**Pelapor Khusus mengenai hak setiap orang untuk menikmati**

**standar tertinggi kesehatan fisik dan mental**

**Dainius Pūras**

## Kunjungan Negara ke Indonesia, 22 Maret hingga 3 April 2017

**Hasil Pengamatan Pendahuluan**

*Jakarta, 3 April 2017*

**Hadirin para anggota pers,**

**Ibu dan Bapak sekalian,**

Pertama-tama saya ingin memulai dengan mengucapkan terima kasih yang tulus kepada pemerintah Indonesia yang telah mengundang saya untuk menilai, dalam semangat dialog dan kerja sama, untuk mewujudkan hak atas kesehatan di negara ini. Selama kunjungan, saya bertemu dengan para pejabat pemerintah tingkat atas, anggota parlemen dan lembaga-lembaga terkait kesehatan yang relevan di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Saya mengadakan pertemuan dengan Komisi Nasional Hak Azasi Manusia (Komnas HAM), Komisi Nasional anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan), dan Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI). Saya juga bertemu dengan para perwakilan dari organisasi internasional, korps diplomatik, dan berbagai organisasi masyarakat sipil, termasuk profesional di sektor layanan kesehatan.

Saya mendapat kesempatan untuk mengunjungi berbagai fasilitas kesehatan di tingkat yang berbeda-beda di Jakarta, Padang, Labuan Bajo, dan Jayapura, termasuk pos kesehatan desa, pusat layanan kesehatan primer (Puskesmas), rumah sakit umum, termasuk unit psikiatri, rumah sakit mental, klinik HIV/AIDS, dan sebuah klinik rehabilitasi ketergantungan obat. Saya juga mengunjungi dua politeknik atau pusat pendidikan bagi pekerja kesehatan. Saya menggunakan kesempatan ini untuk mengucapkan terima kasih kepada Koordinator Residen PBB dan *Country Team* PBB atas dukungan mereka bagi kunjungan saya.

Anda akan menemukan di laporan ini dokumen singkat yang menjelaskan tanggung jawab saya sebagai Pelapor Khusus PBB tentang hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi kesehatan fisik dan mental (hak atas kesehatan), dan juga isu-isu utama untuk kunjungan ini. Saya adalah seorang pakar independen yang melapor kepada, dan memberi nasihat pada, Dewan Hak Azasi Manusia PBB dan Sidang Umum PBB tentang realisasi pemenuhan hak atas kesehatan.

Setelah dua minggu di negara ini, saya telah mengumpulkan sangat banyak informasi dan kesaksian yang akan membuat saya dapat menilai realisasi pemenuhan hak atas kesehatan di Indonesia. Hari ini, saya hanya akan menyampaikan sebagian hasil pengamatan pendahuluan, yang akan saya jabarkan secara lebih terperinci dalam laporan yang akan saya sampaikan kepada Dewan Hak Azasi Manusia PBB di Jenewa, pada bulan Juni 2018.

**Konteks umum: pencapaian dan tantangan**

Indonesia merdeka dari jajahan Belanda pada tahun 1945 dan merupakan negeri kepulauan yang beragam dengan jumlah penduduk lebih dari 260 juta orang dan memiliki lebih dari 300 kelompok etnis. Sejak 1990, Indonesia telah mencapai pertumbuhan ekonomi yang mengagumkan dan telah menjadi ekonomi terbesar di Asia Tenggara. Kini, Indonesia adalah negara berpenduduk terpadat keempat di dunia dan memiliki kelompok penduduk dengan ekonomi berpendapatan-menengah yang berkembang dan telah mengurangi kemiskinan sebanyak 50 persen sejak 1999.

Indonesia telah memfokuskan pertumbuhan ekonomi dan pembangunannya hingga 2025 pada pembangunan infrastruktur dan bantuan sosial, termasuk program-program yang berkaitan dengan layanan kesehatan dan pendidikan dengan fokus khusus pada rakyat miskin. Dengan komitmen kuat terhadap kebijakan kesehatan umum, negara ini telah menghasilkan pencapaian-pencapaian penting dalam memperbaiki status kesehatan penduduknya.

Sektor kesehatan di Indonesia telah dikembangkan dengan fokus yang kuat pada layanan primer dan akses universal yang ditujukan kepada sektor-sektor bagi mereka yang lebih miskin. Investasi besar telah dicurahkan untuk mengembangkan infrastruktur kesehatan dan membuat layanan tersedia serta dapat diakses, dan juga untuk mengatasi determinan kesehatan yang menyertainya, termasuk kemiskinan, pendidikan, makanan dan gizi, melalui berbagai kebijakan dan program yang berbeda.

Indonesia telah menandatangani dan meratifikasi hampir semua pakta hak azasi manusia internasional, kecuali Konvensi Penghilangan Paksa, Protokol Opsional terhadap Konvensi Anti Penyiksaan, dan Protokol Opsional kedua dari Perjanjian Internasional tentang Hak Sipil dan Politik mengenai hukuman mati. Selama 10 tahun terakhir, negara ini telah menerima kunjungan satu pakar independen dari Dewan Hak Azasi Manusia, tentang hak atas perumahan yang layak, dan masih belum mengeluarkan undangan kepada Prosedur Khusus Dewan Hak Azasi Manusia. Indonesia belum meratifikasi Konvensi Kerangka Kerja PBB mengenai Kontrol Tembakau dan Konvensi Masyarakat Adat dan Suku ILO (No.169).

Sejak 1990, sebagian besar indikator dalam Tujuan Pembangunan Milenium *(Millennium Development Goals/MDG)* menunjukkan peningkatan yang cukup baik walaupun MDG5 tentang pengurangan tingkat kematian ibu tidak tercapai. Indonesia telah terlibat aktif dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan *(Sustainable Development Goals/SDG)* dan Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan sejak penetapannya dan juga mengambil bagian dalam Pelaporan Sukarela Nasional 2017 pada Forum Politik Tingkat Tinggi mengenai Pembangunan Berkelanjutan.

Pada tahun-tahun belakangan ini, terus menurunnya permintaan global akan berbagai komoditas telah mengakibatkan pertumbuhan ekonomi moderat. Selama waktu ini, penciptaan lapangan kerja dan pengurangan kemiskinan telah melambat dan berkontribusi pada ketidaksetaraan serta meningkatnya bentuk-bentuk diskriminasi, khususnya di antara kelompok-kelompok tertentu dalam situasi rentan.

Meskipun Indonesia sudah melakukan berbagai upaya yang patut dipuji, namun ketersediaan, akses, dan kualitas layanan kesehatan masih menjadi tantangan di negara yang penduduknya tersebar tersebar di ribuan pulau dan daerah terpencil. Banyak rintangan yang masih ditemui, terkait hukum dan penegakannya, untuk merealisasikan hak-hak atas kesehatan seksual dan reproduksi, hal ini mengakibatkan para perempuan, dan berbagai kelompok lain mengalami berbagai bentuk kekerasan dan diskriminasi.

HIV-AIDS terkonsentrasi di antara para populasi kunci yang terdampak, dan juga suku Papua, yang masih menghadapi stigma dan diskriminasi, termasuk di tempat layanan kesehatan. Pendekatan terhadap kebijakan napza sebagian besar masih bersifat punitif atau penghukuman sehingga hal ini mengurangi hak atas kesehatan bagi pengguna napza dan upaya-upaya kesehatan masyarakat lainnya.

Kesehatan mental adalah isu yang saat ini sedang berkembang tetapi Negara perlu menginvestasikan komitmen dan sumber daya tambahan untuk mengembangkan suatu sistem yang mempromosikan kesehatan mental bagi semua orang dan mengobati serta mencegah kondisi-kondisi kesehatan mental umum secara efektif di tingkat masyarakat, serta menghormati hak-hak orang dengan disabilitas psiko-sosial dan intelektual.

*Sistem Layanan Kesehatan*

Indonesia membuat komitmen berani dengan mengembangkan sistem asuransi kesehatan universal dengan pembayar-tunggal dan untuk mencapai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh penduduk pada tahun 2019. Ini adalah rencana yang sangat ambisius yang akan dilakukan, karena mencapai cakupan kesehatan universal dan pindah dari fragmentasi dalam layanan kesehatan menjadi sistem universal yang menjadi solusi terbaik dalam upaya menuju realisasi hak atas kesehatan dan Agenda 2030 untuk pembangunan berkelanjutan.

Kenyataan bahwa Indonesia telah berada di garda terdepan pergerakan global menuju SDG dan Agenda 2030 serta kenyataan bahwa Indonesia sedang menuju arah jaminan kesehatan nasional, adalah merupakan ilustrasi dari niat politis dan suatu tanda bahwa pemimpin negara ini memahami hubungan intrinsik antara pembangunan yang berkelanjutan dan inklusif serta perlunya berinvestasi dalam hak atas kesehatan dan layanan kesehatan yang adil. Dalam konteks ini, sangatlah penting untuk mengidentifikasi berbagai hambatan dan tantangan serta mengatasi banyak kesenjangan. Saya sekarang akan menyebutkan beberapa tantangan yang perlu ditangani dan akan saya jelaskan dengan lengkap di dalam laporan saya.

Walaupun ada banyak pertanyaan manajerial dan ekonomi yang harus diatasi dalam sistem saat ini, dalam laporan saya nanti saya akan menyoroti isu-isu penting lainnya yang tidak boleh diabaikan oleh para pembuat kebijakan. Ini adalah prinsip-prinsip non-diskriminasi, akuntabilitas, partisipasi, dan pemberdayaan, surat persetujuan, dan perlunya untuk melangkah melampaui model biomedis sehingga tersedia layanan yang holistik, adil, dan etis bagi para peserta BPJS.

Fokus untuk menjangkau rakyat miskin dan mengatasi ketiadaan dana serta mengurangi banyaknya pengeluaran biaya tidak boleh mengurangi perhatian yang diberikan pada tantangan-tantangan sistemis yang berasal dari pola-pola diskriminasi dalam bentuk lain seperti suku, jenis kelamin, agama, kelahiran, disabilitas fisik dan mental, status kesehatan (termasuk HIV/AIDS), orientasi seksual dan identitas gender, dan juga status hukum.

Kepercayaan timbal balik di antara semua peserta JKN, termasuk masyarakat, pembuat kebijakan, organisasi masyarakat sipil, dan penyedia layanan milik pemerintah dan swasta, adalah elemen penentu keberhasilan. Ini merupakan obat terbaik untuk melawan penipuan, korupsi, diskriminasi, dan stigma, serta beragam disparitas dan ketidakseimbangan di dalam sistem layanan kesehatan.

Misalnya, disparitas antar daerah di Indonesia perlu diatasi untuk menghindari penggunaan dana kesehatan BPJS yang tidak proporsional di wilayah perkotaan dan bagian barat negeri ini. Kesehatan mental perlu dilihat sebagai bagian yang sama pentingnya dalam kesehatan umum dan ini perlu tercermin dalam pembangunan dan penggantian pembayaran layanan kesehatan mental moderen. Layanan kesehatan reproduksi perlu ditingkatkan dengan fokus khusus pada remaja dan orang muda. Perubahan-perubahan dalam tren morbiditas dan mortalitas, dengan meningkatnya angka kasus penyakit tidak menular serta tetap tingginya kasus penyakit menular, maka ini perlu ditangani dengan cara yang kreatif.

Ini semua dan tantangan-tantangan lainnya hanya akan dapat ditangani dengan efektif jika semua elemen dan prinsip kerangka hak atas kesehatan diarusutamakan dalam perumusan dan implementasi kebijakan kesehatan, termasuk non-diskriminasi, kesetaraan, partisipasi, dan akuntabilitas.

Saya menyarankan agar alokasi anggaran nasional untuk kesehatan ditingkatkan dan mengurangi pembayaran dari kantong sendiri. Namun, investasi yang terus meningkat untuk layanan Kesehatan hanya dapat dipahami bila sistemnya efisien dan juga transparan, ramah, dan responsif kepada mereka yang menggunakannya. Agar sistem layanan kesehatan menjadi efisien, maka investasi yang berkelanjutan dalam layanan kesehatan primer harus menjadi prioritas. Sistem layanan kesehatan primer, dengan hampir 10.000 puskesmas adalah jaringan infrastruktur yang mengesankan dan perlu didukung supaya sebagian besar kondisi kesehatan dapat dikelola secara efektif di tingkat layanan primer dan hanya kasus-kasus kompleks yang dirujuk ke spesialis dan rumah sakit. Penyedia layanan primer dan sistem BPJS tidak hanya harus melayani rakyat miskin tetapi juga harus memenangkan kepercayaan sektor-sektor masyarakat yang lebih berpengaruh. Ini merupakan prakondisi penting bagi sistem layanan kesehatan universal agar tetap berkelanjutan.

Yang terakhir namun tidak kurang pentingnya, investasi substansial dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas tenaga kerja kesehatan. Pelatihan ketrampilan dan penempatan mereka berdasarkan lokasi geografis, dengan insentif yang inovatif, para dokter dan pekerja kesehatana lainnya masih menjadi tantangan. Saya akan menjelaskan lebih jauh tentang ini dalam laporan nanti, saat ini, saya ingin memuji upaya-upaya yang telah dilakukan untuk berinvestasi dalam pelatihan bagi pekerja kesehatan di garis terdepan.

*Hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi*

Negara ini telah melakukan beberapa upaya untuk meningkatkan angka harapan hidup penduduknya. Sementara angka kematian anak dan bayi telah cukup menurun selama satu dekade terakhir, namun angka kematian ibu tetap tinggi dan terus menjadi masalah dalam meningkatkan kualitas hidup perempuan, dengan situasi kesehatan ibu di Papua yang paling tertinggal dibandingkan daerah lain dari Indonesia.

Selama kunjungan saya, saya belajar tentang inisiatif positif untuk menciptakan lingkungan yang mendukung bagi kesehatan seksual dan reproduksi orang muda, seperti layanan ramah pemuda di puskesmas untuk mencegah dan melindungi orang muda dari risiko-risiko terkait kesehatan seksual dan reproduksi mereka, dan juga edukasi seksualitas berbasis-sekolah. Namun, saya merasa prihatin saat mendengar bahwa perencanaan dan pemberian edukasi dan layanan seksualitas komprehensif dipengaruhi oleh kelompok-kelompok relijius tertentu yang terus menentang kebijakan, instrumen, dan mekanisme promosi serta perlindungan hak-hak kesesehatan seksual dan reproduksi dengan mengatakan bahwa ini mempromosikan seks bebas dan propaganda homoseksual.

Saya juga menemukan bahwa kurikulum pendidikan seksualitas seringkali hanya terbatas pada biologi dan reproduksi tanpa ada konten untuk mengenai hak-hak azasi manusia dan diskriminasi, seksualitas atau norma-norma gender untuk memungkinkan orang muda agar mengambil keputusan berdasarkan informasi mengenai kesehatan reproduksi mereka dan mengadopsi perilaku seksual yang sehat. Kebijakan atau hukum yang membatasi orang muda yang tidak menikah untuk mengakses beberapa layanan, termasuk layanan kontrasepsi, persyaratan hukum untuk mendapatkan izin orangtua atau pasangan dan kriminalisasi para profesional yang memberikan edukasi, informasi, atau nasihat terkait aborsi (kecuali dalam situasi darurat medis) telah menciptakan penghalang tambahan bagi perempuan dan populasi kunci untuk mengakses informasi dan layanan kesehatan yang berkontribusi pada kehamilan yang tidak direncanakan dan tidak diinginkan serta kerentanan terhadap infeksi menular seksual.

Kekerasan berbasis gender memengaruhi kaum laki-laki, perempuan, dan transgender serta ini menjadi perhatian dalam isu kesehatan masyarakat. Menurut Komnas Perempuan, kekerasan dalam rumah tangga di rumah dan dalam konteks hubungan pribadi menyebabkan banyaknya kasus yang dilaporkan yang melibatkan kekerasan seksual, termasuk perkosaan. Saya juga khususnya merasa prihatin akan situasi di mana wanita dan anak perempuan yang menghadapi berbagai bentuk diskriminasi akibat latar belakang sosial, budaya, dan agama mereka. Ini termasuk para wanita dan anak perempuan yang terpapar pada praktik-praktik tradisional yang membahayakan, seperti perkawinan anak dan sunat perempuan. Saya akan menjabarkan isu-isu ini dalam laporan saya kepada Dewan HAM. Saya menyambut baik Undang-Undang Penghapusan Kekerasan Seksual (RUU PKS) sebagai daftar prioritas Program Legislasi Nasional (Prolegnas) untuk dibahas di parlemen. Saya mendesak pemerintah untuk mengesahkan undang-undang tersebut, karena merupakan prioritas untuk memajukan hak atas kesehatan, sejalan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG) terkait dengan perempuan.

Selama kunjungan saya, saya diberi tahu tentang sikap mendiskriminasi dan kekerasan yang tertanam secara mendalam yang ada di masyarakat terhadap individu atau kelompok berdasarkan orientasi seksual dan identitas gender atau ekspresi gender mereka. Laporan-laporan oleh Komnas Perempuan dan Komnas HAM, menunjukkan bahwa sikap mendiskriminasi berkontribusi pada meningkatnya kerentanan terhadap kesehatan yang buruk, termasuk infeksi HIV, dan meningkatkan stigma serta pelecehan dalam lingkup layanan kesehatan saat mencari pengobatan dan layanan untuk kesehatan seksual, termasuk penolakan untuk dirawat atau dilayani. Saya telah menerima berbagai laporan dan kesaksian yang mengindikasikan bahwa perempuan transgender (waria) menghadapi pelecehan dari petugas penegak hukum dan ketidakpastian hukum ketika mengakses dokumen identitas. Dalam lingkup layanan kesehatan, mereka dipaksa untuk mengikuti pemeriksaan HIV/AIDS, diidentifikasi berdasarkan KTP mereka yang tidak mencerminkan status kelamin mereka saat ini, dan ditempatkan di bangsal laki-laki tempat mereka terpapar pada kekerasan dan pelecehan yang serius.

Saya juga sangat prihatin tentang informasi yang diterima dalam penggunaan klasifikasi patologis untuk orang berdasarkan orientasi seksual dan identitas gender mereka, termasuk melabeli mereka sebagai sakit jiwa. Segala klasifikasi yang sedemikian telah digunakan sebagai dalih untuk pengobatan paksa yang melecehkan, evaluasi psikiatri dan prosedur untuk mengubah orientasi seksual seseorang, yang disebut "terapi korektif". Terapi-terapi yang demikian tidak dapat diterima dari sudut pandang HAM, dan tidak ilmiah, serta memiliki dampak negatif serius pada kesehatan mental dan kesejahteraan orang.

Mahkamah Konstitusi saat ini sedang memeriksa kajian petisi untuk mengkriminalisasi perilaku seks sesama jenis dan meningkatkan hukuman untuk kegiatan seksual di luar pernikahan yang akan berisiko menciptakan penghalang tambahan bagi perempuan dan populasi kunci tertentu dalam pemenuhan hak mereka atas kesehatan dan akan bersifat kontraproduktif dari sudut pandang kesehatan masyarakat.

*Kesehatan mental dan orang-orang dengan disabilitas psikososial dan intelektual*

Indonesia berada dalam posisi yang kuat untuk mengembangkan sistem layanan kesehatan mental berdasarkan hak azasi manusia serta prinsip dan standar kesehatan masyarakat yang moderen. Namun, untuk mencapai ini, isu layanan kesehatan mental harus diakui sebagai prioritas dalam kerangka kerja kebijakan kesehatan nasional dan implementasi Agenda 2030.

Saya ingin menekankan bahwa saat kita berbicara tentang kesehatan mental, kita mengatasi dua tema penting. Yang pertama adalah hak setiap orang untuk menikmati kesehatan mental (dengan standar tertinggi) yang merupakan promosi kesehatan mental serta pencegahan kondisi kesehatan mental yang umum, serta isu lainnya tentang mengintegrasikan kesehatan mental dalam semua kebijakan, termasuk dalam pengurangan kemiskinan dan perlindungan sosial bagi orang miskin, undang-undang dan kampanye anti-diskriminasi, serta berbagai program pencegahan kekerasan. Undang-undang, kebijakan, dan layanan perlu tersedia untuk memungkinkan anak-anak, perempuan, dan penduduk rentan lainnya dapat hidup dan berkembang di lingkungan yang bebas dari kekerasan dan pemaksaan. Ini adalah investasi kesehatan mental yang terbaik.

Indonesia telah melakukan langkah-langkah penting terkait layanan kesehatan mental, termasuk dalam undang-undang dan penegakannya, tetapi langkah-langkah ini harus diperkuat dan didukung sebagai prioritas oleh pihak berwenang di segala tingkatan dan diarusutamakan dalam layanan sosial dan kesehatan umumnya. Layanan kesehatan primer (puskesmas) harus menerapkan elemen-elemen penting layanan kesehatan mental yang tersedia di tingkat masyarakat. Para praktisi kesehatan harus fokus pada kesehatan mental dengan cara yang sama seperti kesehatan fisik secara efektif, dengan memberikan kombinasi intervensi psikososial dan pengobatan psikotropika yang harus tersedia jika dibutuhkan.

Saya senang mengetahui dari berbagai pemangku kepentingan di berbagai daerah di Indonesia bahwa pasung sudah tidak diterima dan bahwa ada kebijakan, pedoman, dan upaya yang jelas untuk mengakhiri bentuk perlakuan kekerasan serta pengobatan yang malah memperburuk ini. "Kampanye Bebas Pasung" harus dipuji tetapi juga harus ditingkatkan, diorientasikan pada layanan masyarakat alternatif, dan didukung oleh alokasi anggaran yang substansial, pelatihan tenaga kerja yang memadai, serta pemberdayaan orang dengan disabilitas psikososial. Pendekatan terintegrasi diperlukan untuk mencegah risiko pemasungan agar tidak diganti oleh bentuk penahanan dan pembatasan lainnya yang melanggar hak-hak azasi manusia dan tidak sesuai dengan Konvensi Hak-hak Orang dengan Disabilitas.

UU No 8/2016 menandai kemajuan signifikan dalam mengakui hak-hak orang dengan disabilitas dan menantang pendekatan bahwa penyandang disabilitas adalah penerima pasif atas perawatan dan perlindungan bagi mereka. Namun undang-undang ini tidak sepenuhnya sesuai dengan Konvensi Hak-hak Orang dengan Disabilitas, karena misalnya, UU ini gagal mengakui kapasitas legal orang penyandang disabilitas. Sama halnya juga, UU Kesehatan Mental (2014) memiliki kelebihan dan kekurangan. UU ini memberi mandat kepada setiap provinsi untuk memiliki rumah sakit mentalnya sendiri dan setiap kabupaten/kota harus membangun atau mendukung pendirian setidaknya satu "fasilitas berbasis-komunitas, yang bukan perawatan kesehatan". Ini adalah arah yang harus diambil oleh kebijakan kesehatan mental. Namun, pada saat yang sama definisi UU Kesehatan Mental ini dan aplikasi prinsip surat izin *(informed consent)* ini bermasalah. Isu ini akan dijabarkan lebih lanjut dalam laporan saya.

Sistem BPJS harus dengan serius mengatasi masalah cakupan intervensi psikososial yang harus diberikan di tingkat komunitas oleh layanan kesehatan dan sosial. Semua intervensi ini bisa sangat efektif jika diterapkan dengan baik, dan mereka dapat mengurangi perlunya perawatan di rumah sakit dan menempatkan pasien di suatu lembaga. Kondisi kesehatan mental, termasuk depresi, masalah kesehatan mental anak, dan disabilitas psikososial, harus ditangani dengan pendekatan proaktif moderen dan mematuhi hak-hak, dan paket investasi ini seharusnya menjadi salah satu prioritas untuk mencapai tujuan JKN dan SDG.

*Orang yang Hidup dengan HIV/AIDS*

Indonesia memiliki tingkat prevalensi HIV/AIDS yang relatif rendah dan selama 15 tahun terakhir telah ada komitmen serius untuk memerangi penyakit ini dan menyediakan akses untuk melakukan tes dan pengobatan kepada mereka yang hidup dengan HIV/AIDS. Penularan HIV sepertinya telah mampu distabilkan dan secara keseluruhan mulai terlihat menurun.

Namun, prevalensi HIV/AIDS tetap cukup tinggi di antara populasi kunci tertentu, khususnya laki-laki yang berhubungan seksual dengan laki-laki, tetapi juga di antara pekerja seks serta klien mereka, waria, dan para pengguna napza. Profil epidemi ini berubah dan kebanyakan infeksi baru ditularkan secara seksual. Populasi kunci terpapar risiko yang lebih besar serta menghadapi hambatan besar, stigma, dan diskriminasi, baik dalam hukum dan praktik penegakannya, ketika mengakses pengobatan dan layanan. Sebagai akibatnya, mereka cenderung menghindari layanan kesehatan. Ini bukan hanya merupakan isu HAM tetapi juga keprihatinan kesehatan masyarakat yang serius, yang dapat memiliki konsekuensi sosial dan ekonomi yang parah.

Saya merasa sangat prihatin atas situasi di Papua di mana terjadi epidemi umum HIV/AIDS serta angka infeksinya tertinggi di tingkat nasional. Saya mengunjungi Jayapura, dan mempelajari bahwa, walaupun sudah ada upaya yang patut dipuji dari setiap tingkatan pemerintahan dan para pemangku kepentingan lainnya, suku Papua memiliki risiko dua kali lebih besar terinfeksi HIV/AIDS dibandingkan populasi lainnya, dan jumlah infeksi baru terus meningkat dalam kelompok ini. Mereka menghadapi tantangan penting dalam tes HIV, pengobatannya, dan layanan terkait kesehatan baik dalam akses, tetapi juga dalam efektivitas respons yang dikarenakan faktor historis, sosio-ekonomi, dan budaya yang tidak menguntungkan. Situasi HIV/AIDS yang kritis di Papua patut mendapatkan perhatian dan upaya khusus dari semua pemangku kepentingan untuk membangun kepercayaan di antara penyedia dan pengguna layanan, tetapi juga untuk meningkatkan investasi di sektor kesehatan, dan meningkatkan akses terhadap pengobatan dan layanan yang sensitif budaya.

Secara keseluruhan, layanan tes HIV di Indonesia telah meningkat secara substansial selama beberapa tahun terakhir, yang patut dipuji, tetapi jumlahnya masih rendah, cakupan terapi anti retroviral (Anti- retroviral therapy/ART) merupakan yang terendah di Asia, dan keberlanjutannya tetap menjadi suatu tantangan, khususnya ketika lebih dari setengah dana tersebut berasal dari pihak asing. Selain itu, perubahan normatif kebijakan dan kelembagaan, penting untuk menyingkirkan rintangan serius yang menghalangi efektivitas respons HIV. Diperlukan lebih banyak upaya untuk secara efektif menjangkau mereka yang paling berisiko dan memastikan akses ke layanan berbasis-bukti yang berkualitas, termasuk dengan bekerja dalam kemitraan erat bersama populasi kunci yang terdampak.

Selama kunjungan saya, saya diberi tahu bahwa Komisi Penanngulangan AIDS Nasional akan berhenti beroperasi mulai tahun depan, dan fungsi serta tanggung jawabnya akan diambil alih oleh Kementrian Kesehatan. Oleh sebab itu, perlu adanya badan independen yang bisa memantau situasi epidemi, bisa mengimplementasikan serta mengkoordinasikan berbagai program, dan melibatkan populasi kunci. Karenanya, saya mendesak pihak berwenang untuk mempertimbangkan ulang keputusan ini dan mengembalikan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dengan mandat independen yang kuat dan sumberdaya yang memadai untuk memerangi penyakit ini secara efektif dan mencapai target menghapus AIDS sebelum tahun 2030.

*Kebijakan terkait Napza dan hak atas kesehatan bagi pengguna napza*

Penggunaan napza meningkat di Indonesia beberapa tahun terakhir dengan lebih banyak napza sintetis yang digunakan. Penegak hukum melakukan pendekatan yang bersifat punitif atau hukuman kepada para pengguna dan pengedar napza sebagai upaya menekan penggunaan dan penjualannya. Hukuman bagi pelanggar hukum terkait napza cukup berat, termasuk hukuman mati. Kewajiban pendaftaran dan pelaporan penggunaan napza mengakibatkan praktek pemaksaan pengobatan. Saya mengunjungi pusat layanan kesehatan yang memiliki program dan layanan khusus untuk pengguna napza. Program tersebut menyediakan layanan konseling dan pengurangan dampak buruk, termasuk terapi pengganti opium, namun belum tersebar luas dan tidak mengakomodasi kebutuhan populasi khusus misalnya remaja.

Interaksi layanan kesehatan dengan pengguna napza di Indonesia sebagian besar berdasarkan penegakan hukum yang tidak menghargai beberapa elemen dasar hak-hak atas kesehatan, termasuk permintaan persetujuan atau *informed consent* dan hak menolak pengobatan. Kriminalisasi pengguna napza hanya akan mengakibatkan diskriminasi, kekerasan dan pengecualian yang menjauhkan orang dari layanan kesehatan yang mereka butuhkan dan akhirnya dapat mengurangi upaya-upaya kesehatan masyarakat.

Penggunaan napza tidak seharusnya dikriminalisasikan, dan pelaporan serta rehabilitasi karena penggunaan napza seharusnya tidak diwajibkan. Indonesia harus berinvestasi lebih banyak dalam program pencegahan, edukasi dan informasi mengenai penggunaan napza. Sektor kesehatan dan sektor terkait lainnya harus lebih aktif dalam mempromosikan program pencegahan, layanan dan pengobatan yang berbasiskan bukti untuk para pengguna napza dengan menghargai otonominya, martabatnya dan privasinya.

**Hadirin para anggota pers,**

**Ibu dan Bapak sekalian,**

Ada banyak kesempatan dan kesungguhan komitmen untuk mencapai realisasi hak atas kesehatan di Indonesia secara progresif namun otoritas publik perlu ikut serta dalam upaya-upaya untuk mengatasi isu struktural dan sistemik ini, baik di bidang hukum maupun penegakannya, untuk memastikan bahwa semuanya tidak ditujukan hanya untuk “hal-hal yang terlihat” dan tidak seorang pun ditinggalkan.

Indonesia berada dalam jalur yang benar untuk mengembangkan sistem layanan kesehatan yang adil dan berkesinambungan berdasarkan cakupan kesehatan universal. Untuk mencapai target ambisius ini maka kesenjangan dan tantangan yang dihadapi untuk pemenuhan hak atas kesehatan perlu diidentifikasi dan diupayakan dengan cara yang komprehensif. Saya akan menjelaskan lebih lanjut mengenai kesenjangan dan tantangan tersebut serta cara-cara untuk mengatasinya dalam laporan saya dengan harapan bahwa hasil pengamatan dan rekomendasi yang saya buat nanti akan berkontribusi tidak hanya pada realisasi hak atas kesehatan di negara ini namun juga mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan terkait kesehatan, termasuk tujuan untuk mencapai cakupan kesehatan universal.

Saya akan mengakhiri dengan ungkapan terima kasih kepada Pemerintah Indonesia yang sudah mengundang saya ke negara ini sehingga saya bisa memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai realisasi hak atas kesehatan dan hak-hak terkait lainnya di negara ini. Undangan itu menunjukkan komitmen untuk menjamin serta meningkatkan upaya pemenuhan hak atas kesehatan.

Terima kasih.