuhan hak atas kesehatan. bagaimana jaminan perlindungan ini berlaku? negara dapat mengatur ketentuan bagi pihak ketiga atau sektor swasta dalam melakukan produksi makanan dan obat-obatan yang harus sesuai dengan batas aman dan mencantumkan bahan-bahan apa saja yang digunakan dalam kemasan; kemudian negara juga harus menjaga masuknya sektor swasta

---

<sup>46</sup> Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization. "The Right to Health. Fact sheet no. 31." (2008).

untuk tidak timpang dalam pemenuhan pelayanan kesehatan bagi semua pihak termasuk didalamnya ketersediaan informasi kesehatan.

*to fulfil:* Kewajiban negara untuk menjamin hak kesehatan dalam berbagai sektor seperti produk legislative, peraturan administrative, anggaran, sektor yudisial, dan kampanye kesehatan termasuk sektor lain yang mendukung pemenuhan atas hak kesehatan. tindakan apa yang seharusnya dilakukan oleh negara? yakni melalui pengambilan kebijakan kesehatan nasional dan rencana nasional yang mencakup kewajiban sektor negara dan swasta, memastikan kesediaan pelayanan kesehatan, termasuk imunisasi dan program pencegahan dan pengurangan terhadap potensi disabilitas; memastikan akses terhadap kesehatan setara bagi setiap lapisan seperti akses terhadap makanan yang berkualitas, sanitasi, air bersih; memastikan tersedianya infrastruktur yang mendukung kesehatan reproduksi dengan tenaga medis yang memadai secara kualitas dan kuantitas; penyediaan informasi dan konseling terkait permasalahan kesehatan seperti HIV/AIDS, kecanduan *alcohol* dan obat-obatan terlarang serta bahan lain yang berbahaya.

Wujud dari tanggung jawab negara dalam dibidang kesehatan harus dilakukan baik dalam kondisi normal maupun dalam kondisi krisis. dalam kondisi krisis ketersediaan obat dan vaksin pada pandemi menjadi prioritas untuk menjamin hak kesehatan warga negaranya.

Secara khusus, Negara berkewajiban untuk menghormati hak atas kesehatan dengan, antara lain, menahan diri dari menolak atau membatasi akses yang sama bagi semua orang, termasuk tahanan atau tahanan, minoritas, pencari suaka dan imigran ilegal, untuk pencegahan, kuratif dan paliatif. pelayanan kesehatan; tidak melakukan praktik diskriminatif sebagai kebijakan negara; dan tidak melakukan praktik-praktik diskriminatif yang berkaitan dengan status dan kebutuhan kesehatan perempuan. Selanjutnya, kewajiban untuk menghormati termasuk kewajiban Negara untuk menahan diri dari melarang atau menghalangi perawatan pencegahan tradisional, praktik penyembuhan dan obat-obatan, dari pemasaran obat-obatan yang tidak aman dan dari menerapkan perawatan medis paksaan, kecuali atas dasar pengecualian untuk pengobatan penyakit mental atau pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Kasus-kasus luar biasa tersebut harus tunduk pada kondisi khusus dan membatasi,

menghormati praktik terbaik dan standar internasional yang berlaku, termasuk Prinsip Perlindungan Orang dengan Penyakit Mental dan Peningkatan Perawatan Kesehatan Mental.<sup>47</sup>

Selain itu, Negara-negara harus menahan diri dari membatasi akses ke alat kontrasepsi dan cara lain untuk menjaga kesehatan seksual dan reproduksi, dari menyensor, menahan atau dengan sengaja memberikan gambaran yang salah tentang informasi yang berhubungan dengan kesehatan, termasuk pendidikan dan informasi seksual, serta dari mencegah partisipasi orang dalam hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan. penting. Negara juga harus menahan diri untuk tidak mencemari udara, air dan tanah secara tidak sah, mis. melalui limbah industri dari fasilitas milik Negara, dari penggunaan atau pengujian senjata nuklir, biologi atau kimia jika pengujian tersebut menghasilkan pelepasan zat yang berbahaya bagi kesehatan manusia, dan dari pembatasan akses ke layanan kesehatan sebagai tindakan hukuman, mis. selama konflik bersenjata yang melanggar hukum humaniter internasional.

Kewajiban untuk melindungi termasuk, antara lain, kewajiban Negara untuk mengadopsi undang-undang atau untuk mengambil tindakan lain yang memastikan akses yang sama ke perawatan kesehatan dan layanan terkait kesehatan yang disediakan oleh pihak ketiga; memastikan bahwa privatisasi bidang kesehatan tidak mengancam ketersediaan, aksesibilitas, akseptabilitas, dan kualitas fasilitas, barang dan jasa kesehatan; pengendalian pemasaran alat kesehatan dan obat-obatan oleh pihak ketiga; dan untuk memastikan bahwa praktisi medis dan profesional kesehatan lainnya memenuhi standar pendidikan, keterampilan, dan kode etik yang sesuai. Negara juga berkewajiban untuk memastikan bahwa praktik sosial atau tradisional yang berbahaya tidak mengganggu akses ke perawatan sebelum dan sesudah melahirkan dan keluarga berencana; untuk mencegah pihak ketiga memaksa perempuan menjalani praktik tradisional, mis. mutilasi alat kelamin perempuan; dan mengambil langkah-langkah untuk melindungi semua kelompok masyarakat yang rentan atau terpinggirkan, khususnya perempuan, anak-anak, remaja dan orang tua, sehubungan dengan ekspresi kekerasan berbasis gender. Negara juga harus memastikan bahwa pihak

---

<sup>47</sup> para. 34

ketiga tidak membatasi akses masyarakat terhadap informasi dan layanan terkait kesehatan.<sup>48</sup>

Kewajiban untuk memenuhi mensyaratkan Negara Pihak, antara lain, untuk memberikan pengakuan yang memadai atas hak atas kesehatan dalam sistem politik dan hukum nasional, sebaiknya melalui implementasi legislatif, dan untuk mengadopsi kebijakan kesehatan nasional dengan rencana rinci untuk mewujudkannya. hak atas kesehatan. Negara harus memastikan penyediaan perawatan kesehatan, termasuk program imunisasi terhadap penyakit menular utama, dan memastikan akses yang sama untuk semua faktor penentu kesehatan yang mendasarinya, seperti makanan bergizi yang aman dan air minum yang dapat diminum, sanitasi dasar dan perumahan dan kondisi hidup yang memadai. Infrastruktur kesehatan masyarakat harus menyediakan layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk ibu yang aman, terutama di daerah pedesaan. Negara-negara harus menjamin pelatihan yang tepat bagi para dokter dan tenaga medis lainnya, penyediaan rumah sakit, klinik dan fasilitas kesehatan lainnya dalam jumlah yang memadai, dan promosi dan dukungan pendirian lembaga-lembaga yang menyediakan layanan konseling dan kesehatan mental, dengan pertimbangan yang tepat. tentang pemerataan distribusi di seluruh negeri. Kewajiban lebih lanjut termasuk penyediaan sistem asuransi kesehatan publik, swasta atau campuran yang terjangkau untuk semua, promosi penelitian medis dan pendidikan kesehatan, serta kampanye informasi, khususnya sehubungan dengan HIV/AIDS, kesehatan seksual dan reproduksi, praktek-praktek tradisional, kekerasan dalam rumah tangga, penyalahgunaan alkohol dan penggunaan rokok, obat-obatan dan zat berbahaya lainnya. Negara juga diharuskan untuk mengadopsi tindakan terhadap bahaya lingkungan dan kesehatan kerja dan terhadap ancaman lain seperti yang ditunjukkan oleh data epidemiologi. Untuk itu mereka harus merumuskan dan melaksanakan kebijakan nasional yang ditujukan untuk mengurangi dan menghilangkan pencemaran udara, air dan tanah, termasuk pencemaran oleh logam berat seperti timbal dari bensin. Selanjutnya, Negara-negara Pihak diharuskan untuk merumuskan, menerapkan dan secara berkala meninjau kebijakan nasional yang koheren untuk

---

<sup>48</sup> Para. 35



meminimalkan risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja, serta untuk memberikan kebijakan nasional yang koheren tentang layanan keselamatan dan kesehatan kerja.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> para. 36

### BAB III

#### Perbandingan Pelaksanaan Hak atas Kesehatan dan Asuransi kesehatan untuk Anak pada Masa Darurat Kesehatan

*infectious disease* beberapa kali telah menjadi ancaman yang mematikan di beberapa wilayah negara sekaligus. berawal dari penyakit baru yang menginfeksi manusia baik melalui air, udara maupun lingkungan yang tidak bersih seperti Malaria dan Chollera. dalam usahanya mencari obat dan treatment yang tepat untuk kemunculan penyakit tersebut, sehingga perlu dirumuskan kebijakan kesehatan global yang dapat memotong mata rantai penularan penyakit tersebut dengan cepat.

untuk merumuskan *action plan* yang tepat dapat dimulai dengan mempelajari pandemic apa saja yang telah dilalui. berikut beberapa ancaman penyakit tersebut, yakni:

##### a) SARS – China

SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) yang muncul pada tahun 2002 di china. Penyakit ini sempat menyebar dalam beberapa negara seperti Eropa, Amerika Utara (Amerika Serikat dan Kanada) dan 25 Negara di Asia. Respon Pemerintah China dengan kemajuan teknologi informasi serta Kerjasama yang baik dengan WHO untuk menerapkan tindakan penyebaran infeksi, kemudian informasi penanganan penyakit dapat dengan cepat Pandemi tersebut diatasi.

Respon WHO mendapatkan apresiasi dari dunia internasional pada penanganan Pandemi SARS merupakan tindakan penangan yang lebih cepat dibandingkan dengan penyebaran penyakit lain seperti *tuberculosis*, *malaria*, *cholera*, *influenza*, dll. respon tersebut dinilai merupakan keberhasilan menjawab tantangan dari dunia internasional, dimana kritik mewarnai Respon terkait penanganan Pandemi HIV/AIDS yang masih menyisakan permasalahan. di pertengahan tahun 2003 dari data terungkap penyakit ini menginfeksi sekitar dan kurang lebih 900 orang meninggal akibat SARS. kerugian perekonomian diperkirakan 30 milyar USD.

Barry Youngerman dalam *Pandemics and Global Health*<sup>50</sup> mengemukakan negara-negara pelajaran yang dapat diambil dari SARS yakni pentingnya keterbukaan data

---

<sup>50</sup> Youngerman, Barry. *Pandemics and global health*. Infobase Publishing, 2008.

dan Kerjasama dengan negara lain dan institusi kesehatan internasional untuk memutus pandemi.

b) AIDS-Africa

pandemic HIV/AIDS yang mulai menyebar pada tahun 1980-an, dan untuk negara-negara berkembang hingga kini masih berjuang untuk memutus mata rantai penularan penyakit tersebut. seperti negara-negara di Sub-sahara yang masih mamiliki angka kematian yang tinggi untuk HIV/AIDS, dibandingkan dengan penyakit lain seperti Malaria, Cholera, tuberculosis. WHO dianggap memiliki respon yang kurang tanggap terhadap HIV/AIDS namun program bantuan dari negara maju mengurangi angka infeksi dan penularan. pada tahun 2003 pada masa presiden Mbeki, afrika selatan memiliki program pengadaan obat generik untuk HIV/AIDS.

c) River Blindness - West Africa

wabah Onchocerciasis berasal dari microba di lingkungan yang tidak sehat, dan sebarakan oleh black flies. parasite yang dibawa tersebut perlu waktu beberapa tahun untuk menunjukkan gejala. infeksi penyakit ini memiliki gejala infeksi kulit, gangguan penglihatan permanen, hingga kematian. hingga pada 1982 perusahaan farmasi Merck memproduksi ivermectin, dimana obat tersebut dapat menghilangkan parasite sebanyak 99.5% untuk konsumsi selama 3 bulan, dan diperkirakan penderita akan sembuh usai mengkonsumsi selama 18 bulan<sup>51</sup>.

d) Malaria- India

Malaria menginfeksi untuk semua usia, akan tetapi kelompok usia tertentu memiliki kerentanan lebih, seperti anak. sama seperti Onchocerciasis wabah ini disebarkan oleh serangga, yakni nyamuk. di India dan beberapa negara di Afrika, Malaria memiliki korban jiwa hingga ratusan ribu jiwa. uniknya penyebaran malaria di India dapat ditekan oleh militer inggris, yang sedang bertugas diwilayah tersebut.

dari beberapa penyakit dengan pusat penyebaran maupun daerah yang memiliki tingkat infeksi yang tinggi, memiliki Langkah-langkah yang beragam. namun mengingat banyak lapisan masyarakat yang menjadi korban adalah masyarakat lapisan bawah di negara berkembang tentunya perlu dirumuskan kebijakan tepat baik dalam lingkup nasional maupun internasional. lebih konkretnya, penelitian ini akan melihat praktik yang ada di

---

<sup>51</sup> Youngerman, Barry. *Pandemics and global health*. Infobase Publishing, 2008.

beberapa negara. negara tersebut terdiri atas negara maju dan negara berkembang, yang memiliki kebijakan yang menarik untuk dikaji pada beberapa pandemic yang terjadi sebelum ini.

## 1. Afrika

### 1.1. Regulation

Afrika memiliki catatan yang cukup panjang dari Committee CRC untuk penegakkan hak atas kesehatan bagi anak-anak yang menjadi korban dari epidemi dan pandemic atas beberapa penyakit sekaligus. perhatian yang paling banyak adalah infeksi HIV/AIDS yang kemudian oleh dunia internasional ada aspek-aspek pemenuhan hak kesehatan yang digarisbawahi. dibawah payung *the UN Convention on the Rights of the Child (1989)* dan *the African Charter on the Rights and Welfare of the Child (1990)* yang menjadi perhatian utama adalah menurunkan transmisi virus HIV dari orang tua kepada bayi. dalam hal ini anak menjadi kelompok rentan yang perlu dilindungi dengan tindakan pencegahan penularan pada waktu kehamilan dan proses kelahiran dengan pemberian obat dan memberikan alternatif asi untuk menghindari transmisi:

*“The majority of new infections are to be found in adolescents and young people, on the one hand, and, on the other, transmission of the disease to newborns during the birth process means that babies and infants constitute another vulnerable group. More generally, all children can be rendered vulnerable to the effects of HIV/Aids through the loss of parental care-givers”.*

sedangkan untuk *the African Charter on the Rights and Welfare of the Child (1990)* pada article XVI. Cf article 19 yang mengatur terkait perlindungan terhadap anak terhadap kekerasan baik mental maupun fisik yang dialami oleh anak baik untuk tindakan medis byang merugikan karena kesengajaan maupun kelalaian, serta perlindungan terhadap pelecehan seksual pada proses pengasuhan oleh orang tua maupun wali. namun konvensi tersebut perlu untuk ditambahkan lagi

untuk perlindungan anak pada awal masa hidupnya untuk konvensi tersebut<sup>52</sup>. meskipun terdapat kritik terkait keberadaan Konvensi Afrika ini masih sangat diharapkan dapat melindungi hak anak, para pemerhati HAM menganggap konvensi ini sangat potensial pada masa depan dalam penegakan HAM khususnya untuk anak.

melihat bahwa MDG (*Millennium Development Goals*) untuk kesehatan yang masih menjadi pekerjaan rumah bagi negara-negara di Afrika baik negara yang berada di wilayah sub-sahara maupun afrika selatan yakni mengurangi angka kematian kelahiran, meningkatkan kesehatan reproduksi, dan memerangi beberapa penyakit yang menjadi epidemi maupun pandemic<sup>53</sup>. data UNAIDS menunjukkan bahwa negara sub-sahara afrika masih menduduki rangking tertinggi dalam pandemic HIV-AIDS, dan menduduki jumlah yang tinggi untuk maternal death terkait HIV/AIDS yakni 10%, dan Caribia menduduki peringkat setelahnya yakni 6%<sup>54</sup>. tingginya angka penularan dan kematian baik ibu dan bayi dalam pandemic HIV ini membuat pemerintah Namibia memaksa perempuan untuk melakukan pencegahan kehamilan untuk mencegah transmisi virus pada saat kehamilan dan melahirkan dan mencegah tingginya praktik aborsi. hingga pada akhirnya terdapat kasus yang diputus oleh pengadilan Namibia, bahwa praktik pemaksaan kontrasepsi tersebut dinyatakan illegal dan harus melalui persetujuan dari pasien, sehingga tindakan pemaksaan tersebut tidak boleh dilakukan semata-mata untuk pencegahan.

sebenarnya apa yang menjadi faktor yang menyebabkan afrika masih berjuang untuk mewujudkan MDG terkait kesehatan reproduksi dan penularan HIV/AIDS? terdapat 3 faktor yakni<sup>55</sup>:

- a) terbatasnya alokasi anggaran untuk kesehatan

---

<sup>52</sup> Olowu, Dejo. "Protecting children's rights in Africa: a critique of the African Charter on the Rights and Welfare of the Child." *Int'l J. Child. Rts.* 10 (2002): 127.

<sup>53</sup> Mirugi-Mukundi, Gladys. "A Human Rights-based Approach to Realising Access to Sexual and Reproductive Health Rights in sub-Saharan Africa." In *Litigating the Right to Health in Africa*, pp. 57-84. Routledge, 2016.

<sup>54</sup> Mirugi-Mukundi, Gladys. "A Human Rights-based Approach to Realising Access to Sexual and Reproductive Health Rights in sub-Saharan Africa." In *Litigating the Right to Health in Africa*, pp. 57-84. Routledge, 2016.

<sup>55</sup> Mirugi-Mukundi, Gladys. "A Human Rights-based Approach to Realising Access to Sexual and Reproductive Health Rights in sub-Saharan Africa." In *Litigating the Right to Health in Africa*, pp. 57-84. Routledge, 2016.

- b) lemahnya sistem kesehatan secara umum
- c) terbatasnya tenaga medis yang terdidik dan terlatih

bahwa terlepas dari tindakan pencegahan diatas general comment dari CRC telah memikirkan Langkah Langkah lain yakni perlindungan dan keterlibatan pemerintah untuk kelompok rentan (pasal 20), perwujudan hak kesehatan (Pasal 24), hak terkait Langkah-langkah pencegahan dibidang kesehatan, *sex education* dan peran keluarga dalam pendidikan (pasal 24f).

namun salah satu hambatan dari aspek lingkungan bahwa pengobatan HIV/AIDS memiliki diskriminasi gender pada perempuan yang terikat pada perkawinan maupun tidak sehingga akses untuk pencegahan penularan tersebut seringkali diabaikan. sehingga committee CRC kembali menekankan Pasal 17 terkait hak untuk perseorangan warganegara dibawah 18 tahun untuk mendapatkan informasi seputar Langkah-langkah yang diperlukan untuk pencegahan penularan HIV (baik konseling maupun proses test, serta negara wajib memfasilitasi ketersediaan kontrasespsi yang terjangkau bagi seluruh kalangan). selain itu committee CRC juga mewajibkan test HIV/AIDS untuk ibu hamil dan program pencegahan penularan dari ibu ke bayi *mother-to-child transmission* (MTCT)<sup>56</sup>.

hal lainnya yang menjadi permasalahan yang dipikirkan adalah batas usia anak dapat dinyatakan produktif secara seksual. efek dari pengaturan ini ketersediaan terhadap akses Langkah preventif tersebut. kemudian Langkah apa yang dapat diberikan ketika seorang anak telah tertular dari orang tuanya? informasi dan konseling sangat dibutuhkan hingga seorang anak paham terkait penyakit yang dihadapi. dan terkait planning jangka panjang dalam hidupnya untuk mendapat akses perawatan yang memadai. tentunya ukuran apakah akses tersebut telah terpenuhi oleh negara sebagai pelaksana adalah melalui prinsip kepentingan terbaik untuk anak. monitoring untuk bayi (baik positif maupun negatif) setelah hasil test perlu dilakukan untuk menjamin terpenuhinya hak kesehatan dan hak hidup.

melihat kembali pada Section 27.1a konstitusi Afrika selatan sebenarnya telah tercantum dengan jelas terkait tanggung jawab pemenuhan hak kesehatan "The

---

<sup>56</sup> Sloth-Nielsen, Julia. "Of Newborns and Nubile: Some Critical Challenges to Childrens Rights in Africa in the Era of HIV/Aids." In *Children's Health and Children's Rights*, pp. 73-85. Brill Nijhoff, 2006.

right to have access to basic health care services, including reproductive health care, is also enshrined in the 1996 Constitution”<sup>57</sup>. Braveman dan Gruskin dalam pandemic maupun epidemi menyatakan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan merupakan tanggung jawab negara baik tindakan pencegahan, melakukan kontrol penularan penyakit, serta pemenuhan fasilitas kesehatan. *“The right to health implies that the government is responsible for prevention, treatment and control of diseases and the creation of conditions to ensure access to health facilities, goods and services required to be healthy”*<sup>58</sup>. dalam pandemic HIV/AIDS tanggung jawab pemerintah tidak hanya berhenti disitu, pemerintah harus memastikan bahwa akses terhadap fasilitas dan perawatan medis dapat dijangkau oleh lapisan masyarakat yang paling rentan.

lantas faktor apa yang mempengaruhi kondisi pandemi HIV/AIDS di Afrika Selatan? untuk melihat kondisi secara keseluruhan perlu melihat<sup>59</sup>:

1. stereotipe yang ada dalam masyarakat terhadap kaum perempuan yang terinfeksi HIV/AIDS, alasan tersebut yang membuat akses kesehatan menjadi terbatas.
2. merespon hal ini pemerintah Afrika Selatan bersama TRIPS memproduksi obat generic dan mengambil kebijakan untuk mengurangi diskriminasi tersebut. Program ARV untuk treatment AIDS
3. Namun pad kebijakan penggunaan obat ARV dan treatment HIV/AIDS terdapat hambatan terkait infrastruktur
4. dan terakhir pada program obat nevirapine sebagai pencegahan penularan dari ibu hamil pada bayi, ini juga menemui hambatan yakni perlakuan diskriminatif gender dan obat tersebut tersedia terbatas. sehingga untuk merespon pandemic, tindakan yang dilakukan oleh pemerintah masih harus ditingkatkan.

---

<sup>57</sup> Konstitusi Afrika Selatan Section 27. 1a

<sup>58</sup> Maharaj, Pranitha, and Benjamin Roberts. "Tripping up: AIDS, pharmaceuticals and intellectual property in South Africa." *Trading Women's Health and Rights? Trade Liberalization and Reproductive Health in Developing Economies* (2006): 212-234.

<sup>59</sup> Maharaj, Pranitha, and Benjamin Roberts. "Tripping up: AIDS, pharmaceuticals and intellectual property in South Africa." *Trading Women's Health and Rights? Trade Liberalization and Reproductive Health in Developing Economies* (2006): 212-234.

bukan hanya Afrika Selatan yang kesulitan untuk mengurangi angka kematian dan memperpanjang harapan hidup untuk penderita HIV/AIDS, beberapa negara maju juga kesulitan memutus mata rantai pada pandemic HIV/AIDS. penyebab utama adalah ARV dan treatment HIV yang belum terjangkau (dikarenakan paten yang mengakibatkan harganya tidak terjangkau), dan kebutuhan sehari-hari akan nutrisi, air bersih dan pemukiman yang layak belum dapat terpenuhi.

hingga pada akhirnya pemerintah Afrika Selatan mengeluarkan *The South African Medicines and Related Substances Control Amendment Act (No. 90 of 1997)* yang memberikan jaminan obat tersebut dapat diakses dan dapat terjangkau oleh seluruh kalangan. dan pada akhirnya atas desakan WTO, TRIPS, dan Pemerintah serta media dan aktivis perusahaan farmasi menyepakati untuk menjalin kesepakatan dan membantu obat-obatan yang esensial bagi negara-negara berkembang. meskipun dalam perjalanannya Afrika Selatan juga dituntut oleh beberapa perusahaan farmasi terkait paten obat untuk HIV/AIDS. dan penyelesaiannya Afrika Selatan harus mengimport obat HIV/AIDS yang lebih murah dan membangun industri farmasi untuk memproduksi obat secara mandiri<sup>60</sup>.

### **1.2. case law**

terkait test dan partisipasi anak dalam treatment medis yang diperoleh untuk anak yang terindikasi virus HIV/AIDS Pengadilan Afrika Selatan<sup>61</sup> memutuskan bahwa anak diatas usia 14 tahun dapat menempuh test secara mandiri tanpa persetujuan orang tua maupun wali. tidak hanya itu anak diatas usia 14 tahun juga memperoleh kemerdekaan untuk mengambil treatment apa yang dapat ditempuh oleh anak yang terinfeksi HIV/AIDS. sedangkan untuk anak yang berada dibawah usia tersebut harus dibawah pengawasan orangtua/wali dalam menempuh treatment maupun test tersebut. putusan tersebut juga membahas terkait treatment medis yang menggunakan *anti-retroviral therapy* untuk HIV untuk anak dan orangtua yang

---

<sup>60</sup> Maharaj, Pranitha, and Benjamin Roberts. "Tripping up: AIDS, pharmaceuticals and intellectual property in South Africa." *Trading Women's Health and Rights? Trade Liberalization and Reproductive Health in Developing Economies* (2006): 212-234.

<sup>61</sup> South African court in 2003, in the case of *Ex Parte Nigel Redman NO* (unreported case 03/14083).<sup>14</sup> Existing provisions of the Child Care Act 74 of 1983 provide that a child aged over 14 years may grant consent to medical treatment dalam Sloth-Nielsen, Julia. "Of Newborns and Nubile: Some Critical Challenges to Children's Rights in Africa in the Era of HIV/Aids." In *Children's Health and Children's Rights*, pp. 73-85. Brill Nijhoff, 2006



terinfeksi. putusan ini juga mengakomodir hak hak anak yang tidak memiliki orang tua maupun wali untuk mendapatkan akses medis terbaik yang bisa dicapai. untuk anak dibawah usia 14 tahun maka persetujuan tersebut beralih kepada tenaga medis yang menangani dengan memperhatikan prinsip kepentingan terbaik untuk anak. isu hukum tersebut pada akhirnya menjadi perhatian dunia internasional untuk mereduksi kasus-kasus penularan dari anak maupun yatim piatu yang orangtua atau pengasuh mereka terinfeksi HIV/AIDS.

seperti yang telah disebutkan dalam pendahuluan Mahkamah Konstitusi Afrika Selatan telah memutus tentang pemakaian obat Nevirapine dalam penggunaan untuk menurunkan penularan dari ibu kepada bayi. dalam kasus tersebut persoalan lainnya adalah pada pembatasan distribusi obat nevirapine yang dianggap melanggar aksesibilitas terhadap hak kesehatan yang dijamin oleh konstitusi Afrika selatan<sup>62</sup>. kasus lain yang tidak kalah pentingnya untuk diketahui adalah kasus terkait pembatasan awak kabin yang terinfeksi HIV/AIDS dan berlaku pemutusan hubungan kerja. kasus tersebut merupakan kasus *Hoffmann v South African Airways* dengan No. 2001 1 SA 1 (CC)<sup>63</sup> dimana MK Afrika Selatan berpendapat bahwa sikap diskriminasi tersebut inkonstitusional, hal ini yang mendukung hak untuk mendapat penghidupan yang layak.

### 1.3. Afrika pada Pandemi Covid-19

pra kondisi SARS-COV II Afrika telah mengalami beberapa penyebaran penyakit yang belum sepenuhnya teratasi, lalu bagaimana kondisi Afrika dalam merespon Covid-19? Berikut kebijakan yang diterapkan oleh pemerintah Afrika Selatan:

*“South Africa has been significantly affected by the COVID-19 pandemic, with the country implementing one of the strictest lockdowns globally. Having declared a State of National Disaster on March 15, the country went into a total lockdown on March 26 –designated Level 5 restrictions– with only essential travel and*

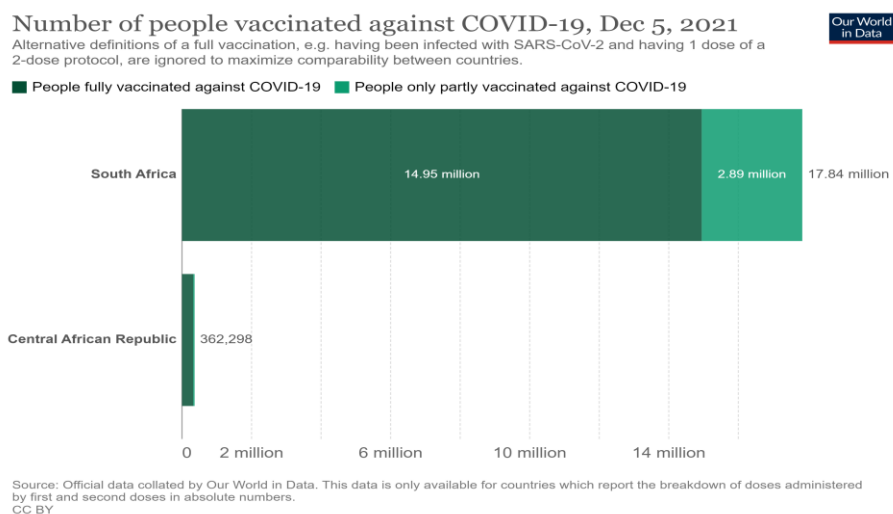
---

<sup>62</sup> Grootboom and Others v Government of the Republic of South Africa and Others (Grootboom) dalam Annas, George J. "The right to health and the nevirapine case in South Africa." *New England Journal of Medicine* 348, no. 8 (2003): 750-754.

<sup>63</sup> Broster, Emma Justine. "Litigating the Right to Health Care in South Africa." In *Litigating the Right to Health in Africa*, pp. 113-132. Routledge, 2016.

services allowed This was later reduced to level 4 (the second highest level of restrictions which also involved significant restrictions on movement and economic activities) between 1 and 31 May. Level 3 restrictions, which allowed for some non-essential economic activities, only commenced on 1 June, lasting until 17 August, with the current level 2 restrictions commencing on 18 August 2020. Thus, over the last few months since the coronavirus pandemic in South Africa, there has been a significant drop in economic activities.”<sup>64</sup>

pernyataan keadaan darurat yang telah diumumkan oleh pemimpin negara yang diikuti pemberlakuan protokol internasional pada yang diterapkan untuk karantina keadaan darurat/ bencana. Pembatasan Level 5 diberlakukan untuk pemberlakuan Lockdown secara menyeluruh, izin berpergian hanya untuk kepentingan yang mendesak. level 4 pembatasan untuk aktifitas ekonomi dan berpergian. dan level 3 untuk pembatasan hanya untuk aktifitas perekonomian yang non-esensial. lalu bagaimana dengan fasilitas kesehatan. berikut data terkait program vaksinasi Covid-19 terbaru yang bersumber dari Our World in Data:



<sup>64</sup> Dlamini-Zuma N. Disaster Management Act: Declaration of a state of disaster. 2020. Government Gazette No. 43096. Pretoria: Department of Cooperative Governance and Traditional Affairs; 2020. dan South African Government. COVID-19 / Novel Coronavirus 2020. Available from: <https://www.gov.za/Coronavirus>. [cited 2020 19 August]. dalam Nwosu, Chijioke O., and Adeola Oyenubi. "Income-related health inequalities associated with the coronavirus pandemic in South Africa: A decomposition analysis." *International Journal for Equity in Health* 20, no. 1 (2021): 1-12.



## 2. Amerika Serikat

### 2.1. Regulasi dan kebijakan terkait kesehatan

untuk regulasi dan kebijakan tindakan pencegahan Amerika Serikat memiliki banyak regulasi maupun action plan untuk penyakit menular seperti, Influenza, Chollera, Yellow Fever, dsb.

Centers for Disease Control dan organisasi pemerintah lain seperti the National Center for Infectious Diseases (NCID), the National Center for Immunization and Respiratory Disease, and the National Center for HIV, STD (sexually transmitted diseases), and TB Prevention. keempat organisasi tersebut disebut the Communicable Disease Center yang berdiri pada 1946. organ pemerintah tersebut yang bertugas untuk merespon pandemic.

The National Institutes of Health dimana organisasi tersebut yang bertanggung jawab untuk melakukan penelitian terhadap penyakit-penyakit yang Muncul. NIH bekerjasama dengan dengan universitas untuk melakukan penelitian terhadap penyakit dan otensi penyakit. selain organisasi tersebut diatas terdapat PDA dan tenaga medis untuk melakukan pelayanan medis.

### 2.2 Pandemi yang telah terjadi

Pandemi dan epidemi yang pernah menjangkit Amerika Serikat<sup>65</sup>

DISEASE	KETERANGAN
Smallpox (1721)	Epidemi, Boston, kurang lebih menginfeksi 5.980 Jiwa, 844 jiwa meninggal.
Yellow Fever (1793)	Pandemi, Philadelphia, fatality cases 4000 jiwa.
Chollera (1832)	Korban jiwa lebih dari 10.000 jiwa, Pandemi terjadi tahun 1849, 1866 dan 1873
Tuberculosis (TB) (19 <sup>th</sup> )	Penyakit ini masih ditemukan hingga 21 <sup>st</sup> century

<sup>65</sup> Youngerman, Barry. *Pandemics and global health*. Infobase Publishing, 2008. h.32-35

century)	
Polio (1894)	Hingga tahun 1953 tes dilakukan dan penyakit ini menginfeksi sekitar 22.000 kasus
Legionnaires Disease and Swine Flu (1976)	Pneumonia akut disebabkan bakteri yang tersebar pada the American Legion held a convention in Philadelphia, dengan tingkat kematian yang tinggi, namun berhasil dipadamkan dengan karantina

pandemic dan epidemi yang masih pada masa penanganan<sup>66</sup>:

<b>DISEASE</b>	<b>KETERANGAN</b>
HIV/AIDS (1981)	Di tahun 2005 HIV/AIDS mengjangkit sekitar 13% dari jumlah populasi; 2006 sekitar 550.000 orang meninggal; hingga kini masih terdapat kasus infeksi HIV.
Hepatitis A, B, and C (2007)	kill about 15,000 people a year in the United States; hingga tahun 2007 vaksin dilakukan testing untuk dapat diterapkan pada manusia. hingga kini vaksin yang tersedia untuk Hepatitis A dan B.
Influenza (Flu)	Pertahunnya sekitar 200.000 orang mendapatkan treatment kesehatan dirumah sakit, dan 36.000 Jiwa meninggal dikarenakan influenza Sebagian besar merupakan bayi, lansia dan orang yang mempunyai penyakit kronis.

### 2.3. Covid-19

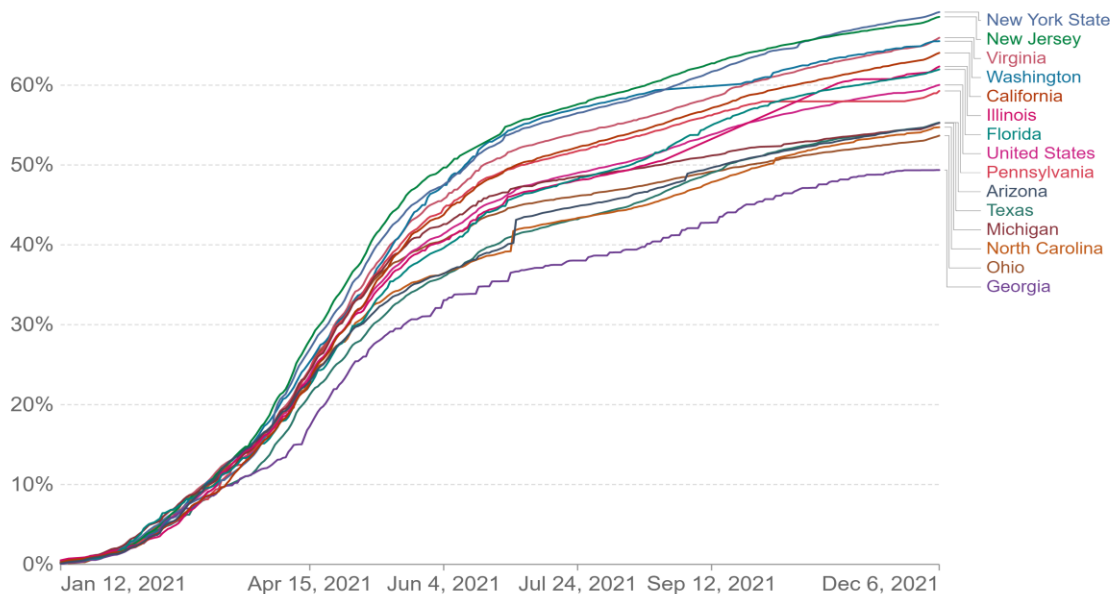
Perkembangan Vaksin di Amerika Serikat<sup>67</sup>

<sup>66</sup> Youngerman, Barry. *Pandemics and global health*. Infobase Publishing, 2008.

<sup>67</sup> US COVID-19 Vaccination Data Explorer. Download the Our World in Data. data dapat diakses melalui <https://ourworldindata.org/us-states-vaccinations>

### US: Share of the population fully vaccinated against COVID-19

Share of the total population that have received all doses prescribed by the vaccination protocol.

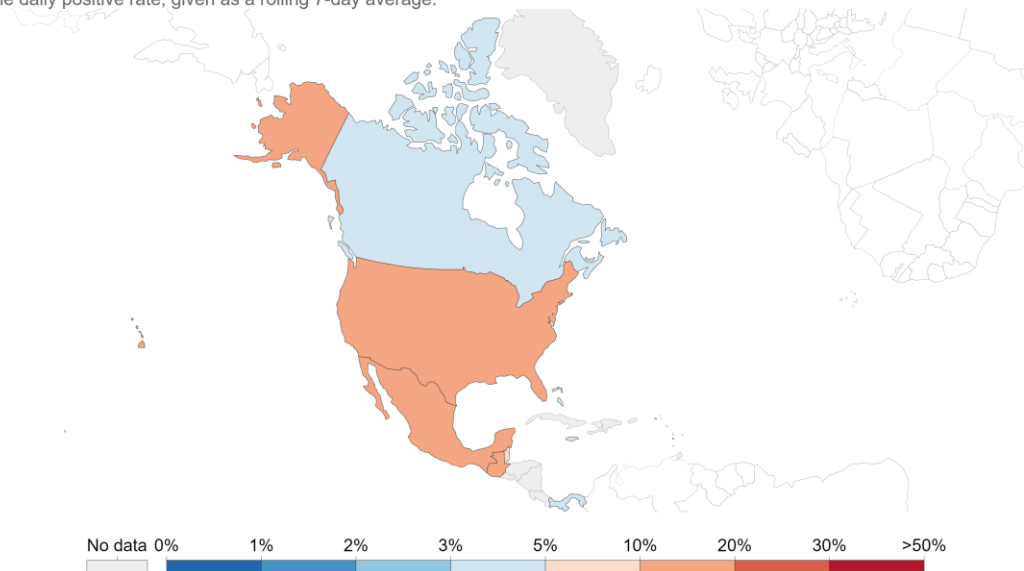


Source: Centers for Disease Control and Prevention

CC BY

### The share of COVID-19 tests that are positive

The daily positive rate, given as a rolling 7-day average.



Source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 6 December 2021, 16:00 (London time)  
 Note: Comparisons of testing data across countries are affected by differences in the way the data are reported. Daily data is interpolated for countries not reporting testing data on a daily basis. Details can be found at our Testing Dataset page  
 OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

### 3. Inggris

#### 3.1 pemenuhan hak kesehatan pada kondisi normal

Inggris melakukan jaminan terhadap penegakkan hak kesehatan untuk anak dengan mengadopsi CRC, selain itu pemerintah Inggris memiliki program asuransi kesehatan dimana wajib untuk diikuti oleh orang tua dan anak dalam "*the Children's National Service Framework*". hingga tahun 2001 organisasi kesehatan Inggris berkomitmen untuk memperkuat hak anak dengan melibatkannya dalam pengambilan keputusan untuk tindakan medis. tapi ternyata untuk pelibatan anak dalam pengambilan keputusan untuk tindakan medis masih mendapat kritik Committee CRC yang menilai masih belum ada standar yang bisa dijadikan ukuran. untuk ukuran bagaimana seorang anak dapat dikategorikan untuk melakukan turut serta dalam pengambilan keputusan medis, dapat dilihat dalam 4 kategori yakni<sup>68</sup>:

1. mendapat informasi yang cukup
2. menyatakan pendapat
3. dapat mempengaruhi keputusan medis yang diambil
4. menjadi pengambil putusan utama

informasi yang cukup ini meliputi informasi terkait siapa saja yang berhak untuk bertanggungjawab untuk setiap tindakan medis yang diambil serta memberikan informasi terkait konsekuensi atas tindakan medis tersebut. kemudian informasi apa saja yang perlu diberikan? menurut *Bradding and Horstman*<sup>69</sup>, hak atas informasi tersebut harus dipenuhi sejak awal (diagnosis) hingga akhir treatment:

*"found that chronically ill children had information needs within four domains: diagnosis, treatment, prognosis and "supportive", the need for honest, accurate information given within a supportive environment was evident"*.

pada sisi yang lain hak atas informasi atas tindakan medis juga meliputi informasi fisik dan psikologis. Fisik dimaksud adalah kondisi/keadaan pasien, kondisi fisik

---

<sup>68</sup> Franklin, Anita, and Patricia Sloper. "Listening and responding? Childrens participation in health care within England." In *Children's Health and Children's Rights*, pp. 11-29. Brill Nijhoff, 2006.

<sup>69</sup> Franklin, Anita, and Patricia Sloper. "Listening and responding? Childrens participation in health care within England." In *Children's Health and Children's Rights*, pp. 11-29. Brill Nijhoff, 2006.

manusia pada umumnya, perawatan, tes dan metode diagnose, management exacerbation, faktor gaya hidup, penelitian dan pengetahuan yang mendukung informasi seputar penyakit. untuk faktor psikologi yang harus diketahui adalah mengelola emosi, menerima untuk hidup bersama penyakit yang diderita serta penyakit yang belum terjawab, menjaga *support system* dari keluarga, sekolah, dan lingkungan hidup yang lain, diet dan pembatasan lain dalam kehidupan sehari-hari, serta rencana penyembuhan penyakit jangka panjang.

permasalahan lainnya adalah terkait dengan akses mekanisme pada anak untuk berpartisipasi pada tindakan medis sudah mulai diperhatikan dalam *the 1989 Children Act* dan *the 1990 NHS and Community Care Act* dimana hak tersebut sebelumnya hanya diperoleh untuk orang dewasa saja. Alderson and Montgomery<sup>70</sup> meletakkan partisipasi anak dalam dua bagian, partisipasi pada tindakan medis untuk perseorangan dan partisipasi pada kebijakan publik dalam bidang kesehatan. dalam partisipasi individual tersebut oleh pemerintah Inggris sudah menerapkan pada beberapa kasus untuk anak yang menderita penyakit berat dan memerlukan perawatan jangka panjang. dan ditemukan beberapa kesimpulan bahwa anak perempuan lebih kooperatif dalam proses pengambilan keputusan tersebut, kemudian kelompok disabilitas lebih terpenuhi aspirasinya setelah pemerintah lokal turut berpartisipasi dikarenakan terdapat keterbatasan Bahasa dan kebudayaan. hal tersebut juga dialami oleh kelompok etnis minoritas<sup>71</sup>. kesulitan lain yang menjadi permasalahan adalah terkait bukti partisipasi anak dalam keputusan medis tersebut.

### 3.2. Pandemi dan Epidemi

Data penduduk United Kingdom yang telah menjalani program Vaksin<sup>72</sup>:

---

<sup>70</sup> Franklin, Anita, and Patricia Sloper. "Listening and responding? Childrens participation in health care within England." In *Children's Health and Children's Rights*, pp. 11-29. Brill Nijhoff, 2006.

<sup>71</sup> Franklin, Anita, and Patricia Sloper. "Listening and responding? Childrens participation in health care within England." In *Children's Health and Children's Rights*, pp. 11-29. Brill Nijhoff, 2006

<sup>72</sup> Statistics and Research Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. dapat diakses melalui <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=-GBR>

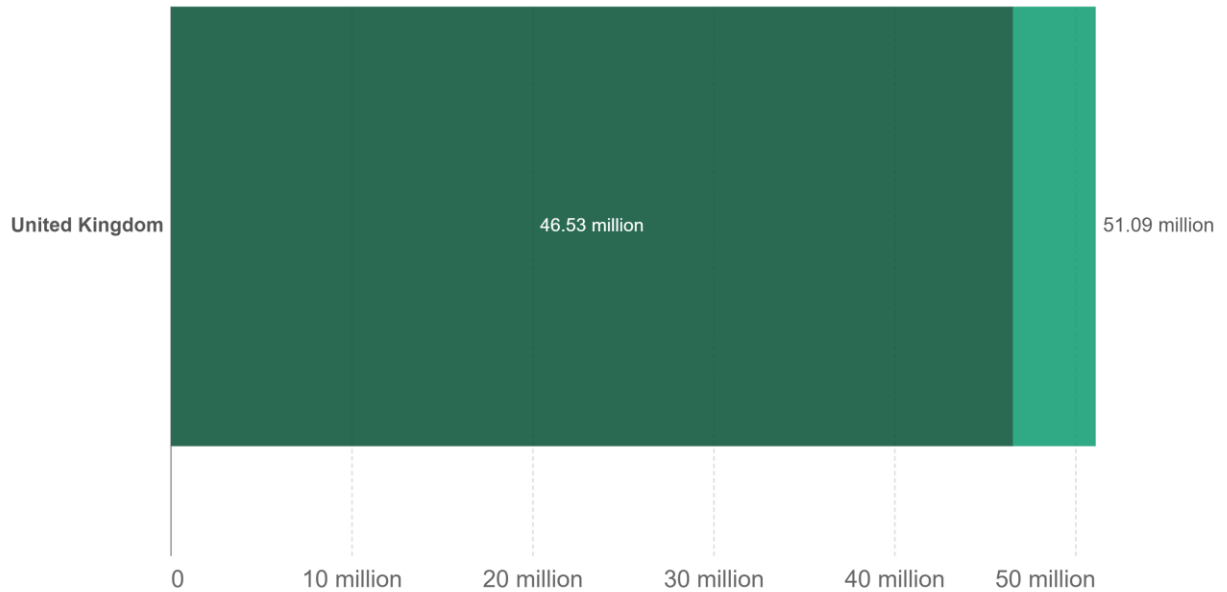


## Number of people vaccinated against COVID-19, Dec 4, 2021

Alternative definitions of a full vaccination, e.g. having been infected with SARS-CoV-2 and having 1 dose of a 2-dose protocol, are ignored to maximize comparability between countries.



■ People fully vaccinated against COVID-19 ■ People only partly vaccinated against COVID-19



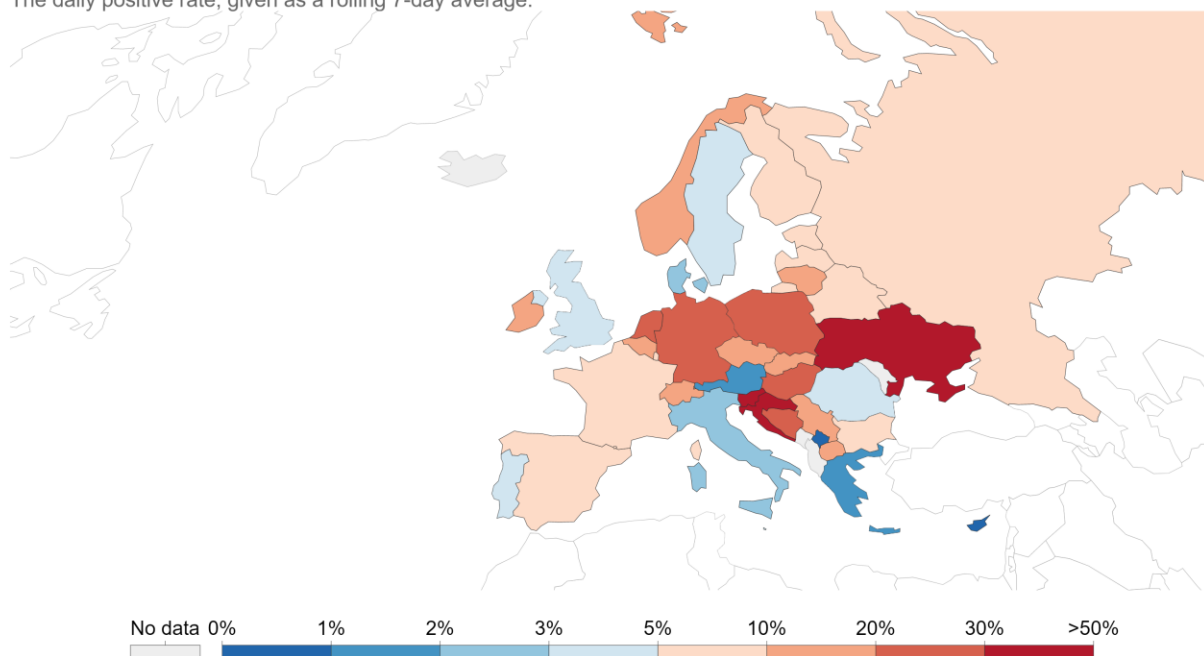
Source: Official data collated by Our World in Data. This data is only available for countries which report the breakdown of doses administered by first and second doses in absolute numbers.  
CC BY

sedangnya kasus Covid 19 dengan pembandingan negara-negara di Eropa:

## The share of COVID-19 tests that are positive

The daily positive rate, given as a rolling 7-day average.

Our World  
in Data



Source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 6 December 2021, 16:00 (London time)

Note: Comparisons of testing data across countries are affected by differences in the way the data are reported. Daily data is interpolated for countries not reporting testing data on a daily basis. Details can be found at our Testing Dataset page  
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

berdasarkan laporan data per-desember 2021 kasus yang dinyatakan positif sebanyak 4.5%, dan jumlah kasus COVID-19 di kalangan anak sekolah berdasarkan usianya dalam sepekan hingga 17 Oktober 2021<sup>73</sup>:

- Untuk usia 10-19 tahun, kasusnya naik dari 1.134 menjadi 1.366 kasus
- Untuk usia 5-9 tahun, kasusnya naik dari 585 menjadi 719 kasus

<sup>73</sup> Baca artikel detikHealth, "Ambyar! COVID-19 Ngamuk di Inggris, Kasus Usia Anak Ikut Melonjak" selengkapnya <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-5778064/ambyar-covid-19-ngamuk-di-inggris-kasus-usia-anak-ikut-melonjak>.

#### 4. Organisasi Internasional

##### 4.1. WHO, WTO, TRIPS, DCVMN (Organisasi Vaksin), dan Public Global Health

kondisi pandemic dan epidemi telah beberapa kali dialami baik Black Death maupun wabah kolera, serta beberapa kali wabah yang menyerang saluran pernafasan seperti MERS, SARS, maupun SARS-COV II. berdasarkan pengalaman pandemic dan epidemi yang telah terlewat tersebut dunia internasional telah banyak mengambil kebijakan terkait *public global health*, baik dalam international conference, mendirikan organisasi non-profit, Kerjasama antar negara dll.

seperti *the international sanitary conference*<sup>74</sup> merespon wabah Cholera, dimana hasil dari pertemuan tersebut menentukan sistem sanitasi, serta cikal bakal peraturan untuk melakukan karantina terhadap perseorangan, tempat dan alat transportasi publik. dimana wabah kolera diperkirakan menyebar melalui sistem sanitasi yang buruk, yang dibawa melalui perdagangan antar bangsa melalui kapal. sehingga poin kesepakatan dari konferensi tahun 1851 tersebut sebagai berikut:

1. *The obligation of ship owners to maintain ship sanitation standards;*
2. *The obligation of ship officers to maintain a log on the health of crew and passengers;*
3. *The obligation of port authorities to allow passengers to land if the ship possessed a clean bill of health;*
4. *The obligation of port authorities to provide lazarettos with good facilities for diseased passengers;*
5. *The right of inspection of ships in ports;*
6. *The right to issue and inspect bills of health; and*
7. *The right of port authorities to enforce quarantines for passengers from infected vessels for a specified number of days*

perkembangan selanjutnya dalam *Public Global Health* adalah pembentukan peraturan terkait mengontrol penyebaran penyakit namun beralih kepada peraturan terkait kesehatan. kemudian dalam *The Politics Of Global Health Governance* disebutkan pula semakin berkembangnya penyakit yang ada maka perkembangan

---

<sup>74</sup> Zacher, Mark, and Tania J. Keefe. *The politics of global health governance: united by contagion*. Springer, 2008.

dunia kesehatan untuk merespon penyakit tersebut dapat dibagi kedalam tahapan *prevent, diagnose, treat, and cure diseases*. dan ancaman penyakit tersebut biasanya hadir kedalam tiga kategori yakni penyakit baru, penyakit yang muncul kembali, serta bioterrorism.

*“Human health is a dynamic field of study. New and improved medical knowledge continuously enhances our ability to prevent, diagnose, treat, and cure diseases. However, as quickly as we learn new ways to protect ourselves, new threats emerge. There are three contemporary challenges to disease containment: emerging (or new) diseases, reemerging diseases (often owing to the development of antimicrobial resistance), and threat of bioterrorism, which has garnered significant attention in recent years.”<sup>75</sup>*

dari ketiga ancaman tersebut memiliki karakteristik bahaya masing-masing, dimana untuk penyakit baru untuk tindakan preventif dan pengobatan belum diketahui. sedangkan untuk *reemerging disease* ini sebenarnya metode pengobatan dan pencegahan sudah ditemukan, akan tetapi mungkin penyakit tersebut kembali menjadi ancaman dikarenakan faktor lingkungan, dll. sedangkan *bioterrorism* dbisa menjadi ancaman yang paling berbahaya, meskipun sebenarnya metode pencegahan dan pengobatan biasanya sudah diketahui.

*“The third contemporary challenge to disease containment is bioterrorism, which can be defined as the deliberate release of viruses, bacteria, or other germs used to cause illness or death in people, animals, or plants to advance the political, social, or religious aims of the group.”<sup>76</sup>*

dengan digunakannya internet, email, dan akses informasi antar negara semakin lancar, maka WHO berhasil menghimpun data dari berbagai negara terkait endemic,

---

<sup>75</sup> Zacher, Mark W., and Tania J. Keefe. "Disease Containment: Surveillance Systems, Emergency Responses, and Transborder Regulations." In *The Politics of Global Health Governance*, pp. 43-75. Palgrave Macmillan, New York, 2008.

<sup>76</sup> Zacher, Mark W., and Tania J. Keefe. "Disease Containment: Surveillance Systems, Emergency Responses, and Transborder Regulations." In *The Politics of Global Health Governance*, pp. 43-75. Palgrave Macmillan, New York, 2008.

epidemi dan pandemic yang sedang terjadi. Basis data yang biasanya dikelola negara, dan negara yang menjadi tumpuan ketika terjadi darurat kesehatan, maka pada tahun 1990 an hingga sekarang organisasi-organisasi internasional bisa lebih berperan menghadapi kondisi pandemic maupun epidemi. Wabah influenza ataupun penyakit saluran pernafasan yang seringkali mewabah hingga akhirnya WHO mendirikan the WHO Global Influenza Surveillance Network yang pada akhirnya mengumpulkan informasi yang banyak dari berbagai negara. hingga dengan metode itu dibentuklah the Program for Monitoring Emerging Diseases (ProMED) pada 1993<sup>77</sup>.

lalu bagaimana dengan ancaman penyakit yang ketiga yakni bioterrorism? masyarakat global kembali merespon keadaan dengan mendirikan the Global Public Health Intelligence Network (GPHIN) pada tahun 1997 didirikan oleh pemerintah Kanada bekerjasama dengan WHO. Apa tugas dari badan tersebut? "*GPHIN monitors media sources from around the globe for information on disease outbreaks, bioterrorism threats, contaminated food and water supplies, nuclear material leaks, and natural disasters*"<sup>78</sup>. ini merupakan deteksi dini dari ancaman *bioterrorism*.

organisasi serupa juga dimiliki oleh Amerika Serikat *the Global Emerging Infections Surveillance and Response System (GEIS)*, dimana organisasi yang dikelola negara namun mengawasi potensi penyebaran atau munculnya suatu penyakit dengan bekerjasama dari negara-negara lain. Amerika memberikan otoritas ini dibawah kementerian pertahanan, dibawah Lembaga riset militer, yang bekerja sama dengan 5 negara yakni Peru, Kenya, Indonesia, Thailand dan Mesir<sup>79</sup>. laboratorium Kerjasama tersebut akan mengirimkan informasi terkait penyebaran penyakit dan keadaan dari masing-masing wilayah tersebut.

---

<sup>77</sup> Zacher, Mark W., and Tania J. Keefe. "Disease Containment: Surveillance Systems, Emergency Responses, and Transborder Regulations." In *The Politics of Global Health Governance*, pp. 43-75. Palgrave Macmillan, New York, 2008.

<sup>78</sup> Zacher, Mark W., and Tania J. Keefe. "Disease Containment: Surveillance Systems, Emergency Responses, and Transborder Regulations." In *The Politics of Global Health Governance*, pp. 43-75. Palgrave Macmillan, New York, 2008

<sup>79</sup> Zacher, Mark W., and Tania J. Keefe. "Disease Containment: Surveillance Systems, Emergency Responses, and Transborder Regulations." In *The Politics of Global Health Governance*, pp. 43-75. Palgrave Macmillan, New York, 2008

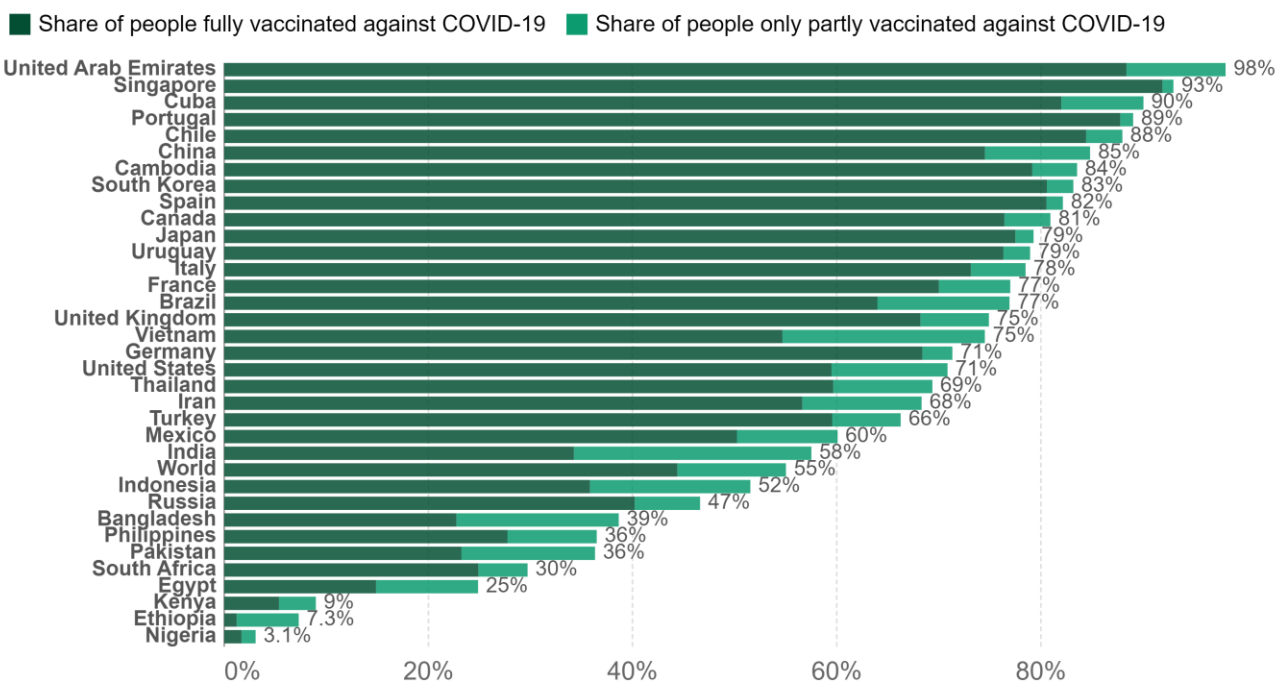
menariknya dalam *The Politics Of Global Health Governance* disebutkan pula bahwa sebanyak apapun informasi yang dikumpulkan oleh organisasi internasional tersebut, tetap tidak cukup menjangkau kondisi riil dari seluruh penjuru dunia. sehingga yang tetap bertanggung jawab menegakkan hak kesehatan adalah negara. actor yang terlibat adalah:

*“Generally, six types of actors are involved in managing a contemporary outbreak intervention: WHO; the WHO regional office of the area experiencing the outbreak; one or more advanced research laboratories such as Centers for Disease Control and Prevention (CDC) or the Pasteur Institute; one or more medical NGO such as MSF or Merlin; the Ministry of Health (MoH) of the state in question; and one or more United Nations (UN) body such as United Nations Children’s Fund (UNICEF).”*

Perkembangan selanjutnya organisasi-organisasi internasional muncul untuk turut serta mengatur komponen-komponen hak kesehatan agar tidak sepenuhnya dikuasai oleh negara-negara adidaya dan dikuasai oleh pemegang modal. hingga pada akhirnya organisasi seperti *Developing Countries Vaccine Manufacturers Network*, (DCVMN) dan *International Conference of Drug Regulatory Authorities* (ICDRA) dari WHO yang melakukan pengawasan produksi obat dll. organisasi tersebut yang bukan hanya berfungsi untuk menghimpun data, tetapi juga menyediakan vaksin dan obat, baik dalam pandemic agar hak kesehatan tetap dapat terpenuhi dan dapat dijangkau oleh negara maju maupun negara berkembang. Berikut Data dilansir dari Our World in Data terkait program vaksinasi yang telah dilakukan oleh beberapa negara:

## Share of people vaccinated against COVID-19, Dec 5, 2021

Alternative definitions of a full vaccination, e.g. having been infected with SARS-CoV-2 and having 1 dose of a 2-dose protocol, are ignored to maximize comparability between countries.



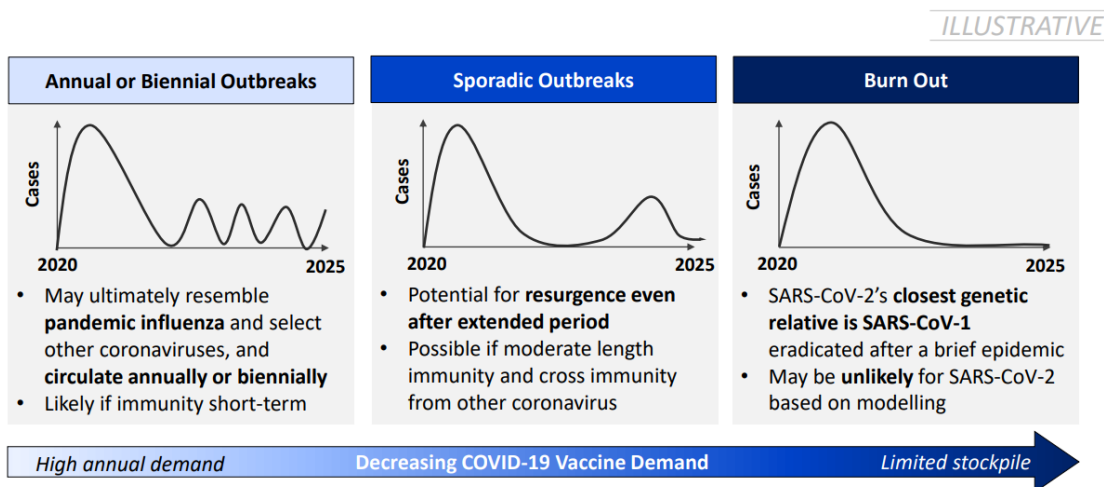
Source: Official data collated by Our World in Data. This data is only available for countries which report the breakdown of doses administered by first and second doses in absolute numbers.

CC BY

bahwa sejauh ini penduduk negara United Arab Emirates menduduki peringkat pertama untuk presentase penduduk yang telah mendapat vaksin covid-19 baik dosis pertama maupun keseluruhan dosis. sedangkan beberapa negara di Afrika memiliki presentase yang rendah terkait jumlah penduduknya yang telah menempuh program vaksinasi Berikut simulasi masa waktu yang biasanya dialami dalam keadaan *pandemi* dan potensi permintaan vaksin yang harus dipenuhi oleh perusahaan farmasi negara-negara berkembang kepada pasar yakni negara-negara berkembang lainnya<sup>80</sup>:

<sup>80</sup> June 9, 2020 - Webinar: Unpacking COVID-19 Uncertainty: Tools for Understanding Vaccine Demand Presenters: Beth Evans, Program Manager, and Elizabeth Eyerman, Associate, of CHAI Global Vaccines Team

## How could COVID-19 play out over the long-term and how might this influence demand?



Source: Kissler et al., Science 10.1126/science.abb5793 (2020).



| 6

Data baru yang dirilis oleh DVCMN tersebut adalah data potensial pandemic SARS-COV II serta potensi pandemic akan berakhir. hal ini digunakan untuk memetakan ketersediaan vaksin untuk jangka menengah untuk seluruh lapisan umur dinegara-negara berkembang<sup>81</sup>.

## What are the different groups under consideration for COVID-19 vaccination and their approximate size?

Target Populations For Consideration	Total Individuals Globally (2021)	Key Factors Influencing Volume
Health Care Workers	~58 M	Only includes direct care providers, could expand to include administrative/support roles
Key Workers (e.g., front line/essential)	~157 M	Assumes KWs represent 2% of the population, could expand (for example, to 5 or 10%)
High Risk (based on comorbidities)	~925 M	Includes diabetes, HIV/AIDs, TB, chronic respiratory and CV disease but further research and refinement needed <sup>1</sup>
General Population Over Age 65	~705 M	Could be expanded to include, for example, all over age 55 (1.4 B); size reduced if high risk vaccinated first
Productive Workforce (Ages 20 – 64)	~4.5 B	Will be reduced based on the size of the KW population, if KWs are vaccinated first
Youth (Under Age 20)	~3.3 B	May be influenced by data on ability of children to spread disease

Supply is currently unknown but will greatly influence which of the target populations under consideration will ultimately be targeted. Volumes will also be influenced by factors such as the rate of country introductions and the coverage rates achieved

<sup>1</sup> A selection of diseases which have been suggested to increase COVID risk have been included, but further research may result in adding and/or removing diseases as additional data is published. Includes 25% reduction for overlap between diseases and 25% reduction for mild disease.



| 7

<sup>81</sup> June 9, 2020 - Webinar: Unpacking COVID-19 Uncertainty: Tools for Understanding Vaccine Demand  
Presenters: Beth Evans, Program Manager, and Elizabeth Eyerman, Associate, of CHAI Global Vaccines Team



Organisasi Internasional tersebut dapat saling melakukan Kerjasama untuk *Developing Countries Vaccine Manufacturers Network*, (DCVMN) dan *International Conference of Drug Regulatory Authorities* (ICDRA) untuk menghadapi potensi pandemic dan epidemi<sup>82</sup>. Hal tersebut perlu direncanakan, karena dampak dari pandemic dan epidemi akan memberikan efek lain pada stabilitas perekonomian suatu negara maupun secara global. ancaman terkait resesi perekonomian juga perlu diantisipasi oleh organisasi internasional terkait.

sedangkan rekomendasi Langkah-langkah untuk memutus mata rantai pandemic Covid-19 ini, secara global terdapat Langkah-langkah sebagai berikut:

*“The OxCGRT project also calculate a Containment and Health Index, a composite measure of thirteen of the response metrics. This index builds on the **Stringency Index**, using its nine indicators plus testing policy, the extent of contact tracing, requirements to wear face coverings, and policies around vaccine rollout. It’s therefore calculated **on the basis of the following** thirteen metrics: school closures; workplace closures; cancellation of public events; restrictions on public gatherings; closures of public transport; stay-at-home requirements; public information campaigns; restrictions on internal movements; international travel controls; testing policy; extent of contact tracing; face coverings; and vaccine policy.”<sup>83</sup>*

1. kebijakan akses lab untuk testing invekasi virus
2. kebijakan untuk tracking untuk mencegah penularan meluas
3. anjuran penggunaan masker
4. kebijakan untuk penerapan vaksin

Selain itu indikator lain yang menjadi ukuran apakah suatu negara telah melaksanakan kebijakan yang mengikuti **Stringency Index**: penutupan sekolah, perkantoran, pembatalan *public events*, pembatasan interaksi sosial, penutupan transportasi publik, anjuran untuk *stay-at-home*, *public information campaigns*,

---

<sup>82</sup> DCVMN engaged in open dialogue with ICDRA about challenges and opportunities for alignment of procedures for vaccine registration. diakses melalui: <https://www.dcvmn.org/DCVMN-engaged-in-open-dialogue-with-ICDRA-about-challenges-and-opportunities>

<sup>83</sup> *The OxCGRT project.* [https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/index\\_methodology.md](https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/index_methodology.md)

pembatasan/ larangan bepergian untuk regional maupun global, kebijakan untuk testing, kebijakan untuk tracking/pelacakan, penggunaan masker dan penerapan kebijakan vaksin.

selanjutnya adalah permasalahan paten obat dan vaksin yang sering kali menghambat pemerintah di negara-negara berkembang untuk memutus mata rantai pandemic. organisasi WTO dan TRIPS dalam hal ini perlu melihatnya melalui kondisi dari suatu negara, misalnya epidemi HIV/AIDS di Afrika terkait prosedur paten Obat ARV dan Obat Nevirapine apakah prosedur yang ada menghambat dan memperparah kondisi penularan dan penyebaran penyakit yang terjadi. prinsip aksesibilitas terhadap the highest attainable standard for health care dan prinsip non-diskriminatif seharusnya diutamakan.

## BAB IV

### Pelaksanaan Hak atas Kesehatan dan Asuransi kesehatan untuk Anak pada Masa Darurat Kesehatan

#### I. Pelaksanaan Hak Anak dibidang Kesehatan secara Umum

Berdasarkan hasil penelitian dari Save the Children yang dilakukan pada periode 15 Juni hingga 15 Juli 2020 ditemukan beberapa fakta bahwa<sup>84</sup> dalam kaitannya dengan Kesehatan dan Nutrisi (*Health and Nutrition*), yakni sebagai berikut:

- A. Pandemi telah mengganggu akses anak terhadap bahan makanan dan asupan gizi yang memadai
- 1 dari 2 (52%) rumah tangga kesulitan memperoleh memperoleh bahan pangan (global: 62%) dan suplemen gizi (30%) yang sangat dibutuhkan karena pasar/toko tutup (7%) dan persediaan habis (7%). Lebih dari 1/3 (36%) rumah tangga mengatakan bahan pangan terlalu mahal (global: 52%)
  - Walaupun hanya 4% anak yang mengatakan mereka makan lebih sedikit dibandingkan sebelum pandemi (global: 35%) 38% namun 52% orang tua mengatakan mereka mengurangi jenis/variasi makanan anaknya
  - Hampir semua (95%) orang tua yang masih menyusui tetap memberi ASI selama pandemi, namun secara global, hampir setengahnya (49%) merasa khawatir apakah dapat terus memberikan ASI karena takut anaknya terinfeksi (28%) atau harus dipisahkan dengan anak (24%) bila mereka terinfeksi. Hal ini menunjukkan tingginya mispersepsi tentang praktek menyusui di masa pandemi.
  - Secara global, 76% orang tua dengan disabilitas lebih sulit mendapatkan bahan pangan yang beragam daripada yang lain (62%), keluarga miskin (67%) dibanding yang tidak miskin (60%), warga perkotaan (75%) dibanding dengan pedesaan (57%).

---

<sup>84</sup> Save the Children. Dampak Tersembunyi dari Covid-19 Ringkasan Eksekutif Penelitian Global: Kesehatan dan Nutrisi, Pendidikan, Perlindungan dan Hak Anak Selama Pandemi COVID-19. <https://savethechildren.or.id/wp-content/uploads/2021/07/Ringkasan-Eksektif-Penelitian-Global-Dampak-Tersembunyi-dari-COVID-19-Save-the-Children.pdf> diakses Senin, 29 November 2021.

- Secara global, strategi adaptasi responden terhadap kesulitan ekonomi adalah memilih makanan yang lebih murah/tidak disukai (76%), mengurangi variasi makanan anak (52%), orang tua makan dengan porsi lebih sedikit (65%) dan mengurangi frekuensi makan (57%).
- B. Kesulitan ekonomi karena dampak pandemi memperburuk akses anak dan keluarga terhadap layanan air, sanitasi, dan pengobatan
- Hampir 4 dari 10 (39%) rumah tangga tidak memiliki sabun/pembersih tangan, makanan (39%), masker (43%), produk sanitasi/pembalut (14%), bahkan 1 dari 7 tidak memiliki/mengakses air bersih (13%)
  - Secara global, 3 dari 10 orang tua dengan disabilitas dan 2 dari 5 laki-laki dewasa dengan disabilitas mengatakan mereka sangat tergantung pada layanan hantaran air ke rumahnya.
  - Mayoritas (86%) orang tua mengatakan bahwa akses mereka terhadap layanan kesehatan, obat-obatan dan persediaan medis terdampak oleh pandemi (Global: 89%) dan hal ini lebih tinggi pada keluarga yang salah satu orang tuanya (94%) atau anaknya (96%) dengan disabilitas.
  - 3 dari 8 responden (38%) mengatakan tidak dapat mengakses layanan pengobatan, tes COVID-10 (34%), konsultasi langsung dengan dokter (16%), layanan konseling (6%) dan kesehatan mental (3%).
  - Keterbatasan akses pada poin di atas karena khawatir terinfeksi (76%) dan karantina atau PSBB (47%), keterbatasan persediaan obat-obatan/layanan tutup (6%), dan karena kesulitan biaya (20%).
  - Secara global, pengungsi menghadapi situasi yang lebih sulit dalam mengakses layanan kesehatan (23%) dan pengobatan (41%) dibanding yang lain (14% dan 27%).
  - Hampir semua (97%) pengungsi sulit mengakses berbagai layanan dibanding yang bukan pengungsi (75%).
  - Kondisi kesehatan mental dan psikososial dari 3 dari 4 orang tua (75%) menurun (Global: 89%), 2 dari 3 (67%) merasa lebih sering khawatir (Global 82%), 44% merasa semua serba sulit, 16% putus asa (Global 55%) dan 11% depresi (Global 65%). Perasaan negatif ini lebih banyak dialami orang tua tanpa disabilitas (90%)

dibanding yang dengan disabilitas (82%); dan perempuan lebih banyak mengalaminya (53%) dibanding laki-laki (37%).

UNICEF dalam laporan terkait COVID-19 dan Anak-Anak di Indonesia Tahun 2020 menjelaskan bahwa<sup>85</sup> jauh sebelum adanya pandemi Covid-19, Indonesia merupakan contoh negara dengan “tiga beban malnutrisi”, dimana terdapat 7 juta anak mengalami stunting yang menempatkan Indonesia pada urutan kelima negara dengan balita stunting terbanyak di dunia. Dengan adanya pandemi ini, Indonesia semakin menghadapi kemungkinan keadaan yang semakin memburuk lagi. Anak dapat mengalami malnutrisi karena berbagai sebab. Adapun tiga penyebab malnutrisi paling umum, yakni praktik menyusui yang tidak memadai, nutrisi dan perawatan yang tidak memadai bagi ibu dan perempuan hamil, serta tingginya angka penyakit menular, terutama akibat lingkungan tempat tinggal yang tidak bersih dan tidak memadainya akses ke layanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut diperparah dengan kemiskinan yang luas, angka pengangguran, dan tingkat pendidikan yang rendah.

Gizi ibu hamil merupakan salah satu fokus perhatian kegiatan perbaikan gizi masyarakat karena dampaknya yang signifikan terhadap kondisi janin yang dikandungnya. Masalah gizi yang sering ditemui pada ibu hamil adalah masalah kurang energi kronik (KEK). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2018 menunjukkan prevalensi risiko KEK pada ibu hamil (14-49 tahun) masih cukup tinggi yakni sebesar 17.3%. terdapat hanya 3 provinsi yang presentase ibu hamil KEKnya masih diatas 16%, sementara 31 provinsi lainnya sudah mencapai target yang diharapkan. Beberapa penyebab penghambat capaian target tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat kepatuhan dalam melaporkan capaian ibu hamil KEK secara rutin masih rendah
- b. Ketersediaan dan kualitas SDM, yang disebabkan oleh:

---

<sup>85</sup> UNICEF. Covid-19 dan Anak-Anak di Indonesia: Agenda Tindakan untuk Mengatasi Tantangan Sosial Ekonomi. 2020. [https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org/indonesia/files/2020-05/COVID-19-dan-Anak-anak-di-Indonesia-2020\\_1.pdf](https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org/indonesia/files/2020-05/COVID-19-dan-Anak-anak-di-Indonesia-2020_1.pdf)

- Tidak meratanya distribusi tenaga gizi di satu kabupaten/kota, dimana satu puskesmas bisa terdapat lebih dari 1 tenaga gizi dan satu puskesmas lainnya tidak terdapat tenaga gizi.
  - Tenaga gizi di puskesmas kerap kali tidak memiliki latar belakang pendidikan gizi, sehingga kondisi ini selain menjadi salah satu kendala dalam menyediakan pelayanan gizi yang berkualitas bagi masyarakat juga menghambat proses pelaporan capaian kegiatan gizi.
  - Tenaga gizi di puskesmas seringkali merangkap pekerjaan administrasi dan keuangan sehingga tidak maksimal dalam mengerjakan pekerjaan utamanya.
- c. Berdasarkan riskesdas 2018 menunjukkan bahwa tingginya prevalensi ibu hamil KEK pada WUS usia 15-19 tahun dan 20-24 tahun (33.5% dan 23.3%). Kehamilan di usia dini dapat meningkatkan risiko kekurangan gizi dikarenakan pada usia remaja masih terjadi pertumbuhan fisik.
- d. Adanya pandemi covid-19 sejak awal tahun 2020 hingga saat ini serta kebijakan PSBB dan sebagainya yang menyebabkan terjadinya perubahan dan penyesuaian pada sistem pelayanan kesehatan termasuk akses ke pelayanan kesehatan.

Sedangkan beberapa faktor pendukung keberhasilan pencapaian target adalah adanya dukungan kebijakan yang responsif terhadap perubahan yang terjadi, termasuk situasi pandemi yang melanda dunia, termasuk Indonesia, seperti adanya Surat Edaran Dirjen Kesmas Nomor: HK.02.02/V/393/2020 tentang Pelayanan Gizi dalam Pandemi Covid-19; Buku Pedoman Pelayanan Gizi pada Masa Pandemi dan beberapa pedoman pelaksanaan intervensi gizi dalam konteks situasi pandemi; dukungan intervensi gizi sensitif seperti Program Keluarga Harapan, yaitu program bantuan tunai bersyarat dari Kementerian Sosial yang menyasar keluarga yang memiliki ibu hamil, balita, dan anak sekolah. Hasil survey menunjukkan bahwa 56.6% puskesmas yang menjadi responden melakukan modifikasi layanan gizi dengan mengintegrasikan makanan tambahan ibu hamil dengan pemberian TTD pada ibu hamil.

Terjadinya pandemi covid-19 menyebabkan pelayanan imunisasi di sebagian daerah terhenti, baik karena adanya kebijakan dari pemerintah daerah setempat atau karena ketakutan petugas yang memberikan layanan imunisasi di tengah situasi

pandemi. Adanya pandemi juga menimbulkan kekhawatiran orang tua untuk membawa anak ke pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan imunisasi, sehingga layanan imunisasi pun menurun. Selain itu terdapat kekosongan vaksin IPV (polio suntik) juga menyebabkan pelayanan imunisasi menjadi terhambat. Beberapa faktor lainnya meliputi antara lain kondisi geografis pada beberapa daerah yang sulit dijangkau menyebabkan pelayanan imunisasi tidak bisa optimal, kualitas pelayanan imunisasi yang belum merata, keterbatasan sumber daya manusia dan tingginya tingkat pergantian petugas terlatih. Sistem, pencatatan<sup>86</sup>. Kewajiban Inti Minimum Nomor 1 Hak atas Kesehatan yang terkandung pada Komentar Umum Nomor 14 Komite Hak-Hak Ekonomi Sosial dan Budaya menjamin akses pada fasilitas kesehatan barang dan jasa dengan dasar non diskriminasi, khususnya bagi kelompok rentan dan marginal.

Anak merupakan salah satu bagian dalam kategori kelompok rentan dan marginal. Dalam Pasal 28B ayat (2) UUD 1945 mencantumkan bahwa “setiap anak berhak atas keberlangsungan hidup, tumbuh dan berkembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.” Hak anak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga tercantum dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Konvensi Hak Anak yang telah diratifikasi melalui Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1990 maupun Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak mendefinisikan bahwa anak adalah setiap orang yang berusia sampai dengan 18 tahun, termasuk yang masih dalam kandungan. Anak-anak dalam rentang usia tersebut menghadapi tantangan kesehatan tertentu selama pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental. Keadaan ini membuat anak menjadi rentan terhadap kekurangan gizi, penyakit menular dan ketika mulai memasuki usia remaja mereka rentan terhadap masalah kesehatan seksual, reproduksi dan mental. Sejalan dengan Pasal 46 Undang-Undang 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak disebutkan bahwa “Negara, Pemerintah, Pemerintah Daerah, keluarga dan Orang Tua wajib mengusahakan agar anak yang lahir terhindar dari penyakit yang mengancam

---

<sup>86</sup> Penelitian Komnas HAM – Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia. [https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-\\$W0G.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-$W0G.pdf) Hal 133

kelangsungan hidup dan/atau menimbulkan kecacatan.” Oleh karenanya pembinaan dan pengembangan sebagai upaya memelihara dan meningkatkan kesejahteraan kesehatan pada anak dan remaja perlu dilakukan sejak dini secara optimal. Hal ini dikarenakan sebagian besar penyebab kematian anak-anak dikaitkan dengan beberapa penyebab utama penyakit akut, seperti infeksi pernafasan, diare, campak, malaria dan malnutrisi. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 25 Tahun 2014 menyebutkan bahwa pada intinya setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi<sup>87</sup>.

## **2. Kewajiban Negara Dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Pada Anak**

Pandemi Covid-19 merupakan masa darurat dimana kondisi kedarurat tersebut berpengaruh terhadap aksesibilitas masyarakat dalam berbagai pelayanan publik termasuk layanan kesehatan.

### **A) Ketersediaan**

- Secara umum layanan kesehatan sangat bervariasi pada setiap daerah dikarenakan dipengaruhi dengan desentralisasi dan otonomi daerah, dimana daerah memiliki kewenangan mengelola urusan pemerintahan sebagaimana diatur oleh Undang-Undang Pemerintahan Daerah. Urusan pemerintahan di bidang kesehatan adalah urusan yang dilimpahkan kewenangannya kepada pemerintah daerah. Adanya disparitas layanan kesehatan sumber daya dan juga oleh kondisi yang berbeda-beda pada masing-masing daerah.
- Tingginya angka kematian bayi dan tingginya prevalensi stunting menjadi salah satu indikator bahwa pemenuhan hak atas kesehatan bagi anak tidak lepas dari pemenuhan hak atas pangan (gizi yang cukup) serta hak atas air dan sanitasi.
- Terdapat permasalahan ketersediaan dan mutu obat bagi para penyandang disabilitas psikososial akan pemenuhan kebutuhan obat rutin yang dikonsumsi dalam jangka panjang, padahal keberandaan obat-obatan ini sangat diperlukan

---

<sup>87</sup> Baca General Comment Pasal 12.2 (a)



guna menunjang kondisi penyandang disabilitas mental dalam kehidupan sehari-hari.

- Tingginya kasus perkawinan anak di Indonesia secara langsung berdampak pada kesehatan anak yang menikah serta kondisi bayinya kelak. Kondisinya dipengaruhi oleh salah satunya adalah ketersediaan layanan kesehatan (termasuk sosialisasi informasi kesehatan) yang masih kurang memadai.

#### B) Aksesibilitas

- Secara umum masih terdapat adanya hambatan akses terhadap layanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah terpencil/tertinggal.
- Kelompok perempuan masih berjuang melawan budaya patriarki di beberapa wilayah di Indonesia. Hal ini dapat secara langsung maupun tidak langsung menghambat perempuan dalam mengakses hak atas kesehatannya, terutama hak atas kesehatan seksual dan reproduksi. Masih banyak dilakukan praktik sunat perempuan, stigma dan diskriminasi berdasar status pernikahan, maraknya kasus kekerasan seksual, tingginya angka kematian ibu.
- Kelompok anak dan remaja mengalami kerentanan dalam menentukan pilihan yang berhubungan dengan kesehatannya serta membutuhkan peran serta dari orang tua dalam pemenuhan hak atas kesehatannya. Selain itu, melihat tingginya prevalensi merokok pada anak dan remaja, perlu pengaturan dan edukasi yang komprehensif guna melindungi hak atas kesehatan anak akibat bahaya yang ditimbulkan dari rokok.

Dalam rangka mewujudkan perlindungan hak atas kesehatan anak, pemerintah merumuskan program kebijakan untuk menurunkan prevalensi stunting dan angka kematian bayi melalui program kebijakan untuk menurunkan prevalensi stunting dan angka kematian bayi melalui perencanaan program kerja berbagai instansi, terutama Kementerian Kesehatan.

Dalam laporan pelapor khusus (special rapporteur) dalam kunjungannya ke Indonesia pada tanggal 22 Maret sampai dengan 3 April 2017, Dainius Puras

melaporkan bahwa<sup>88</sup> lebih dari 28 juta penduduk Indonesia masih hidup di bawah angka garis keimiskinan dan sekitar 40% dari jumlah populasinya memiliki resiko untuk berada pada ambang kemiskinan. Demikian halnya dengan adanya jumlah gap antara kelompok orang kaya dengan orang miskin yang semakin besar dari tahun ke tahunnya. Dengan latar belakang seperti itu, Indonesia harus secara efektif dapat menyelesaikan permasalahan terkait bidang kesehatan, terutama terkait dengan peningkatan layanan terintegrasi manajemen data, koordinasi antar institusi dan ketersediaan serta kualitas data terkait kesehatan. Bila dibandingkan dalam kawasan Asia Tenggara, Indonesia menghabiskan relatif lebih sedikit anggaran untuk layanan kesehatan. Pada tahun 2014, rata-rata pada kawasan regional menghabiskan 4% dari jumlah GDP di bidang kesehatan. Di Indonesia, anggaran yang dianggarkan hanya mencapai 2.85% dari total GDP, dibandingkan dengan Malaysia yang menghabiskan 4,17%, Filipina yang menghabiskan sekitar 4.7% dan Thailand yang berada pada angka 4.1%. Indonesia membuat perubahan melalui adanya komitmen untuk mengembangkan sistem layanan asuransi pada tahun 2019. Intervensi di sektor kesehatan ini didesain untuk mendukung kalangan menengah kebawah dan meningkatkan status kesehatan masyarakatnya dengan layanan yang terfokus pada maternal, infant and under-5 mortality rates; coverage regarding reproductive health services, the control of communicable and non-communicable diseases; the expansion of the national social security system; equal distribution of health personnel; and provision of medicines and vaccines at the community level. Dalam laporannya disebutkan bahwa terdapat ketidaksetaraan regional dalam akses perawatan dan layanan kesehatan yang berkualitas yang baik di Indonesia. Tantangan yang secara spesifik di hadapi dalam sistem health-care di Indonesia adalah berhubungan dengan permasalahan geografi yang kompleks dan kesenjangan regional dalam hal indikator sosial ekonomi dan infrastruktur, terutama yang mempengaruhi orang-orang yang tinggal di bagian timur negara Indonesia dan yang berada di pulau-pulau terpencil. Ketersediaan dan akses terhadap layanan kesehatan telah meningkat selama beberapa

---

<sup>88</sup> A/HRC/38/36/Add.1. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health on his mission to Indonesia. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/084/20/PDF/G1808420.pdf?OpenElement>

dekade terakhir dengan perluasan cakupan kesehatan melalui peningkatan infrastruktur, staf, dan pembiayaan. Selanjutnya, pelapor khusus juga mencermati terdapat beberapa inisiatif publik dalam mengatasi disparitas yang disebutkan sebelumnya. Program Nusantara ditujukan untuk mengembangkan layanan kesehatan dasar di daerah perbatasan dan daerah yang tertinggal dan skema telah disusun dimana para dokter spesialis menyelesaikan masa layanan yang bersifat wajib di daerah tersebut. Namun, terdapat beberapa tantangan untuk memastikan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas bagi para penduduk di wilayah timur Indonesia, terutama bagi mereka yang tinggal di pulau-pulau kecil dan orang Papua yang tinggal di kabupaten-kabupaten terpencil di Indonesia. Catatan Pelapor Khusus adalah terdapat penyakit yang seharusnya dapat diobati dan dapat dicegah, seperti infeksi saluran pernafasan, campak, diare, disentri, namun terdapat banyak korban dalam tatanan masyarakat yang masih terkena penyakit tersebut, terutama yang berasal dari kelompok rentan, yakni anak-anak.

Terkait dengan Papua, Pelapor Khusus menginformasikan bahwa berdasarkan UU No 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Provinsi Papua dan UU Nomor 35 sebagaimana diubah No 21 Tahun 2008 tentang Otonomi Khusus Provinsi Papua yang memasukkan Provinsi Papua Barat, Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat menerima alokasi anggaran kesehatan yang lebih besar jumlahnya bila dibandingkan dengan provinsi yang lain. Namun demikian, pelapor khusus menyayangkan adanya wabah roseola yang melanda 9 desa di Kabupaten Deiyai pada bulan April sampai dengan bulan Juli 2017 dan merebaknya pertusis (batuk rejan) di Kabupaten Nduga pada bulan November 2015. Selama di Jayapura, pelapor khusus bertemu dengan perwakilan masyarakat di Papua guna mengumpulkan informasi terkait dengan akses layanan kesehatan yang berkualitas baik. Sebagian besar desa di kabupaten terpencil mengalami ketidaksediaan pusat layanan kesehatan, peralatan medis dan tenaga medis yang berkualitas, layanan vaksinasi dan imunisasi umum yang tidak diberikan secara konsisten, serta tidak adanya mekanisme pemantauan yang memadai dan layanan kesehatan bagi masyarakat yang tidak diberikan secara adil. Dilaporkan bahwa pemerintah mengerahkan tenaga militer untuk memberangus wabah tersebut dan secara keseluruhan kurangnya kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan

yang tersedia serta etnis Papua yang mengalami stigmatisasi dan diskriminasi dalam pengaturan layanan kesehatan.

Dalam laporan Pelapor Khusus dalam dokumen A/HRC/37/58 terkait hubungan antara hak anak dengan perlindungan lingkungan serta kewajiban negara untuk melindungi hak anak tersebut, yang berjudul "*Report of the Special Rapporteur on the issue of human rights obligations relating to the enjoyment of a safe, clean, healthy and sustainable environment*", Pelapor Khusus menjelaskan bahwa<sup>89</sup> negara memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan hak atas lingkungan yang sehat untuk anak-anak, kewajiban tersebut termasuk melakukan monitoring pelaksanaan hak baik dari proses identifikasi, pencegahan, serta mitigasi. dan berdasarkan prinsip the highest attainable standard of health dari Langkah tersebut negara seharusnya menjadikan pencegahan sebagai fokus utama<sup>90</sup>.

Anak-anak terpinggirkan juga mengalami hambatan dalam mengakses teknologi online. Hal ini disebabkan oleh lanskap digital yang tidak merata yang membuat anak-anak dari latar belakang ekonomi sosial rendah dan yang tinggal di pedesaan dan/atau daerah terpencil tidak dapat mengakses internet dan ruang virtual terkait. Beberapa dari layanan online ini dikenakan biaya, termasuk kepemilikan perangkat yang mekanisme pembayarannya juga seringkali tidak dapat diakses secara mudah dan terjangkau oleh keluarga yang tergolong dalam katagori rentan. Pada saat yang sama, akses internet tidak selalu berarti bahwa anak-anak dapat menjelajahi dunia maya secara produktif dan aman untuk pendidikan, hiburan, akses informasi, interaksi sosial, atau ekspresi diri mereka sendiri.

Terdapat informasi yang diperoleh mengenai bagaimana anak-anak yang tinggal diluar lingkungan keluarga dan institusi terpengaruh juga oleh pandemi ini, beberapa dimaksud yakni anak-anak jalanan dan anak-anak yang hidup dalam keramaian yang

---

<sup>89</sup> Dokumen A/HRC/37/58. Report of the Special Rapporteur on the issue of human rights obligations relating to the enjoyment of a safe, clean, healthy and sustainable environment. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/017/29/PDF/G1801729.pdf?OpenElement> diakses pada tanggal 1 Desember 2021.

<sup>90</sup> Christopher, Tochukwu, Kira Davidson, Jeannie Morgan, and Louis Williams. "Comparative Approaches to Support Children's Participation and Access to Justice." *Human Rights* (2021).

memiliki resiko penularan yang lebih besar seperti detensi dan lembaga pemasyarakatan, pesantren, panti asuhan dan tempat penampungan sementara. Terdapat laporan juga bahwa anak-anak tunawisma menempati ruang perkotaan yang lebih marjinal, sehingga mereka tidak ditangkap oleh polisi selama pembatasan sosial yang pernah diterapkan oleh pemerintah, yang menempatkan mereka pada risiko kekerasan seksual yang lebih besar, seperti di tempat lain di dunia, anak-anak di komunitas pengungsi yang melarikan diri dari negara asal mereka dan menunggu pemukiman kembali oleh UNHCR, yang juga berisiko lebih tinggi. Sebagai bukti anekdot bahwa dampak pandemi pada sekolah informal berbasis komunitas untuk anak-anak pengungsi di Jawa telah digambarkan sebagai “menghancurkan” bagi anak-anak dan komunitas pengungsi. Jarak sosial bagi komunitas pengungsi tidak mungkin dilakukan karena mereka tinggal berdekatan. Kekhawatiran kesehatan mental yang serius bagi anak-anak pengungsi dan remaja yang mendekam di Jawa telah diperparah oleh covid-19, dengan sedikit atau tanpa dukungan kesehatan mental yang tersedia bagi mereka. Selain itu, anak-anak dilingkungan pesantren dikategorikan sebagai golongan yang terkena dampak yang cukup tinggi karena mereka memiliki resiko penularan yang tinggi. Terlebih bagi mereka yang datang dari kalangan ekonomi yang kurang mampu merupakan golongan masyarakat yang terkena dampak paling keras dari adanya pandemi covid-19 ini. Pendidikan offline di pesantren juga meningkatkan resiko penularan lokal di antara sesama murid di asrama. Hambatan lain adalah adanya kesulitan untuk belajar dengan menggunakan mode virtual. Hal ini dikarenakan sebagian besar pesantren tidak memiliki infrastruktur yang memadai, termasuk air bersih dan sanitasi, serta kapasitas keuangan untuk mengurangi resiko infeksi lokal di antara siswa dan guru.

Kelompok rentan lainnya adalah anak-anak pekerja migran transnasional dan perkotaan. Namun, jarang ada informasi tentang dampak pandemi pada anak-anak ini meskipun terdapat laporan pekerja migran yang terjebak dinegara lain, seperti Malaysia dan Arab Saudi tidak dapat kembali ke rumah di Indonesia. Ada sistem diskriminasi yang meluas di Indonesia, yang disebabkan oleh data yang tidak kompeten dan tidak akurat yang digunakan sebagai dasar untuk respon pandemi, yang mengecualikan golongan yang rentan. Salah satu contoh diskriminasi ini adalah informal housing

dikategorikan sebagai ilegal dan tidak diakui secara administrasi yang mengakibatkan golongan masyarakat yang tinggal di informal housing ini tidak dapat diikutsertakan dalam pemberian bantuan sosial. Pengucilan sosial ini telah menciptakan tantangan, terutama bagi para migran untuk mendaftarkan diri mereka pada otoritas lokal dan mengakses program perlindungan sosial. Lebih lanjut, analisis SUSENAS 2019 mengungkapkan bahwa karena sistem pencatatan sipil Indonesia yang kurang optimal menyebabkan lebih dari 7 juta anak tidak terdaftar saat lahir (55% kelahiran yang tercatat). Akibatnya, jutaan anak yang telah lahir tanpa dicatat secara resmi di database resmi sehingga tidak ada akses program dukungan resmi pemerintah selama pandemi.

Pandemi covid-19 memiliki dampak ekonomi yang sangat besar bagi masyarakat Indonesia, karena terdapat penurunan GDP sekitar 5.3% pada tahun 2020. Kondisi ini merupakan penurunan ekonomi terparah semenjak krisis ekonomi yang pernah terjadi di Asia pada tahun 1998. Selama masa pemberlakuan kebijakan pembatasan sosial berskala yang ditetapkan oleh pemerintah, banyak kampung yang memaksakan sistem “penjaringan”, dimana penduduk lokalnya diperkenankan kembali ke kampung untuk mempertahankan keberlangsungan hidup mereka yang mayoritas bertumpu pada sektor ekonomi. Terkait dengan dampak pandemi di sektor ekonomi tersebut, hal tersebut memberikan dampak terhadap anak-anak. Berdasarkan literatur pada krisis ekonomi sebelumnya, dua kemungkinan yang wajar, yakni pertama ketika keuangan keluarga memburuk, anak-anak dalam keluarga miskin lebih cenderung bekerja untuk menambah pemasukan (ekonomi) rumah tangga mereka. Keluarga juga dapat memutuskan bahwa anak-anak dapat berhenti sekolah sebagai cara untuk meringankan beban ekonomi keluarga, meskipun pemerintah meningkatkan jumlah bantuan tunai bersyarat untuk keluarga dengan anak usia sekolah agar tetap dapat pergi bersekolah, belum terlihat apakah peningkatan tersebut cukup untuk mengimbangi hilangnya pendapatan keluarga. Kedua, mengingat bahkan sebelum pandemi sejumlah anak-anak dalam jumlah besar anak-anak terlibat dalam ekonomi upahan, terutama di sektor informal, kontraksi ekonomi juga memiliki dampak terhadap anak-anak. Sementara itu, beberapa bentuk bantuan sosial diberikan kepada keluarga tanpa memandang status sekolah anaknya, paket ekonomi yang cukup besar besar

hanya diberikan kepada keluarga dengan anak usia sekolah yang bersekolah, tidak termasuk anak yang tidak tinggal bersama keluarganya atau pergi ke sekolah.

Sebagai pemegang kewajiban dalam menghormati, melindungi, dan memenuhi hak atas kesehatan, negara memerlukan tindakan afirmatif agar anak dan remaja dapat mengakses layanan kesehatan yang tersedia dan berkualitas. Angka kematian pada bayi dan prevalensi stunting di Indonesia sayangnya masih dapat membuktikan belum terlindunginya secara penuh implementasi hak kesehatan bagi kehidupan seorang anak di Indonesia. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia, penyebab utama tingginya kematian bayi adalah prematuritas (kelahiran bayi sebelum waktunya). Dengan adanya kelahiran secara prematur, berat badan bayi di bawah angka normal menyebabkan bayi tidak dapat bertahan hidup. Bagi ibu sendiri, prematuritas disebabkan oleh berbagai faktor, seperti kondisi sosial dan ekonomi ibu, ibu yang kekurangan gizi, dan ibu dengan usia muda atau kurang (usia anak). Sedangkan faktor yang mempengaruhi tingkat prevalensi stunting berfokus pada tingkat pemenuhan gizi dan layanan sanitasi bagi anak. Pemerintah merumuskan program kebijakan untuk menurunkan prevalensi stunting dan angka kematian bayi melalui perencanaan program kerja di berbagai instansi. Penurunan stunting pada anak dibawah lima tahun juga menjadi target SDGs Nomor 2 yang bertujuan mencari solusi berkelanjutan untuk menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030. Demikian halnya dengan target mengakhiri angka kematian bayi baru lahir dan balita dalam SDGs Nomor 3. Selain itu, Pasal 24 Konvensi Internasional tentang Hak Anak menyatakan bahwa negara pihak termasuk Indonesia harus mengambil langkah-langkah tepat untuk memperkecil angka kematian bayi dan anak. Penguatan peraturan untuk menurunkan kasus perkawinan anak serta akses edukasi bagi orang tua dan anak mengenai pengetahuan dasar tentang kesehatan anak dan nutrisi juga diperlukan untuk menekan seminimal mungkin angka kematian bayi dan anak<sup>91</sup>.

Pada wilayah Indonesia bagian Timur dengan tingkat ketersediaan tenaga medis khusus anak yang masih terbatas serta akses geografis yang cenderung sulit untuk

---

<sup>91</sup> Komnas Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia. Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Indonesia. [https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-\\$WOG.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-$WOG.pdf)

dilalui menyebabkan kondisi pemenuhan hak atas kesehatan anak menjadi semakin sulit untuk dilakukan. Fokus program kesehatan anak yang masih bertumpu pada wilayah Indonesia bagian barat atau pada wilayah pusat ekonomi. Hal ini dapat dikategorikan sebagai bentuk diskriminasi tidak langsung, sebagaimana dinyatakan dalam paragraf 19 Komentar Umum Kovenan Hak Ekosob Nomor 14, bahwa ketidaktepatan alokasi sumberdaya kesehatan dapat berdampak pada diskriminasi yang tidak terelakkan. Hak anak atas keberlangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi diatur dalam Pasal 28B ayat (2) UUD 1945. Hak anak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga diatur dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan berbagai konvensi hak-hak anak yang telah diratifikasi oleh Pemerintah melalui Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1990 maupun Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak. Anak-anak menghadapi tantangan kesehatan tertentu selama pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental. Keadaan ini yang membuat anak menjadi rentan terhadap kekurangan gizi, penyakit menular dan ketika memasuki usia remaja, mereka rentan terhadap permasalahan kesehatan seksual, reproduksi dan mental. Oleh karenanya, pembinaan dan pengembangan anak perlu dilakukan sejak dini karena sebagian besar penyebab kematian anak-anak adalah dikaitkan dengan penyakit akut seperti infeksi pernafasan, diare, campak, malaria, dan malnutrisi<sup>92</sup>.

### **3. Pandemi dan SARS-COV 19**

secara general Pemerintah merespon Pandemi dengan langkah-langkah yang direkomendasikan WHO. bahkan prestasi disematkan untuk Indonesia terkait tindakan penanganan SARS COV-19 yang berhasil menurunkan kasus pada term kedua SARS COV-19 yang terjadi pada pertengahan Tahun 2021. namun masih terdapat kritik yang perlu diperhatikan untuk perbaikan penyusunan action plans dalam menghadapi darurat kesehatan. apa saja kritik tersebut? Kebijakan Vaksin berbayar, kebijakan pembatasan interaksi sosial, dan suplay obat serta tenaga kesehatan.

---

<sup>92</sup> Komnas Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia. Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Indonesia. [https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-\\$WOG.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-$WOG.pdf)



Kebijakan vaksin berbayar yang pada akhirnya dilakukan pencabutan, hal ini dilakukan berdasarkan peringatan dari WHO. *replacement* dari program tersebut adalah pemerintah ikut program vaksin gratis untuk 20% penduduk dari negara yang mengalami ledakan kasus. Bagaimana dengan kebijakan pembatasan pergerakan dan karantina? pada Pandemi Malaria yang dialami oleh Amerika Serikat pada 1800an penerapan karantina dan pembatasan wilayah memiliki Level-level melihat pada kondisi wilayah infeksi. ketersediaan obat serta tenaga kesehatan untuk perkiraan melonjaknya kasus infeksi juga harus diperkirakan untuk menekan angka kematian. namun dalam persoalan regulasi, dan distribusi dan pengawasan Pemerintah telah melakukan upaya yang sangat baik.

Tabel Peraturan Perundang-Undangan merespon SARS-COV 19<sup>93</sup>

No.	Peraturan
1	Undang Undang No 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Kebijakan Keuangan Negara Dan Stabilitas Sistem Keuangan Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Dan/Atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional Dan/Atau Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang
2	PERPU No 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara Dan Stabilitas Sistem Keuangan Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid- 19) Dan/Atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional Dan/Atau Stabilitas Sistem Keuangan
3	Peraturan Pemerintah No 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)
4	Peraturan Pemerintah No 23 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Program Pemulihan Ekonomi Nasional Dalam Rangka Mendukung Kebijakan Keuangan Negara Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019

<sup>93</sup> data diolah dari JDIH Kementerian Sekretariat Negara yang dapat diakses melalui <https://jdih.setneg.go.id>

	(Covid-19) Dan/Atau Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional Dan/Atau Stabilitas Sistem Keuangan Serta Penyelamatan Ekonomi Nasional
5	Peraturan Pemerintah No 29 Tahun 2020 Tentang Fasilitas Pajak Penghasilan Dalam Rangka Penanganan Corona Virus Disease (Covid-19)
6	Peraturan Pemerintah No 43 Tahun 2020 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2020 Tentang Pelaksanaan Program Pemulihan Ekonomi Nasional Dalam Rangka Mendukung Kebijakan Keuangan Negara Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Dan/Atau Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional Dan/Atau Stabilitas Sistem Keuangan Serta Penyelamatan Ekonomi Nasional
7	Peraturan Pemerintah No 49 Tahun 2020 Tentang Penyesuaian Iuran Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan Selama Bencana Nonalam Penyebaran Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)
8	Peraturan Presiden No 108 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2020 Tentang Komite Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Dan Pemulihan Ekonomi Nasional
9	Peraturan Presiden No 99 Tahun 2020 Tentang Pengadaan Vaksin Dan Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)
10	Peraturan Presiden No 82 Tahun 2020 Tentang Komite Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Dan Pemulihan Ekonomi Nasional
11	Peraturan Presiden No 52 Tahun 2020 Tentang Pembangunan Fasilitas Observasi Dan Penampungan Dalam Penanggulangan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Atau Penyakit Infeksi Emerging Di Pulau Galang, Kota Batam, Provinsi Kepulauan Riau
12	Peraturan Presiden No 14 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 99 Tahun 2020 Tentang Pengadaan Vaksin Dan Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)
13	Peraturan Presiden No 50 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas

	Peraturan Presiden Nomor 99 Tahun 2020 Tentang Pengadaan Vaksin Dan Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)
14	Keputusan Presiden No 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus/Disease 2019 (Covid-19)
15	Keputusan Presiden No 9 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Presiden Nomor 7 Tahun 2020 Tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)
16	Keputusan Presiden No 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)
17	Keputusan Presiden No 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Sebagai Bencana Nasional
18	Keputusan Presiden No 18 Tahun 2020 Tentang Tim Nasional Percepatan Pengembangan Vaksin Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)
19	Instruksi Presiden No 4 Tahun 2020 tentang Refocussing Kegiatan, Realokasi Anggaran, Serta Pengadaan Barang Dan Jasa Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)

Regulasi diatas belum termasuk pada Peraturan Menteri, dan peraturan daerah yang dipakai untuk merespon kasus penyebaran pada masing-masing daerah. Daerah juga memiliki kewenangan untuk melakukan pengendalian melalui karantina dan pembatasan pergerakan penduduknya yang menyesuaikan tingkat kasus pada wilayah tersebut. respon yang cepat perlu dilakukan, sehingga hal tersebut memang menjadi kewenanagn daerah untuk mengatur kebijakan pembatasan.

Permasalahan selanjutnya adalah distribusi dan ketersediaan Vaksin. program vaksin yang ditempuh pemerintah adalah pangadaan melalui anggaran negara serta program bantuan vaksin yang disediakan WHO sebanyak 20% dari jumlah penduduk. Pemerintah juga melakukan revisi anggaran pada saat kasus positif menurun, dan mengalokasikan anggaran pada pengadaan vaksin. dapat dilihat pemerintah melakukan beberapa kali revisi paraturan terkait anggaran pengadaan vaksin. selain itu terdapat

alternatif yang perlu dicoba oleh pemerintah yakni bantuan vaksin dari negara maju. Amerika serikat misalnya, melakukan bantuan vaksin untuk negara berkembang yang digunakan untuk menekan ledakan kasus.



“Pemerintah telah menyuntikkan 50,6 juta dosis vaksin virus corona Covid-19 hingga Jumat, 9 Juli 2021. Dari jumlah tersebut, 35,8 juta orang telah menerima vaksin dosis pertama. Sedangkan, 14,9 juta orang sudah mendapat vaksin dosis kedua. Secara rinci, sebanyak 1.569.703 tenaga kesehatan atau 106,87% dari target telah mendapatkan vaksin dosis pertama. Dari jumlah tersebut, 1.426.387 tenaga kesehatan atau 97,11% dari target juga sudah memperoleh vaksin dosis kedua. Petugas publik yang telah divaksin dosis pertama mencapai 19.089.216 orang atau 110,17% dari target. Sebanyak 8.694.561 orang di antaranya atau 50,18% dari target pun telah mendapatkan suntikan dosis kedua. Sementara itu, vaksinasi corona kepada lansia masih tergolong rendah. Jumlah penerima vaksin baru sebanyak 5.026.182 orang atau 23,32% dari target untuk dosis pertama. Sedangkan, lansia yang telah menerima suntikan vaksin dosis kedua sebanyak 2.999.809 orang atau 13,92% dari target.”<sup>94</sup>

<sup>94</sup> Indonesia Telah Suntik 49,6 Juta Dosis Vaksin Covid-19. Yosepha Pusparisa. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/07/09/indonesia-telah-suntik-496-juta-dosis-vaksin-covid-19>

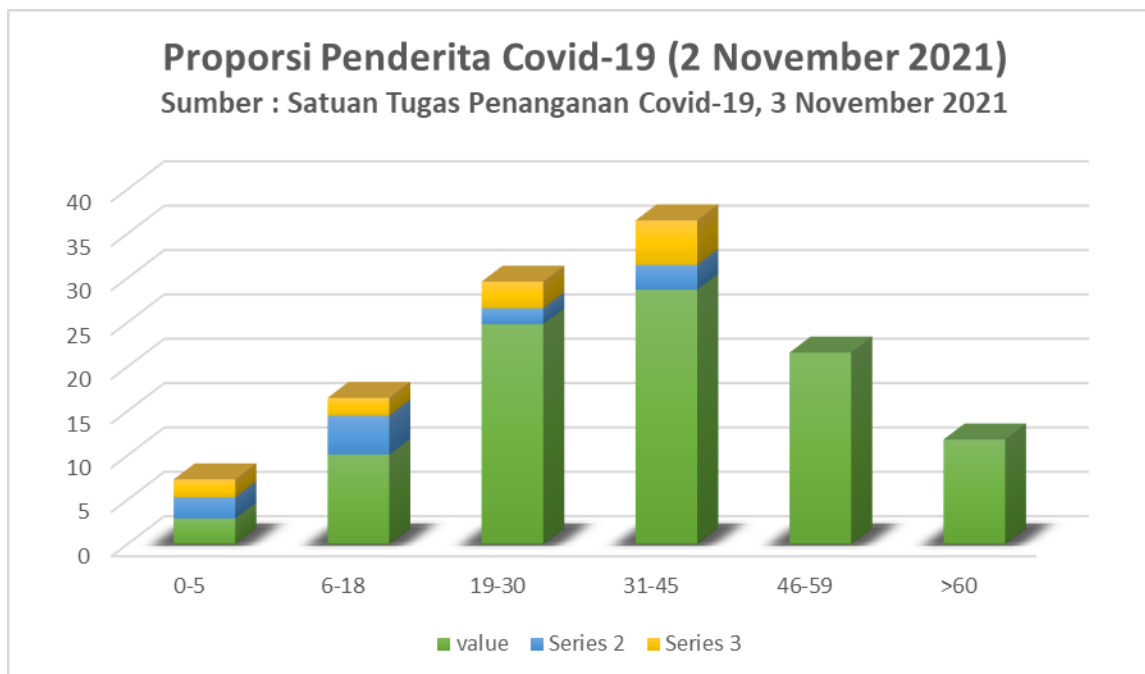
Di Indonesia, jumlah anaknya mencapai sepertiga dari jumlah populasi penduduk Indonesia. Itu sebabnya pada masa pandemi, golongan ini berada pada resiko yang sifatnya terus meningkat untuk terpapar virus Covid-19 ini, meskipun secara historis pencatatan dokumen secara global anak-anak memiliki resiko yang lebih rendah untuk terpapar virus Covid-19 dibandingkan orang dewasa . Dari perpektif geografi, resiko anak Indonesia untuk terpapar virus Covid-19 berasal dari lingkungan terdekat dimana anak-anak tersebut tinggal dan bagaimana virus tersebut memberi dampak pada lingkungan terdekat mereka seperti pengasuh, keluarga, teman seangkatan sekolah, dan komunitas anak-anak tersebut. Selain itu, anak-anak juga mengalami dampak sosio-ekonomis terkait dengan penutupan sekolah dan larangan-larangan sosial lain yang ditetapkan oleh pemerintah. Pada tahun 2019, jumlah anak Indonesia dalam katagori umur 0-17 tahun adalah berkisar 31,56% (84 juta) berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2019. Anak-anak merupakan kelompok yang tergolong paling berisiko selama masa darurat nasional, termasuk pandemi, yang juga berdampak terhadap kesehatan mental anak-anak dan anak muda Indonesia, yang mayoritas mengalami post-traumatic stress disorder, behavioural problems dan depresi. Trauma psikologis dan emotional distress dapat disebabkan oleh pemisahan keluarga dan kematian anggota keluarga, pemisahan dari jejaring social, dan perubahan yang bersifat mendadak dalam kehidupan sehari-hari, termasuk isolasi yang dipaksakan dan ketidakmampuan untuk bersekolah atau mengakses pendidikan. Dalam konteks pandemi, terdapat beberapa penyebab kerentanan anak di Indonesia yang telah diidentifikasi, yakni:

- 1) Kesehatan fisik anak-anak terganggu oleh covid-19 karena kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya, seperti berkurangnya akses terhadap layanan kesehatan dan terbatasnya pilihan untuk mempraktekkan jarak fisik dan kebersihan anak-anak yang tinggal di pemukiman informal, seperti di kampung kota yang seringkali terputus dari akses penyediaan air bersih dan sistem sanitasi dari pemerintah. Hal ini dikarenakan banyak kampung yang dibangun di atas tanah kosong, termasuk di tepi sungai, yang sering terjadi banjir dan genangan. Menurut berbagai laporan, jumlah anak-anak, termasuk ratusan bayi

yang berusia di bawah 5 tahun meninggal karena covid-19 di Indonesia mengungkapkan kelemahan sistem kesehatan negara Indonesia yang dinilai cukup rapuh. Dokter anak dan petugas kesehatan percaya bahwa angka kematian anak yang relatif tinggi disebabkan oleh faktor penyakit penyerta yang mempengaruhi kekebalan tubuh mereka. Penyakit-penyakit tersebut termasuk diare, demam berdarah, tuberkulosis, kekurangan gizi, stunting, dan anemia. Covid-19 juga mengganggu rantai pasokan imunisasi di Indonesia, sehingga diperkirakan terdapat lonjakan penyakit difteri, kolera, campak, dan polio di masa mendatang. Bahkan sebelum gangguan akibat pandemi, survei kesehatan dasar Indonesia tahun 2018 menunjukkan bahwa proporsi anak yang diimunisasi lengkap adalah hanya berkisar 58% (untuk usia 12-23 bulan). Logistik dan sistem kesehatan yang kekurangan sumber daya telah diidentifikasi sebagai bentuk tantangan dalam mencapai imunisasi secara universal. Kemiskinan juga dapat menjadi salah satu faktor. Demikian halnya dengan keengganan untuk melakukan vaksin pada kalangan tertentu. Kompleksitas tersebut diperparah oleh ketidakadilan spasial sosial di Indonesia, misalnya populasi yang terpinggirkan (marginal) yang termasuk didalamnya para murid yang tinggal di asrama komunal, migran yang bersifat sementara dan sirkuler, anak-anak jalanan, individu atau keluarga tunawisma, merupakan golongan yang dapat dikecualikan dari akses vaksin, meskipun mereka juga memiliki resiko tinggi untuk terpapar virus.

- 2) Tingkat Keamanan pada anak-anak sama dengan keluarga dan lingkungan tempat tinggalnya karena anak-anak dihadapkan pada resiko kesehatan dan tekanan ekonomi. Seperti yang telah disebutkan bahwa terdapat dampak akibat pandemi covid-19 ini pada angka putus sekolah dan “lonjakan” statistik jumlah pernikahan pada anak. Keduanya merupakan praktek yang terjadi sebagai upaya yang digunakan oleh keluarga prasejahtera untuk mengurangi beban ekonomi keluarga. Lebih lanjut, setiap perubahan dalam lingkungan pengasuhan anak akibat pandemi – baik sebagai akibat dari pengasuh yang jatuh sakit atau mobilitas yang berkurang di rumah – dapat meningkatkan kerentanan mereka. Dari aspek kesehatan mental, sejumlah informasi menyampaikan bahwa dampak

yang ditimbulkan oleh pandemi covid-19 terhadap anak-anak disertai dengan kegagalan orang dewasa untuk mengatasi respons emosional dan psikologis yang mungkin mereka alami pada saat pandemi covid-19 ini. Bagi banyak anak ada pilihan sosial yang terbatas atau safe house untuk berlindung, terutama bagi mereka yang tinggal di lingkungan yang penuh dengan kekerasan, yang dapat meningkatkan paparan anak-anak terhadap kekerasan atau pelecehan dalam rumah tangga. Keterbatasan yang signifikan untuk membatasi ruang gerak dan akses ke ruang hijau dan publik dalam jangka waktu tertentu juga memiliki peran untuk menyebabkan masalah kesehatan fisik dan mental, terutama di kota-kota besar. Pandemi dengan pembatasan fisik yang diberlakukan memperburuk risiko ini. Sementara itu, layanan yang biasanya mendukung anak-anak juga ditutup sementara oleh pemerintah dan/atau setidaknya tidak dapat diakses secara mudah. Demikian halnya dengan beberapa safe house yang tidak dapat beroperasi, berkurangnya jasa penitipan anak, pekerja LSM juga terpaksa untuk tinggal di rumah untuk menjaga anak-anak mereka sendiri, yang berakibat pada banyaknya kebutuhan dasar anak tidak terpenuhi dan kualitas layanan secara keseluruhan terbatas atau memiliki penurunan kualitas. Hal ini juga termasuk pada akses yang tidak memadai ke layanan kesehatan dan gizi, dikarenakan beberapa puskesmas juga tidak beroperasi.



“Satuan Tugas Penanganan Covid-19 mencatat, ada 13% penderita corona yang merupakan anak-anak berusia 18 tahun ke bawah hingga 2 November 2021. Secara rinci, ada 10,1% penderita corona yang merupakan anak berusia 6-18 tahun. Sementara, 2,9% penderita corona merupakan anak berusia 0-5 tahun. Atas dasar itu, anak-anak pun ikut diberikan vaksin Covid-19. Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) telah menyetujui penggunaan vaksin Sinovac untuk anak berusia 6 hingga 11 tahun.”<sup>95</sup>

<sup>95</sup> 13% Penderita Covid-19 di Indonesia adalah Anak-anak. Dwi Hadya Jayani. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/11/03/13-penderita-covid-19-di-indonesia-adalah-anak-anak>



## BAB IV

### Penutup

#### 1. Simpulan

Pemerintah merespon Pandemi dengan langkah-langkah yang direkomendasikan WHO. bahkan prestasi disematkan untuk Indonesia terkait tindakan penanganan SARS COV-19 yang berhasil menurunkan kasus pada term kedua SARS COV-19 yang terjadi pada pertengahan Tahun 2021. namun masih terdapat kritik yang perlu diperhatikan untuk perbaikan penyusunan *action plans* dalam menghadapi darurat kesehatan. apa saja kritik tersebut? Kebijakan Vaksin berbayar, kebijakan pembatasan interaksi sosial, dan suplay obat serta tenaga kesehatan.

Kebijakan vaksin berbayar yang pada akhirnya dilakukan pencabutan, hal ini dilakukan berdasarkan peringatan dari WHO. replacement dari program tersebut adalah pemerintah ikut program vaksin gratis untuk 20% penduduk dari negara yang mengalami ledakan kasus. Bagaimana dengan kebijakan pembatasan pergerakan dan karantina? pada Pandemi Malaria yang dialami oleh Amerika Serikat pada 1800an penerapan karantina dan pembatasan wilayah memiliki Level-level melihat pada kondisi wilayah infeksi. ketersediaan obat serta tenaga kesehatan untuk perkiraan melonjaknya kasus infeksi juga harus diperkirakan untuk menekan angka kematian. namun dalam persoalan regulasi, dan distribusi dan pengawasan Pemerintah telah melakukan upaya yang sangat baik.

Daerah juga memiliki kewenangan untuk melakukan pengendalian melalui karantina dan pembatasan pergerakan penduduknya yang menyesuaikan tingkat kasus pada wilayah tersebut. respon yang cepat perlu dilakukan, sehingga hal tersebut memang menjadi kewenangan daerah untuk mengatur kebijakan pembatasan. Permasalahan selanjutnya adalah distribusi dan ketersediaan Vaksin. program vaksin yang ditempuh pemerintah adalah pengadaan melalui anggaran negara serta program bantuan vaksin yang disediakan WHO sebanyak 20% dari jumlah penduduk. Pemerintah juga melakukan revisi anggaran pada saat kasus positif menurun, dan mengalokasikan anggaran pada pengadaan vaksin. dapat dilihat pemerintah melakukan

beberapa kali revisi peraturan terkait anggaran pengadaan vaksin. selain itu terdapat alternatif yang perlu dicoba oleh pemerintah yakni bantuan vaksin dari negara maju.

kebijakan dalam darurat kesehatan khususnya untuk kondisi pandemi maupun epidemi memiliki kesulitan tersendiri, berkaca dari hal tersebut paper ini melihat pada praktik tiga negara yakni Inggris, Amerika Serikat dan Afrika Selatan. praktik yang terjadi pada pandemi terdahulu serta kasus hukum yang ada dapat memperkaya pembuatan kebijakan dan regulasi dibidang terkait. kemudian yang menarik lainnya adalah fungsi dari Organisasi Internasional tersebut dapat melakukan Kerjasama dan koordinasi untuk menghadapi potensi pandemic dan epidemi. Hal tersebut perlu direncanakan, karena dampak dari pandemic dan epidemi akan memberikan efek lain pada stabilitas perekonomian suatu negara maupun secara global. ancaman terkait resesi perekonomian juga perlu diantisipasi oleh organisasi internasional terkait.

## 2. Rekomendasi

rekomendasi Langkah-langkah untuk memutus mata rantai pandemic Covid-19 ini, secara global terdapat Langkah-langkah sebagai berikut:

1. kebijakan akses lab untuk testing inveksi virus
2. kebijakan untuk tracking untuk mencegah penularan meluas
3. anjuran penggunaan masker
4. kebijakan untuk penerapan vaksin

Selain itu indikator lain yang menjadi ukuran apakah suatu negara telah melaksanakan kebijakan yang mengikuti **Stringency Index**: penutupan sekolah, perkantoran, pembatalan *public events*, pembatasan interaksi sosial, penutupan transportasi publik, anjuran untuk *stay-at-home*, *public information campaigns*, pembatasan/ larangan bepergian untuk regional maupun global, kebijakan untuk testing, kebijakan untuk tracking/pelacakan, penggunaan masker dan penerapan kebijakan vaksin.

### Daftar Pustaka

- 13% Penderita Covid-19 di Indonesia adalah Anak-anak. Dwi Hadya Jayani.  
<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/11/03/13-penderita-covid-19-di-indonesia-adalah-anak-anak>
- A/HRC/38/36/Add.1. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health on his mission to Indonesia. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/084/20/PDF/G1808420.pdf?OpenElement>
- Absor, M. Ulil. "Penanganan anak dalam masa tanggap darurat bencana alam: tinjauan konvensi hak anak dan undang-undang perlindungan anak." *Jurnal Dakwah* 12, no. 1 (2011): 17-32.
- Annas, George J. "The right to health and the nevirapine case in South Africa." *New England Journal of Medicine* 348, no. 8 (2003): 750-754.
- Broster, Emma Justine. "Litigating the Right to Health Care in South Africa." In *Litigating the Right to Health in Africa*, pp. 113-132. Routledge, 2016.
- CESR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)
- Christopher, Tochukwu, Kira Davidson, Jeannie Morgan, and Louis Williams. "Comparative Approaches to Support Children's Participation and Access to Justice." *Human Rights* (2021).
- Cindy Mutia Annur. Tingkat Kematian Covid-19 Usia 0-2 Tahun Tertinggi Dibandingkan Usia Anak Lainnya
- CNN Indonesia "WHO Kritik Kebijakan Vaksin Berbayar Indonesia" selengkapnya di sini: <https://www.cnnindonesia.com/internasional/20210715150223-134-668199/who-kritik-kebijakan-vaksin-berbayar-indonesia>
- D'Ambruoso, Lucia, Peter Byass, and Siti Nurul Qomariyah. "Can the right to health inform public health planning in developing counties? A case study for maternal healthcare from Indonesia." *Global Health Action* 1, no. 1 (2008): 1828

DCVMN engaged in open dialogue with ICDRA about challenges and opportunities for alignment of procedures for vaccine registration. diakses melalui: <https://www.dcvmn.org/DCVMN-engaged-in-open-dialogue-with-ICDRA-about-challenges-and-opportunities>

Djuraeva, Iroda. "The Rights of Children: An Uzbek Perspective." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 371-388. Springer, Cham, 2016.

Dlamini-Zuma N. Disaster Management Act: Declaration of a state of disaster. 2020. Government Gazette No. 43096. Pretoria: Department of Cooperative Governance and Traditional Affairs; 2020. dan South African Government. COVID-19 / Novel Coronavirus 2020. Available from: <https://www.gov.za/Coronavirus>. [cited 2020 19 August]. dalam Nwosu, Chijioke O., and Adeola Oyenubi. "Income-related health inequalities associated with the coronavirus pandemic in South Africa: A decomposition analysis." *International Journal for Equity in Health* 20, no. 1 (2021): 1-12.

Doek, Jaap E. "The UN Convention on the Rights of the Child. An Analysis of Treaty Provisions and Implications of US Ratification, J. Todres, ME Wojcik, CR Revaz (Eds.), Trans-National Publishers, Inc., Ardsley, NY (2006)." (2009): 846-848.

Dokumen A/HRC/37/58. Report of the Special Rapporteur on the issue of human rights obligations relating to the enjoyment of a safe, clean, healthy and sustainable environment. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/017/29/PDF/G1801729.pdf?OpenElement> diakses pada tanggal 1 Desember 2021.

Driscoll, Jenny. "The Rights of the Child: United Kingdom National Report." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 331-348. Springer, Cham, 2016.

Dwi Hadya Jayani. Kematian Anak Indonesia Tinggi, Capai 29,3 Ribu pada 2019 Jumlah Kematian Balita (0 hari - 59 bulan) Indonesia 2019. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/04/26/kematian-anak-indonesia-tinggi-capai-293-ribu-pada-2019>

Franklin, Anita, and Patricia Sloper. "Listening and responding? Childrens participation in health care within England." In *Children's Health and Children's Rights*, pp. 11-29. Brill Nijhoff, 2006.

- Ginsburg, Tom, and Mila Versteeg. "The bound executive: Emergency powers during the pandemic." (2020).
- Grootboom and Others v Government of the Republic of South Africa and Others (Grootboom) dalam Annas, George J. "The right to health and the nevirapine case in South Africa." *New England Journal of Medicine* 348, no. 8 (2003): 750-754.
- Hlača, Nenad, and Sandra Winkler. "The Rights of the Child: Croatian National Report." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 83-96. Springer, Cham, 2016.
- Indonesia / Right to health: "Ambitious goals can be reached only if challenges are addressed" – UN expert.  
<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21476&LangID=E>
- Indonesia Telah Suntik 49,6 Juta Dosis Vaksin Covid-19. Yosepha Pusparisa.  
<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/07/09/indonesia-telah-suntik-496-juta-dosis-vaksin-covid-19>
- Jadhav, S., M. Gautam, and S. Gairola. "Role of vaccine manufacturers in developing countries towards global healthcare by providing quality vaccines at affordable prices." *Clinical Microbiology and Infection* 20 (2014): 37-44.
- JDIH Kementerian Sekretariat Negara yang dapat diakses melalui  
<https://jdih.setneg.go.id>
- June 9, 2020 - Webinar: Unpacking COVID-19 Uncertainty: Tools for Understanding Vaccine Demand Presenters: Beth Evans, Program Manager, and Elizabeth Eyerman, Associate, of CHAI Global Vaccines Team
- Komnas Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia. *Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Indonesia*.  
[https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-\\$W0G.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-$W0G.pdf)
- LaForce, F. Marc, and Jean-Marie Okwo-Bele. "Eliminating epidemic group A meningococcal meningitis in Africa through a new vaccine." *Health Affairs* 30, no. 6 (2011): 1049-1057.

Law on Protection and Promotion of Patients' Rights (Official Gazette of Republic of Serbia, No 45/2013) in Šahović, Nevena Vučković, and Ivana Savić. "The rights of the child in Serbia." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 251-262. Springer, Cham, 2016.

Maharaj, Pranitha, and Benjamin Roberts. "Tripping up: AIDS, pharmaceuticals and intellectual property in South Africa." *Trading Women's Health and Rights? Trade Liberalization and Reproductive Health in Developing Economies* (2006): 212-234.

Mirugi-Mukundi, Gladys. "A Human Rights-based Approach to Realising Access to Sexual and Reproductive Health Rights in sub-Saharan Africa." In *Litigating the Right to Health in Africa*, pp. 57-84. Routledge, 2016.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization. "The Right to Health. Fact sheet no. 31." (2008).

Olowu, Dejo. "Protecting children's rights in Africa: a critique of the African Charter on the Rights and Welfare of the Child." *Int'l J. Child. Rts.* 10 (2002): 127.

Penelitian Komnas HAM – Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia. [https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-\\$W0G.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-$W0G.pdf) Hal 133

Presenters: Beth Evans, Program Manager, and Elizabeth Eyerman, Associate, of CHAI Global Vaccines Team

RULING No. 101/2009 Case no. 963/06 Rapporteur: Justice Carlos Fernandes Cadilha, <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/en/acordaos/20090101.html>

Ryan, Jeffrey R. "Past pandemics and their outcome." *Pandemic Influenza: Emergency Planning and Community Preparedness*. Boca Raton: CRC Pr I Llc (2008): 3-23.

Save the Children. Dampak Tersembunyi dari Covid-19 Ringkasan Eksekutif Penelitian Global: Kesehatan dan Nutrisi, Pendidikan, Perlindungan dan Hak Anak Selama Pandemi COVID-19. <https://savethechildren.or.id/wp-content/uploads/2021/07/Ringkasan-Eksekutif-Penelitian-Global-Dampak-Tersembunyi-dari-COVID-19-Save-the-Children.pdf> diakses Senin, 29 November 2021.

See World Health Assembly resolution WHA47.10, 1994, entitled "Maternal and child health and family planning: traditional practices harmful to the health of women and children".

Sloth-Nielsen, Julia. "Of Newborns and Nubiles: Some Critical Challenges to Children's Rights in Africa in the Era of HIV/Aids." In *Children's Health and Children's Rights*, pp. 73-85. Brill Nijhoff, 2006.

South African court in 2003, in the case of *Ex Parte Nigel Redman NO* (unreported case 03/14083).<sup>14</sup> Existing provisions of the Child Care Act 74 of 1983 provide that a child aged over 14 years may grant consent to medical treatment dalam Sloth-Nielsen, Julia. "Of Newborns and Nubiles: Some Critical Challenges to Children's Rights in Africa in the Era of HIV/Aids." In *Children's Health and Children's Rights*, pp. 73-85. Brill Nijhoff, 2006

Statistics and Research Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. dapat diakses melalui <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=~GBR>

The OxCGRT project. [https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/index\\_methodology.md](https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/index_methodology.md)

Tingkat Kematian (CFR) Covid-19 Anak Berdasarkan Usia (24 Juni 2021). <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/06/25/tingkat-kematian-covid-19-usia-0-2-tahun-tertinggi-dibandingkan-usia-anak-lainnya> diakses pada 3 Agustus 2021

UNICEF. Covid-19 dan Anak-Anak di Indonesia: Agenda Tindakan untuk Mengatasi Tantangan Sosial Ekonomi. 2020. [https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org/indonesia/files/2020-05/COVID-19-dan-Anak-anak-di-Indonesia-2020\\_1.pdf](https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org/indonesia/files/2020-05/COVID-19-dan-Anak-anak-di-Indonesia-2020_1.pdf)

US COVID-19 Vaccination Data Explorer. Download the Our World in Data. data dapat diakses melalui <https://ourworldindata.org/us-states-vaccinations>

Vandenhoe, Wouter. Article 26: the right to benefit from social security. Vol. 26. Martinus Nijhoff Publishers, 2007

Yadlapalli, Vishnupriya. "Implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child in Indian Legal System." In *The Rights of the Child in a Changing World*, pp. 167-182. Springer, Cham, 2016.

- Yosepha Pusparisa. Tingkat Kematian Covid-19 Indonesia Melesat Lampau CFR Global Tingkat Kematian (CFR) Covid-19 Indonesia (21 Juni 2021). <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/06/21/tingkat-kematian-covid-19-indonesia-mencapai-27>
- Youngerman, Barry. *Pandemics and global health*. Infobase Publishing, 2008.
- Zacher, Mark W., and Tania J. Keefe. "Disease Containment: Surveillance Systems, Emergency Responses, and Transborder Regulations." In *The Politics of Global Health Governance*, pp. 43-75. Palgrave Macmillan, New York, 2008.
- Zacher, Mark, and Tania J. Keefe. *The politics of global health governance: united by contagion*. Springer, 2008.