

Kajian Hukum dan Kebijakan HIV di Indonesia

Sebuah Tinjauan terhadap Peraturan Perundang-Undangan dan Implementasinya di Enam Kota/Kabupaten

Arinta Dea Dini Singgi || Naila Rizqi Zakiah



Arinta Dea Dini Singgi, Naila Rizqi Zakiah || September 2017

© 2017 Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat

Editor: Ajeng Larasati, Ricky Gunawan

Desain Sampul: Yosua Octavian

Diterbitkan oleh Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat
Tebet Timur Dalam VIE, No. 3, Tebet
Jakarta Selatan, 12820
Indonesia

Buku ini diterbitkan oleh Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat dengan dukungan dari Indonesia Aids Coalition. Pandangan yang terdapat dalam buku ini adalah milik penulis dan tidak serta merta merefleksikan pandangan Indonesia Aids Coalition.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	1
Ringkasan Eksekutif	3
Hak Atas Kesehatan dan HIV	5
Pendanaan Penanggulangan HIV di Indonesia	5
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).....	10
Perawatan dan Pengobatan HIV	11
Hak Atas Pendidikan dan HIV	23
Latar Belakang	23
Stigma dan Diskriminasi terhadap Orang dengan HIV dan Populasi Kunci	23
Pendidikan HIV dalam Kurikulum	24
Skrining HIV dan Narkotika pada Institusi Pendidikan	25
Pendekatan Pidana dan HIV/AIDS	27
Latar Belakang	27
Pengguna Narkotika.....	28
Pekerja Seks (Perempuan dan Transpuan).....	33
Kriminalisasi Homoseksual.....	36
Kriminalisasi Paparan, Transmisi, dan Penyembunyian Status HIV	38
Perlindungan dan Pemenuhan Hak bagi Orang dengan HIV dan Populasi Kunci.....	41
Hak Atas Pekerjaan dan HIV/AIDS	45
Latar Belakang	45
Bebas HIV sebagai Syarat Izin Guru Asing	46
Tes HIV sebagai Prasyarat Menjadi TNI/POLRI.....	46
Administrasi Kependudukan dan HIV/AIDS	49
Praktik Kepemimpinan yang Baik dalam Program HIV/AIDS	51
Penutup	53
Kesimpulan.....	53
Rekomendasi	55
Daftar Pustaka	57
Profil Penulis	60

KATA PENGANTAR

“HIV adalah persoalan hak asasi manusia.” Sepertinya, belum banyak pihak yang memahami betul pernyataan tersebut. Umumnya, banyak pihak memahami HIV sebagai persoalan kesehatan saja. Hal ini wajar, mengingat di mata orang awam HIV dilihat sebagai virus yang menyebabkan penyakit AIDS dan oleh karenanya pembahasan persoalan HIV dan AIDS cenderung dibingkai di media massa sebagai liputan isu kesehatan. Namun sesungguhnya, HIV bukanlah semata soal virus yang menyebabkan kekebalan tubuh manusia menjadi berkurang.

Persoalan HIV/AIDS, seperti halnya persoalan penyakit lainnya, juga erat kaitannya dengan isu hak asasi manusia. Orang yang hidup dengan HIV sering kali mendapat stigma dari masyarakat, di mana mereka kerap dicap sebagai pendosa. Stigma inilah yang kemudian juga memunculkan praktik-praktik diskriminasi terhadap orang dengan HIV, mulai dari pengusiran dari keluarga karena dianggap membawa aib, hingga pengucilan dari masyarakat. Stigma dan diskriminasi ini sesungguhnya berakar dari ketidaktahuan ataupun ke-tidak-mau-tahu-an terhadap apa itu HIV dan bagaimana penyebarannya. Dalam konteks inilah, mengatasi stigma dan diskriminasi yang menyelimuti isu HIV menjadi penting. Karena, stigma dan diskriminasi memicu pelanggaran hak asasi manusia orang dengan HIV, yang akhirnya akan menjauhkan mereka dari layanan yang mereka perlukan, termasuk melahirkan kerentanan terhadap mereka yang berpotensi mengidap HIV. Oleh karena itu, persoalan HIV bukan hanya mengenai pencarian formula mujarab untuk mengatasi virus HIV/AIDS, tetapi juga bagaimana mengembangkan dan menjalani program dan layanan kesehatan HIV yang humanis, peka gender, dan non-diskriminatif.

Diskriminasi, dalam diskursus hak asasi manusia, dapat terjadi karena ketiadaan perlindungan hukum ataupun justru karena adanya hukum dan kebijakan yang diskriminatif. Berangkat dari pemahaman inilah, LBH Masyarakat melakukan kajian terhadap hukum dan kebijakan Indonesia yang berkenaan dengan isu-isu HIV. Sebagai organisasi hukum/hak asasi manusia, tentu bukan pada kapasitas keahlian LBH Masyarakat untuk bekerja di ranah pengobatan dan perawatan HIV. Kontribusi kami untuk menanggulangi persoalan HIV adalah dengan menelusuri hukum dan kebijakan Indonesia yang berkaitan dengan HIV guna melihat apakah ada hukum dan kebijakan yang mendukung program HIV dan oleh karenanya harus ditingkatkan, maupun hendak menemukan apakah ada hukum dan kebijakan yang justru menghalangi program HIV dan oleh karena itu perlu dihapus.

Buku yang sekarang Anda baca ini adalah buah dari kerja keras LBH Masyarakat selama satu tahun terakhir mengkaji hukum dan kebijakan Indonesia yang berhubungan dengan persoalan HIV di area pendidikan, kesehatan, ketenagakerjaan, kependudukan, dan pemidanaan. Kami berharap temuan dan rekomendasi yang kami hasilkan di laporan ini dapat bermanfaat bagi pembaca, terutama pemangku kebijakan dalam merumuskan kebijakan HIV yang berbasis pada hak asasi manusia.

Laporan studi ini tidak akan sampai ada di tangan Anda apabila bukan karena ketekunan dua orang peneliti LBH Masyarakat, Arinta Dea dan Naila Rizqi Zakiah, yang giat mempelajari sejumlah hukum dan kebijakan Indonesia maupun mewawancarai sejumlah pihak terkait. Apresiasi juga saya sampaikan kepada Ajeng Larasati, Koordinator Riset dan Kebijakan LBH Masyarakat, sebagai pembaca ahli yang memberikan masukan kritis terhadap penyelesaian laporan ini.

Tentu saja, apresiasi juga saya haturkan kepada Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) yang mendukung studi ini dari awal hingga akhir. Terima kasih juga saya sampaikan kepada jajaran Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Bogor, Indramayu, Denpasar, Lombok Barat, Palembang dan Banjarmasin; dan instansi pemerintah lainnya yakni Pemerintah Daerah Kota/Kabupaten Bogor, Indramayu, Denpasar, Lombok Barat, Palembang, dan Banjarmasin; Dinas Sosial Banjarmasin, Palembang, Indramayu; Dinas Kesehatan Bogor, Banjarmasin, Denpasar, Lombok Barat, Palembang; Lembaga Pemasarakatan Bpgor, Banjarmasin, Lombok Barat; Satpol PP Bogor, Denpasar, Lombok Barat, Indramayu; dan Badan Narkotika Nasional Kota Palembang; yang seluruhnya berpartisipasi aktif di dalam diskusi kelompok terarah ketika tim peneliti mengunjungi kota-kota tersebut.

Saya juga mengapresiasi keterlibatan dan masukan dari komunitas yang memperkaya temuan literatur tim peneliti, yaitu dari: PKBI Indramayu (Indramayu), KDS Samaya (Indramayu), KDS Indramayu (Indramayu), LKKNU Kalimantan Selatan (Banjarmasin), PKBI Kalsel (Banjarmasin), KDS Borneo Plus (Banjarmasin), ASA Borneo (Banjarmasin), IWB Banjary (Banjarmasin), PEKA Bogor (Bogor), Srikandi Pakuan (Bogor), G-Life (Bogor), Lekas (Bogor), Sahira (Bogor), GWL INA (Denpasar), YKP (Denpasar), Yayasan Inset (Lombok Barat), Aksi NTB (Lombok Barat), YIM (Palembang), Sriwijaya Plus (Palembang), dan PKBI Sumatera Selatan.

Terakhir, saya turut ucapkan terima kasih kepada kawan-kawan di Indonesia AIDS Coalition (IAC) yang telah membantu proses studi ini hingga selesai.

Atas nama LBH Masyarakat, saya memohon maaf apabila ada kekurangan baik substansi maupun teknis penulisan laporan ini. Dengan senang hati kami menerima kritik dan masukan untuk perbaikan laporan ini ke depannya.

Akhir kata, laporan ini kami persembahkan kepada orang-orang dengan HIV dan anggota komunitas yang perjuangannya melawan virus HIV dan virus stigma dan diskriminasi adalah sumber inspirasi bagi kami di LBH Masyarakat.

Salam hormat,
Ricky Gunawan
Direktur LBH Masyarakat

RINGKASAN EKSEKUTIF

Penanggulangan HIV akan sangat bergantung pada kebijakan pemerintah. Kebijakan yang menyuburkan stigma dan diskriminasi dan memungkinkan terjadinya pelanggaran hak asasi manusia dapat menjadi hambatan besar penanggulangan HIV. Hasil dari Konsultasi Nasional Hukum dan Kebijakan HIV di Indonesia tahun 2013 menunjukkan bahwa masih terdapat hambatan hukum yang diatur dalam regulasi nasional maupun lokal. Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengidentifikasi peraturan nasional dan peraturan daerah yang kontraproduktif terhadap penanggulangan HIV. Namun, belum ada penelitian yang melihat secara mendalam aspek implementasi dari regulasi nasional dan daerah. Selain itu, kebijakan yang berdampak positif terhadap penanggulangan HIV juga belum pernah dianalisis. Kebijakan yang berdampak positif terhadap penanggulangan HIV seharusnya menjadi rujukan bagi penentu kebijakan.

LBH Masyarakat bekerja sama dengan Indonesia AIDS Coalition dengan didukung oleh The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria, melakukan tinjauan peraturan dan kebijakan nasional dan daerah yang berdampak pada HIV dan melihat aspek implementasi pada peraturan dan kebijakan tersebut. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi peraturan serta implementasi peraturan yang mendukung atau tidak mendukung upaya penanggulangan HIV. Tinjauan peraturan dan kebijakan akan dilakukan dengan kajian literatur. Sedangkan aspek implementasi akan dilihat melalui diskusi kelompok terfokus (FGD) yang akan dilakukan di 6 (enam) kota/kabupaten yaitu Bogor, Denpasar, Palembang, Kabupaten Lombok Barat, Banjarmasin dan Kabupaten Indramayu. FGD dilakukan secara terpisah antara pemerintah daerah dan komunitas.

Penelitian ini mengkaji lima isu yaitu pendidikan, kesehatan, ketenagakerjaan, kependudukan dan pemidanaan. Kelima isu ini dipilih karena dekat dengan isu populasi kunci dan orang dengan HIV. Pada aspek kesehatan, jaminan kesehatan HIV selalu menjadi pertanyaan di masyarakat. Informasi pertanggung jawaban perawatan dan pengobatan HIV dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) simpang siur dan tidak dapat dipastikan ketepatannya. Anggaran penanggulangan HIV tidak hanya digelontorkan untuk perawatan dan pengobatan HIV saja, namun juga pencegahan, riset, penguatan kapasitas komunitas, dan lain sebagainya. Anggaran ini juga dikelola oleh beberapa instansi pemerintah, seperti Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) dan Kementerian Kesehatan, dan masyarakat sipil yang bersumber dari APBN, donor internasional dan swasta. Hasil kajian literatur dan FGD menunjukkan tidak semua layanan kesehatan HIV tersedia secara gratis.

Pada isu pendidikan, pemerintah menjamin bahwa semua orang, termasuk populasi kunci dan orang dengan HIV, dapat mengenyam pendidikan tanpa diskriminasi. Pada praktiknya, diskriminasi masih terjadi di mana institusi pendidikan justru menjadi pelaku dan pelanggeng budaya diskriminatif. Persyaratan bebas narkoba pada penerimaan mahasiswa merupakan salah satu contoh bahwa pendidikan tidak bisa dinikmati oleh semua kalangan terkhusus bagi orang dengan HIV dan populasi kunci.

Tiga komunitas utama populasi kunci adalah laki-laki seks dengan laki-laki (LSL), pengguna narkoba suntik (penasun) dan pekerja seks. Hubungan seks sesama jenis dan memberikan jasa seks bukan merupakan tindak pidana walaupun beberapa peraturan daerah mengatur bahwa perbuatan tersebut merupakan pelanggaran dan dapat menerima sanksi berupa kurungan dan/atau denda. Bagi pekerja seks, termasuk transgender yang menjadi pekerja seks, razia dilakukan secara berkala atau pemerintah daerah memutuskan untuk membubarkan lokalisasi. Penggunaan narkoba bagi diri sendiri merupakan tindak pidana menurut Undang-Undang Narkotika kecuali pengguna narkoba melaporkan dirinya pada Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWVL) dan harus menjalani program rehabilitasi. Banyak riset menunjukkan bahwa pendekatan pemidanaan berdampak negatif terhadap penanggulangan HIV. Pendekatan pemidanaan justru melanggar hak atas kesehatan dan semakin menyuburkan stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV dan populasi kunci.

Konstitusi menjamin bahwa setiap orang berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak. Komentar Umum Nomor 18 tentang Hak Atas Pekerjaan mengatur bahwa pasar ketenagakerjaan haruslah terbuka bagi siapa saja dan melarang segala bentuk diskriminasi dalam mengakses dan mempertahankan pekerjaan atas dasar ras, warna kulit, jenis kelamin, agama ataupun kondisi kesehatan. Diskriminasi terhadap orang dengan HIV dan populasi kunci tidak selalu berasal dari kebijakan perusahaan. Dalam beberapa kasus, pemerintah masih membuat kebijakan yang diskriminatif, misalnya saja persyaratan bebas HIV bagi warga negara asing yang ingin menjadi guru di Indonesia. Beberapa peraturan daerah mengatur mengenai pemberian sanksi terhadap pemberi kerja/pengusaha yang menjadikan tes HIV sebagai syarat rekrutmen, namun, tidak ada implementasi terhadap kebijakan tersebut.

Pengakuan atas identitas diri belum sepenuhnya didapatkan kelompok populasi kunci, terutama kelompok populasi kunci yaitu transpuan atau yang lebih umum dikenal dengan transgender. Setidaknya ada 1,2 juta

transpuan di Indonesia yang tidak memiliki identitas diri. Dalam konteks HIV, identitas diri melalui kepemilikan KTP setidaknya berperan penting dalam dua hal, yaitu menghindarkan transpuan dan pekerja seks dari kriminalisasi, serta guna mengakses layanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan seringkali mengedepankan syarat administratif seperti KTP dan BPJS tanpa melihat persoalan populasi kunci, termasuk persoalan ketiadaan identitas diri sebagaimana lazim dihadapi transpuan dan pekerja seks. Pada akhirnya, ketiadaan KTP menjauhkan orang dengan HIV dengan layanan kesehatan.

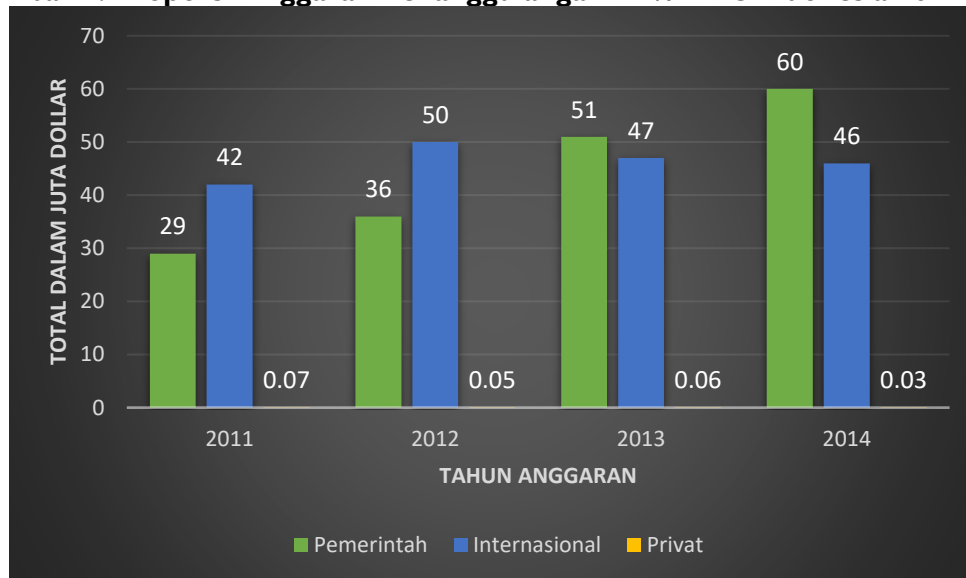
Penelitian ini bermaksud untuk memberikan rekomendasi dan rencana aksi, terutama bagi pemangku kebijakan, agar dapat menciptakan lingkungan hukum dan kebijakan yang mendukung penanggulangan HIV. Lingkungan hukum dan kebijakan yang kondusif tersebut tentunya juga harus menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV dan populasi kunci, yang merupakan hambatan utama penanggulangan HIV di Indonesia.

A. Pendanaan Penanggulangan HIV di Indonesia

Biaya penanggulangan HIV di Indonesia meningkat secara signifikan setiap tahunnya. Pada tahun 2014, total anggaran penanggulangan HIV adalah sebesar USD 106.794.596.¹ Besarnya biaya penanggulangan HIV dikarenakan jumlah epidemi HIV di Indonesia yang juga cukup tinggi.² Sumber pendanaan penanggulangan HIV tidak hanya berasal dari pemerintah Indonesia saja, namun juga mitra internasional dan sektor privat. Jumlah anggaran penanggulangan HIV dapat dilihat pada Laporan National AIDS Spending Assessment (NASA) atau Asesmen Anggaran Belanja AIDS Nasional yang dibuat oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) dan Kementerian Kesehatan yang dilakukan setiap dua tahun sekali.

Pada NASA tahun 2011-2012 dan NASA tahun 2013-2014, anggaran penanggulangan HIV secara jumlah tercatat meningkat, dengan jumlah peningkatan sebesar 9,06% di tahun 2012, dan sebesar 4,03% di tahun 2014. Data grafik di bawah menunjukkan anggaran penanggulangan HIV yang meningkat secara progresif dari tahun 2011 hingga 2014 dengan proporsi pembiayaan dari pemerintah yang semakin besar. Di tahun 2011, mitra internasional menyumbang lebih dari setengah sumber anggaran HIV yaitu 59% atau sebesar USD 42.815.644. Sedangkan pada tahun 2014, sumber terbesar anggaran penanggulangan HIV berasal dari pemerintah atau APBN yaitu sebesar 57% atau USD 60.488.121.

Gambar 1. Proporsi Anggaran Penanggulangan HIV/AIDS Indonesia 2011-2014



Sumber: Laporan Asesmen Anggaran Belanja AIDS Nasional Tahun 2011-2012 dan Laporan Asesmen Anggaran Belanja AIDS Nasional Tahun 2013-2014

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, yang selanjutnya akan disebut sebagai the Global Fund, merupakan donor internasional multilateral yang paling banyak mengucurkan dana untuk penanggulangan HIV di Indonesia. Sekitar 60% dana internasional penanggulangan HIV di Indonesia berasal dari the Global Fund, diikuti dengan pemerintah Australia dan Amerika Serikat. Data tahun 2014 menunjukkan Global Fund telah mengurangi jumlah anggaran HIV sebanyak USD 2.153.642 atau 3,76% sedangkan pada donor lainnya tidak banyak perubahan.³ Dana yang diberikan oleh donor internasional tidak hanya diberikan pada pemerintah saja, namun juga sektor privat yaitu komunitas dan lembaga swadaya masyarakat. Tulisan ini hanya akan membahas dana dari donor internasional yang diberikan pada pemerintah dan pengeluaran dari APBN.

Perlu dicatat bahwa pembiayaan dari donor internasional hanya bersifat sementara dan akan berhenti jika negara sudah mampu secara mandiri membiayai penanggulangan HIV. The Global Fund, misalnya, memprioritaskan negara berpenghasilan rendah dengan beban HIV tertinggi sebagai penerima bantuan. Indonesia dikategorikan

¹ Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dan Kementerian Kesehatan, "Laporan Asesmen Anggaran Belanja AIDS Nasional Tahun 2013-2014", 2015.

² The Global Fund, "Eligibility List 2017", https://www.theglobalfund.org/media/5601/core_eligiblecountries2017_list_en.pdf, diakses tanggal 22 Maret 2017.

³ Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dan Kementerian Kesehatan, "Laporan Asesmen Anggaran Belanja AIDS Nasional Tahun 2013-2014", 2015.

sebagai negara berpenghasilan menengah ke bawah (*low middle income*) dengan beban HIV, TB dan Malaria yang cukup tinggi, sehingga masih menjadi salah satu negara prioritas the Global Fund. Namun, dapat dipastikan secara bertahap the Global Fund akan melepaskan diri dari Indonesia.⁴

Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2010-2014 memproyeksikan kebutuhan pendanaan tahun 2014 sebesar 2.463,3 milyar rupiah. Namun, berdasarkan gambar di atas, hanya setengahnya yang dapat dipenuhi. Walaupun Indonesia masih belum dapat memenuhi target kebutuhan pendanaan program penanggulangan HIV, peningkatan proporsi anggaran penanggulangan HIV dari pemerintah menunjukkan komitmen negara yang semakin besar dalam menanggulangi HIV. Hal ini berkesesuaian dengan Kovenan Internasional Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya yang mewajibkan negara untuk, secara progresif, memenuhi hak atas kesehatan setiap warganya dengan menggunakan secara maksimal sumber daya yang tersedia.⁵

Bab ini akan menganalisis lebih dalam mengenai layanan HIV yang dijamin oleh pemerintah dalam skema asuransi kesehatan sosial dengan melihat anggaran penanggulangan HIV. Karena keterbatasan penelitian, bab ini tidak menjelaskan mengenai kebutuhan anggaran penanggulangan HIV dan gap pada anggaran yang tersedia. Penelitian ini juga tidak membahas persentase orang dengan HIV dan populasi kunci yang telah menerima layanan kesehatan HIV.

I. Jaminan Kesehatan Sosial dan HIV

Sejak tahun 2005, World Health Assembly ke-58 telah merekomendasikan setiap negara untuk menerapkan Universal Health Coverage (UHC) atau jaminan kesehatan universal.⁶ Rekomendasi ini kemudian diperkuat dengan dimasukkannya jaminan kesehatan universal ke dalam capaian ketiga Sustainable Development Goals (SDGs).⁷ Konsep jaminan kesehatan universal ini dibangun dengan fondasi hak asasi manusia dan keadilan untuk memastikan semua orang memiliki akses yang sama terhadap hak atas kesehatan. Jaminan kesehatan universal ini memiliki dua tujuan utama, yaitu memastikan semua orang dapat mengakses layanan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas termasuk layanan promosi, pencegahan, perawatan, rehabilitasi dan paliatif tanpa pembedaan apapun, dan melindungi setiap orang dari risiko finansial karena mengakses layanan kesehatan yang cukup mahal.⁸

Realisasi jaminan kesehatan universal bergantung pada mekanisme pengumpulan kontribusi, penggabungan kontribusi dan penggunaan kontribusi untuk menyediakan atau membeli intervensi kesehatan.⁹ Menurut WHO, cara terbaik untuk merealisasikan UHC adalah dengan *compulsory prepayment* atau kewajiban membayar kontribusi, baik menggunakan pajak maupun premi, yang kemudian dikumpulkan untuk membagi risiko.¹⁰ Mekanisme ini dikenal sebagai *social health insurance* atau asuransi kesehatan sosial. Pembayaran kontribusi tersebut akan disesuaikan pada kemampuan setiap orang sehingga orang yang sakit tidak terbebani dengan biaya kesehatan. Sedangkan untuk masyarakat miskin, negara berkewajiban untuk menanggung biaya kesehatan sepenuhnya.¹¹ Mekanisme lainnya, misalnya, *out-of-pocket* atau pembayaran dari kantong sendiri dan asuransi kesehatan sukarela. Namun konsep ini dinilai tidak dapat memperluas cakupan penerima layanan kesehatan dan sangat membebani orang yang membutuhkan layanan kesehatan.¹²

Tentu saja tidak semua layanan kesehatan dapat ditanggung secara penuh oleh negara karena keterbatasan sumber daya di masing-masing negara. Penggambaran pemenuhan secara bertahap UHC terdiri dari tiga dimensi yaitu populasi, layanan dan biaya langsung. Ketiga dimensi tersebut diilustrasikan pada gambar di bawah. Negara didorong untuk memperbesar *pooled funds* atau dana yang terkumpul agar dapat memperluas cakupan layanan kesehatan.

⁴ The Global Fund, "Funding Model", <http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/process/eligibility/>, diakses pada 22 Februari 2017.

⁵ Kovenan Internasional Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, Pasal 2 ayat (1); Komite Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, *Komentar Umum Nomor 14 tentang Hak untuk Mendapatkan Standar Tertinggi Hak atas Kesehatan*, E/C.12/2000/4, 11 Agustus 2000, Paragraf 30.

⁶ World Health Assembly, *Pembiayaan Kesehatan Berkelanjutan, Cakupan Universal, dan Asuransi Kesehatan Sosial*, WHA58/2005/REC/1, WHA58.33, 16-25 Mei 2005, Paragraf 1.

⁷ Sustainable Development Goals, "Goal 3: Ensure health lives and promote well-being for all at all ages", <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>, diakses tanggal 22 Maret 2017.

⁸ World Health Organisation, "Memperdebatkan Cakupan Kesehatan Universal", 2013, hal. 9.

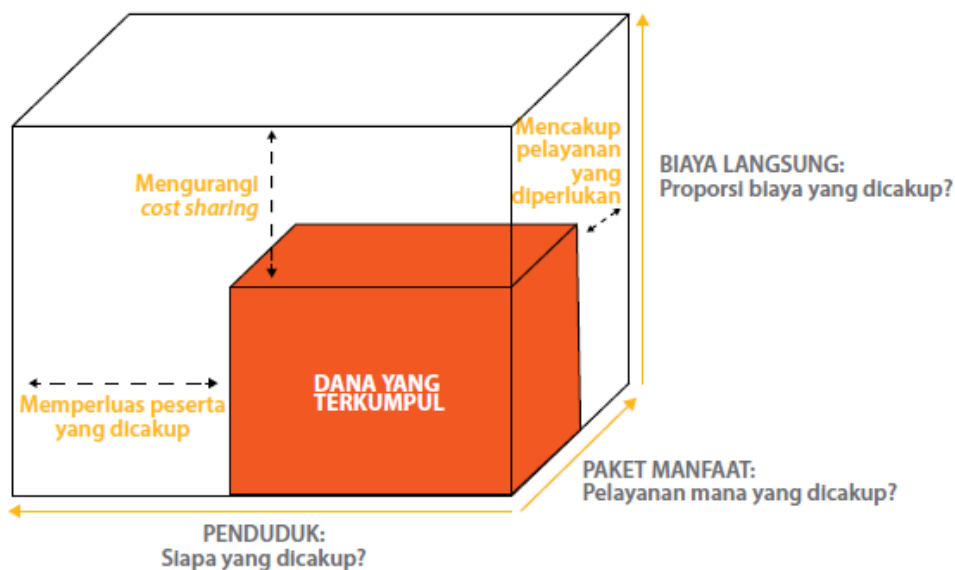
⁹ World Health Assembly, *Asuransi Kesehatan Sosial: Pembiayaan Kesehatan Berkelanjutan, Cakupan Universal, dan Asuransi Kesehatan Sosial*, A58/20, 7 April 2005, angka 3.

¹⁰ World Health Organisation, "Memperdebatkan Cakupan Kesehatan Universal", *Op. Cit.*, hal. 9.

¹¹ *Ibid.*

¹² Lihat World Health Organisation, "Memperdebatkan Cakupan Kesehatan Universal", 2013.

Gambar 2. Tiga Dimensi Jaminan Kesehatan Universal



Sumber: WHO, Laporan Kesehatan Global, Sistem Pembiayaan Kesehatan: Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Semesta, 2010.

Indonesia mulai menerapkan prinsip UHC dalam sistem jaminan kesehatan melalui Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (JKN). Pemerintah menargetkan kepesertaan menyeluruh akan tercapai dalam jangka waktu lima tahun.¹³ Penerapan UHC dilakukan melalui jaminan kesehatan sosial yang sudah dikenal sejak tahun 1980-an melalui beberapa badan penyelenggara jaminan sosial yaitu JAMSOSTEK, TASPEN, ASABRI dan ASKES. Kemudian berdasarkan amanat Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS), keempat asuransi sosial tersebut dilebur menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Sejak 1 Januari 2014, BPJS menjadi *single payer* asuransi kesehatan sosial di mana semua dana jaminan kesehatan dikumpulkan di satu tempat. Hingga bulan Desember 2015, 156.790.287 jiwa terdaftar sebagai peserta BPJS, terdapat 19.969 fasilitas layanan kesehatan tingkat pertama dan lebih dari 57 triliun dikeluarkan untuk layanan kesehatan.¹⁴ Dana BPJS berasal dari iuran peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah.¹⁵ Sedangkan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu akan terdaftar sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah.¹⁶ Mekanisme pertanggungjawaban seperti ini sesuai dengan rekomendasi WHO.

Hingga saat ini, dana penanggulangan HIV Indonesia tidak termasuk dalam JKN. Dana tersebut hampir sepenuhnya dikelola oleh Kementerian Kesehatan. Tabel di bawah ini merupakan laporan KPAN tahun 2015 mengenai integrasi HIV ke JKN yang memuat jenis layanan yang dijamin oleh pemerintah serta mekanisme pembiayaannya.¹⁷ Dari 26 layanan, hanya delapan jenis layanan yang termasuk dalam JKN di antaranya adalah obat infeksi menular seksual (IMS), konsultasi, dan rawat inap infeksi oportunistik. Selain mekanisme JKN, mekanisme lain yang digunakan adalah pendanaan publik. Namun, tidak ada penjelasan lebih lanjut mengenai mekanisme pendanaan publik.

Tabel 1. Layanan HIV dan Mekanisme Pembiayaan

¹³ Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), “JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional”, 2015, hal. 4.

¹⁴ Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, “Laporan Pengeluaran Program Tahun 2015 dan Laporan Keuangan Tahun 2015 (Auditan)”.

¹⁵ Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Pertama Tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 1 angka 3.

¹⁶ Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Pertama Tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 1 angka 7.

¹⁷ Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Kementerian Kesehatan RI, World Bank Group, Center for Health Research Universitas Indonesia, “Laporan Integrasi HIV ke Jaminan Kesehatan Universal (JKN) di Indonesia”, 2015, hal. 36-37.

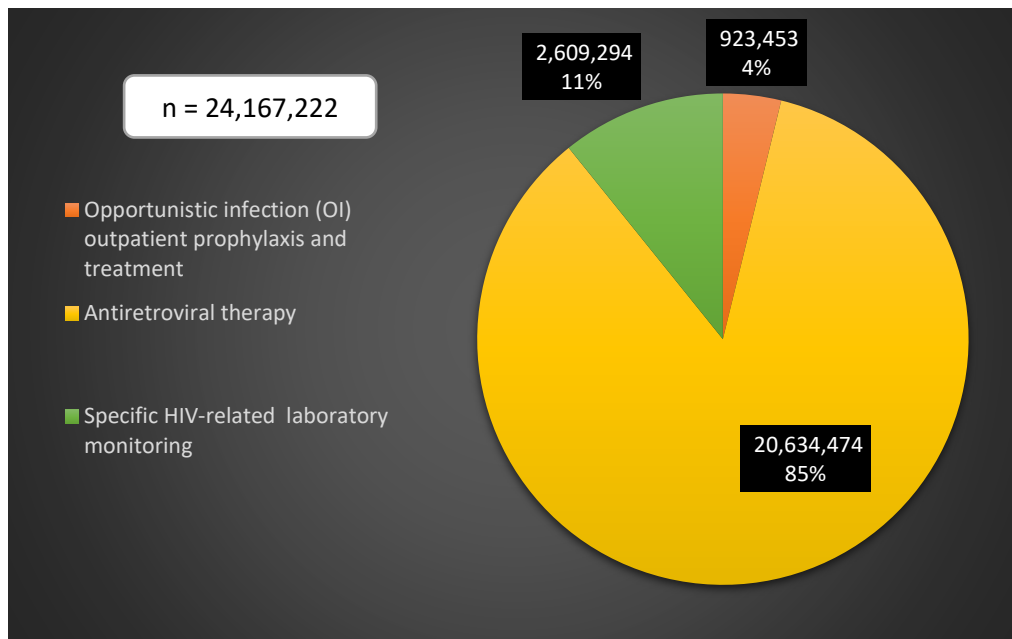
Intervensi	Komponen Layanan	Elemen Layanan	Cakupan Saat Ini/Mekanisme Pembiayaan
Pencegahan	Layanan IMS	Diagnosa: tes IMS	JKN dan Publik
		Obat	JKN dan Publik
		Kondom dan pelicin	Publik – Domestik dan Eksternal
		Materi KIE	Publik – Domestik dan Eksternal
		Konsultasi (honor teknis medis dan lab)	JKN dan Publik
	Konseling dan tes HIV	Tes diagnosa	Publik – Pusat dan Daerah
		Kondom	Publik – Domestik dan Eksternal
		Konsultasi (honor teknis medis dan lab)	JKN dan Publik
	Pengurangan dampak buruk	LASS	Publik – Domestik dan Eksternal
		Metadon	Publik
		Kondom	Publik – Domestik dan Eksternal
		Konsultasi (honor teknis medis dan lab)	Publik
	PPIA	Tes diagnosa	Publik – Pusat dan Daerah
		Kondom	Publik – Domestik dan Eksternal
		ARV	Publik – Domestik dan Eksternal
		C-section	Publik – Domestik dan Eksternal
		Materi KIE	Publik – Domestik dan Eksternal
Konsultasi (honor teknis medis dan lab)		JKN dan Publik	
Pengobatan dan Perawatan	Pengobatan dan perawatan	Skrining tes: eligibilitas ARV	Publik – Pusat dan Daerah
		Obat profilaksis	Publik – Domestik dan Eksternal
		ARV	Publik – Domestik dan Eksternal
		Tes monitoring: CD4 dan viral load	Publik – Domestik dan Eksternal
		Rawat inap infeksi oportunistik	JKN
		Obat infeksi oportunistik	JKN dan Publik
		Kondom	Publik – Domestik dan Eksternal
		Konsultasi (honor teknis medis dan lab)	JKN dan Publik

Sumber: Laporan Integrasi HIV ke Jaminan Kesehatan Semesta (JKN) di Indonesia, 2015.

Identifikasi aktor yang mengelola layanan HIV penting karena berkaitan dengan prosedur seseorang mendapatkan layanan kesehatan. Tidak ada informasi lebih lanjut mengapa sebuah layanan menjadi bagian dari JKN, dan layanan yang lainnya tidak. **Pengintegrasian layanan HIV ke JKN penting untuk memastikan bahwa negara menjamin layanan kesehatan untuk orang dengan HIV secara berkelanjutan.** Mengingat kebergantungan Indonesia kepada sumber pendanaan internasional, orang dengan HIV dan populasi kunci akan berpotensi kehilangan akses ke layanan pencegahan dan pengobatan jika pendanaan internasional tersebut berhenti, sedangkan JKN belum mengakomodir kebutuhan layanan pencegahan dan pengobatan HIV secara menyeluruh. Pemerintah sudah seharusnya mulai membuat rancangan atau peta jalan yang terarah dan memiliki target yang jelas untuk mengintegrasikan HIV dalam layanan JKN, dengan memperhatikan karakteristik tertentu dari penanggulangan HIV.¹⁸

Gambar 3. Pengeluaran HIV pada Kategori Pengobatan dan Perawatan dengan Sumber Pendanaan Publik

¹⁸ *Ibid.*, hal. 80.



Sumber: Laporan Pengeluaran AIDS Nasional Tahun 2014

NASA mengategorikan pengeluaran menjadi delapan. Salah satunya, dan merupakan kategori dengan pengeluaran terbesar, adalah pengeluaran untuk pengobatan dan perawatan dengan total anggaran yang mencapai USD 35.003.781 pada tahun 2014. Anggaran pengobatan dan perawatan terbesar dikeluarkan oleh pemerintah pusat sebesar 69,04% dari total anggaran atau USD 24.167.222. Sekitar 85,38% dari anggaran tersebut atau USD 20.634.474 dialokasikan untuk pembelian ARV sehingga orang dengan HIV dapat menikmati ARV secara gratis. Keputusan pemerintah sejak tahun 2004 untuk memberikan ARV secara gratis kepada orang dengan HIV berkesesuaian dengan rekomendasi WHO dan meringankan beban finansial penderita. Namun, ARV tidak dimasukkan dalam perawatan yang ditanggung oleh BPJS. Mekanisme pertanggung jawaban ARV adalah mekanisme berbeda di mana pertanggung jawaban layanan kesehatan diatur oleh kementerian kesehatan. Tidak diketahui secara jelas latar belakang kebijakan ini. Sedangkan JKN mengalokasikan seluruh dananya yaitu sebesar USD 6.075.232 untuk memberikan layanan rawat inap pasien infeksi oportunistik HIV.

Karena keterbatasan data, penulis tidak dapat mengidentifikasi berapa anggaran yang dibutuhkan dan berapa pasien yang telah mendapat layanan. Namun, jika dilihat secara jumlah dan dibandingkan dengan besaran anggaran lainnya, sisa anggaran tersebut dapat diasumsikan cukup sedikit untuk membiayai layanan HIV lainnya. Jika memang anggaran yang tersedia sedikit, maka jumlah orang yang mendapatkan layanan gratis juga akan terbatas. Temuan kami di Denpasar menunjukkan bahwa tes *viral load* tidak tersedia secara gratis, walaupun Tabel 1 menyatakan bahwa tes *viral load* dibiayai dengan mekanisme pembiayaan publik.

“...Tapi kalau viral load itu cluster-nya ndak masuk standar BPJS. Dia memang, siapapun kalau tes viral load pasti harus bayar.”¹⁹

Dari uraian mengenai anggaran dan layanan HIV tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa masih terdapat kesenjangan besar pada setiap dimensi jaminan kesehatan universal dalam memberikan layanan HIV bagi orang dengan HIV dan populasi kunci (lihat Gambar 2), baik pada sisi populasi yang dijangkau, jumlah layanan kesehatan maupun biaya yang ditanggung oleh JKN. Pada sisi populasi yang dijangkau, tidak semua orang dengan HIV ditanggung oleh JKN karena pada sisi layanan kesehatan, hanya infeksi oportunistik yang dijamin oleh JKN. Sedangkan pada sisi biaya, secara kuantitas, sumber pendanaan lain mendominasi anggaran penanggulangan HIV.

2. Kontribusi Daerah terhadap Dana Penanggulangan HIV

¹⁹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Denpasar, 2 Desember 2017.

Anggaran penanggulangan HIV yang berasal dari daerah meningkat cukup signifikan pada tahun 2014 dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya yaitu 18,12%. Jika dibandingkan dengan anggaran pemerintah secara keseluruhan, daerah menyumbang proporsi anggaran yang cukup kecil yaitu 18,61% atau sebesar USD 11,259,838.²⁰ Alokasi anggaran daerah tersebut dialokasikan, secara berturut-turut dari anggaran terbesar, untuk melakukan program pencegahan penanggulangan HIV, khususnya bagi remaja di sekolah, manajemen program dan sumber daya manusia.

Walaupun demikian, peneliti menemukan bentuk kontribusi daerah dalam penanggulangan HIV di Kabupaten Lombok Barat yang dapat dijadikan acuan bagi daerah lainnya. Setiap orang dengan HIV yang bertempat tinggal di Kabupaten Lombok Barat, walaupun ia berstatus sebagai pendatang dan tidak memiliki KTP Lombok Barat, mendapatkan bantuan untuk membayar premi BPJS dari pemerintah daerah. Jika ia belum memiliki BPJS, pemerintah daerah setempat akan membantunya dengan membuatkan kartu domisili, jika ia tidak berdomisili di Lombok Barat, atau langsung membantu mengurus kepesertaan BPJS.²¹

Sebagaimana diketahui, pengobatan dan perawatan orang dengan HIV serta populasi kunci merupakan salah satu bentuk pencegahan penyebaran infeksi HIV yang lebih luas.²² Kebijakan yang diambil oleh Pemerintah Daerah Lombok Barat memudahkan akses orang dengan HIV terhadap layanan kesehatan, baik layanan ARV maupun layanan kesehatan lainnya. Hal ini, dengan demikian, berkontribusi pada penciptaan lingkungan yang kondusif dalam upaya penanggulangan HIV.

B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah alat JKN dalam memberikan jaminan kesehatan untuk semua orang. BPJS didirikan berdasarkan amanat UU SJSN dan bertujuan untuk memberikan jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta BPJS dan/atau anggota keluarganya.²³ BPJS terdiri atas dua jenis yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Subbab ini hanya akan membahas BPJS Kesehatan. Selain membahas jaminan kesehatan yang diberikan oleh BPJS, hasil diskusi kelompok terfokus di enam daerah memperlihatkan beberapa temuan mengenai pelaksanaan pemberian jaminan kesehatan.

1. Sistem Kepesertaan BPJS

Temuan pertama terkait dengan metode kepesertaan BPJS. Berdasarkan diskusi terbatas dan penelusuran literatur yang kami lakukan, orang dengan HIV dan populasi kunci hampir di semua kota mengeluhkan sistem kepesertaan BPJS yang mewajibkan semua orang dalam satu kartu keluarga terdaftar. Kebijakan tersebut dimaksudkan untuk meningkatkan jumlah kepesertaan BPJS. Namun, di sisi lain, hal ini berimplikasi pada membengkaknya iuran yang harus dibayarkan. Pembengkakan biaya iuran ini pada akhirnya berdampak pada ketidakmampuan orang dengan HIV dan populasi kunci – serta tidak menutup kemungkinan masyarakat lainnya – untuk menjadi peserta BPJS. Selain itu, metode kepesertaan berbasis kartu keluarga ini juga menyulitkan orang dengan HIV dan populasi kunci yang tidak memiliki kartu keluarga. Mengingat fenomena ketidakberterimaan masyarakat dan keluarga terhadap pekerjaan maupun identitas gender, banyak pekerja seks dan transpuan yang keluar – atau dipaksa keluar – dari rumah.²⁴ Oleh karena itu, umumnya pekerja seks dan transpuan dengan pengalaman seperti ini tidak memiliki identitas diri, apalagi terdaftar dalam kartu keluarga.

2. Eksklusi Layanan Kesehatan terhadap Penggunaan Narkotika

Temuan kedua adalah dikecualikannya penggunaan narkotika dalam JKN.²⁵ BPJS mengecualikan beberapa pelayanan kesehatan, salah satunya adalah pelayanan kesehatan untuk gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol.²⁶ Tidak ada penjelasan lebih lanjut atas kebijakan ini. Namun, aturan ini semakin menyuburkan stigma dan diskriminasi, tidak memberikan solusi terhadap persoalan kesehatan akibat penggunaan narkotika, serta berpotensi melanggar hak atas kesehatan pengguna narkotika. Undang-Undang Narkotika mewajibkan semua pengguna narkotika untuk melaporkan diri di IPWL untuk kemudian mendapatkan

²⁰ Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dan Kementerian Kesehatan, “Laporan Asesmen Anggaran Belanja AIDS Nasional Tahun 2013-2014”, 2015.

²¹ Seperti yang diungkapkan oleh perwakilan pemerintah daerah dalam Diskusi Kelompok Terfokus dengan Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Barat tanggal 9 Desember 2016.

²² WHO, *Programmatic Update: Antiretroviral Treatment as Prevention (TASP) of HIV and TB*, Jenewa: Switzerland, Juni 2012.

²³ Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 3.

²⁴ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Bogor, 18 November 2016.

²⁵ Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 25 huruf h.

²⁶ Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 25 huruf h.

rehabilitasi sesuai dengan kebutuhannya secara gratis.²⁷ Sayangnya, jumlah layanan tersebut masih terbatas dan bergantung pada APBN. Potensi ketidakberlanjutan dana dari donor internasional berdampak pada kemungkinan putusnya akses layanan kesehatan akibat penggunaan narkotika. Oleh karena itu, inklusi layanan kesehatan akibat penggunaan narkotika ke dalam BPJS mendesak untuk dilakukan.

3. Layanan Infeksi Oportunistik HIV

Sebagaimana disampaikan di atas, layanan yang dijamin oleh BPJS bagi orang dengan HIV di antaranya adalah pengobatan infeksi oportunistik HIV, dengan catatan bahwa penyakit tersebut termasuk dalam daftar penyakit yang dijamin dalam BPJS. Pada praktiknya, jika dalam diagnosa penyakit disebutkan terjadinya infeksi disebabkan karena HIV,²⁸ masih banyak penyedia layanan yang menolak pasien dengan alasan bahwa HIV tidak dijamin oleh BPJS. Praktik ini sangat diskriminatif terhadap orang yang hidup dengan HIV dan juga bertentangan dengan Laporan Integrasi HIV dalam JKN yang menyebutkan bahwa infeksi oportunistik dijamin oleh BPJS.²⁹

“...banyak sekali teman-teman ODHA yang memang mereka bekerja, itu mereka akan kesulitan mengakses BPJS karena itu tadi B-20 untuk status ODHA positifnya. Jadi bisa secara kinerja, mereka sudah ada pemotongan BPJS di perusahaannya...tapi di saat mereka sakit, pengen menggunakan BPJS itu, mereka kesulitan sendiri untuk peng-klaiman itu sendiri karena adanya pencantuman B20 itu sendiri. Dan teman-temanpun tidak bisa meminta ataupun mengklaim surat rujukan dari dokter itu, karena dri B20 itu sendiri.”³⁰

Berdasarkan keterangan yang kami dapatkan dalam proses diskusi kelompok terbatas, komunitas akan melakukan advokasi jika menemukan kasus seperti ini. Tidak hanya komunitas, bahkan salah seorang pegawai dinas kesehatan juga ikut mempertanyakan penolakan BPJS.

“...saya berantem lama sama BPJS. Saya ngotot. Saya pembantahan di situ, akhirnya kesepakatan tidak usah tulis itu diagnosa, tulis diagnosa sakitnya saat itu. Supaya tidak ada kata tolak menolak.”³¹

BPJS seharusnya mengevaluasi kembali pelaksanaan jaminan layanan kesehatan orang dengan HIV khususnya perawatan infeksi oportunistik agar tidak ada lagi orang dengan HIV yang kehilangan haknya karena perlakuan diskriminatif terhadap mereka. Dengan demikian, hak atas kesehatan bagi orang dengan HIV dapat tetap terpenuhi.

C. Perawatan dan Pengobatan HIV

Perawatan dan pengobatan merupakan bagian dari hak atas kesehatan orang dengan HIV yang harus dipenuhi (*fulfil*) oleh negara. Hak setiap orang atas kesehatan dijamin dalam konstitusi negara Indonesia yaitu pada Pasal 28H ayat (1). Dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) dinyatakan bahwa setiap orang:³²

- a. Mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan;
- b. Mempunyai hak yang sama dalam memperoleh layanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau;
- c. Berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Jaminan hak tersebut secara implisit mengatakan bahwa tidak ada satu orang pun, yang karena warna kulit, ras, jenis penyakit ataupun alasan lainnya, dikecualikan dari hak atas kesehatan. Aturan tersebut paralel dengan standar

²⁷ Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, Pasal 54.

²⁸ Dalam diagnosa, HIV sering kali ditulis dengan kode “B20”.

²⁹ Lihat Tabel I.

³⁰ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Bogor, 18 November 2017.

³¹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan Pemerintah Daerah Kota Bogor, Kota Bogor, tanggal 18 November 2016.

³² Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 5.

internasional mengenai hak atas kesehatan yaitu Kovenan Internasional Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya yang telah diratifikasi oleh Indonesia.³³

Hak atas kesehatan biasanya disalah-artikan sebagai hak untuk menjadi sehat. Hak atas kesehatan tidak lah sama dengan hak untuk menjadi sehat karena hak atas kesehatan terdiri dari 2 (dua) aspek yaitu *freedom* atau kebebasan dan *entitlements* atau keberhakan.³⁴ Aspek kebebasan pada hak atas kesehatan memberikan hak pada setiap orang untuk mengontrol tubuh dan kondisi kesehatannya, termasuk kebebasan untuk melakukan aktivitas seksual dan ber-reproduksi. Sebaliknya, aspek keberhakan dalam hak atas kesehatan memberikan hak pada setiap orang untuk mendapatkan layanan kesehatan yang tidak diskriminatif dan menjunjung kesetaraan dan kesempatan yang sama.³⁵

Namun, dalam UU Kesehatan setiap orang diwajibkan untuk berperilaku hidup sehat.³⁶ Ketentuan ini kontradiktif dengan definisi dari standar hak atas kesehatan internasional yaitu kebebasan (*freedom*) untuk mengontrol tubuh dan kesehatan diri. Selain berkewajiban untuk memenuhi hak atas kesehatan, negara juga wajib untuk menghormati dan melindungi hak atas kesehatan setiap warganya. Kewajiban negara dalam memenuhi hak atas kesehatan terdiri dari empat unsur utama yaitu ketersediaan, aksesibilitas, penerimaan dan kualitas.

Ketersediaan (*availability*), keterjangkauan (*accessibility*) dan kualitas (*quality*) merupakan prinsip-prinsip dalam hak atas kesehatan. Pada prinsip ketersediaan, fasilitas kesehatan, peralatan serta layanan kesehatan harus tersedia dalam jumlah yang cukup.³⁷ Keterjangkauan bermakna layanan kesehatan harus dapat diakses tanpa diskriminasi. Sedangkan prinsip aksesibilitas terdiri dari empat dimensi yaitu: non-diskriminasi, keterjangkauan fisik, keterjangkauan ekonomi dan keterjangkauan informasi.³⁸ Prinsip kualitas berarti layanan yang tersedia, secara medis dan sains, layak dan memiliki kualitas yang baik termasuk petugas layanan yang terampil, obat dan peralatan di tempat penyedia layanan kesehatan yang aman, air yang aman dan dapat diminum dan sanitasi yang memadai.³⁹

Strategi penanggulangan HIV UNAIDS tahun 2011-2015 adalah *getting to zero* atau menuju nol yaitu *zero infection*, *zero death* dan *zero discrimination* yang juga diadopsi oleh KPAN melalui SRAN 2015-2019. Target ini juga tertulis dalam Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.⁴⁰ UNAIDS menargetkan tak ada lagi infeksi baru, tak ada lagi kematian karena HIV/AIDS dan tak ada lagi diskriminasi terhadap orang yang hidup dengan HIV. Kemudian pada tahun 2014, UNAIDS menetapkan target 90-90-90 tahun 2020 yaitu: 90% orang yang hidup dengan HIV mengetahui statusnya; 90% orang dengan diagnosa HIV mendapatkan ART secara berkelanjutan; dan 90% orang yang menjalani ART menekan viral load mereka.⁴¹ Target ini diamini oleh negara-negara di seluruh dunia melalui Sidang Umum PBB pada 7 Juni 2016 lalu. Pada 2030 nanti, epidemi HIV akan berakhir.⁴²

I. Ketersediaan, Keterjangkauan, Keberterimaan dan Kualitas Layanan Kesehatan

Terdapat 2.221 puskesmas dan rumah sakit di seluruh Indonesia yang menyediakan layanan konseling dan tes HIV. Sedangkan untuk layanan lanjutan setelah tes HIV atau yang disebut dengan Layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP) berjumlah 398. Layanan PDP hanya disediakan oleh rumah sakit yang telah ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan. Layanan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) sebanyak 261 layanan dan Program Terapi Rumatan Metadon sebanyak 92 layanan.⁴³ Dan jumlah ini tidak termasuk layanan yang disediakan oleh penyedia layanan berbasis komunitas ataupun swasta.

Tabel 2. Jumlah Layanan Kesehatan di Indonesia Tahun 2013-2015

³³ Kovenan Internasional Hak Ekonomi Sosial dan Budaya, 16 Desember 1966, Pasal 12.

³⁴ Komite Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, *Komentar Umum Nomor 14: Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang Dapat Dicapai*, E/C.12/2000/4, 11 Agustus 2000, Paragraf 8.

³⁵ *Ibid.*

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

³⁷ Komite Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, *Komentar Umum Nomor 14: Hak Atas Standar Kesehatan Tertinggi yang Dapat Dicapai*, E/C.12/2000/4, 11 Agustus 2000, Paragraf 12 huruf a.

³⁸ *Ibid.*, Paragraf 12 huruf b.

³⁹ *Ibid.*, Paragraf 12 huruf d.

⁴⁰ Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 3.

⁴¹ UNAIDS, 90-90-90: Target Perawatan Ambisius untuk Mendorong Pengakhiran Epidemi AIDS, Oktober 2014, hal. 1.

⁴² Lihat Sidang Umum PBB, *Deklarasi Politik HIV dan AIDS: Pada Jalur Cepat untuk Memperlaju Upaya Melawan HIV dan Mengakhiri Epidemi AIDS pada 2030*, A/70/L.52, 7 Juni 2016.

⁴³ Lihat Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan, "Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan IV Tahun 2015", 2015.

Penyedia Layanan	2013	2014	2015
Konseling dan Tes HIV	990	1.583	2.221
Perawatan, Dukungan dan Pengobatan	418	465	528
Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak	136	214	261
Program Terapi Rumatan Metadon⁴⁴	87	90	92
Infeksi menular Seksual	969	1.290	1.643
TB-HIV	223	223	223

Sumber: Laporan Perkembangan HIV-AIDS Tahun 2013-2015, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan

Hampir semua penyedia layanan menunjukkan peningkatan secara signifikan setiap tahunnya kecuali layanan TB-HIV.⁴⁵ Terlepas dari peningkatan jumlah layanan, persebaran tempat layanan tersebut tidak merata. Walaupun demikian, upaya peningkatan ketersediaan layanan kesehatan setiap tahunnya oleh pemerintah patut mendapatkan apresiasi. Selain itu, data mengenai kapasitas layanan maupun petugas layanan tidak tersedia, sehingga informasi keberimbangan antara jumlah layanan dengan jumlah pasien sulit untuk diproduksi. Temuan kami di kabupaten Indramayu menunjukkan bahwa jumlah layanan belum seimbang dengan jumlah pasien. Indramayu hanya memiliki dua rumah sakit rujukan layanan HIV sehingga pasien membludak dan proses konsultasi berpotensi tidak memiliki kualitas yang baik.

“...jumlah pasien yang datang ini sehari bisa 40 orang, 30 orang.”⁴⁶

Terkait dengan layanan untuk pengguna narkoba, terdapat tiga institusi pemerintah yang menyediakan layanan rehabilitasi narkoba yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial dan Badan Narkotika Nasional (BNN). Tiap institusi menyediakan layanan rehabilitasi yang berbeda, bergantung pada keahlian masing-masing dan kebutuhan pengguna narkoba. Selain institusi pemerintah, peraturan di Indonesia memungkinkan LSM maupun lembaga swasta lain untuk menyediakan layanan rehabilitasi narkoba.⁴⁷

Salah satu jenis layanan yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan adalah terapi substitusi heroin menggunakan metadon, atau dikenal dengan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM). Dari 33 provinsi di Indonesia, hanya 18 provinsi yang memiliki PTRM. Tiga dari enam kabupaten/kota lokasi penelitian tidak memiliki PTRM yaitu Banjarmasin, Indramayu dan Nusa Tenggara Barat. Dan dari ketiga lokasi tersebut hanya Nusa Tenggara Barat yang tidak memiliki PTRM di seluruh provinsi. Di NTB tersedia satu rehabilitasi berbasis komunitas, yaitu AKSI NTB.

Pada kabupaten Indramayu, Lombok Barat dan Kota Banjarmasin yang tidak memiliki PTRM, peserta FGD mengatakan jumlah penasun sudah semakin sedikit, baik karena tutup usia, berhenti menggunakan narkoba, ataupun beralih ke narkoba jenis lain, salah satunya adalah sabu. Sejalan dengan keterangan tersebut, data Kementerian Kesehatan juga menunjukkan secara keseluruhan terjadi penurunan infeksi HIV di kalangan penasun setiap tahunnya. Di tahun 2015, prevalensi HIV di kelompok penasun adalah 3%, paling kecil di antara faktor risiko lainnya. Walaupun jumlahnya kecil, pilihan layanan rehabilitasi terhadap penasun harus tetap tersedia karena merupakan bagian dari hak atas kesehatan yaitu ketersediaan.

Berkaitan dengan keterjangkauan layanan kesehatan, jika dibandingkan dengan jumlah layanan tes HIV, jumlah penyedia layanan PDP cukup kecil, dan tidak tersebar merata dalam satu provinsi. Contohnya Kalimantan Selatan yang hanya memiliki dua rumah sakit rujukan PDP dan keduanya berada di kota Banjarmasin. Semua ibu hamil yang terindikasi positif HIV dan membutuhkan operasi caesar hanya dapat dioperasi di dua rumah sakit tersebut termasuk yang datang dari daerah yang cukup jauh sedangkan sarana transportasi umum yang aman bagi ibu hamil

⁴⁴ Data layanan ini tidak termasuk layanan yang diberikan oleh BNN dan Kementerian Kesehatan karena terapi metadon hanya diberikan sebagai bagian dari rehabilitasi medis yang dikoordinir oleh Kementerian Kesehatan.

⁴⁵ Layanan TB-HIV adalah sebuah terobosan baru yang mengintegrasikan layanan HIV dan tuberkulosis. Intervensi ini muncul karena tuberkulosis adalah infeksi oportunistik yang paling umum ditemukan pada orang dengan HIV.

⁴⁶ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas dan perwakilan pemerintah daerah, Kabupaten Indramayu, 15 Desember 2016.

⁴⁷ Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, Pasal 56 ayat (2) dan Pasal 58.

masih minim. Hal ini menyulitkan akses ibu hamil menjalani persalinan.⁴⁸ Begitu pula yang terjadi di Kabupaten Indramayu,

“...Sehat ga punya daya ekonomi, mau pergi ke Lohsarang ongkos, ngantri panjang. Sehingga konsultasi hanya lima menit, Bu. Saya juga sering nganter. Gimana bisa konsultasi secara efektif?”⁴⁹

Secara ekonomi, dalam skema BPJS atau JKN, jika pasien terdaftar sebagai peserta BPJS maka dapat dipastikan ia akan mendapat layanan kesehatan yang terdaftar dalam layanan yang dijamin. Dalam skema Kementerian Kesehatan, dana yang didapatkan dari program atau donor internasional digunakan untuk menyediakan beberapa jenis layanan, namun dengan jumlah yang terbatas. Salah satu layanan yang diberikan tersebut adalah layanan terapi anti retro viral (ARV). ARV tersedia secara gratis, walaupun dalam pelaksanaannya masih banyak terkendala beberapa hal logistik seperti kadaluarsa⁵⁰ dan stok kosong ARV khusus anak.⁵¹

“...iya sempat ada [ARV] yang kadaluarsa, memang dampaknya tidak terlalu buruk kepada teman-teman ODHA gitu, tapi tetap saja expired gitu kan. Itu satu kali, katanya seperti itu, Saya bingung aja apakah distribusinya terpusat langsung jadi susah untuk di-track, yang bertanggung jawab siapa, karena kan aneh ya Bu, bisa sampai expired seperti itu.”

Sedangkan pemeriksaan lainnya, contohnya pemeriksaan *viral load* dan skrining eligibilitas ARV, ditanggung sebagian oleh negara dalam kuota terbatas sehingga pasien bisa saja mengeluarkan uang pribadi untuk membayar layanan kesehatan tersebut.⁵² Hal ini tentunya mengurangi akses orang dengan HIV terhadap layanan kesehatan dan memperbesar jarak antara alur layanan kesehatan HIV dengan orang yang membutuhkan.

a. Non-diskriminasi

Tak seperti penyakit lainnya, isu HIV berkelindan dengan stigma dan diskriminasi yang lekat disandingkan pada orang dengan HIV maupun populasi kunci. Stigma dan diskriminasi menjadi hambatan utama pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV.⁵³ Riset menunjukkan stigma dan diskriminasi membuat orang enggan mengakses layanan pencegahan maupun pengobatan HIV. Orang dengan HIV ataupun berisiko tinggi HIV takut mendapat kekerasan dan semakin sulit untuk dijangkau karena posisi mereka yang semakin tersembunyi.⁵⁴ Stigma dan diskriminasi justru memperparah epidemi HIV dan meningkatkan kerentanan orang terhadap HIV.

Sebaliknya, lingkungan yang kondusif tanpa stigma dan diskriminasi akan mendukung upaya penanggulangan HIV. Populasi kunci terbuka dengan situasi kerentanan terdampak HIV yang mereka hadapi, tingkat akses layanan HIV semakin tinggi sehingga penularan HIV dapat dicegah dan orang dengan HIV dapat mengakses perawatan, pengobatan dan dukungan yang meningkatkan kualitas hidup mereka.

Pada prinsipnya, semua peraturan nasional dan daerah yang berkaitan dengan HIV melarang praktik stigma dan diskriminasi kepada orang dengan HIV. Bahkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS dibuat dengan tujuan menghilangkan diskriminasi terhadap orang dengan HIV dengan memberikan informasi yang benar mengenai HIV dan memberdayakan orang dengan HIV.⁵⁵ Sayangnya praktik stigma dan diskriminasi masih kerap dialami oleh populasi kunci dan orang dengan HIV. Peraturan yang melarang stigma dan diskriminasi ternyata tidak menjamin orang dengan HIV dan populasi kunci terhindar dari stigma dan diskriminasi.

⁴⁸ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, 21 November 2016.

⁴⁹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas dan perwakilan pemerintah daerah, Kabupaten Indramayu, 15 Desember 2016.

⁵⁰ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, 21 November 2016.

⁵¹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Palembang, 15 November 2016.

⁵² Lihat pembahasan pada Bab Pendanaan Penanggulangan HIV di Indonesia.

⁵³ UNAIDS, “Reducing HIV Stigma and Discrimination: A Critical Part of National AIDS Programmes”, 2007, hal. 9.

⁵⁴ UNAIDS, “Guidance Note: Reduction of HIV-related stigma and discrimination”, 2014, hal. 2.

⁵⁵ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 3 huruf c dan Pasal 51 ayat (4).

“Waktu itu kejadian pada diriku, aku mau operasi bibirku nih, sebelah sini kan ada tumor, tumor kecil diangkat dokter. Trus aku sudah masuk, udah mau tinggal rawat inap trus ditolak, katanya karena ada B20-nya itu.”⁵⁶

Namun demikian, temuan di beberapa daerah mengindikasikan lingkungan yang lebih kondusif bagi orang dengan HIV dan populasi kunci telah tercipta di beberapa wilayah, salah satunya adalah di Banjarmasin. Komunitas waria di Banjarmasin telah berdaya secara ekonomi. Mereka mendirikan salon dan memberdayakan waria lainnya untuk ikut bekerja di salon sehingga mereka dapat menghindari pekerjaan sebagai pekerja seks. Komunitas waria tersebut bahkan diakui oleh pemerintah setempat. Akhir tahun 2016 lalu, peresmian ketua waria dilakukan di kantor walikota dan dihadiri oleh isteri dari walikota Banjarmasin.

“Pasti mereka seminimal-minimalnya kerja di salon, walaupun dia nggak punya salon pribadi pasti mereka ikut ke temannya, pasti, nggak ada ceritanya itu ngamen, nggak ada, kalau dapat satu sudah dirazia, nggak ada. Tapi kalau dia yang jualan di pinggir jalan biasanya mau dibayar, paling 10-20 ribu mau mereka, hanya untuk kepuasan aja itu Mbak, bukan untuk pekerjaan.”⁵⁷

b. Layanan Tes HIV

Layanan tes HIV, atau yang lebih dikenal oleh WHO dengan *HIV Test Services* (HTS), adalah semua layanan yang harus disertakan ketika melakukan tes HIV yaitu konseling (pemberian informasi sebelum tes dan sesudah tes); rujukan ke layanan pencegahan, perawatan, pengobatan HIV ataupun layanan lainnya yang relevan; serta koordinasi dengan laboratorium untuk mendukung jaminan kualitas dan mengeluarkan hasil tes yang tepat.⁵⁸ Hal ini bertujuan untuk memastikan proses identifikasi maupun layanan diberikan secara berkualitas.⁵⁹

HTS dilaksanakan menggunakan lima prinsip, yaitu persetujuan (*consent*), kerahasiaan (*confidentiality*), konseling (*counselling*), ketepatan (*correct*), dan rujukan (*connection*) atau yang biasa disebut dengan 5Cs.⁶⁰ Prinsip ini merupakan rekomendasi WHO yang telah diadopsi oleh kementerian kesehatan.⁶¹

- *Consent*/Persetujuan: orang yang akan melakukan tes HIV harus memberikan persetujuan dan harus diberikan konseling terlebih dahulu, termasuk memberitahukan hak mereka untuk menolak untuk dites.
- *Confidentiality*/Kerahasiaan: HTS harus bersifat rahasia, artinya diskusi apapun yang terjadi antara klien dan petugas layanan harus tidak boleh diungkapkan tanpa persetujuan klien.
- *Counselling*/Konseling: konseling sebelum tes dapat dilakukan dalam grup, namun, setiap orang harus memiliki kesempatan untuk bertanya secara privat.
- *Correct*/Ketepatan: jaminan kualitas juga harus memastikan hasil tes yang tepat. Semua orang yang menerima diagnosa HIV harus melakukan tes ulang sebelum inisiasi perawatan HIV.
- *Connection*/Rujukan: rujukan ke layanan pencegahan, perawatan dan pengobatan harus disertakan dengan tindakan tindak lanjut yang tepat dan efektif.

Gambar 4. Laporan Tindak Lanjut Perawatan HIV 2015

⁵⁶ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, 21 November 2016.

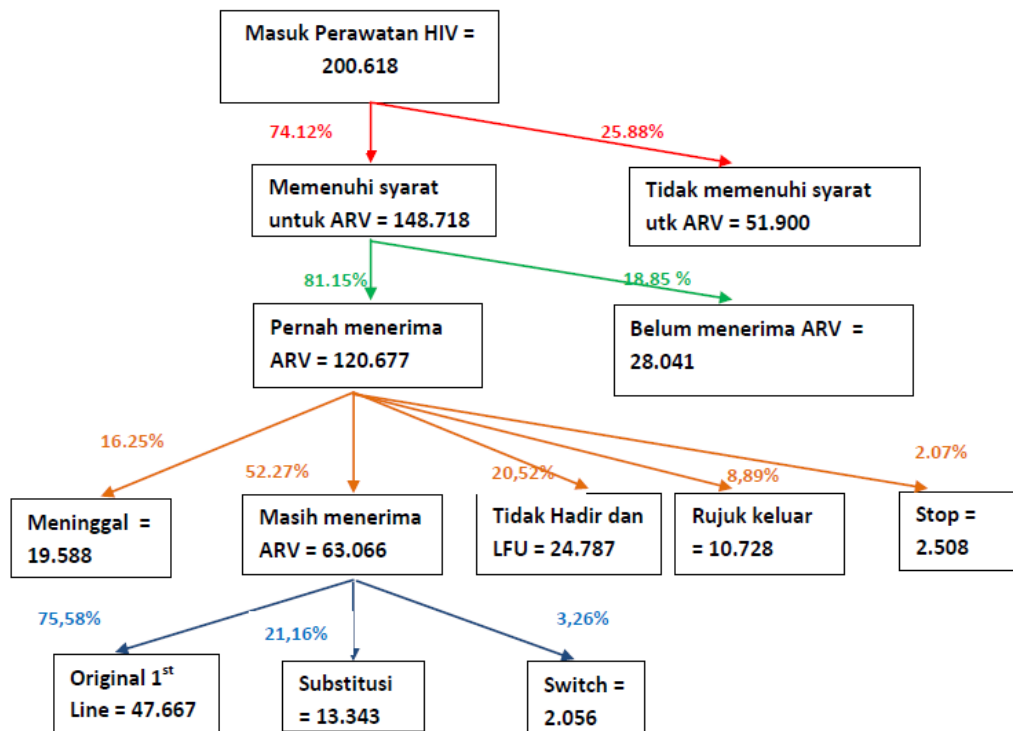
⁵⁷ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Banjarmasin, 21 November 2016.

⁵⁸ World Health Organisation, “Panduan Konsolidasi Layanan Tes HIV: 5Cs: Persetujuan, Kerahasiaan, Konseling, Hasil yang Benar dan Keterkaitan”, Juli 2015, hal. xvii.

⁵⁹ *Ibid.*, hal. 2.

⁶⁰ World Health Organisation, “Panduan Konsolidasi Layanan Tes HIV: 5Cs: Persetujuan, Kerahasiaan, Konseling, Hasil yang Benar dan Keterkaitan”, *Op. Cit.*, hal. 10.

⁶¹ Lihat Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV.



Sumber: Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan IV Tahun 2015, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan

Strategi penanggulangan HIV UNAIDS tahun 2011-2015 adalah *getting to zero* atau menuju nol yaitu *zero infection*, *zero death* dan *zero discrimination* yang juga diadopsi oleh KPAN melalui SRAN 2015-2019. UNAIDS menargetkan tak ada lagi infeksi baru, tak ada lagi kematian karena HIV/AIDS dan tak ada lagi diskriminasi terhadap orang yang hidup dengan HIV. Kemudian pada tahun 2014, UNAIDS menetapkan target 90-90-90 tahun 2020 yaitu: 90% orang yang hidup dengan HIV mengetahui statusnya; 90% orang dengan diagnosa HIV mendapatkan ART secara berkelanjutan; dan 90% orang yang menjalani ART menekan viral load mereka.⁶² Target ini diamini oleh negara-negara di seluruh dunia melalui Sidang Umum PBB pada 7 Juni 2016 lalu. Pada 2030 nanti, epidemi HIV akan berakhir.⁶³

Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV sudah secara komprehensif dan detil mengatur proses layanan tes HIV beserta rujukannya. Tes HIV atau *voluntary counselling testing (VCT)* saat ini sudah dapat diakses secara gratis di semua tingkat layanan kesehatan, termasuk di fasilitas layanan kesehatan primer. Misalnya saja di Kabupaten Lombok Barat, 14 dari 17 puskesmas sudah dapat menyediakan layanan VCT. Terdapat dua pendekatan VCT yaitu konseling dan tes yang inisiatifnya berasal dari pemberi pelayanan kesehatan, atau yang biasa disebut dengan Konseling dan Testing Inisiasi Petugas kesehatan (KTIP), dan yang bersifat sukarela, atau inisiatifnya berasal dari orang yang akan melakukan tes (konseling dan tes HIV sukarela - KTS). Dalam Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, KTIP dilakukan dalam beberapa situasi di antaranya bagi ibu hamil, pasien IMS, pasien TB, pasien Hepatitis B dan C, pasangan orang dengan HIV, warga binaan lembaga pasyarakatan, tenaga kerja migrant, serta tes ulang HIV setiap enam bulan sekali terhadap populasi kunci. Inisiasi ini dapat dilakukan di fasilitas layanan kesehatan ataupun layanan bergerak (*mobile*), dan bertujuan untuk meningkatkan cakupan tes HIV.⁶⁴

Lebih lanjut kementerian kesehatan menyatakan, “*meskipun demikian, penting untuk ditekankan bahwa sekalipun berdasarkan inisiatif petugas, tes HIV tidak boleh dikembangkan menjadi tes mandatori atau memberikan pasien/klien secara paksa tanpa menginformasikannya kepada pasien atau klien terlebih dahulu.*”⁶⁵ Klausula ini menegaskan bahwa tes HIV tidak bisa dijadikan syarat untuk hal apapun, termasuk kepada calon pengantin, ibu hamil, calon TNI dan warga binaan lapas. Alasan pencapaian target “*getting to zero*” ataupun target 90-90-90 tidak bisa menjadi dasar

⁶² UNAIDS, “90-90-90: Target Perawatan Ambisius untuk Mendorong Pengakhiran Epidemi AIDS”, Oktober 2014, hal. 1.
⁶³ Lihat Sidang Umum PBB, “Deklarasi Politik HIV dan AIDS: Jalur Cepat untuk Memperlaju Upaya Melawan HIV dan Mengakhiri Epidemi AIDS pada 2030”, A/70/L.52, 7 Juni 2016.
⁶⁴ *Ibid.*, hal. 3.
⁶⁵ Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, hal. 15.

pembenaran atas pemberlakuan tes HIV wajib. Kewajiban untuk melakukan tes HIV bukan hanya bertentangan dengan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Konseling dan Tes HIV dan prinsip tes HIV (5Cs), tetapi juga merupakan bentuk pelanggaran hak asasi manusia. Tes HIV wajib untuk calon pengantin, misalnya, jika tidak dilakukan akan menghilangkan hak seseorang untuk menikah dan semakin memunculkan ketakutan, stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV. Temuan kami menunjukkan, lima dari enam daerah sudah mengatur larangan mandatori tes terhadap siapapun dan dalam kondisi apapun.⁶⁶

Selain persoalan kesukarelaan pelaksanaan tes HIV, prinsip lain yang juga rentan terlanggar adalah prinsip kerahasiaan. Pada satu sisi, informasi kondisi kesehatan seseorang merupakan hak pasien sepenuhnya untuk tidak memberitahu ke orang lain dan juga bagian dari etika penyedia layanan kesehatan, namun di sisi lain, pencegahan transmisi HIV harus dilakukan, misalnya terhadap pasangan seksual. WHO mendokumentasikan terdapat banyak keuntungan bagi pasangan yang mengakses layanan tes HIV termasuk adanya dukungan terhadap pasangan dan peningkatan jumlah orang yang mengetahui status HIV-nya.⁶⁷ Pemberitahuan status HIV kepada pasangan adalah proses sukarela dan dengan persetujuan dari klien yang positif HIV.⁶⁸ Petugas layanan juga harus menawarkan beberapa jenis pendekatan pembukaan status HIV sehingga klien dapat memilih sesuai dengan preferensinya.⁶⁹ Namun, Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Konseling dan Tes HIV menyebutkan bahwa prinsip kerahasiaan tidak lah mutlak. Konselor atau petugas kesehatan dapat memberitahukan hasil tes HIV pasien kepada pasangan seksual jika dibutuhkan.⁷⁰

Selain itu, mandatori tes juga melanggar prinsip persetujuan atau *consent* dalam pelaksanaan tes HIV. Karena sifatnya yang wajib dalam mandatori tes, maka, dapat diasumsikan ketidaksetujuan seseorang untuk dilakukan tes terhadap dirinya dapat diabaikan. Untuk mendapatkan persetujuan, petugas layanan harus memastikan bahwa setiap orang mendapatkan informasi yang cukup mengenai tes tersebut.⁷¹ Dijelaskan lebih lanjut dalam Permenkes 74 Tahun 2014 bahwa salah satu aspek penting dalam prinsip persetujuan adalah klien telah memahami tentang maksud dan tujuan tes, serta risiko dan dampaknya.⁷² Oleh sebab persetujuan klien diabaikan dalam mandatori tes, penyedia layanan juga dapat mengabaikan kewajibannya untuk memberikan informasi yang cukup mengenai tes HIV.

Dalam panduan VCT kementerian kesehatan diatur mengenai layanan pengungkapan status.⁷³ Panduan tersebut juga mengatur bahwa petugas kesehatan/konselor dapat membuka status pasien tanpa seizin mereka jika: klien membahayakan diri sendiri dan orang lain; tidak mampu bertanggung jawab atas keputusannya/tindakannya; dan/atau atas permintaan pengadilan/hukum/undang-undang.⁷⁴ Sedangkan peraturan-peraturan daerah mengatur secara berbeda mengenai pengungkapan status. Seperti yang diatur dalam peraturan menteri kesehatan tentang VCT, Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat, Kabupaten Indramayu dan Peraturan Daerah Kota Denpasar, misalnya, menyatakan bahwa konselor atau tenaga kesehatan dapat membantu orang dengan HIV untuk menyampaikan status mereka kepada pasangan ataupun keluarga dengan persetujuan dari orang dengan HIV tersebut.⁷⁵ Peraturan daerah kota Palembang bahkan mewajibkan setiap orang yang telah mengetahui dirinya terinfeksi HIV untuk memberitahu ke pasangannya.⁷⁶ Sedangkan aturan pengungkapan status tanpa persetujuan orang dengan HIV tidak tertera dalam peraturan daerah.

⁶⁶ Palembang, Banjarmasin, Denpasar, Kabupaten Lombok Barat dan Kabupaten Indramayu.

⁶⁷ World Health Organisation, "Panduan Tes Mandiri HIV dan Pemberitahuan kepada Partner: Tambah Panduan Terkonsolidasi Layanan Tes HIV", Desember 2016, hal. 43.

⁶⁸ World Health Organisation, "Panduan Tes Mandiri HIV dan Pemberitahuan kepada Partner: Tambah Panduan Terkonsolidasi Layanan Tes HIV", Desember 2016, hal. 42.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, hal. 25.

⁷¹ World Health Organisation, "Panduan Konsolidasi Layanan Tes HIV: 5Cs: Persetujuan, Kerahasiaan, Konseling, Hasil yang Benar dan Keterkaitan", Juli 2015, hal. 24.

⁷² Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, hal. 24.

⁷³ Lihat Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV.

⁷⁴ Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, hal. 25.

⁷⁵ Peraturan Bupati Kabupaten Lombok Barat Nomor 47 Tahun 2014 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 33 ayat (2) dan (3); Peraturan Daerah Kabupaten Indramayu Nomor 8 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Indramayu, Pasal 21; Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 1 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 14 ayat (2).

⁷⁶ Peraturan Daerah Kota Palembang Nomor 16 Tahun 2007 tentang Pencegahan, Pengendalian dan Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 15 ayat (1).

Ketersediaan layanan pengungkapan status patut diapresiasi sebagai bagian dari pemenuhan layanan tes HIV yang komprehensif. Namun, di sisi lain, prinsip kerahasiaan harus tetap dihormati agar tidak semakin menyuburkan stigma atau justru membahayakan orang dengan HIV tersebut. Penting untuk digarisbawahi bahwa jika klien tidak menginginkan statusnya diberitahukan kepada pasangannya, maka petugas layanan tidak boleh membuka status klien kepada pasangannya tersebut. Mewajibkan atau menggunakan pendekatan koersif untuk membuka status kepada pasangan tidak pernah dibenarkan.⁷⁷ Pada praktiknya, ditemukan beberapa kasus di mana orang dengan HIV tidak melakukan seks yang aman dengan pasangan seksualnya walaupun ia mengetahui statusnya positif HIV dan telah diberikan informasi berkali-kali oleh penjangkau. Jika hal demikian terjadi, penjangkau atau petugas layanan kesehatan tetap tidak bisa membuka status HIV orang tersebut kepada pasangan seksualnya tanpa sepersetujuan orang tersebut, sesuai dengan Pasal 45 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Kementerian Kesehatan juga seharusnya melihat peraturan daerah yang sekiranya bertentangan dengan panduan yang telah dibuat agar tidak ada hak asasi manusia orang dengan HIV yang tereduksi serta merevisi Permenkes 74 Tahun 2014, pada khususnya mengenai pengecualian prinsip konfidensialitas. Pengaturan mengenai kewenangan petugas layanan membuka status pasien yang bertentangan dengan prinsip kerahasiaan dan hak atas privasi berpotensi besar untuk tidak mendukung terciptanya lingkungan yang kondusif bagi penanggulangan HIV.

2. Ibu Hamil dengan HIV Positif

Salah satu sasaran populasi pencegahan penularan HIV adalah ibu hamil untuk mencegah anak dalam kandungannya tertular HIV. Program pencegahan penularan ini disebut dengan Pencegahan Penularan HIV Ibu ke Anak (PPIA). Kementerian Kesehatan juga telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 sebagai pedoman program PPIA di Indonesia. Penyedia layanan PPIA adalah rumah sakit atau puskesmas yang telah ditunjuk oleh kementerian kesehatan. Ibu hamil yang telah dinyatakan positif HIV harus menjalani perawatan di tempat penyedia layanan tersebut.

Berdasarkan data kementerian kesehatan, rata-rata setiap provinsi memiliki 1-4 layanan PPIA kecuali di beberapa provinsi di Pulau Jawa, seperti DKI Jakarta, Jawa Tengah dan Banten yang memiliki lebih dari 20 penyedia layanan PPIA, dan daerah terkonsentrasi HIV seperti Papua dan Papua Barat.⁷⁸ Keterbatasan jumlah layanan ini tidak sebanding dengan jumlah ibu hamil positif yang ingin mendapatkan layanan. Misalnya saja Sumatera Utara, yang hanya memiliki dua layanan PPIA, harus melayani 288 ibu hamil.⁷⁹

Di Banjarmasin, ibu hamil dengan HIV positif yang ingin menjalani operasi caesar hanya bisa dirujuk ke satu rumah sakit yaitu RSUD Ulin. Praktik ini menyulitkan ibu hamil karena akses layanan kesehatan sangat terbatas.

“...saya sering sekali menjadi tempat curhat teman-teman yang ada di rumah sakit, yang melayani teman-teman yang operasi caesar. Apakah karena hanya dengan ada surat dari Kemenkes yang menunjuk satu rumah sakit itu yang harus melayani PMTCT harus di situ semua melakukan operasi? Jadi rumah sakit yang lain berkilah atau mengeles, ‘kita kan gak punya rujukan Kemenkes untuk melakukan operasi buat teman-teman B20 [HIV]’. Apakah itu satu-satu menjadi salah satu senjata utamanya untuk mengalihkan kita ke rumah sakit yang lain? Berarti surat dari Kemenkes itu menunjuk satu layanan saja, berarti itu berlaku untuk selamanya...jadi akhirnya rumah sakit yang lain yang bisa melakukan operasi kecil akhirnya lempar terus ke sana dengan alasan tidak punya rujukan untuk melakukan operasi penanganan B20 [HIV].”⁸⁰

Dalam laporan kementerian kesehatan pada akhir tahun 2015, layanan PPIA yang tersedia di Banjarmasin berjumlah lima. Empat di antaranya berada di Kota Banjarmasin, dan satu di Kabupaten Tanah Bumbu. Tidak tersedia informasi nama rumah sakit atau puskesmas yang menyediakan layanan PPIA. Hanya satu rumah sakit yang bisa dirujuk untuk melakukan operasi caesar di Kota Banjarmasin tentu patut dipertanyakan.

Di Bogor, beberapa ibu hamil yang positif HIV ditolak oleh penyedia layanan kesehatan. Peserta diskusi mengatakan,

⁷⁷ World Health Organisation, “Panduan Tes Mandiri HIV dan Pemberitahuan kepada Partner: Tambahan Panduan Terkonsolidasi Layanan Tes HIV”, Desember 2016, hal. 42.

⁷⁸ Kementerian Kesehatan, “Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan IV Tahun 2015”, hal. 116.

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, 21 November 2016.

“Tapi yang miris lagi, Mbak. Kadang-kadang ada pasien yang harus berobat, silahkan pilih rumah sakit lain. Akhirnya jadi dengan sendirinya. Mereka kan sudah tidak boleh ada penolakan untuk B20 [HIV], ada sih yang sebagian beberapa, cuma dengan catatan, ‘Ibu cuma sehari saya rawat di sini, tapi untuk besoknya silakan cari yang lain.’”⁸¹

Sayangnya kami belum berkesempatan untuk meminta konfirmasi penyedia layanan kesehatan mengenai penolakan layanan tersebut. Seandainya penolakan terjadi semata-mata karena ibu hamil positif HIV, maka perlakuan tersebut adalah bentuk diskriminasi. Diskriminasi atau perbedaan perlakuan yang dilakukan oleh petugas kesehatan institusi layanan kesehatan milik pemerintah merupakan pelanggaran hak asasi manusia.

3. Anak dengan HIV

Anak yang mengidap HIV sangat rentan akan marginalisasi serta stigma dan diskriminasi.⁸² Sejak kecil mereka mungkin akan lebih sering sakit dibandingkan dengan anak lainnya yang memiliki kondisi kesehatan normal.⁸³ Anak dengan HIV yang dimaksud dalam subbab ini adalah anak yang terlahir dengan HIV karena tertular ibunya dan anak yang terdampak HIV karena faktor risiko. Berdasarkan kelompok umur, total anak yang terdampak HIV berjumlah 2.252 pada tahun 2015 dengan detail sebagai berikut:

Tabel 3. Infeksi HIV berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2013-2015

Kelompok Umur	2013	2014	2015
<= 4	759	1.030	795
5-14	316	358	338
15-19	1.058	1.101	1.119

Sumber: Laporan Perkembangan HIV-AIDS Tahun 2015, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan

Jumlah tertinggi anak dengan HIV tahun 2015 adalah anak yang berusia 15-19 tahun yaitu 1.119 orang, sedangkan jumlah terendah adalah anak usia 5-14 tahun. Dari angka tersebut di atas, tidak terdapat keterangan faktor risiko yang menjadi media penularan HIV pada anak. Persoalan anak dengan HIV tidak hanya terjadi dalam ruang lingkup kesehatan, tetapi juga terjadi dalam ruang lingkup lainnya.

Dalam memenuhi hak anak dengan HIV, terdapat prinsip-prinsip hak anak yang harus dihormati, dilindungi dan dipenuhi oleh negara. Prinsip tersebut di antaranya adalah:

Non-diskriminasi⁸⁴

Konvensi Hak Anak mewajibkan negara untuk memastikan tidak boleh ada diskriminasi terhadap hak anak berdasarkan alasan apapun. Kerentanan terhadap stigma dan diskriminasi melekat pada anak dengan HIV dan juga anak dengan orang tua yang positif HIV. Anak yang positif HIV sangat rentan mendapatkan stigma dan diskriminasi termasuk anak yang orang tuanya positif HIV. Konvensi Hak Anak mewajibkan negara untuk memastikan tidak boleh ada diskriminasi terhadap hak anak berdasarkan alasan apapun.

Kepentingan Terbaik Anak⁸⁵

Negara harus memfasilitasi partisipasi anak tanpa diskriminasi, melibatkan anak dalam pengambilan keputusan dan mempertimbangkan semua faktor yang relevan untuk menilai pilihan terbaik bagi anak.⁸⁶ Kepentingan terbaik bagi anak bisa bersifat kasuistik. Dengan demikian penilaian tersebut harus dilakukan secara seksama kasus per kasus,

⁸¹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Bogor, 18 November 2016.

⁸² Yang dimaksud dengan anak dalam tulisan ini adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun sesuai dengan Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.

⁸³ “Anak dan HIV”, <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/just-diagnosed-with-hiv-aids/overview/children/>, diakses tanggal 13 Maret 2017.

⁸⁴ Konvensi Hak Anak, 2 September 1990, Pasal 2.

⁸⁵ *Ibid.*, Pasal 3.

⁸⁶ UNHCR, “Panduan tentang Penentuan Kepentingan Terbaik untuk Anak”, 2008, hal. 14.

menyesuaikan dengan kebutuhan atau situasi khusus anak.⁸⁷ Anak dengan HIV maupun yang memiliki risiko besar terdampak HIV berhadapan dengan kondisi yang berbeda. Anak pengguna narkoba, misalnya, akan memiliki kebutuhan berbeda dengan anak yang menjadi korban eksploitasi seksual. Bagaimanapun situasinya, kepentingan terbaik bagi anak harus diutamakan.

Hak untuk Hidup, Tumbuh dan Berkembang⁸⁸

Sama halnya dengan anak lain, anak dengan HIV berhak untuk mendapatkan hak yang dapat menjamin kelangsungan hidupnya, termasuk diantaranya hak atas kesehatan serta hak atas pendidikan. Negara harus memastikan bahwa anak dengan HIV, maupun anak yang rentan terinfeksi HIV, dapat mengakses ARV yang sesuai dengan kebutuhannya, pendidikan dasar maupun lanjutan, serta hak-hak lainnya yang dinikmati oleh selayaknya anak yang tidak terinfeksi HIV.

Hak untuk Mengemukakan Pendapat dan Didengar⁸⁹

Agar anak dapat mengemukakan pendapatnya, anak berhak untuk mendapatkan informasi yang benar berkenaan dengan tindakan-tindakan yang akan dilakukan terhadap anak dan dampak yang ditimbulkan dari tindakan tersebut.⁹⁰ Anak dengan bebas berhak untuk mencari, menerima dan memberitahukan informasi dan pendapat baik secara lisan, tertulis maupun melalui media.⁹¹ Dalam kaitannya dengan HIV, anak berhak mendapatkan informasi yang utuh mengenai kondisi kesehatan mereka, serta untuk mengemukakan pendapatnya mengenai perawatan yang akan mereka jalani.

Selain keempat prinsip tersebut, hak-hak lainnya yang berkaitan dengan anak HIV positif adalah hak atas kesehatan,⁹² hak atas privasi,⁹³ perlindungan dan pendampingan khusus oleh negara,⁹⁴ jaminan sosial⁹⁵ dan hak untuk mendapatkan perlindungan dari eksploitasi ekonomi dan seksual dan penggunaan narkoba ilegal.⁹⁶

a. Perawatan dan Pengobatan Anak dengan HIV

Di Indonesia, terapi ARV disediakan secara gratis bagi ODHA, termasuk anak. Perlu dicatat bahwa ARV untuk anak berbeda dengan dewasa. Dosis ARV untuk anak, atau yang disebut ARV pediatrik, perlu disesuaikan dengan usia dan berat badan anak. Sebagai bagian dari pemenuhan hak atas kesehatan bagi anak dengan HIV, negara harus memastikan ketersediaan ARV pediatrik, sehingga anak tidak harus mengonsumsi ARV untuk dewasa.

Hasil FGD di enam kota menunjukkan bahwa ketersediaan ARV pediatrik di Kabupaten Lombok Barat dan Indramayu tidak bermasalah, tiga kota tidak diketahui sedangkan Palembang memiliki kendala ketersediaan obat.

“Dapat ARV dapat hanya saja sekarang kan kendalanya pasokannya nggak stabil, hari ini ada ARV khusus anak, nanti 3 bulan ke depan nggak ada, terus mereka harus ganti regimen lagi, seperti itu.”⁹⁷

Selain ARV, Negara juga harus memastikan ketersediaan petugas layanan yang ramah anak dan mengerti terhadap kebutuhan anak. Hal ini merupakan aspek penting dari pemenuhan hak atas kesehatan. Negara harus mempersiapkan tenaga kesehatan khusus dengan memberikan pelatihan dan informasi mengenai hak-hak anak.

Dalam hal keterjangkauan anak memiliki keterbatasan dalam mengakses layanan kesehatan, baik secara fisik, ekonomi maupun informasi. Anak yang berusia di bawah 14 tahun tentunya memiliki kesulitan untuk bepergian sendiri ke tempat layanan, sehingga mereka harus ditemani oleh orang dewasa. Sayangnya, dalam beberapa kondisi, orang dewasa tidak dapat menemani anak untuk mengakses layanan. Dalam kondisi seperti ini, negara

⁸⁷ Komite Hak Anak, *Komentar Umum Konvensi Hak Anak Nomor 14 tentang Hak Anak untuk Memiliki Kepentingan Terbaiknya Dipakai sebagai Pertimbangan Utama*, CRC/C/GC/14, 29 Mei 2013, Paragraf 32.

⁸⁸ Konvensi Hak Anak, 2 September 1990, Pasal 6.

⁸⁹ *Ibid.*, Pasal 12.

⁹⁰ *Ibid.*, Pasal 17.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² *Ibid.*, Pasal 24.

⁹³ *Ibid.*, Pasal 16.

⁹⁴ *Ibid.*, Pasal 20.

⁹⁵ *Ibid.*, Pasal 26.

⁹⁶ *Ibid.*, Pasal 32, Pasal 33, Pasal 34 dan Pasal 36.

⁹⁷ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Palembang, 15 November 2016.

harus hadir guna memastikan anak dengan keterbatasan fisik, maupun ekonomi dan informasi, tetap dapat mengakses ARV, maupun layanan kesehatan lain yang dibutuhkan.

“Terkait dengan ODHA anak juga sama begitu [akses obat jauh]. Yang nganternya itu neneknya. Sedangkan ODHA anak, suplemennya pun berbeda dengan yang dewasa. Ketika neneknya ga bisa memberangkatkan, sedangkan ibu bapaknya udah ga ada. Udah meninggal.”⁹⁸

Isu lainnya yang penting untuk dibahas dalam isu anak positif HIV adalah persetujuan. Dalam Permenkes tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV menyatakan bahwa anak di bawah 18 tahun belum memiliki hak untuk membuat atau memberikan persetujuan, kecuali bagi mereka yang sudah menikah.⁹⁹ Persetujuan tes HIV pada anak diberikan oleh orang tua, wali atau pengampu. Lebih lanjut dijelaskan dalam permenkes tersebut, anak tetap memiliki hak untuk terlibat dalam semua keputusan yang menyangkut kehidupannya dan mengemukakan pandangannya sesuai dengan tingkat perkembangan umurnya. Keterlibatan anak dalam memberikan persetujuan adalah salah satu prinsip dari hak anak yaitu hak untuk mengemukakan pendapat dan didengar. WHO merekomendasikan agar negara melihat kembali kebijakannya mengenai usia yang dapat memberikan persetujuan (*age of consent*) dengan mempertimbangan hak anak muda untuk menentukan pilihan terhadap kesehatan mereka (dengan pertimbangan perbedaan tingkat kedewasaan dan pemahaman).¹⁰⁰ Negara dapat menurunkan *age of consent* anak berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tersebut.

b. Anak Korban Eksploitasi Seksual dan Penggunaan Narkotika

Negara berkewajiban untuk melindungi anak, termasuk anak dengan HIV, dari eksploitasi seksual, penggunaan narkotika ilegal dan kekerasan baik fisik, psikis maupun seksual.¹⁰¹ Eksploitasi dan kekerasan terhadap anak merupakan tindak pidana. Empat dari enam kabupaten/kota lokasi penelitian mengindikasikan adanya pekerja seks anak. Beberapa di antaranya menjadi pekerja seks karena dorongan ekonomi, sebagian lainnya karena dieksploitasi oleh orang dewasa.

“Maksudnya iri sama temannya [anak SMP] itu maksudnya temannya dia itu berkecukupan dan bisa beli hp yang mahal. Punya ini. Bisa dia ke mall. Bisa beli baju lah yang bermerk. Sedangkan dia ini kemampuannya itu kurang. Jadinya kalau ada om-om atau apa, dia terima aja. Terus nanti biar bisa dia dibelikan hp lah. Terus bisa dia ke mall untuk beli baju.”¹⁰²

“Terjadinya LSL itu kan pertamanya karena media sosial, ketemuan, apalagi kan sama gadut [om-om]... Pengalamannya sekitar saya ya, pertamanya kalau di online, terus ketemuan sama gadut [om-om], kan diiming-imingi beli sepatu atau apa-apa, mau.”¹⁰³

Salah satu dampak dari kekerasan terhadap anak, dari banyak dampak buruk lainnya, adalah penularan HIV. Selain melakukan upaya pencegahan, upaya untuk merestorasi kondisi anak secara holistik juga harus dilakukan, mulai dari kesehatan fisik hingga dukungan psikologis. Di Bogor, ditemukan kasus anak yang dinikahkan secara siri lalu kemudian terdampak HIV.¹⁰⁴

⁹⁸ Diskusi Kelompok Terfokus anggota komunitas dan perwakilan pemerintah daerah, Kabupaten Indramayu, 15 Desember 2016.

⁹⁹ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, hal.54.

¹⁰⁰ World Health Organisation, “Panduan Konsolidasi Layanan Tes HIV: 5Cs: Persetujuan, Kerahasiaan, Konseling, Hasil yang Benar dan Keterkaitan”, Juli 2015, hal. 64.

¹⁰¹ Undang- Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Pasal 59 ayat (2).

¹⁰² Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kabupaten Lombok Barat, 9 Desember 2016.

¹⁰³ Diskusi Kelompok Terfokus anggota komunitas dan perwakilan pemerintah daerah, Kabupaten Indramayu, 15 Desember 2016.

¹⁰⁴ Seperti yang disampaikan oleh Iwan, Sekjend KPA Kota Bogor dalam Diskusi Kelompok Terfokus dengan Pemerintah Daerah Kota Bogor tanggal 18 November 2016.

Terkait dengan anak pengguna narkoba, semangat pemenjaraan pengguna narkoba berdampak pada penempatan anak pengguna narkoba ke penjara. Penempatan anak di dalam penjara membuat mereka kehilangan kesempatan untuk mengakses layanan rehabilitasi narkoba. Hasil diskusi kelompok terfokus yang kami lakukan di enam kota menunjukkan bahwa masih terdapat anak pengguna narkoba suntik, walaupun jenis yang disuntikkan adalah tramadol, sebagaimana ditemukan di Lombok.¹⁰⁵

Ketentuan dalam UU Narkoba yang memenjarakan anak pengguna narkoba pada prinsipnya bertentangan dengan Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (UU Perlindungan Anak). UU Perlindungan Anak melihat anak pengguna narkoba sebagai korban, sedangkan UU Narkoba mengkriminalisasi pengguna narkoba. Peraturan lainnya yaitu Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 Sistem Peradilan Pidana Anak (UU SPPA) juga mempersulit anak pengguna narkoba untuk mendapatkan diversi karena mensyaratkan ancaman pidana minimal yaitu tujuh tahun.¹⁰⁶

Dari proses diskusi kelompok di enam kota, kami menemukan beberapa kasus dimana penjangkau merasa ragu untuk menawarkan layanan HIV ketika mereka berhadapan dengan anak pengguna narkoba ataupun anak yang menjadi pekerja seks. Hal ini disebabkan oleh adanya larangan untuk menjangkau anak dalam kode etik mereka, sehingga mereka menjadi takut melanggar hukum apabila tetap menjangkau anak tersebut. Karena tidak bisa menjangkau anak, penjangkau biasanya akan tetap memberikan informasi layanan HIV dan mendorong mereka untuk tes HIV, tetapi tidak didata.¹⁰⁷

“Mbak ini dari komunitas WPS [wanita pekerja seks], ini kalau di GF [Global Fund] kami tidak boleh me... bisa sih menjangkau untuk inginikan anak yang dibawah umur di bawah 18 tahun kan gak boleh. Kami nggak boleh ngapa-ngapain, katanya itu terkendala dengan perlindungan anak, trafficking. Padahal kebanyakan kan di Banjarmasin ini ada anak-anak di bawah 18 sudah, ada yang 14 sudah menjadi PS [pekerja seks].”¹⁰⁸

Jika anak yang dijangkau tidak dapat didata, pemerintah seolah-olah menutup mata terhadap keberadaan anak pengguna narkoba dan anak yang menjadi pekerja seks. Ketiadaan data akan berdampak pada ketiadaan kebijakan yang dapat melindungi anak yang berada pada posisi yang sangat rentan. Pemerintah, dengan demikian, seharusnya mendukung penjangkau untuk tetap melakukan penjangkauan terhadap anak pengguna dan pekerja seks agar dapat memberikan gambaran jumlah dan persoalan yang dihadapi anak pengguna narkoba ataupun anak yang menjadi pekerja seks.

Pemerintah juga harus mendorong terwujudnya lingkungan yang kondusif bagi anak untuk menyampaikan aspirasi dan pendapatnya, serta dilibatkan dalam penentuan kebijakan pemerintah juga harus meninjau peraturan perundang-undangan yang tidak melindungi, dan justru berpotensi melanggar hak anak, seperti misalnya UU Narkoba dan UU SPPA. Selain itu pemerintah juga harus memberikan solusi untuk mencegah eksploitasi seksual anak dan memberikan perlindungan dan rehabilitasi terhadap anak yang menjadi pekerja seks.

¹⁰⁵ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kabupaten Lombok Barat, 9 Desember 2016.

¹⁰⁶ Lihat Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak.

¹⁰⁷ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kabupaten Lombok Barat, 9 Desember 2016; Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, 21 November 2016.

¹⁰⁸ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, 21 November 2016.

HAK ATAS PENDIDIKAN DAN HIV

A. Latar Belakang

Hak atas pendidikan adalah hak semua orang tanpa terkecuali. Konstitusi Indonesia memberikan jaminan bahwa semua orang berhak mendapat pendidikan tanpa diskriminasi dalam bentuk apapun.¹⁰⁹ Diskriminasi dalam hal ini berarti pembedaan, pengecualian, pembatasan atau preferensi apapun yang dilakukan berdasarkan ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, dan/atau agama termasuk kondisi kesehatan, yang bertujuan atau mengakibatkan peniadaan atau perusakan perlakuan yang sama dalam pendidikan.¹¹⁰ Konvensi Organisasi Pendidikan, Keilmuan dan Kebudayaan PBB (UNESCO) tentang Menentang Diskriminasi dalam Pendidikan menyebutkan bahwa semua bentuk stigma dan diskriminasi dalam dunia pendidikan harus dihapuskan.¹¹¹ Penghapusan tersebut bersifat segera, yang berarti penghapusan diskriminasi harus dilakukan saat ini juga, dan menyeluruh dalam semua aspek pendidikan.¹¹²

Orang dengan HIV adalah salah satu kelompok yang paling rentan mendapatkan stigma dan diskriminasi karena kondisi kesehatan mereka. Stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV terjadi pada hampir semua bidang, termasuk dalam bidang pendidikan. Diskriminasi terhadap orang dengan HIV adalah pelanggaran hak asasi manusia karena mengurangi nikmat seseorang atas hak atas pendidikan. Hak atas pendidikan bukan lah hak yang berdiri sendiri, ia membuka jalan bagi pemenuhan hak-hak lainnya.¹¹³ Pendidikan berperan penting dalam pemberdayaan kelompok masyarakat rentan dan upaya penghapusan kemiskinan.¹¹⁴ Dan di atas segalanya, pendidikan akan menaikkan harkat dan martabat manusia.

Komentar Umum PBB Nomor 13 tentang Hak atas Pendidikan menyebutkan empat prinsip dalam pemenuhan hak atas pendidikan yaitu:¹¹⁵

- i. Ketersediaan, yang berarti bahwa institusi pendidikan, baik formal maupun non-formal, harus tersedia dalam kuantitas yang cukup.
- ii. Keterjangkauan, yang berarti semua orang bisa mengakses pendidikan tanpa diskriminasi. Prinsip ini memiliki empat dimensi yaitu:
 - a. Non-diskriminasi: pendidikan tanpa diskriminasi harus dijamin dalam legislasi negara. Negara juga harus secara aktif mempromosikan prinsip non-diskriminasi. Selain itu negara juga harus memastikan tidak ada praktik diskriminasi dalam dunia pendidikan.
 - b. Keterjangkauan fisik: insitusi pendidikan harus terjangkau secara jarak dan dapat dijangkau secara aman.
 - c. Keterjangkauan ekonomi: pendidikan harus bisa diakses semua orang secara ekonomi. Pendidikan dasar harus tersedia secara gratis, sedangkan pendidikan menengah dan menengah atas harus secara bertahap dibuat terjangkau, ataupun gratis.
- iii. Keberterimaan – bentuk dan substansi dari pendidikan harus dapat diterima oleh siswa dan orang tua berdasarkan budaya setempat.
- iv. Adaptabilitas – pendidikan harus fleksibel agar dapat beradaptasi sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Bab ini akan menganalisis jaminan hak atas pendidikan bagi orang dengan HIV, khususnya anak, baik dalam peraturan perundang-undangan maupun kebijakan serta implementasi dari peraturan yang ada.

B. Stigma dan Diskriminasi terhadap Orang dengan HIV dan Populasi Kunci

Berbagai peraturan perundang-undangan di Indonesia sudah mewajibkan penerapan prinsip non-diskriminasi dalam institusi pendidikan.¹¹⁶ Jika dilihat secara keseluruhan, peraturan-peraturan tersebut di atas menyebutkan

¹⁰⁹ Undang Undang Dasar 1945, Pasal 28 (C).

¹¹⁰ Konvensi UNESCO tentang Menentang Diskriminasi dalam Pendidikan, Pasal 1 ayat (1).

¹¹¹ *Ibid.*, Pasal 2.

¹¹² Komite PBB untuk Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, *Komentar Umum Nomor 13: Hak atas Pendidikan*, Paragraf 31.

¹¹³ *Ibid.*, Paragraf 1.

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ Komite PBB untuk Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, *Komentar Umum Nomor 13: Hak atas Pendidikan*, Paragraf 6.

¹¹⁶ Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, Pasal 12; Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional (UU Sisdiknas), Pasal 4 ayat (1) dan Pasal 5 ayat (1); Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, Pasal 6 huruf b dan Pasal 11 ayat (3); Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2010 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan, Pasal

larangan diskriminasi terhadap setiap individu berdasarkan ras, suku, agama, jenis kelamin, kondisi fisik, status sosial dan ekonomi, latar belakang keluarga dan kondisi kejiwaan anak.¹¹⁷ Diskriminasi terhadap orang dengan HIV adalah diskriminasi terhadap kondisi kesehatan seseorang. Walaupun tidak disebutkan secara eksplisit dalam peraturan perundang-undangan, diskriminasi dalam bentuk apapun tidak dapat dibenarkan, terutama karena orang dengan HIV sangat rentan mendapatkan stigma dan diskriminasi. Diskriminasi juga tidak boleh dilakukan terhadap populasi kunci semata-mata karena perbedaan orientasi seks, pekerjaan atau karena penggunaan narkotika.

Terlepas dari pengaturan di tingkat nasional bahwa pendidikan harus dilaksanakan tanpa diskriminasi, pada prakteknya, orang dengan HIV, orang yang terdampak dengan HIV (misalnya, anak dari orang tua yang hidup dengan HIV) – biasa disebut OHIDA, maupun populasi kunci masih mengalami diskriminasi dalam bidang pendidikan. Berdasarkan temuan penelitian di lapangan, masih ditemukan kasus anak yang mendapat stigma karena ia atau orang tuanya positif HIV.¹¹⁸ Pada beberapa wilayah di Indonesia juga ditemukan kasus serupa.¹¹⁹ Walaupun secara kuantitas jumlah kasus sangat sedikit, diskriminasi dalam dunia pendidikan tidak dapat ditolerir karena pemenuhannya bersifat segera dan menyeluruh.

Lingkungan yang penuh dengan nuansa stigma dan diskriminasi bukan lah lingkungan yang nyaman dan kondusif untuk belajar. Anak akan merasa rendah diri dan tidak dapat berkonsentrasi penuh untuk belajar sehingga mengurangi kenikmatan anak mendapatkan hak atas pendidikan. Pemerintah seharusnya bersikap aktif dan melakukan intervensi langsung untuk menghentikan stigma dan diskriminasi terhadap anak dengan HIV atau anak dengan orang tua yang hidup dengan HIV.¹²⁰ Masyarakat juga seharusnya melaporkan praktik stigma dan diskriminasi di institusi pendidikan kepada pemerintah jika menemukan praktik serupa.

C. Pendidikan HIV dalam Kurikulum

Salah satu cara efektif untuk menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV adalah melalui pendidikan. Edukasi mengenai HIV merupakan bagian dari kurikulum sekolah mulai dari sekolah dasar, hingga sekolah menengah atas.¹²¹ Pendidikan mengenai HIV merupakan bagian dari topik pendidikan jasmani, olahraga dan kesehatan, dan juga biologi.¹²² Sayangnya, pendekatan yang digunakan dalam memberikan materi edukasi pencegahan HIV ini dilakukan dengan upaya menakut-nakuti dan memberikan informasi yang tidak tepat, minim informasi berbasis data, atau tidak terbukti secara ilmiah sehingga menyuburkan stigma dan diskriminasi. Materi yang disampaikan secara berulang misalnya adalah anjuran untuk menghindari perilaku seks bebas dan kecanduan narkoba¹²³, serta hal-hal lain yang diidentikkan dengan moralitas.

Dalam dokumen Standar Internasional Pencegahan Penggunaan Narkotika yang dikeluarkan oleh Kantor PBB Urusan Narkotika dan Kejahatan (UNODC), pendidikan pencegahan narkotika harus mengedepankan keterlibatan anak dalam diskusi mengenai narkotika, risiko penyalahgunaan, hak atas kesehatan dan kesalahpahaman tentang dunia tanpa narkotika.¹²⁴ Sama halnya dengan pendidikan kesehatan reproduksi yang harus dijelaskan secara gamblang, terbuka dan berdasarkan pada sains. Pendidikan yang menekankan larangan dan

64 ayat (2), Pasal 74 ayat (2) dan Pasal 84 ayat (2) seperti dikutip dari Arinta Dea Dini Singgi, dkk., *Tinjauan Peraturan Perundang-Undangan Indonesia terkait HIV Berdasarkan Standar Hak Asasi Manusia Internasional*, (Jakarta: LBH Masyarakat, 2016), hal. 31.

¹¹⁷ Arinta Dea Dini Singgi, dkk., *Tinjauan Peraturan Perundang-Undangan Indonesia terkait HIV Berdasarkan Standar Hak Asasi Manusia Internasional*, (Jakarta: LBH Masyarakat, 2016), hal. 31.

¹¹⁸ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, 21 November 2017.

¹¹⁹ “Anak dan HIV: Mungkinkah Sekolah Mendukung Anak-Anak yang Terdampak HIV dan AIDS?”, <http://www.kebijakanaidsendonesia.net/id/artikel/artikel-tematik/1462-anak-dan-hiv-mungkinkah-sekolah-mendukung-anak-anak-yang-terdampak-hiv-dan-aids>, diakses tanggal 21 Maret 2017.

¹²⁰ Konvensi UNESCO Menentang Diskriminasi dalam Pendidikan, Pasal 3.

¹²¹ Lampiran Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 22 Tahun 2006 tentang Standar Isi untuk Satuan Pendidikan Dasar dan Menengah (kurikulum tahun 2006) seperti dikutip dari Arinta Dea Dini Singgi, dkk., *Tinjauan Peraturan Perundang-Undangan Indonesia terkait HIV Berdasarkan Standar Hak Asasi Manusia Internasional*, (Jakarta: LBH Masyarakat, 2016), hal. 33.

¹²² *Ibid.*

¹²³ *Ibid.*

¹²⁴ UNODC, *Standar Internasional Pencegahan Penggunaan Narkotika*, (Wina: United Nations Office, 2015), hal. 1 seperti dikutip dari Arinta Dea Dini Singgi, dkk., *Ketika Anak Tak Lagi Didengar: Sebuah Tinjauan Hukum dan Kebijakan Indonesia terhadap Anak Pengguna Narkotika*, (Jakarta: LBH Masyarakat, 2016), hal. 26.

dunia tanpa seks dan narkoba hanya akan menyuburkan stigma dan diskriminasi, dan meleset jauh dari tujuan awal pendidikan pencegahan narkoba.¹²⁵

Anak seharusnya mengetahui pencegahan penularan HIV baik melalui transmisi seksual ataupun penggunaan narkoba. Peserta Diskusi Kelompok Terfokus (FGD) dengan komunitas di Palembang, FGD dengan Pemerintah Daerah Kota Bogor dan FGD dengan komunitas dan Pemerintah Daerah Kabupaten Indramayu menyebutkan bahwa banyak anak sudah mulai aktif secara seksual, baik dengan temannya sendiri ataupun dengan pekerja seks. Inisiasi seks dini pada anak semakin meningkatkan urgensi pemberian edukasi mengenai kesehatan reproduksi agar anak tidak tertular HIV.

Untuk meminimalisir penularan HIV pada anak-anak, penjangkau di Palembang melakukan intervensi kepada pekerja seks dan pelanggan mereka yang berusia di bawah 18 tahun.¹²⁶ Di Bogor, misalnya, sejak tahun 2008,¹²⁷ dinas kesehatan daerah telah secara rutin memberikan pendidikan kesehatan produksi ke sekolah-sekolah.¹²⁸ Pemberian edukasi kesehatan reproduksi juga dilakukan oleh pemerintah daerah Kabupaten Indramayu, Kabupaten Lombok Barat dan Banjarmasin dengan melibatkan berbagai sektor baik dari Satuan Kerja Pemerintah Daerah hingga komunitas.¹²⁹ Inisiasi daerah untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi merupakan inisiasi yang patut dicontoh daerah lain karena mengisi kekosongan pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah. Namun, tentu saja edukasi mengenai kesehatan reproduksi harus menggunakan pendekatan berbasis ilmiah dan tidak terkesan menakutkan agar secara efektif dapat mencegah penularan HIV.

D. Skrining HIV dan Narkoba pada Institusi Pendidikan

Hampir tidak ada peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai seseorang harus “bebas HIV” untuk dapat mengakses pendidikan. Satu temuan dalam peraturan perundang-undangan yang mensyaratkan tes HIV adalah rekrutmen TNI dan POLRI.¹³⁰ Persyaratan HIV dalam pendidikan juga ditemukan beberapa bulan yang lalu pada lembaga pemberi beasiswa. Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP), yang berada di bawah Kementerian Keuangan, mensyaratkan bebas HIV sebagai salah satu kriteria untuk mendapatkan beasiswa khusus bagi masyarakat Indonesia Timur. Setelah masyarakat sipil memprotes adanya persyaratan tersebut,¹³¹ LPDP segera mencabut persyaratan bebas HIV.¹³² Ketiadaan persyaratan bebas HIV dalam institusi pendidikan merupakan sikap pemerintah yang patut diapresiasi karena menghilangkan hambatan orang dengan HIV untuk mengenyam pendidikan. Namun, jaminan non diskriminasi tersebut cukup lemah karena tidak ada sanksi ataupun penegakan hukum bagi institusi pendidikan yang melakukan pelanggaran. Pemerintah juga seharusnya berperan aktif jika menemukan peraturan internal pada institusi pendidikan yang bersifat diskriminatif terhadap orang dengan HIV.

Selain skrining HIV, beberapa perguruan tinggi, baik negeri maupun swasta, masih memberlakukan skrining narkoba dalam penerimaan mahasiswa.¹³³¹³⁴ Berdasarkan penelusuran peraturan perundang-undangan, terdapat satu peraturan yang mensyaratkan tes narkoba bagi calon peserta didik yaitu Peraturan Menteri Riset, Teknologi

¹²⁵ Arinta Dea Dini Singgi, dkk., *Tinjauan Peraturan Perundang-Undangan Indonesia terkait HIV Berdasarkan Standar Hak Asasi Manusia Internasional*, (Jakarta: LBH Masyarakat, 2016), hal. 34.

¹²⁶ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Palembang, 16 November 2016.

¹²⁷ Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2008 Nomor 2 Seri E, Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Kota Bogor, Pasal 4 ayat (1) huruf l.

¹²⁸ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Bogor, 18 November 2016.

¹²⁹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas dan perwakilan pemerintah daerah, Kabupaten Indramayu, 15 Desember 2016; Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 8 ayat (1); Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 11 tahun 2012, Pasal 10 ayat (1) dan (2).

¹³⁰ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, hal. 16.

¹³¹ “Rilis Pers LBH Masyarakat – Beasiswa LPDP untuk Indonesia Timur Diskriminatif terhadap ODHA”, <http://lbhmasyarakat.org/rilis-pers-lbh-masyarakat-beasiswa-lpdp-untuk-indonesia-timur-diskriminatif-terhadap-odha/>, diakses tanggal 21 Maret 2017.

¹³² “Bos LPDP Setuju Syarat Penerima Beasiswa Bebas AIDS Dihapus”, <http://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20170207164817-92-191870/bos-lpdp-setuju-syarat-penerima-beasiswa-bebas-aids-dihapus/>, diakses tanggal 15 Maret 2017.

¹³³ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Palembang, 16 November 2016.

¹³⁴ “Calon Mahasiswa Unila Jalani Tes Urine”, <https://www.unila.ac.id/calon-mahasiswa-unila-jalani-tes-urine/>, diakses tanggal 21 Maret 2017.

dan Pendidikan Tinggi Nomor 35 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Program Profesi Insinyur.¹³⁵ Selain itu, wacana untuk menerbitkan peraturan yang mewajibkan calon mahasiswa untuk menjalani tes narkotika sebagai syarat penerimaan perguruan tinggi sudah digaungkan oleh Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi sejak awal tahun 2015.¹³⁶

Skrining HIV dan narkotika bagi calon peserta didik pada institusi pendidikan manapun akan berpotensi mengakibatkan orang dengan HIV dan pengguna narkotika yang ingin melanjutkan pendidikan ke perguruan tinggi rentan kehilangan haknya atas pendidikan. Data dari Badan Narkotika Nasional (BNN) menyebutkan bahwa 22% pengguna narkotika adalah pelajar dan mahasiswa.¹³⁷ Sedangkan data infeksi HIV baru tahun 2015 saja menyatakan bahwa 5.990 orang pada kelompok usia 15-24 tahun.¹³⁸ Ribuan calon peserta didik terancam terhambat aksesnya terhadap pendidikan jika dilakukan skrining HIV dan narkotika. Setiap orang berhak untuk mengenyam pendidikan terlepas dari apakah ia menggunakan atau tidak menggunakan narkotika. Penggunaan narkotika tidak dapat dijadikan syarat untuk dapat mengakses pendidikan. Eksklusi pengguna narkotika justru akan semakin menempatkan mereka dalam posisi yang rentan tanpa pendidikan yang dapat meningkatkan kualitas hidup mereka, dan membuat mereka menjadi lebih rentan terhadap pelanggaran-pelanggaran HAM lainnya.

¹³⁵ Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 35 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Program Profesi Insinyur, Pasal 6 ayat (1) huruf c.

¹³⁶ “Menteri Natsir Rektor Gandeng BNN Cegah Narkotika di Kampus”, <https://nasional.tempo.co/read/news/2016/07/25/079790316/menteri-natsir-rektor-gandeng-bnn-cegah-narkotika-di-kampus>, diakses tanggal 21 Maret 2017; “Menristek Menilai Peminat PTN Melonjak Drastis”, <http://www.pikiran-rakyat.com/pendidikan/2015/06/09/330438/menristek-menilai-peminat-ptn-melonjak-drastis>, diakses tanggal 21 Maret 2017; “Calon Mahasiswa Baru Diusulkan Tes Urine”, <http://www.republika.co.id/berita/pendidikan/eduaction/16/04/16/o5q30b335-calon-mahasiswa-baru-diusulkan-tes-urine>, diakses tanggal 21 Maret 2017.

¹³⁷ “Peringatan Hari Anti Narkotika Internasional 2016, Pemerintah Dorong Partisipasi Masyarakat Cegah Penyalahgunaan Napza”, <http://www.depkes.go.id/development/site/jkn/index.php?cid=16062700001&id=peringati-hari-anti-narkotika-internasional-2016-pemerintah-dorong-partisipasi-masyarakat-cegah-peny.html>, diakses tanggal 19 Maret 2017.

¹³⁸ Lihat Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan, “Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan IV Tahun 2015”, 2015.

PENDEKATAN PIDANA DAN HIV/AIDS

A. Latar Belakang

“kita tidak mau menghukum, orang dengan HIV/AIDS sudah sakit tidak perlu ada hukuman (peraturan daerah yang punitif) lagi.”¹³⁹

Pemidanaan sering dipersepsikan sebagai tindakan yang dapat menyelesaikan persoalan sosial di masyarakat, termasuk mengatasi persoalan kesehatan publik seperti HIV dan adiksi narkotika. Masyarakat berasumsi bahwa pemidanaan memiliki kekuatan untuk menimbulkan efek jera. Dalam konteks HIV, pemidanaan digunakan untuk mencegah dan menakut-nakuti seseorang agar tidak melakukan aktifitas yang bisa menimbulkan transmisi HIV. Faktanya, sampai detik ini tidak ada bukti ilmiah kesuksesan efek jera dalam menekan atau menghapus kejahatan di Indonesia. Penggunaan hukum pidana yang berlebihan (*over criminalisation*) menunjukkan kecenderungan pemerintah untuk menggunakan hukum pidana dalam masyarakat. Namun hal tersebut tidak akan memberikan keuntungan apapun bagi pemerintah dan justru semakin menunjukkan kelemahan dan ketidakmampuan pemerintah untuk mengontrol kejahatan di wilayahnya.¹⁴⁰ Akhirnya, pendekatan pidana hanya digunakan secara simbolis tanpa benar-benar menyelesaikan persoalan yang ada.

Dalam kebijakan HIV, pendekatan pidana melalui kriminalisasi sangat kontraproduktif dengan tujuan penghapusan stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS maupun populasi kunci.¹⁴¹ Kriminalisasi justru akan memberikan stigma dan diskriminasi berlapis bagi orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci. Artinya, selain mendapatkan stigma dan diskriminasi karena statusnya sebagai orang dengan HIV/AIDS maupun sebagai pelaku perilaku yang dianggap amoral dari masyarakat, mereka juga harus menerima label “penjahat” yang muncul sebagai konsekuensi dari kriminalisasi. Hal ini berdampak besar pada akses orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci terhadap penikmatan hak asasi, serta meningkatkan kerentanan populasi kunci pada HIV. Faktanya, tanpa adanya kriminalisasi pun, orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci sudah mengalami kekerasan, seperti yang sering dialami oleh pekerja seks,¹⁴² transpuan,¹⁴³ dan pengguna narkotika.¹⁴⁴ Keberadaan hukum yang punitif, dengan demikian, semakin menegaskan kekerasan yang terstruktur kepada kelompok rentan seperti orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci. Bab ini akan membahas lebih lanjut mengenai kebijakan pidana yang berdampak langsung maupun tidak terhadap orang dengan HIV/AIDS, populasi kunci, dan situasi HIV/AIDS secara umum.

B. Pengguna Narkotika

¹³⁹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Bogor, tanggal 18 November 2016.

¹⁴⁰ Anugerah Rizqi, “Aspek Kontrol Kejahatan & (Over) Kriminalisasi”, (Jakarta: Mappl, 2016), hal. 3.

¹⁴¹ Populasi kunci adalah populasi/kelompok yang berisiko terpapar HIV. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS mengelompokkan populasi kunci menjadi:

- Pengguna napza suntik;
- Wanita pekerja seks (WPS) langsung maupun tidak langsung;
- Pelanggan/pasangan seks WPS;
- Gay, waria, dan laki pelanggan/pasangan seks dengan sesama lelaki (LSL); dan
- Warga binaan lapas/rutan.

¹⁴² Kekerasan yang terjadi pada pekerja seks beragam mulai dari pemukulan, kekerasan fisik, perkosaan, dan pemerasan. Lihat “Negara Gagal Melindungi Pekerja Seks dari Pelecehan dan Kekerasan Seksual”, <http://www.opsi-network.org/negara-gagal-melindungi-pekerja-seks-dar-pelecehan-dan-kekerasan-seksual/>, diakses tanggal 20 Februari 2017 dan laporan United Nation Development Program (UNDP), United Nation Population Fund (UNFPA), Asia Pacific Network of Sex Workers (APNSW), “The Right(s) Evidence: Sex Work, Violence, and HIV in Asia”, (Bangkok: UNDP, UNFPA, dan APNSW, 2015), hal 7.

¹⁴³ Berdasarkan laporan Arus Pelangi, 38% dari 220 transpuan muda pernah mengalami kekerasan dan 26,8% lainnya pernah dirazia oleh Satuan Polisi Pamong Praja. Lihat “Data Kekerasan Terhadap Transpuan Muda” <http://aruspelangi.org/project/data-kekerasan-terhadap-transpuan-muda-2/>, diakses tanggal 20 Februari 2017.

¹⁴⁴ Kekerasan dan penyiksaan sering dialami oleh pengguna narkotika ketika berhadapan dengan hukum. Dalam Laporan Pemantauan dan Pendokumentasian Kekerasan Polisi Terhadap Pengguna Napza disebutkan 139 pengguna narkotika yang tersebar di DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa tengah, Jawa Timur, Yogyakarta, dan Lampung pernah mengalami pelanggaran hak asasi manusia seperti penyiksaan dan pelanggaran prinsip fair trial. Lihat Laporan Jaringan Pemantau Pelanggaran Hak Asasi Manusia, FORKON, PANAZABA, PERFORMA, dan EJA, “Laporan Pemantauan dan Pendokumentasian Kekerasan Polisi Terhadap Pengguna Napza di 4 Provinsi Se-Jawa Periode 2007-2012” dan “Pengguna Narkotika Sering Alami Kekerasan Fisik”, <https://www.merdeka.com/peristiwa/pengguna-narkotika-sering-alami-kekerasan-fisik.html>, diakses tanggal 20 Februari 2017.

“jangan lagi ada perang terhadap narkoba, tidak akan ada habisnya, justru yang habis nanti para pengguna.”¹⁴⁵

Indonesia merupakan salah satu negara yang masih mengkriminalisasi penggunaan narkoba. Hal ini dapat dilihat dari kebijakan penghukuman yang keras terhadap pecandu dan penyalahguna narkoba (untuk selanjutnya disebut sebagai pengguna narkoba).¹⁴⁶ Pasal 127 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkoba (untuk selanjutnya disebut sebagai UU Narkoba) mengatur tentang tindak pidana penyalahgunaan narkoba untuk diri sendiri. Hal ini kontraproduktif dengan tujuan dari UU Narkoba itu sendiri yang telah menjamin pemenuhan hak atas rehabilitasi bagi pengguna narkoba.¹⁴⁷ Namun, terlepas dari kemajuan kebijakan dengan adanya pengakuan akan hak pengguna narkoba atas rehabilitasi, pelaksanaan pemenuhan hak untuk rehabilitasi tersebut tidak sesuai dengan prinsip-prinsip hak atas kesehatan sebagaimana diatur dalam Konvensi Internasional Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya.¹⁴⁸

Dalam UU Narkoba, pengguna narkoba diwajibkan untuk mengakses rehabilitasi.¹⁴⁹ Pewajiban untuk mengakses rehabilitasi tersebut pada dasarnya bertentangan dengan asas paling fundamental dalam hak atas kesehatan yakni *freedom* (kebebasan),¹⁵⁰ dimana setiap orang berhak secara bebas mengontrol tubuhnya, termasuk dalam hal memilih untuk mau mengikuti rehabilitasi atau tidak. Dengan demikian, rehabilitasi seharusnya bersifat sukarela (*voluntary*), bukan wajib (*compulsory*).

Pewajiban akses rehabilitasi ini diimplementasikan melalui dua skema, yaitu melalui mekanisme wajib lapor kepada institusi penerima wajib lapor (IPWL) dan melalui putusan penempatan di lembaga rehabilitasi yang diberikan oleh hakim di akhir proses peradilan pidana.¹⁵¹ Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkoba (Untuk selanjutnya disebut sebagai PP IPWL), proses pelaporan diri ini akan diikuti dengan penentuan metode rehabilitasi.

Melalui wajib lapor, pengguna narkoba dijanjikan ‘kebal hukum’ selama periode waktu tertentu sebagaimana termuat pada Pasal 128 ayat (3) UU Narkoba yang pada intinya menjamin pengguna narkoba yang tengah menjalani rehabilitasi medis 2 (dua) kali masa perawatan dokter di rumah sakit atau lembaga rehabilitasi medis yang ditunjuk oleh pemerintah tidak dituntut pidana. Pada faktanya banyak pengguna yang ditangkap dan menjalani persidangan meskipun telah melaporkan diri pada institusi penerima wajib lapor.¹⁵² Klausul kebal hukum ini semakin memperkuat argumentasi yang menyatakan bahwa wajib lapor pada dasarnya adalah wajib rehabilitasi; dan dengan demikian tidak sesuai dengan prinsip pemenuhan hak atas kesehatan. Ketika pengguna dihadapkan pada pilihan rehabilitasi atau kriminalisasi, pemilihan rehabilitasi melalui wajib lapor ini tidak sepenuhnya didasari oleh kebebasan memilih rehabilitasi, tetapi karena takut akan kriminalisasi.

I. Reorientasi Pidanaan sebagai Perlindungan dan Pemenuhan Hak Atas Kesehatan bagi Pengguna Narkoba

Meski UU Narkoba masih menggolongkan penggunaan narkoba sebagai sebuah tindak pidana, namun dalam perkembangan hukum dan kebijakan narkoba, beberapa institusi penegak hukum menerbitkan perangkat hukum pelaksana UU Narkoba yang telah berupaya untuk mendorong pemenuhan hak atas kesehatan bagi pengguna narkoba dan menghindarkan pengguna narkoba dari pidanaan. Bagian ini akan menguraikan lebih lanjut bagaimana hukum dan kebijakan yang suportif terhadap pengguna narkoba berdampak pada penanggulangan HIV.

¹⁴⁵ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Palembang, tanggal 16 November 2016.

¹⁴⁶ Berdasarkan ketentuan pada Pasal 127 ayat (1) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkoba, pengguna narkoba dapat dipidana dengan penjara paling lama 4 (empat) tahun penjara. Lamanya masa pidana ini juga bergantung pada jenis narkoba yang dikonsumsi.

¹⁴⁷ Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkoba, Pasal 4.

¹⁴⁸ Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, Pasal 12 dan Komite Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, *Komentar Umum Nomor 14 tentang Hak untuk Mendapatkan Standar Tertinggi Hak atas Kesehatan*, E/C.12/2000/4, 11 Agustus 2000, Paragraf 8.

¹⁴⁹ Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkoba, Pasal 54.

¹⁵⁰ Komite PBB untuk Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, *Komentar Umum Nomor 14 tentang Hak untuk Mendapatkan Standar Tertinggi Hak atas Kesehatan*, E/C.12/2000/4, 11 Agustus 2000, Paragraf 8.

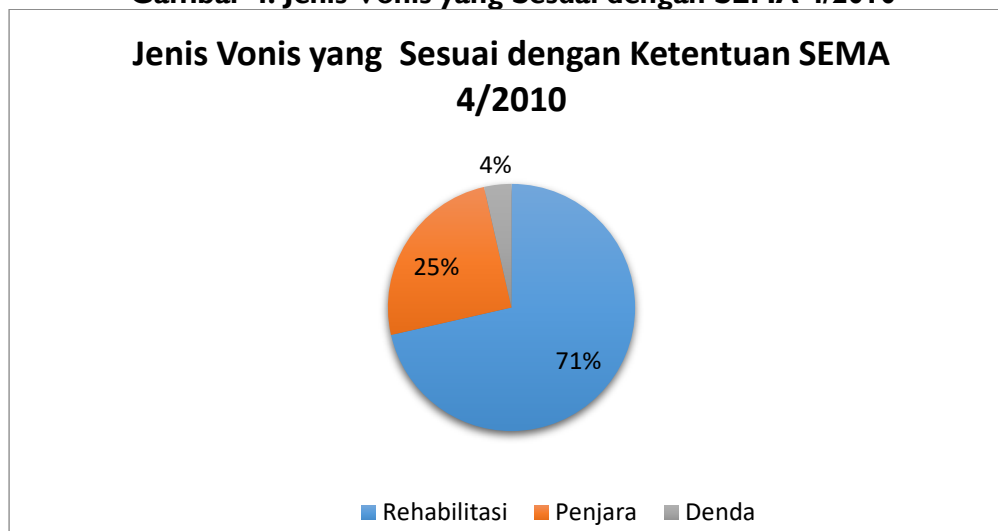
¹⁵¹ Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkoba, Pasal 54, Pasal 55, Pasal 103 dan Pasal 127 ayat (2).

¹⁵² Albert Wirya dan Johan Misero, “The Trip to Nobody Knows Where”, (Jakarta: LBH Masyarakat, 2016), hal. 67.

Vonis Rehabilitasi bagi Pengguna Narkotika

Pasca disahkannya UU Narkotika, pemerintah membuat beberapa turunan peraturan untuk melaksanakan UU Narkotika, seperti PP IPWL. Selain itu, lembaga penegak hukum, seperti Mahkamah Agung, juga mengeluarkan peraturan sendiri bagi institusinya untuk mempermudah pelaksanaan UU Narkotika. Sejak tahun 2010, Mahkamah Agung menerapkan Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 4 Tahun 2010 tentang Penempatan Penyalahguna, Korban Penyalahgunaan dan Pecandu Narkotika ke Dalam Lembaga Rehabilitasi (untuk selanjutnya disebut sebagai SEMA 4/2010) yang memiliki semangat untuk merehabilitasi pengguna narkotika.¹⁵³ SEMA ini dimungkinkan dengan adanya Pasal 103 dalam UU narkotika yang memberikan kesempatan bagi hakim untuk menempatkan pengguna ke dalam lembaga rehabilitasi dibandingkan penjara. Hal ini tentu sangat membantu pengguna narkotika yang terpaksa harus berhadapan dengan hukum untuk mengakses rehabilitasi dan menghindarkan mereka dari pidana penjara.

Gambar 4. Jenis Vonis yang Sesuai dengan SEMA 4/2010



Sumber: LBH Masyarakat, Di Ujung Palu Hakim: Dokumentasi Vonis Rehabilitasi di JABODETABEK Tahun 2014, 2015.

Penelitian LBH Masyarakat yang dilakukan terhadap 522 putusan kasus narkotika di sepanjang tahun 2014 di sembilan Pengadilan Negeri di wilayah Jabodetabek menunjukkan bahwa dari 522 putusan hanya 28 putusan yang memenuhi kriteria¹⁵⁴ untuk diberikan putusan rehabilitasi berdasarkan SEMA 4/2010. Seperti yang terlihat pada diagram di atas, dari 28 putusan, putusan dengan vonis rehabilitasi memiliki persentase paling besar yaitu, 71,4% atau sebanyak 20 putusan, vonis terbanyak kedua adalah vonis penjara dengan total putusan sebanyak 25% serta vonis penjara dan denda sebesar 3,6% .¹⁵⁵ Penelitian tersebut juga menguraikan beberapa faktor yang memengaruhi vonis rehabilitasi, seperti keberadaan penasehat hukum/pengacara, keterangan ahli, dan pasal yang didakwakan. Dari 28 kasus yang sesuai dengan kriteria SEMA 4/2010 hanya 5 (lima) perkara yang didampingi oleh pengacara, sementara untuk keberadaan ahli hanya 3 (tiga) dari 28 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa bantuan hukum kepada pengguna narkotika masih sangat minim. Sementara peran pengacara dan ahli dalam persidangan

¹⁵³ Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 4 Tahun 2010 tentang Penempatan Penyalahguna, Korban Penyalahgunaan dan Pecandu Narkotika ke Dalam Lembaga Rehabilitasi memberikan petunjuk teknis dan pelaksanaan bagi hakim ketika menangani perkara penggunaan narkotika. Surat edaran tersebut menyebutkan lima syarat untuk mendapatkan putusan rehabilitasi, yaitu:

- a. Terdakwa ditangkap dalam kondisi tertangkap tangan;
- b. Pada saat tertangkap tangan ditemukan barang bukti pemakaian satu hari (ambang batas pemakaian terlampir dalam SEMA);
- c. Surat uji laboratorium positif menggunakan narkotika;
- d. Surat keterangan dari dokter jiwa/psikiater; dan
- e. Tidak terbukti terlibat dalam peredaran gelap narkotika.

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ Arinta Dea Dini, dkk., "Di Ujung Palu Hakim: Dokumentasi Vonis Rehabilitasi di JABODETABEK Tahun 2014", (Jakarta: LBH Masyarakat, 2015), hal. 10 sumber: <http://lbhmasyarakat.org/di-ujung-palu-hakim-dokumentasi-vonis-rehabilitasi-di-jabodetabek-tahun-2014/>, diakses tanggal 15 Maret 2017.

penggunaan narkoba sangat penting guna membuktikan riwayat adiksi atau penggunaan narkoba bagi diri sendiri.

Pada prinsipnya SEMA 4/2010 memiliki skema yang mirip dengan dekriminasi penggunaan narkoba, sebagaimana dijelaskan Rosmarin dan Eastwood bahwa ada tujuh variabel yang harus dipertimbangkan untuk membuat suatu kebijakan dekriminasi berjalan efektif. Variabel tersebut adalah:

- a. Ambang batas kepemilikan;
- b. Tipe hukuman administratif;
- c. Peran dari lembaga kehakiman dan kepolisian;
- d. Peran tenaga medis profesional dan program *harm reduction*;
- e. Catatan dan pengukuran kapasitas;
- f. Tantangan implementasi;
- g. Karakter sosio-kultur-ekonomi.¹⁵⁶

Sebagian variabel di atas dapat ditemukan dalam SEMA 4/2010. Sayangnya, SEMA 4/2010 hanya bersifat sebagai arahan secara internal di Mahkamah Agung. Artinya SEMA 4/2010 tidak mengikat secara internal serta tidak berlaku bagi institusi di luar Mahkamah Agung sehingga belum sepenuhnya dapat digolongkan sebagai dekriminasi penggunaan narkoba. Penelitian LBH Masyarakat mengonfirmasi kelemahan dari “keberlakuan” SEMA 4/2010 dengan angka putusan yang benar-benar merefleksikan SEMA, dari 28 putusan yang memenuhi kriteria SEMA, 8 di antaranya masih menerapkan sanksi pidana. Ada dua kemungkinan yang bisa disimpulkan di sini, pertama, peradilan (hakim) tidak konsisten dalam menjalankan SEMA 4/2010, kedua, hakim tidak menganggap SEMA 4/2010 sebagai peraturan yang harus dipatuhi.

Diversi Bagi Anak Pengguna Narkoba

Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak (untuk selanjutnya disebut sebagai SPPA) mengatur bahwa diversi¹⁵⁷ hanya dapat diberikan pada tindak pidana yang diancam dengan pidana penjara maksimal 7 tahun.¹⁵⁸ Tindak pidana penggunaan narkoba bagi diri sendiri yang diatur pada Pasal 127 UU Narkoba memberikan ancaman pidana maksimal 4 (empat) tahun penjara, sementara tindak pidana kepemilikan dan penguasaan narkoba memberikan ancaman penjara maksimal 12 tahun, dan jual beli narkoba diancam dengan hukuman penjara maksimal 20 tahun atau hukuman mati. Dalam prakteknya, penyidik maupun penuntut umum jarang sekali menggunakan Pasal 127 sebagai pasal tunggal. Pasal tersebut hampir selalu disertai dengan pasal lainnya mengenai kepemilikan ataupun mengenai jual beli. Hal ini sejalan dengan logika dimana penggunaan narkoba tidak akan terjadi tanpa penguasaan atau kepemilikan. Bagi anak, ancaman hukuman maksimal yang dikenakan adalah setengah dari ancaman maksimal yang dikenakan kepada pelaku dewasa.¹⁵⁹

Guna mendukung kebijakan diversi bagi anak, Mahkamah Agung mengeluarkan terobosan yang baik dengan mengeluarkan Peraturan Mahkamah Agung Nomor 4 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Diversi dalam Sistem Peradilan Pidana Anak (untuk selanjutnya disebut sebagai Perma 4/2014). Perma 4/2014 memberikan penafsiran yang berbeda soal diversi, dimana diversi dapat berlaku pada semua jenis tindak pidana dan tidak terbatas pada maksimal ancaman pidana 7 tahun penjara.¹⁶⁰ Dengan demikian, Perma 4/2014 memberikan hak anak pengguna narkoba untuk mendapatkan diversi dan menghindarkan anak dari pembedaan.

Inisiasi Dekriminalisasi

Selain SEMA 4/2010 dan Perma 4/2014, inisiasi untuk menghindarkan penjara bagi pengguna narkoba dapat ditemukan pada Peraturan Bersama Ketua Mahkamah Agung Republik Indonesia, Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Sosial Republik Indonesia, Jaksa Agung Republik Indonesia, Kepala Kepolisian Republik Indonesia, dan Kepala Badan Narkoba Nasional Republik Indonesia tentang Penanganan Pecandu Narkoba dan Korban Penyalahgunaan Narkoba ke Dalam Lembaga Rehabilitasi (untuk selanjutnya disebut sebagai Perber Rehabilitasi). Perber Rehabilitasi ini memberikan kesempatan bagi pengguna narkoba untuk mengakses rehabilitasi sejak dari tahap penyelidikan, penyidikan,

¹⁵⁶ *Ibid.*, hal. 33.

¹⁵⁷ Diversi adalah alternatif penyelesaian pidana di luar pengadilan.

¹⁵⁸ Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak, Pasal 7 ayat (1).

¹⁵⁹ Arinta Dea Dini Singgi, dkk, “Ketika Anak Pengguna Narkoba Tak Lagi Didengar: Sebuah Tinjauan Hukum dan Kebijakan Indonesia Terhadap Anak Pengguna Narkoba”, (Jakarta: LBH Masyarakat, 2016), hal. 72.

¹⁶⁰ Peraturan Mahkamah Agung Nomor 4 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Diversi dalam Sistem Peradilan Pidana Anak, Pasal 3.

penuntutan, hingga persidangan.¹⁶¹ Namun, patut digarisbawahi disini bahwa akses rehabilitasi tersebut tidak berarti bahwa proses hukumnya dihentikan.

Berdasarkan Perber Rehabilitasi pengguna narkoba yang tertangkap akan melalui tahapan asesmen/penilaian dari Tim Asesmen Terpadu (TAT) yang terdiri dari Tim Dokter dan Tim Hukum.¹⁶² Tim Dokter akan menilai secara medis dan psikososial pengguna narkoba serta merekomendasikan rencana terapi dan rehabilitasi. Sementara tim hukum bertugas untuk menilai keterlibatan pengguna narkoba dalam peredaran gelap narkoba. Perber Rehabilitasi membuka ruang dekriminialisasi penggunaan narkoba karena pengguna narkoba tidak perlu menjalani seluruh proses persidangan untuk mengakses rehabilitasi, akan tetapi di saat yang bersamaan juga membuka kran korupsi dan transaksi perkara apabila pelaksanaannya tidak disertai dengan komitmen dan integritas kepolisian dalam menegakkan hukum.

Sama halnya dengan SEMA 4/2010 dan Perma 4/2014, keberadaan Perber Rehabilitasi juga menandakan adanya peluang untuk mendekriminalisasi penggunaan narkoba. Hal ini juga menunjukkan kesadaran pemerintah akan pentingnya pendekatan kesehatan dalam mengatasi persoalan narkoba. Peraturan-peraturan tersebut tentunya tidak mungkin melampaui ketentuan dalam UU Narkoba yang masih berorientasi pada pemidanaan bagi pengguna narkoba. Perbaikan atau revisi UU Narkoba menjadi sebuah keniscayaan apabila pemerintah ingin menciptakan lingkungan hukum yang baik berdasarkan prinsip-prinsip HAM dan tidak saling bersebarangan sehingga mampu memenuhi hak atas kesehatan pengguna narkoba.

2. Dampak Kebijakan Narkoba pada Penanggulangan HIV

Sebelum kita membahas lebih jauh tentang dampak pemidanaan pengguna narkoba pada penanggulangan HIV, kita perlu meluruskan anggapan bahwa populasi kunci, termasuk pengguna narkoba suntik, adalah penyebab utama penyebaran HIV. Anggapan demikian, selain tidak benar, juga menyuburkan praktik stigma dan diskriminasi pada populasi kunci dan orang dengan HIV/AIDS. Penularan HIV terjadi karena perilaku yang berisiko, berikut uraian mengenai penularan HIV:

- a. Melalui hubungan seks yang tanpa menggunakan kondom sehingga memungkinkan cairan mani atau cairan vagina yang mengandung virus HIV masuk ke dalam tubuh pasangannya;
- b. Dari seorang ibu hamil yang HIV positif kepada bayinya selama masa kehamilan, sewaktu persalinan, dan/atau waktu menyusui;
- c. Melalui transfusi darah/produk darah yang sudah tercemar HIV. Melalui pemakaian alat suntik yang sudah tercemar HIV yang dipakai bergantian tanpa disterilkan, terutama terjadi pada pemakaian narkoba suntik.¹⁶³

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat diketahui bahwa penggunaan jarum suntik hanyalah salah satu faktor penularan HIV pada pengguna narkoba sehingga yang diperlukan adalah kebijakan yang dapat mengurangi risiko penularan HIV yang ditimbulkan dari penggunaan jarum suntik. Oleh karena kebijakan narkoba sangat berpengaruh pada program penanggulangan HIV, maka pendekatan kesehatan yang seharusnya diutamakan agar supaya penularan HIV di kalangan pengguna narkoba dapat dicegah. Pendekatan kesehatan seperti program pengurangan dampak buruk (*harm reduction*)¹⁶⁴ terbukti berhasil menekan laju infeksi HIV di kelompok pengguna narkoba. Sebagai contoh, laju infeksi HIV di Republik Islam Iran menurun sejak tahun 2005 ketika Iran memutuskan untuk menggunakan pendekatan kesehatan publik untuk menangani pengguna narkoba.¹⁶⁵

Contoh lainnya adalah Portugal menerapkan dekriminialisasi sejak tahun 2001 dan mengedepankan pendekatan kesehatan, hasilnya adalah:

¹⁶¹ Peraturan Bersama Ketua Mahkamah Agung Republik Indonesia, Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Sosial Republik Indonesia, Jaksa Agung Republik Indonesia, Kepala Kepolisian Republik Indonesia, dan Kepala Badan Narkoba Nasional Republik Indonesia tentang Penanganan Pecandu Narkoba dan Korban Penyalahgunaan Narkoba ke Dalam Lembaga Rehabilitasi, Pasal 3 huruf a.

¹⁶² *Ibid.*, Pasal 8 dan Pasal 9.

¹⁶³ AIDS Indonesia, "Info HIV dan AIDS", Sumber: <http://www.aidsindonesia.or.id/contents/37/78/Info-HIV-dan-AIDS#sthash.RfZYBnll.dpbs>, diakses tanggal 14 Maret 2017.

¹⁶⁴ International Harm Reduction Association (IHRA) memberikan definisi pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) sebagai program, kebijakan, dan praktik-praktik yang tujuan utamanya adalah untuk mengurangi berbagai akibat yang merugikan pada aspek kesehatan, sosial, dan ekonomi karena penggunaan obat-obatan psikoaktif baik yang legal ataupun ilegal tanpa perlu mengurangi penggunaannya. Kebijakan ini menawarkan penggunaan narkoba yang lebih aman, misalnya menyediakan jarum suntik steril bagi pengguna narkoba jarum suntik untuk mencegah penularan HIV ataupun infeksi yang terjadi akibat penggunaan jarum secara bersama-sama maupun penggunaan jarum yang tidak steril.

¹⁶⁵ Global Commission HIV and the Law, "Risks, Rights, & Health", (New York: UNDP, 2012), hal. 33.

- penurunan angka pengguna narkoba secara signifikan pada kelompok rentan;
- peningkatan jumlah pengguna narkoba yang mengakses layanan kesehatan
- penurunan tingkat penularan HIV dan infeksi baru AIDS pada kelompok pengguna narkoba
- pengurangan yang signifikan pada kasus kematian karena narkoba.¹⁶⁶

Fakta ini dikuatkan dengan laporan *Global Commission on Drug Policy* yang menyimpulkan bahwa kebijakan narkoba yang dibangun dengan pendekatan kesehatan terbukti berhasil menekan laju infeksi HIV.¹⁶⁷ Di Indonesia sendiri, penyebaran HIV di kalangan pengguna narkoba suntik berkurang secara signifikan sejak diberlakukannya program *harm reduction*.¹⁶⁸

Berdasarkan uraian tersebut, pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) terbukti berhasil menekan laju infeksi HIV di kalangan pengguna narkoba. Kebijakan narkoba seperti Perber Rehabilitasi dan SEMA 4/2010 membuka kesempatan bagi pengguna narkoba untuk mengakses layanan kesehatan termasuk di dalamnya program *harm reduction*. Sayangnya, selain persoalan mendasar terkait dasar hukum yang bertentangan, dalam tataran implementasi, masih ada penegak hukum dan komunitas yang belum mengetahui informasi tentang SEMA 4/2010 dan Perber Rehabilitasi.¹⁶⁹ Ketiadaan informasi yang memadai mengenai peraturan yang mendukung tersebut menghambat program *harm reduction* pada pengguna narkoba yang berhadapan dengan hukum.

Bagi komunitas yang telah terpapar informasi mengenai keberadaan dua peraturan ini, terdapat beberapa kisah kesuksesan yang layak diangkat, serta pembelajaran yang perlu disebarluaskan. Komunitas pengguna narkoba di Palembang menunjukkan keberhasilan advokasi mereka menggunakan TAT untuk membebaskan dan merehabilitasi pengguna narkoba di tahap kepolisian.¹⁷⁰ Advokasi ini menjawab persoalan yang banyak dihadapi oleh pengguna narkoba yang harus berhadapan dengan hukum. Biasanya di tingkat penyidikan pengguna narkoba ditempatkan di ruang tahanan kepolisian yang tidak dilengkapi dengan fasilitas kesehatan dan sanitasi yang memadai. Dalam beberapa kasus, pengguna narkoba dikurung berhari-hari tanpa ada akses kunjungan dari keluarga. Bagi pengguna narkoba yang positif HIV tentunya hal ini akan sangat berdampak pada kesehatan mereka, terutama bagi pengguna narkoba yang menjalankan terapi substitusi metadon atau sudah menjalani pengobatan ARV. Sering kali mereka terpaksa harus mengalami putus metadon atau ARV selama proses penyidikan. Hambatan untuk mengakses layanan kesehatan terkait adiksi dan HIV juga dialami di tahap penuntutan dan persidangan. Tidak banyak lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan memiliki fasilitas dan program rehabilitasi bagi pengguna narkoba.¹⁷¹ Keberhasilan komunitas pengguna narkoba untuk mengadvokasi TAT juga tidak lepas dari peran dan meningkatnya kepekaan penegak hukum atas persoalan kesehatan pengguna narkoba.

Sementara di Lombok Barat, sebuah LSM Narkoba berhasil membuat MoU dengan pihak kepolisian mengenai TAT dan rujukan untuk rehabilitasi.¹⁷² Jika sebelumnya pengguna narkoba kesulitan untuk mendapatkan perawatan selama proses peradilan, dengan adanya MoU ini memudahkan pengguna narkoba di Lombok yang tertangkap untuk mendapatkan perawatan sejak awal, baik perawatan untuk adiksi atau rehabilitasi maupun perawatan untuk HIV/AIDS. Untuk mekanisme rujukan, komunitas pengguna narkoba di Lombok yang tergabung dalam organisasi Pilot sudah mengidentifikasi lembaga rehabilitasi baik yang berbasis komunitas maupun lembaga rehabilitasi medis di bawah Kementerian Kesehatan. Sayangnya masih banyak kesulitan yang sering dihadapi oleh komunitas dalam melakukan advokasi, salah satunya adalah keengganan penyidik untuk menggunakan kewenangannya merujuk pengguna ke TAT. Meski keberhasilan advokasi juga berkaitan dengan peningkatan kepekaan penegak hukum akan aspek kesehatan bagi pengguna narkoba, namun, peningkatan tersebut tidak terjadi secara menyeluruh atau sistematis sehingga masih ada penyidik yang enggan atau mungkin tidak

¹⁶⁶ Global Commission on Drug Policy, "Advancing Drug Policy Reform: a New Approach to Decriminalization", (Switzerland: Global Commission on Drug Policy, 2016), hal. 20.

¹⁶⁷ Global Commission on Drug Policy, "The War on Drugs and HIV/AIDS How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic", (Switzerland: Global Commission on Drug Policy, 2012), hal 2.

¹⁶⁸ Kementerian Kesehatan, "Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku", 2011, hal. 18 dan lihat "Kebijakan Pencegahan Penularan HIV Melalui Program Layanan Alat Suntik Steril di Indonesia", <http://www.kebijakanaidsindonesia.net/id/artikel/artikel-tematik/386-kebijakan-pencegahan-penularan-hiv-melalui-program-layanan-alat-suntik-steril-las-di-indonesia>, diakses tanggal 20 Februari 2017.

¹⁶⁹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Denpasar, tanggal 02 Desember 2016.

¹⁷⁰ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Palembang, tanggal 16 November 2016 dan Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Banjarmasin, tanggal 21 November 2016.

¹⁷¹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas dan perwakilan pemerintah daerah di enam kota.

¹⁷² Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kabupaten Lombok Barat, tanggal 09 Desember 2016.

mengetahui TAT. Belum lagi persoalan perubahan kepemimpinan yang berpengaruh pada *political will* unit kepolisian dalam mengupayakan TAT ataupun rehabilitasi bagi pengguna narkotika.¹⁷³ Dalam hal ini komunitas masih harus proaktif menekan polisi/penyidik agar mau melakukan TAT.

“Kebanyakan teman-teman pengguna kalau tertangkap tetap ditahan dan dipenjara, tidak dapat rehabilitasi, kita tidak tahu ada TAT.”¹⁷⁴

“kami sudah sering mengadvokasi teman-teman untuk mengakses TAT. Tapi polisi beralasan tidak tahu TAT. Akhirnya, kita pakai cara lama, kita bilang HIV biar mereka takut. Baru kemudian TAT dilakukan.”¹⁷⁵

Hukum yang punitif terhadap pengguna narkotika tidak terbukti dapat menekan angka penggunaan narkotika, maupun pencegahan transmisi HIV. Hukum yang punitif justru akan menjauhkan pengguna narkotika dari akses layanan kesehatan dan pencegahan transmisi HIV. Selama proses peradilan tak jarang pengguna narkotika yang positif harus mengalami penyiksaan dan terpaksa putus ARV. Upaya pencegahan transmisi HIV yang terbukti secara signifikan mengurangi infeksi baru HIV adalah melalui pengurangan dampak buruk (*harm reduction*)¹⁷⁶ dan pemenuhan ketersediaan informasi serta layanan yang memadai terkait HIV.¹⁷⁷

C. Pekerja Seks (Perempuan dan Transpuan)

“kami ingin menunjukkan di sini berkaitan dengan wanita penaja seks, termasuk dengan waria dan LGBT mengadakan aturan-aturan yang sifatnya untuk mengakomodir mereka untuk dapat perlindungan.”¹⁷⁸

Dalam level nasional tidak ada undang-undang dalam lingkup peraturan nasional yang secara spesifik melarang pekerja seks. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (untuk selanjutnya disebut sebagai KUHP) hanya melarang upaya mencari penghidupan dari pendapatan pekerja seks perempuan,¹⁷⁹ tetapi menjadi pekerja seks bukan merupakan tindak pidana menurut KUHP. Namun dalam praktiknya, pekerja seks sering dikriminalisasi dengan menggunakan larangan menggelandang yang termuat di KUHP.¹⁸⁰ Pekerja seks dianggap menggelandang hanya karena pekerja seks menawarkan jasanya di jalanan. Selain itu pekerjaan sebagai pekerja seks tidak dianggap sebagai sebuah pencaharian meski mereka menghasilkan uang yang dapat mencukupi kebutuhan hidup mereka, tentu saja hal ini diperkuat dengan alasan moral dan agama. Uang yang dihasilkan pekerja seks dianggap sebagai uang haram sehingga tidak layak disebut sebagai pekerjaan. Alasan-alasan tersebut digunakan penegak hukum dengan tapa dasar yang kuat untuk menafsirkan ketentuan pada Pasal 505 KUHP sebagai landasan mengkriminalisasi pekerja seks.

Kriminalisasi terhadap pekerja seks memperburuk kerentanan pekerja seks untuk tertular HIV. sebagaimana telah diuraikan di atas, bahwa kriminalisasi menimbulkan keengganan dan ketakutan bagi populasi kunci untuk mengakses layanan kesehatan. Situasi ini menjadi lebih sulit mengingat pekerja seks sering terjebak dalam relasi kuasa yang tidak setara dengan klien. Ketidaksetaraan ini memengaruhi negosiasi penggunaan kondom saat berhubungan seks dan hampir bisa dipastikan pekerja seks lebih sering kalah dalam posisi tawar menawar. Oleh karena itu wajar jika tingkat risiko penularan HIV pada pekerja seks 8 (delapan) kali lebih besar dibandingkan dengan orang dewasa lainnya.¹⁸¹ Di negara-negara berkembang, pekerja seks perempuan 14 kali lebih rentan

¹⁷³ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Palembang, tanggal 16 November 2016 dan Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Banjarmasin, tanggal 21 November 2016.

¹⁷⁴ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Denpasar, tanggal 02 Desember 2016.

¹⁷⁵ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Palembang, tanggal 16 November 2016.

¹⁷⁶ Global Commission HIV and the Law, “Risks, Rights, & Health”, *Op. Cit.*, hal. 29.

¹⁷⁷ UNAIDS, “Policy Brief Criminalization of HIV Transmission”, (Switzerland: UNAIDS, 2008), hal. 2.

¹⁷⁸ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kabupaten Lombok Barat, tanggal 09 Desember 2016.

¹⁷⁹ Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Pasal 506.

¹⁸⁰ Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Pasal 505.

¹⁸¹ Global Commission HIV and the Law, “Risks, Rights, & Health”, *Op. Cit.*, hal. 38.

terinfeksi HIV dibandingkan perempuan lain.¹⁸² Pada saat yang bersamaan, pencegahan dan layanan HIV menjadi lebih sulit untuk diakses ketika kriminalisasi hadir disertai dengan pembubaran lokalisasi.

Pembubaran lokalisasi biasanya didasarkan pada peraturan daerah terkait ketertiban umum. Sementara pada tingkat lokal, masih banyak peraturan daerah yang melarang pekerja seks dan menggolongkan pekerja seks dalam tindak pidana. Beberapa diantaranya adalah Peraturan Daerah Palembang Nomor 2 Tahun 2004 tentang Pemberantasan Pelacuran (untuk selanjutnya disebut sebagai Perda Palembang 2/2004), Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 3 Tahun 2010 tentang Penanganan Gelandangan dan Pengemis Serta Tuna Susila (untuk selanjutnya disebut sebagai Perda Banjarmasin 3/2010), Peraturan Daerah Indramayu Nomor 4 Tahun 2001 tentang Prostitusi (untuk selanjutnya disebut sebagai Perda Indramayu 4/2001), dan masih banyak lagi.¹⁸³ Kriminalisasi terhadap pekerja seks ini umumnya dilakukan melalui peraturan pelarangan pelacuran, peraturan mengenai ketertiban umum dan penegakan moral, dan penanganan gelandangan, orang terlantar, serta pengemis.

Peraturan-peraturan tersebut berdampak pada program penanggulangan HIV di daerah. Kriminalisasi dan pembubaran lokalisasi membuat penyebaran pekerja seks sulit diidentifikasi, yang awalnya ada di satu titik kemudian menyebar ke warung pinggir jalan, salon, panti pijat, dan tempat tersembunyi lainnya. Di satu sisi, bagi pekerja seks tidak mudah untuk mengakses layanan, di sisi lain pemberi layanan kesulitan untuk mengumpulkan dan mengidentifikasi pekerja seks dan melakukan intervensi kesehatan sejak awal kepada pekerja seks. Di Banjarmasin misalnya, petugas kesehatan bahkan harus berhadapan dengan Satpol PP ketika sedang memberikan layanan HIV kepada pekerja seks.

“yang di Banjarmasin ini, memang lokalisasi itu kan dihapus sudah dengan adanya Perda prostitusi, jadi di Banjarmasin itu pekerja seks tetap ada..., tapi namanya menjadi XX dan mereka, jadi apa ya... Kalau yang... kalau kita yang dari tenaga medis atau kita petugas lapangannya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan itu jadinya kucing-kucingan. Kadang pas mereka kumpul, pamong praja datang.”¹⁸⁴

Pekerja seks yang sudah dimobilisasi untuk mengakses layanan terpaksa harus membubarkan diri setelah Satpol PP datang untuk merazia. Hal tersebut memperlihatkan bahwa kebijakan kriminalisasi pekerja seks bertentangan dengan kebijakan HIV. Ia memperhadapkan lembaga kesehatan dengan lembaga penegak hukum yang akhirnya memperburuk situasi penanggulangan HIV.

“Kalau kita yang dari tenaga medis atau kita petugas lapangannya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan itu jadinya kucing-kucingan. Kadang pas mereka kumpul, pamong praja datang.”¹⁸⁵

Berdasarkan hasil diskusi kelompok terbatas, ketika pekerja seks mengalami razia, umumnya terdapat tiga skema yang berlaku. Pertama, mereka akan ditempatkan di panti sosial untuk menjalankan program rehabilitasi¹⁸⁶. Setelah itu, mereka yang memiliki keluarga di wilayahnya dapat membebaskan mereka dari panti sosial dengan “jaminan” berupa uang sekitar 100-300 ribu rupiah. Kedua, bagi mereka yang tidak memiliki keluarga di wilayah itu, mereka akan dipulangkan ke kampung halaman mereka masing-masing yang biasanya di luar wilayah tempat mereka bekerja. Pemulangan ini biasanya dilakukan dengan memberikan mereka ongkos pulang. Ketiga, jika kampung halaman mereka jauh dari lokasi tersebut, mereka akan ditempatkan di panti sosial tersebut untuk durasi waktu yang lama.¹⁸⁷

¹⁸² *Ibid.*, hal. 39.

¹⁸³ Peraturan Daerah Denpasar Nomor 1 Tahun 2015 tentang Ketertiban Umum, Peraturan Daerah Bogor Nomor 8 Tahun 2006 tentang Ketertiban Umum, Peraturan Daerah Lombok Barat Nomor 6 Tahun 2012 tentang Ketertiban Umum, Peraturan Daerah Tangerang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Pelarangan Pelacuran, serta Peraturan Daerah Bandar Lampung Nomor 15 Tahun 2002 tentang Larangan Prostitusi dan Perbuatan Moral.

¹⁸⁴ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, tanggal 21 November 2016.

¹⁸⁵ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Banjarmasin, tanggal 21 November 2016.

¹⁸⁶ Peraturan Menteri Sosial Nomor 22 Tahun 2014 tentang Standar Rehabilitasi Sosial dengan Pendekatan Profesi Pekerjaan Sosial, Pasal 7.

¹⁸⁷ John Godwin, “Sex Work and the Law in Asia and the Pacific”, (Bangkok: UNAIDS, UNDP, dan UNFPA, 2012), hal. 131.

Skema tersebut hanya berlaku pada daerah yang memiliki panti rehabilitasi sosial bagi pekerja seks dan transpuan yang dikelola oleh dinas sosial setempat. Bagi beberapa daerah yang tidak memiliki panti sosial, pekerja seks dan transpuan yang dirazia akan ditahan di kantor Satpol PP untuk kemudian didata dan dipulangkan. Contohnya adalah kota Palembang, yang memiliki perda larangan pelacuran, namun tidak memiliki panti rehabilitasi.¹⁸⁸ Pekerja seks yang ditangkap atau dirazia tidak mendapatkan rehabilitasi, pembinaan, dan pendidikan sebagaimana dimandatkan oleh Peraturan Menteri Sosial Nomor 22 Tahun 2014 tentang Standar Rehabilitasi Sosial dengan Pendekatan Profesi Pekerjaan Sosial (untuk selanjutnya disebut sebagai Permensos Standar Rehabilitasi).¹⁸⁹

Selama proses penangkapan, penahanan, hingga pembinaan tidak ada jaminan perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan bagi pekerja seks. Program rehabilitasi sosial tidak terintegrasi dengan program HIV. Permensos Standar Rehabilitasi misalnya tidak mengatur tentang kebutuhan medis (termasuk kebutuhan bagi orang dengan HIV/AIDS) bagi penerima layanan rehabilitasi sosial. Sehingga kerap kali pekerja seks harus terpaksa mengalami putus pengobatan dan perawatan pada tahap penangkapan dan penahanan di Satpol PP.

Untuk mengatasi kesulitan penjangkauan pasca pembubaran lokalisasi ataupun pengerebkan, para penjangkau berinisiatif untuk menggunakan teknologi dalam kerja penjangkauannya. Mereka membuat program penjangkauan online bagi populasi kunci, termasuk pekerja seks. Program ini menjembatani pekerja seks dengan layanan kesehatan. Penjangkau juga lebih mudah untuk menawarkan layanan karena tidak lagi harus menyisir lokasi-lokasi kerja pekerja seks yang tersembunyi. Tentu upaya ini tidak bisa mencakup keseluruhan pekerja seks, karena tidak semua pekerja seks memiliki fasilitas untuk mengakses informasi secara online.

Persoalan lain yang sering dialami oleh pekerja seks dan transpuan ketika dirazia dan ditangkap adalah maraknya praktek kekerasan terhadap mereka. Bentuk kekerasan yang dialami pun beragam, mulai dari kekerasan fisik, seperti dipukul dan ditarik rambutnya selama pengerebkan, kekerasan seksual, seperti pekerja seks diminta untuk melepaskan pakaiannya untuk kemudian diambil fotonya dalam keadaan telanjang, kekerasan ekonomi seperti misalnya dengan meminta uang atau tidak membayar setelah mendapatkan layanan seksual setelah menyamar menjadi klien, dan kekerasan emosional seperti pelecehan verbal dan penghinaan.¹⁹⁰ Bentuk kekerasan lainnya bisa berupa penghukuman, yang paling sering ditemukan adalah hukuman fisik, seperti push up.

“Biasanya teman-teman waria yang dirazia, ditangkap dan dibawa di mobil patroli sampai subuh. Kita diminta untuk push up kalau tidak bisa menunjukkan KTP nanti ujung-ujungnya duit kalau mau dibebaskan.”¹⁹¹

Meskipun demikian, beberapa pemerintah daerah telah memperkenalkan kebijakan yang mengatur aktivitas pekerja seks. Diantaranya dengan mengorganisir mereka di tempat usaha agar dapat bekerja dengan aman dan mendapatkan persetujuan dari pemerintah daerah. Pemerintah daerah Kabupaten Lombok Barat dan Banjarmasin bahkan telah menyiapkan perjanjian kerja sama dengan pemilik tempat usaha (hotel, karaoke, dan spa) untuk memberikan layanan kesehatan HIV dan infeksi menular seksual (IMS) secara berkala kepada para pekerjanya. Kerja sama ini seharusnya juga didukung dengan sinergi antara lembaga pemerintahan seperti dinas kesehatan, dinas sosial, dan Satpol PP. Sinergi antar lembaga dan masyarakat sipil ini terbukti berhasil menurunkan prevalensi HIV di antara pekerja seks, seperti yang terjadi di India, kelompok pegiat HIV bekerja sama dengan polisi untuk mempromosikan praktik seks yang aman, hasilnya penggunaan kondom meningkat dari 27% menjadi 85% sejak tahun 1992 hingga 2001.¹⁹² Inisiasi untuk mengintegrasikan layanan HIV yang ramah pada pekerja seks inilah yang seharusnya diadopsi oleh pemerintah daerah lainnya.

D. Kriminalisasi Homoseksual

¹⁸⁸ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Palembang, tanggal 16 November 2016.

¹⁸⁹ Peraturan Menteri Sosial Nomor 22 Tahun 2014 tentang Standar Rehabilitasi Sosial dengan Pendekatan Profesi Pekerjaan Sosial, Pasal 7.

¹⁹⁰ UNFPA dan UNDP, “Pekerja Seks, Kekerasan, dan HIV di Jakarta, Indonesia”, (Indonesia: UNFPA dan UNDP, 2014), Hal. 68.

¹⁹¹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Palembang, tanggal 16 November 2016.

¹⁹² Global Commission HIV and the Law, “Risks, Rights, & Health”, *Op.Cit.* Hal. 42.

Orientasi seksual LGBT memang masih dianggap menyimpang oleh masyarakat yang heteronormatif di Indonesia. Penolakan terhadap keragaman gender dan seksualitas di Indonesia tergambar dengan baik dalam UU Nomor 44 tahun 2008 Tentang Pornografi (untuk selanjutnya disebut sebagai UU Pornografi). Pasal 4 ayat (1) huruf a UU Pornografi melarang setiap orang untuk “memproduksi, membuat, memperbanyak, menggandakan, menyebarkan, menyiarkan, mengimpor, mengespor, menawarkan, memperjualbelikan, menyewakan, atau menyediakan pornografi yang secara eksplisit memuat persenggamaan, termasuk persenggamaan yang menyimpang.” Dalam penjelasannya disebutkan bahwa pesenggamaan menyimpang termasuk homoseksual, anal seks, oral seks, dan lesbian.

Hal tersebut sesungguhnya tidak sesuai dengan keragaman identitas jender dan orientasi seksual yang telah hadir di sepanjang peradaban manusia, termasuk di Indonesia. Suku Bugis misalnya, sejak dulu sudah menerima keragaman jender di luar sistem biner jender pada umumnya. Dalam tradisi Bugis dikenal 5 (lima) jender yang terdiri dari perempuan (makunrai), laki-laki (uruane), orang yang mendekati perempuan (calabai), orang yang mendekati laki-laki (calalai), dan orang yang berkelamin dan berjender ambigu/para-jender yang disebut dengan Bisu. Konsep lima jender ini bahkan termaktub dalam kitab La Galigo.¹⁹³ Selain itu di kebudayaan Jawa dikenal istilah wandu yang merujuk pada seseorang yang laki-laki yang feminin. Wandu diterima dengan baik sebagai bagian dari masyarakat.

Selain anggapan bahwa LGBT merupakan orientasi seks yang menyimpang, LGBT juga dianggap sebagai penyakit jiwa yang perlu dan bisa disembuhkan.¹⁹⁴ Anggapan demikian diklaim memiliki landasan medis dan hukum. Dr. Fidiensjah, Direktur Direktorat Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan mengategorikan LGBT sebagai Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK). Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (untuk selanjutnya disebut sebagai UU Kesehatan Jiwa) membedakan antara ODMK dengan Orang Dengan Gangguan Kejiwaan (ODGJ). Yang dimaksud dengan ODMK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan, dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga **memiliki risiko gangguan jiwa**.¹⁹⁵ Sedangkan ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.¹⁹⁶ Jika mengacu pada definisi ODMK, semua orang dalam situasi tertentu juga memiliki risiko gangguan jiwa, seperti misalnya korban kekerasan seksual yang mengalami trauma, korban *bully*, atau bahkan orang yang sedang putus cinta juga memiliki masalah kejiwaan dan berisiko mengalami gangguan jiwa. Sehingga mengategorikan kelompok tertentu, dalam hal ini LGBT, sebagai ODMK adalah hal yang keliru dan tidak mendasar.

Jika dalam level nasional tidak ada hukum yang secara eksplisit menggolongkan LGBT sebagai ODMK atau ODGJ, di level peraturan daerah terdapat Perda yang mengategorikan LGBT sebagai persoalan kesehatan jiwa. Perda Lombok Nomor 3 tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS (untuk selanjutnya disebut sebagai Perda Lombok Barat 3/2016), tidak mengkategorikan LGBT sebagai sebuah tindak pidana atau larangan, tetapi mewajibkan bagi Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) terkait untuk melakukan pembinaan mental bagi orang dengan orientasi seksual LGBT.¹⁹⁷ Landasan ilmiah dari pengategorian tersebut tidak dapat ditelusuri, sementara itu bukti saintifik menyatakan sebaliknya. *American Psychiatric Association* (APA) telah menghapus homoseksual dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) sejak tahun 1973.¹⁹⁸ Tidak hanya itu *World Health Organisation* (WHO) sejak tahun 1990 juga telah menghapus homoseksual dari *International Classification of Disease* dan menyatakan bahwa homoseksual tidak dapat dianggap sebagai kondisi patologis,

¹⁹³ Lily Sugiyanto, “Eksistensi Calalai dalam Budaya Sulawesi Selatan”, (Jakarta: Ardhanary Institute, 2015), hal. 87.

¹⁹⁴ “Nyatakan LGBT Gangguan Jiwa, dr. Fidiensyah Dituding Menutupi Kebenaran”. Sumber: <http://sains.kompas.com/read/2016/02/19/16141561/Nyatakan.LGBT.Gangguan.Jiwa.dr.Fidiensyah.Dituding.Menutupi.Kebenaran>, diakses tanggal 14 Maret 2017.

¹⁹⁵ Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Pasal 1 angka 2.

¹⁹⁶ Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Pasal 1 angka 3.

¹⁹⁷ Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 16 ayat 10.

¹⁹⁸ The Group for the Advancement of Psychiatry (GAP), “The History of Psychiatry & Homosexuality”. Sumber: http://www.aglp.org/gap/1_history/, diakses tanggal 14 Maret 2017.

kelainan, atau penyakit.¹⁹⁹ Hal serupa juga dapat ditemukan pada Pedoman dan Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa bagian III (PPDGJ) yang tidak menggolongkan LGBT sebagai sebuah entitas diagnosis gangguan jiwa.²⁰⁰

Penelitian secara biologis dan psikologis menunjukkan bahwa orientasi seksual adalah bagian intrinsik dari karakteristik pribadi manusia. Identitas jender dan orientasi seksual adalah karakter individu yang mendalam dan tidak bisa dipaksakan untuk diubah. Oleh karena itu, kriminalisasi, sebagaimana yang diterapkan Indonesia saat ini, tidak dapat mengubah orientasi seksual seseorang. Seorang heteroseksual tidak akan menjadi homoseksual sekalipun ada ancaman pidana. Begitupun sebaliknya, homoseksual tidak akan berubah menjadi heteroseksual sekalipun diancam dengan penjara.

Bahkan lebih jauh lagi, kriminalisasi LGBT itu sendiri merupakan bentuk diskriminasi langsung dan pelanggaran hak asasi manusia seseorang. Dalam kasus *Toonen vs. Australia*, Komite Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa memutuskan bahwa diskriminasi berdasarkan orientasi seksual termasuk dalam diskriminasi berdasarkan 'sex' (diterjemahkan menjadi jenis kelamin dalam Bahasa Indonesia).²⁰¹ Dengan demikian, LGBT pun berhak atas perlindungan terhadap tindakan-tindakan diskriminasi yang menyunat hak asasi manusia mereka.

Selain itu, pemaksaan perubahan orientasi seksual juga dapat digolongkan sebagai bentuk penyiksaan dan perlakuan yang tidak manusiawi.²⁰² Hingga saat ini tidak ada bukti ilmiah mengenai efektifitas upaya re-orientasi seksual.²⁰³ Sebaliknya, usaha untuk mengubah orientasi seksual seringkali berujung pada depresi, kecemasan, insomnia, perasaan bersalah dan malu, dan bahkan keinginan untuk bunuh diri. Upaya-upaya tersebut merupakan pelanggaran terhadap prinsip etika kedokteran yang mengutamakan prinsip jangan merusak/menyakiti.²⁰⁴

Upaya kriminalisasi ini justru menciderai prinsip kesehatan publik dan memiliki efek yang sebaliknya yaitu menghambat transfer pengetahuan dan akses informasi mengenai HIV. Laporan United Nations on AIDS (UNAIDS), badan PBB yang dibentuk untuk menanggulangi persoalan HIV dan AIDS, tahun 2008, justru menunjukkan bahwa prevalensi HIV ditemukan lebih tinggi di negara-negara yang mengkriminalisasi hubungan seksual seseorang.²⁰⁵ Hal ini karena penggunaan hukum pidana dalam konteks mencegah penyebaran HIV menghambat upaya pencegahan HIV yang efektif.²⁰⁶

Stigma, diskriminasi, apalagi kriminalisasi akan membuat orang dengan HIV dan kelompok yang rentan terkena HIV dan AIDS, semakin enggan untuk mengakses layanan kesehatan maupun layanan HIV karena ketakutan akan ditangkap, intimidasi, kekerasan, semakin dikucilkan oleh keluarga dan masyarakat. Kriminalisasi terhadap homoseksual justru akan membuat kelompok homoseksual semakin terpinggirkan dan tersembunyi dari jangkauan layanan kesehatan HIV di masyarakat. Dengan demikian, kriminalisasi terhadap homoseksual justru merugikan kesehatan publik karena dengan demikian pemerintah tidak bisa mengetahui siapa yang hidup dengan HIV dan menjangkaunya untuk disediakan layanan kesehatan HIV yang memadai.

Di tingkat daerah, kriminalisasi orientasi seksual dilakukan melalui peraturan mengenai larangan pelacuran, sebagaimana terlihat dalam Perda Palembang 2/2004. Perda tersebut mengartikan homoseksual sebagai bagian

¹⁹⁹ PAHO/WHO, "Cures for an Illness that Does Not Exist", (Washington DC: PAHO/WHO, 2012), hal. 2. Penghapusan homoseksual dari penyakit jiwa tercantum dalam *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision) World Health Organization*.

²⁰⁰ "Homoseksual Bukan Penyimpangan Seksual". Sumber: <http://nasional.kompas.com/read/2008/11/11/13081144/Homoseksual.Bukan.Penyimpangan.Seksual>, diakses tanggal 14 Maret 2017.

²⁰¹ *Toonen v. Australia*, Communication No. 488/1992, U.N. Doc CCPR/C/50/D/488/1992 (1994).

²⁰² The United Nation Special Rapporteur on Torture mengkhawatirkan bahaya mental dan fisik yang timbul dari pemaksaan dalam orientasi seksual dan identitas gender. Laporan *the Special Rapporteur on the question of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment A/56/156*, 2001, Paragraf 24.

²⁰³ PAHO/WHO, "Cures for Illness that Does Not Exist", *Op.cit.*, hal. 2.

²⁰⁴ *Ibid.*

²⁰⁵ Human Dignity Trust, "Criminalising Homosexuality and Public Health: Adverse Impacts on the Prevention and Treatment of HIV and AIDS", (England: Human Dignity Trust, 2015), hal. 6. Lihat juga UNAIDS, "Global Report on Global Aids Epidemic", (Switzerland: UNAIDS, 2008).

²⁰⁶ UNAIDS, "Policy Brief Criminalization of HIV Transmission", *Op. Cit.*, Hal 5.

dari pelacuran.²⁰⁷ Meskipun tertuang dalam peraturan tertulis, dalam implementasinya tidak ditemukan kasus pasangan homoseksual yang ditangkap karena melanggar larangan Perda Palembang 2/2004.²⁰⁸

E. Kriminalisasi Paparan, Transmisi, dan Penyembunyian Status HIV

Meskipun dalam tataran undang-undang tidak ada ketentuan pidana terhadap paparan, transmisi, dan menyembunyikan status HIV (sering dikenal dengan istilah *HIV exposure, transmission and non-disclosure*), pada tingkat lokal kriminalisasi paparan, transmisi, dan menyembunyikan status HIV masuk dalam kebijakan HIV yang tertuang dalam peraturan daerah. Bentuk transmisi yang dikriminalkan termasuk diantaranya kriminalisasi melalui transmisi seksual, penularan HIV melalui jarum, donor darah, sperma, dan organ tubuh lainnya, serta transmisi ibu hamil kepada bayi. Khususnya untuk ancaman pidana transmisi ibu hamil kepada bayi, hal ini merupakan pelanggaran hak untuk berkeluarga sebagaimana diatur dalam Pasal 28D ayat (1) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia.²⁰⁹ Berikut ini adalah uraian tindak pidana paparan, transmisi, dan penyembunyian status di 6 (enam) kota:

Tabel 4. Ketentuan Pidana Paparan, Transmisi, dan Penyembunyian Status dalam Peraturan Daerah di 6 Kota

Kota/Kabupaten	Paparan/Eksposur	Transmisi	Penyembunyian Status
Palembang²¹⁰	<p>Pasal 15 ayat (2) Kewajiban mencegah orang lain terpapar langsung dengan darah, sperma, dan cairan vagina</p> <p>Pasal 15 ayat (3) Kewajiban menggunakan kondom</p> <p>Pasal 15 ayat (5) Kewajiban menggunakan jarum suntik steril</p>	<p>Pasal 16 ayat (2) Larangan mendonorkan darah, cairan sperma, organ dan/atau jaringan tubuh.</p>	<p>Pasal 15 ayat (1) Kewajiban untuk memberitahu status HIV pada pasangan</p>
Denpasar²¹¹	<p>Pasal 7 Kewajiban melakukan upaya pencegahan</p> <p>Pasal 9 Kewajiban memakai kondom</p> <p>Pasal 11 Kewajiban menggunakan jarum suntik steril</p>	<p>Pasal 8 Larangan mendonorkan darah, cairan sperma, organ dan/atau jaringan tubuh.</p>	
Lombok Barat²¹²	<p>Pasal 16 ayat (2) Kewajiban pengguna jasa pekerja seks untuk menggunakan kondom</p> <p>Pasal 18 ayat (3)</p>	<p>Pasal 19 ayat (2) Larangan mendonorkan darah, cairan sperma, organ dan/atau jaringan tubuh.</p>	

²⁰⁷ Peraturan Daerah Kota Palembang Nomor 2 Tahun 2004 tentang Pemberantasan Pelacuran, Pasal 8 ayat (2).

²⁰⁸ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas dan perwakilan pemerintah daerah, Kota Palembang, tanggal 16 November 2016.

²⁰⁹ Undang-Undang Dasar 1945, Pasal 28D ayat (1).

²¹⁰ Peraturan Daerah Kota Palembang Nomor 16 Tahun 2007 tentang Pencegahan, Pengendalian, dan Penanggulangan HIV dan AIDS.

²¹¹ Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 1 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

²¹² Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.

	Kewajiban melindungi pasangan dengan melakukan upaya pencegahan (menggunakan kondom)	Perda Lombok Barat 3/2016 lebih spesifik lagi menyebutkan larangan meneruskan air susu ibu	
Indramayu²¹³	Pasal 22 dan 25 Kewajiban untuk melakukan upaya pencegahan ketika berhubungan seksual	Pasal 40 ayat (3) Larangan mendonorkan darah, produk darah, cairan sperma, organ, dan jaringan tubuh yang terinfeksi HIV.	
Bogor²¹⁴	-	-	-
Banjarmasin²¹⁵		Pasal 26 ayat (7) Kewajiban tidak menularkan HIV pada orang lain dan kewajiban tidak menularkan HIV pada bayi oleh ibu dengan HIV	

Tabel 4 di atas menunjukkan bahwa kriminalisasi transmisi HIV dianggap sebagai jawaban untuk mencegah penularan HIV. Tetapi, sampai saat ini, belum ada penelitian berbasis ilmiah yang dapat mendukung klaim tersebut. Banyak hasil riset menunjukkan sebaliknya, kriminalisasi transmisi HIV bukan hanya menciptakan kepercayaan palsu bahwa hukum dapat melindungi seseorang dari infeksi HIV, tetapi juga dapat membuat orang tidak mau tahu statusnya karena takut akan ancaman pidana yang ada. Selain itu, sebagaimana telah disinggung di atas, memberikan label sebagai pelaku kejahatan pada orang dengan HIV/AIDS justru akan semakin meningkatkan stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS, dan juga populasi kunci.²¹⁶ Singkatnya, kriminalisasi transmisi HIV bertentangan, dan justru melemahkan kebijakan kesehatan publik yang efektif; yang mengedepankan pelayanan pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS yang terjangkau dan berkualitas.

Untuk hal ini, UNAIDS telah memberikan panduan terkait penenaan pidana pada transmisi HIV. Dalam panduannya tersebut, UNAIDS menjelaskan bahwa pidana hanya bisa dikenakan pada orang yang dapat dibuktikan memiliki niat (*intention*) untuk menularkan HIV. UNAIDS menggarisbawahi hukum pidana tidak dapat dijatuhkan pada situasi-situasi di mana seseorang:²¹⁷

- Tidak ada risiko yang signifikan terhadap penularan HIV;
- tidak mengetahui status HIVnya;
- tidak memahami bagaimana penularan HIV;
- telah mengungkapkan status HIVnya kepada orang lain;
- tidak berani membuka status HIVnya karena takut akan ancaman kekerasan dan atau konsekuensi negatif yang serius;
- telah melakukan usaha untuk mengurangi risiko penularan seperti melakukan sex yang aman atau menggunakan jarum suntik steril; dan
- telah bersepakat dengan pasangan/orang yang berisiko untuk menerima dan menanggung risiko bersama.

Indikator di atas bersesuaian dengan unsur pidana yang paling esensial, yakni unsur kesengajaan. Kesengajaan dalam hal ini diartikan bahwa seseorang tersebut sadar akan statusnya dan risiko penularan HIV akan tetapi dengan sengaja (menghendaki) menularkan HIV pada orang lain. Kesesuaian standar UNAIDS di atas dapat

²¹³ Peraturan Daerah Kabupaten Indramayu Nomor 8 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.

²¹⁴ Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.

²¹⁵ Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 11 Tahun 2012 tentang Pengendalian HIV-AIDS.

²¹⁶ Canadian HIV/AIDS Legal Network, "HIV Criminalisation in Canada: Current Context and Advocacy", (Canada: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2016), hal. 1.

²¹⁷ UNAIDS, "Policy Brief Criminalization of HIV Transmission", *Op. Cit.*, hal. 1

dianalisis lebih jauh dengan melihat gradasi atau ragam kesengajaan dalam hukum pidana yang digolongkan menjadi 3 (tiga) gradasi, yaitu:²¹⁸

1. Kesengajaan sebagai maksud (*oogmerk*)
Kesengajaan sebagai maksud berarti suatu tindakan atau akibat tertentu adalah betul-betul perwujudan dari maksud atau tujuan dan pengetahuan pelaku. Dalam konteks transmisi HIV, penularan tersebut harus dibuktikan sebagai tujuan utama dari pelaku.
2. Kesengajaan dengan kesadaran pasti atau keharusan
Makna kesengajaan di sini menekankan pada seberapa jauh pengetahuan atau kesadaran pelaku tentang tindakan dan akibat yang dilakukan. Hal ini bersesuaian dengan kriteria yang ditetapkan oleh UNAIDS di atas terutama pada poin “tidak mengetahui status HIV dan tidak memahami penularan” seberapa jauh seseorang mengetahui status dan penularan akan menentukan dapat atau tidaknya pidana berlaku.
3. Kesengajaan dengan menyadari kemungkinan
Kesengajaan jenis ini bergradasi paling rendah dibandingkan dua bentuk lainnya, bahkan kesengajaan ini sukar untuk dibedakan dengan kealpaan. Bentuk kesengajaan ini berkaitan dengan kesadaran pelaku akan kemungkinan terjadinya akibat dari tindakan yang dilakukan. Misalnya, seseorang telah menyadari akan kemungkinan terjadinya transmisi HIV bila tidak menggunakan kondom saat berhubungan seksual tetapi dia merasa kurang puas secara seksual jika menggunakan kondom. Meskipun tujuannya adalah untuk kepuasan dan bukan tujuan untuk menularkan tetapi akibat dari tindakan tadi sudah bisa diprediksi sebelumnya, tindakan demikian dapat digolongkan sebagai kesengajaan melakukan tindak pidana.

Dari 6 (enam) kota yang memiliki perda penanggulangan HIV, Bogor menjadi satu-satunya kota yang tidak menerapkan pidana dalam kebijakan HIV daerah. Paradigma untuk tidak menghukum ini muncul saat pembahasan Perda penanggulangan HIV antara pemerintah, KPA Kota Bogor, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Kota Bogor. Pemerintah Kota Bogor menyadari bahwa orang dengan HIV/AIDS pada dasarnya sudah banyak mendapatkan sanksi sosial (stigma dan diskriminasi) sehingga mengatur ketentuan pidana pada Perda hanya akan menambah beban yang selama ini sudah ditanggung oleh orang dengan HIV/AIDS.²¹⁹ Ketentuan pidana justru dikenakan pada layanan dan industri kerja yang melakukan tindakan diskriminatif.²²⁰

Beberapa peraturan daerah²²¹ mengatur bahwa orang dengan HIV/AIDS dapat dipidana hingga 6 (enam) bulan kurungan dan denda sampai 50 juta rupiah jika mereka tidak melakukan upaya pencegahan pada pasangan seks, seperti menggunakan kondom atau melakukan seks yang aman. Namun demikian, tidak ditemukan penjelasan lebih lanjut mengenai sejauh mana tanggung jawab pidana seorang orang dengan HIV/AIDS yang menularkan HIV pada orang lain melalui transmisi seksual. Unsur kesengajaan perlu ditekankan dalam penerapan kriminalisasi paparan, penularan, dan penyembunyian status HIV.

Berdasarkan penelusuran lebih jauh melalui beberapa diskusi di enam kota yang melibatkan komunitas populasi kunci dan unsur pemerintah, para peserta diskusi menyatakan bahwa mereka belum pernah mengetahui adanya orang dengan HIV/AIDS yang ditangkap dan ditahan karena menularkan HIV pada pasangan seks. Namun penting untuk digarisbawahi bahwa bukan tidak mungkin pemidanaan ini telah terjadi karena secara formil dan materiil ada hukum yang mengatur pemidanaan tersebut. Jika pemidanaan transmisi HIV ini diterapkan, pemerintah daerah harus dengan cermat menentukan bentuk proses peradilannya dengan tetap memperhatikan prinsip-prinsip hak asasi manusia.

Pelaksanaan proses peradilan pidana untuk tindak pidana yang diatur di daerah tidak serta merta sama dengan proses peradilan pidana yang berlaku umum sebagaimana diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHP). Perda hanya mengatur proses penyidikan dengan merujuk pada ketentuan KUHP, akan tetapi tahapan pasca penyidikan seperti proses persidangan maupun penjatuhannya sanksi pidana tidak diatur dalam perda. Pada praktiknya pelaksanaan ketentuan pidana pada perda dilakukan oleh Satpol PP selaku penyidik. Dalam

²¹⁸ E.Y. Kanter dan S.R. Sianturi, “Asas-asas Hukum Pidana di Indonesia dan Penerapannya”. (Jakarta: Stora Grafika, 2002), hal. 172.

²¹⁹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Bogor, tanggal 18 November 2016.

²²⁰ Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS Pasal 14 ayat (3) huruf b, melarang setiap pemberi kerja melakukan pemutusan hubungan kerja pada pegawai karena status HIV/AIDS.

²²¹ Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 18 ayat (2) dan (3) dan Peraturan Daerah Denpasar Nomor 1 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS Pasal 7 dan Pasal 9.

beberapa kasus seperti razia pekerja seks, Satpol PP juga berperan sebagai pelaksana eksekusi sanksi, seperti memberikan hukuman push up, melakukan pembinaan dengan memanggil tokoh agama, dan merujuk pekerja seks ke panti rehabilitasi. Pertanyaannya adalah apakah perlakuan atau penegakan hukum untuk tindak pidana paparan, penularan, dan penyembunyian status HIV bisa disamakan dengan kriminalisasi pekerja seks. Mekanisme dan proses peradilan inilah yang tidak diatur secara jelas dalam perda.

Seperti yang telah disampaikan di atas, kriminalisasi terhadap orang dengan HIV maupun populasi kunci justru akan menghambat kemajuan Indonesia dalam mengatasi persoalan HIV. Daripada menggunakan hukum pidana, pemerintah seharusnya menyediakan informasi yang memadai mengenai HIV, penularan, dan perawatannya. Sudah semestinya hukum pidana dijadikan sebagai upaya terakhir atau *ultimum remedium* ketika semua upaya penanggulangan HIV yang berbasis bukti ilmiah dan penyampaian informasi kepada publik telah dilakukan dengan baik. Sehingga pemerintah harus menjamin tersedianya akses terhadap informasi tersebut. Pemberian informasi adalah salah satu upaya yang terbukti berhasil mengurangi penyebaran HIV dan sekaligus melindungi hak orang dengan HIV/AIDS dan masyarakat pada umumnya.

F. Perlindungan dan Pemenuhan Hak bagi Orang Dengan HIV/AIDS dan Populasi Kunci

Selain kebijakan yang mengkriminalkan orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci sebagaimana telah dijelaskan di atas, terdapat juga beberapa kebijakan yang memberikan sanksi pidana pada tindakan-tindakan yang melanggar hak orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci. Ketentuan ini patut mendapatkan apresiasi karena dapat menjamin perlindungan bagi orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci, namun perlu digaris bawahi bahwa untuk melindungi hak orang dengan HIV/AIDS dari stigma dan diskriminasi tidak harus menggunakan hukum pidana bagi yang melanggar melainkan bisa menggunakan pendekatan lainnya seperti pelanggaran etik dan administratif. Sub-bab di bawah ini akan menjelaskan lebih rinci mengenai perlindungan terhadap hak-hak orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci.

Larangan stigma dan diskriminasi

Stigma dan diskriminasi adalah hambatan utama dalam pencegahan, perawatan, pengobatan, dan dukungan HIV (program penanggulangan HIV/AIDS).²²² Stigma dan diskriminasi tidak hanya menghambat program penanggulangan HIV tetapi juga menghambat akses orang dengan HIV/AIDS untuk menikmati hak asasi manusia universal lainnya seperti hak untuk mendapatkan pekerjaan, pendidikan, melangsungkan pernikahan, atau berpergian.

Stigma dan Diskriminasi²²³

Stigma terkait HIV dapat dimaknai sebagai keyakinan, perasaan, dan sikap yang negatif terhadap orang dengan HIV/AIDS, kelompok yang hidup bersama orang dengan HIV/AIDS (keluarga), serta populasi kunci lainnya yang berisiko tinggi infeksi HIV (pengguna narkoba suntik, pekerja seks, lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki, dan transpuan).

Diskriminasi terkait HIV mengacu pada perlakuan yang tidak adil terhadap seorang individu berdasarkan status HIV termasuk pada kelompok populasi kunci. Di beberapa konteks sosial, perempuan, anak muda, migran, pengungsi, dan orang terlantar juga menjadi kelompok yang diperhatikan sebagai kelompok yang rentan mendapatkan diskriminasi, meskipun diskriminasi tersebut bisa saja tidak terkait langsung dengan HIV. Diskriminasi biasanya terjadi karena stigma mengenai perilaku/tingkah laku, seks, penyakit dan kematian. Diskriminasi dapat dilembagakan melalui hukum dan kebijakan yang ada, serta praktik yang negatif yang berfokus pada orang yang hidup dengan HIV dan kelompok terpinggirkan, termasuk populasi kunci yang dikriminalisasi.

Kerangka hukum nasional Indonesia memberikan jaminan untuk bebas dari perlakuan diskriminatif yang tertuang mulai dari konstitusi hingga peraturan daerah.²²⁴ Di level nasional, ketentuan diskriminasi berada pada tataran

²²² UNAIDS, "Reduction of HIV-related Stigma and Discrimination", (Switzerland: UNAIDS, 2014), hal. 2.

²²³ *Ibid.*

²²⁴ Undang-Undang Dasar 1945, Pasal 27 dan 28I ayat (2); Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, Pasal 12; Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 133; Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003

asas dan prinsip. Pelanggaran terhadap prinsip non diskriminasi tersebut dapat dikenakan sanksi administratif, seperti misalnya sanksi administratif pada UU Ketenagakerjaan.²²⁵ Sementara di beberapa peraturan daerah, diskriminasi secara eksplisit dilarang dan bahkan dikenai sanksi pidana. Pengaturannya juga cukup spesifik, seperti larangan diskriminasi di layanan kesehatan, di lingkungan kerja, dan pendidikan.

Dalam pemantauan media mengenai stigma dan diskriminasi orang dengan HIV/AIDS yang dilakukan oleh LBH Masyarakat sepanjang tahun 2016, ditemukan bahwa contoh stigma yang sering dikaitkan dengan orang dengan HIV/AIDS adalah amoral dan asusila. Sementara itu, diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS mayoritas terjadi di wilayah layanan kesehatan, seperti penolakan dan pemulangan pasien orang dengan HIV/AIDS oleh rumah sakit atau puskesmas.²²⁶

Data pemantauan tersebut sejalan dengan temuan kami di lapangan (enam kota). Meskipun telah ada peraturan yang melarang stigma dan diskriminasi hal itu tidak menjamin orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci terhindar dari stigma dan diskriminasi. Ada banyak variable yang memengaruhi masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci seperti minimnya informasi dan pendidikan seksual yang memunculkan mitos-mitos mengenai HIV serta penegakan hukum atas pelanggaran diskriminasi yang belum optimal.

Penegakan hukum atas pelanggaran prinsip non diskriminasi tidak diatur secara jelas dalam perda sehingga menimbulkan ketidakpastian hukum bagi korban stigma dan diskriminasi. Sementara bagi korban, pemerintah tidak menyediakan mekanisme pemulihan hak dan kondisi bagi orang dengan HIV/AIDS yang menjadi korban stigma dan diskriminasi. Dalam beberapa kasus, penolakan pasien orang dengan HIV/AIDS oleh rumah sakit secara terang-terangan menolak pasien karena status HIV-nya,²²⁷ sementara ada juga kasus penolakan pasien dengan dalih ruangan sudah penuh,²²⁸ pasien tidak terdaftar dalam BPJS atau KJS,²²⁹ atau rumah sakit tidak memiliki fasilitas untuk menangani penyakit pasien.²³⁰ Dalam situasi demikian, pasien hanya bisa berpasrah diri dan mencari alternatif lain untuk mengobati atau menangani penyakitnya.

Pelarangan diskriminasi memang dapat memberikan sumbangsih pada penghapusan stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS. Namun, sebagaimana telah diuraikan sebelumnya bahwa sanksi pidana tidak terbukti berhasil menimbulkan efek jera, pendekatan pemidanaan dalam hal ini bukanlah sebuah langkah yang efektif untuk diambil pemerintah. Pelarangan diskriminasi dapat dilakukan dengan mekanisme lain, seperti sanksi administrasi. Pendekatan pemidanaan bukan hanya tidak efektif dan tidak serta merta menghapus stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan populasi kunci, tetapi juga membawa dampak yang lebih buruk kepada masyarakat secara umum. Pemidanaan seharusnya menjadi langkah paling akhir. Dalam konteks ini, pemerintah belum melakukan optimalisasi pendidikan dan sosialisasi mengenai HIV secara objektif dan berbasis bukti. Sehingga, mengedepankan upaya pemidanaan bukan pilihan yang seharusnya dilakukan. Pemerintah daerah seharusnya didorong untuk memberikan edukasi berbasis bukti - bukan moralitas, serta mengambil langkah-langkah afirmatif guna memastikan diskriminasi tidak terjadi terhadap ODHA, maupun terhadap setiap warga negara lainnya.

Larangan Tes Wajib dan Membuka Kerahasiaan Status HIV

Tes HIV adalah langkah awal yang sangat penting dalam program penanggulangan HIV. Prinsip dari tes HIV adalah tes harus dilakukan secara sukarela dan bebas dari paksaan baik dari penyedia layanan, pasangan, keluarga, ataupun dilakukan sebagai bentuk penghukuman.²³¹ Selain harus bersifat sukarela, tes HIV juga harus dilakukan dengan mematuhi prinsip 5 C: *Consent* (persetujuan), *Confidentiality* (kerahasiaan), *Counselling* (konseling), *Correct* (Tepat),

tentang Sistem Pendidikan Nasional, Pasal 4 ayat (1) dan Pasal 5 ayat (1); dan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, Pasal 5.

²²⁵ Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, Pasal 5.

²²⁶ Astried Permata dan Fuji Aotari, "Laporan Media Stigma dan Diskriminasi terhadap ODHA", (Jakarta: LBH Masyarakat, 2017), hal. 6.

²²⁷ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, tanggal 21 November 2016.

²²⁸ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, tanggal 21 November 2016.

²²⁹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Banjarmasin, tanggal 21 November 2016.

²³⁰ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Bogor, tanggal 18 November 2016.

²³¹ WHO, "Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment, and Care for Key Population", (Switzerland: WHO, 2016), hal. 50.

dan *Connection to Prevention, Care, and Treatment* (keterkaitan antara pencegahan, perawatan, dan pengobatan).²³² Dari prinsip ini, dapat dipahami bahwa hasil dari tes tersebut harus bersifat rahasia. Penjelasan lebih lanjut mengenai prinsip-prinsip di atas telah diuraikan lebih lanjut pada bagian hak atas kesehatan dalam tulisan ini. Dari keenam daerah yang dikunjungi, kesemuanya telah mengakomodir prinsip tersebut dengan baik. Dua di antaranya bahkan memberikan sanksi pidana terhadap pelanggaran tersebut. Berdasarkan peraturan perundang-undangan, prinsip kerahasiaan hanya dapat dikecualikan demi kepentingan pasien, kepentingan penegakan hukum, permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.²³³

Berikut adalah ketentuan larangan-larangan dalam 6 Perda yang memberikan perlindungan bagi orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci untuk menikmati hak-haknya:

Tabel 5. Ketentuan Pidana Larangan Mandatory Test, Diskriminasi dan Membuka Kerahasiaan dalam Peraturan Daerah di 6 Kota

Perda	Larangan Mandatory Test	Larangan Diskriminasi	Larangan Membuka Kerahasiaan
Lombok Barat	Pasal 19 ayat (1)	Pasal 18 ayat (1) larangan diskriminasi di layanan kesehatan	Pasal 19 (3) Larangan membuka status HIV di layanan kesehatan
	Sanksi: maksimal 6 (enam) bulan kurungan dan denda Rp. 50.000.000		
Denpasar	Pasal 13 ayat (4)	Pasal 15 Larangan diskriminasi di layanan kesehatan	Pasal 14 ayat (1) Larangan membuka status HIV di layanan kesehatan
	Sanksi: maksimal 6 (enam) bulan kurungan dan denda Rp. 50.000.000		
Indramayu	Pasal 40	Pasal 39 ayat (5) Kewajiban melayani tanpa diskriminasi ²³⁴	Pasal 39 (4) Larangan membuka status HIV
	Sanksi: maksimal 3 (tiga) bulan kurungan dan denda Rp. 50.000.000		
Banjarmasin	Pasal 18 ayat (1) ²³⁵	Pasal 25 ayat (1) huruf c Larangan diskriminasi di layanan kesehatan	-
	Sanksi: maksimal 6 (enam) bulan kurungan dan denda Rp. 50.000.000		
Bogor	-	Pasal 14 ayat (3) Larangan diskriminasi di dunia kerja	Pasal 14 ayat (3) Larangan membuka status HIV di dunia kerja
	Sanksi: maksimal 3 (tiga) bulan kurungan dan denda Rp. 50.000.000		
Palembang	Pasal 16 ayat (1)	Pasal 14 ayat (2) Larangan diskriminasi di layanan kesehatan	Pasal 14 ayat (1) Larangan membuka status HIV di layanan kesehatan
	Sanksi: maksimal 6 (enam) bulan kurungan dan denda Rp. 50.000.000		

²³² WHO, "Clinical Guidelines Across the Continuum of Care: HIV Diagnosis and ARV Drugs for HIV Prevention", (Switzerland: WHO, 2013). hal. 69.

²³³ Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika, Pasal 16 ayat (1); Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, Pasal 10; Undang-Undang nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 4; dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran, Pasal 4.

²³⁴ Ketentuan ini tidak memiliki sanksi pidana.

²³⁵ Larangan *mandatory test* ini tidak memuat sanksi pidana.

Sebagaimana terlihat pada tabel di atas, seluruh peraturan daerah mengatur larangan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS, terutama larangan diskriminasi di layanan kesehatan. Sementara dalam hal pelaksanaan wajib tes/mandatory test, Bogor menjadi satu-satunya pemerintah daerah yang tidak secara formal (legal) mengatur larangan mandatory test, artinya pelaksanaan wajib tes masih memungkinkan terjadi sebagaimana ditemukan pada ketentuan atau persyaratan wajib VCT bagi calon pengantin.²³⁶ Hal ini dikuatkan dengan hasil diskusi kelompok terfokus bersama dengan perwakilan pemerintah kota Bogor.

“Wajib. Harus VCT dulu, harus konseling dulu. Karena kita sudah bikin Perda. Tho dari semua kan harus ikuti Perda.”²³⁷

²³⁶ Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 13 ayat (2).

²³⁷ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Bogor, tanggal 18 November 2016.

HAK ATAS PEKERJAAN DAN HIV/AIDS

A. Latar Belakang

Konstitusi menjamin bahwa setiap orang berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan.²³⁸ Selain itu, konstitusi juga menjamin keberlakuan prinsip non diskriminasi, yang artinya setiap orang tanpa terkecuali termasuk orang dengan HIV/AIDS berhak untuk mendapatkan kesempatan yang sama untuk memperoleh pekerjaan yang layak.²³⁹ Hak atas pekerjaan tanpa prasyarat apapun juga diatur dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia²⁴⁰ dan Konvensi Internasional Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya.²⁴¹ Bahkan lebih spesifik lagi, Komentar Umum Nomor 18 tentang Hak Atas Pekerjaan mengatur bahwa pasar ketenagakerjaan haruslah terbuka bagi siapa dan melarang segala bentuk diskriminasi dalam mengakses dan mempertahankan pekerjaan atas dasar ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, pandangan politik, asal usul kebangsaan, dan sosial, kepemilikan, kelahiran, disabilitas fisik dan mental, status kesehatan (termasuk HIV/AIDS), orientasi seksual, dan status sosial, politik, dan status lainnya.²⁴² Larangan diskriminasi orang dengan HIV/AIDS dalam dunia kerja juga ditegaskan dalam Kaidah ILO tentang HIV/AIDS di Dunia Kerja (*ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work*).²⁴³

Pada tingkat nasional, prinsip non diskriminasi tertuang dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (untuk selanjutnya disebut sebagai UU ketenagakerjaan) dan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia di Luar Negeri (untuk selanjutnya disebut sebagai UU PPTKI). Sayangnya, kedua peraturan ini gagal memberikan perlindungan secara hukum dengan tidak secara eksplisit melarang praktek diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS di dunia kerja.²⁴⁴ Larangan diskriminasi lebih konkrit disebutkan pada Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 68 Tahun 2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja, termasuk di dalamnya larangan tes wajib, kewajiban menjaga kerahasiaan status, informasi, rekam medis, perawatan, dan pengobatan pekerja.²⁴⁵ Keputusan Menteri tersebut tentunya memperkuat jaminan non diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS di dunia kerja, akan tetapi agar jaminan tersebut dapat terwujud dengan baik dibutuhkan payung hukum yang lebih kuat dari sekedar Keputusan Menteri, yakni Undang-Undang.

Diskriminasi terhadap orang dengan HIV dalam lingkup pekerjaan dapat terjadi sebelum, saat maupun setelah bekerja, baik yang dilakukan oleh pemberi kerja/pengusaha maupun sesama pekerja. Bentuk diskriminasi di dunia kerja umumnya dapat berupa kewajiban tes HIV sebagai syarat rekrutmen, kewajiban mengikuti tes HIV rutin, pengucilan di tempat kerja dan pemecatan sepihak.²⁴⁶ Dalam sebuah kasus, pemecatan sepihak terhadap karyawan yang positif HIV diikuti dengan pelaksanaan tes HIV kepada karyawan lainnya untuk memastikan mereka tidak terinfeksi HIV.²⁴⁷

Diskriminasi di dunia kerja tidak selalu berasal dari kebijakan perusahaan. Dalam beberapa kasus, pemerintah masih membuat kebijakan yang bersifat diskriminatif terhadap orang dengan HIV/AIDS. Beberapa kebijakan tersebut akan dibahas di bawah ini.

²³⁸ Undang-Undang Dasar 1945, Pasal 27 ayat (2).

²³⁹ Undang-Undang Dasar 1945, Pasal 28I ayat (2).

²⁴⁰ Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia, Pasal 23.

²⁴¹ Konvensi Internasional Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, Pasal 6 dan Pasal 7.

²⁴² Komite PBB untuk Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, *Komentar Umum Nomor 18: Hak Atas Pekerjaan*, E/C.12/GC/18, 6 Februari 2006, Paragraf 12.

²⁴³ ILO, "ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work", (Switzerland: ILO, 2001) hal. 3.

²⁴⁴ Dominggus Christian, dkk, "Tinjauan Peraturan Perundang-Undangan Indonesia terkait HIV Berdasarkan Standar Hak Asasi Manusia Internasional", (Jakarta: LBH Masyarakat, 2016), hal. 42-43.

²⁴⁵ Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia di Luar Negeri, Pasal 5 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 6.

²⁴⁶ Dominggus Christian, dkk, "Tinjauan Peraturan Perundang-Undangan Indonesia terkait HIV Berdasarkan Standar Hak Asasi Manusia Internasional", *Op. Cit.*, hal. 36.

²⁴⁷ Komisi Penanggulangan AIDS, "Perusahaan yang Intimidasi Orang HIV AIDS Cuma Didenda 100 Ribu" <http://www.aidsindonesia.or.id/news/2235/3/25/11/2010/Perusahaan-yang-Intimidasi-Orang-HIV-AIDS-Cuma-Didenda-100-Ribu-#sthash.899olo89.dpbs>, diakses tanggal 14 Maret 2017.

B. Bebas HIV sebagai Syarat Izin Guru Asing

Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 66 Tahun 2009 tentang Pemberian Izin Pendidik dan Tenaga Kependidikan Asing pada Satuan Pendidikan Formal dan Informal di Indonesia (untuk selanjutnya disebut sebagai Permendiknas 66/2009) mewajibkan setiap calon tenaga pengajar yang berkewarganegaraan asing wajib melakukan tes kesehatan jasmani dan rohani serta harus menyertakan surat keterangan bebas HIV/AIDS dari rumah sakit sebagai syarat untuk mendapat izin mengajar dari Menteri Pendidikan Nasional.²⁴⁸

Pra-syarat bebas HIV ini merupakan bentuk diskriminasi langsung terhadap orang dengan HIV/AIDS yang mengakibatkan tertutupnya akses terhadap pekerjaan dan menghalangi orang dengan HIV/AIDS untuk menjadi tenaga pendidik. Kewajiban menyertakan surat keterangan bebas HIV/AIDS juga bersifat diskriminatif terhadap warga negara asing, karena dalam syarat rekrutmen guru atau pegawai negeri sipil tidak ditemukan ketentuan bebas HIV/AIDS. Selain itu, kebijakan ini pun melanggar prinsip kesukarelaan tes HIV karena mewajibkan tes tersebut sebagai syarat untuk mendapatkan pekerjaan.

C. Test HIV sebagai Prasyarat Menjadi TNI/Polri

Pedoman Nasional Tes dan Konseling HIV dan AIDS (untuk selanjutnya disebut sebagai Pedoman Tes dan Konseling HIV) menyebutkan bahwa pada layanan tes dan konseling dalam tatanan khusus, tes dan konseling HIV di lingkungan TNI/Polri dilaksanakan salah satunya dengan pendekatan *mandatory test*. Tes HIV ini dilakukan pada saat:²⁴⁹

- Penerimaan anggota (rekrutmen)
- Pra dan purna tugas operasi
- Pendidikan dan pelatihan berkesinambungan,
- Persyaratan nikah dan lain-lain

Penjelasan lebih lanjut mengenai ketentuan hal tersebut diatur melalui Peraturan Panglima TNI Nomor Perpang/64/IX/2010 tentang Buku Petunjuk Pelaksanaan Penanggulangan HIV/AIDS di Lingkungan TNI. Sayangnya, sampai pada penulisan hasil penelitian ini, dokumen tersebut tidak dapat diakses. Mengacu pada Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2004 tentang Pertahanan Negara, bebas HIV memang tidak menjadi syarat penerimaan anggota, akan tetapi ketentuan sehat rohani dan jasmani pada Pasal 28 huruf f membuka potensi syarat bebas HIV bagi calon prajurit.

Dalam proses perekrutan calon TNI/POLRI diwajibkan untuk mengikuti pendidikan militer guna mempersiapkan diri sebagai alat pertahanan dan keamanan negara.²⁵⁰ Sehingga memiliki kondisi tubuh yang kuat dan sehat menjadi modal yang signifikan bagi calon prajurit. Status seseorang yang positif HIV seharusnya tidak membatasinya untuk mengabdikan diri pada negara sebagai bagian dari TNI/Polri karena dalam tubuh TNI/Polri terdapat beragam skema penempatan yang dapat disesuaikan dengan keahlian non-militer anggotanya. Orang dengan HIV/AIDS yang memiliki kemampuan dan kapasitas strategi perang atau intelijen dapat diposisikan sebagai tentara perwira non-karir. Pun orang dengan HIV/AIDS ingin menjadi bagian dari kelompok militer dengan turun bertempur dan mengangkat senjata, seharusnya kesempatan tersebut tetap dibuka bagi orang dengan HIV/AIDS selama ia dapat menunjukkan bahwa dirinya mampu mengikuti pendidikan militer yang ada.

Dalam Pedoman Tes Konseling dan HIV juga disebutkan bahwa tes HIV juga dilakukan secara berkesinambungan selama menjadi tentara. Jika tes secara berkala ini dilakukan untuk mencegah adanya transmisi HIV dan memastikan terpenuhinya hak atas kesehatan TNI/Polri seharusnya tes dilakukan secara sukarela tanpa paksaan. Karena pendekatan yang digunakan adalah *mandatory test* bisa dipastikan akan ada konsekuensi yang harus ditanggung oleh anggota TNI/Polri. Konsekuensi tersebut memang tidak dapat ditemukan dalam peraturan perundang-undangan, akan tetapi dengan adanya *mandatory test* akan membuka risiko pemberhentian bagi anggota yang terbukti positif HIV.

Keberadaan kebijakan yang diskriminatif ini lagi-lagi menunjukkan rendahnya pemahaman pemerintah akan HIV. Kondisi kesehatan seseorang terutama dalam hal ini, kondisi orang dengan HIV/AIDS, tidak mereduksi kemampuan intelektual dan fisik seseorang untuk menjadi guru ataupun TNI/Polri. Belum lagi, saat ini telah ada

²⁴⁸ Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 66 Tahun 2009 tentang Pemberian Izin Pendidik dan Tenaga Kependidikan Asing pada Satuan Pendidikan Formal dan Informal di Indonesia, Pasal 5 ayat (3).

²⁴⁹ Kementerian Kesehatan, Pedoman Nasional Tes dan Konseling HIV dan AIDS, 2013, hal. 14.

²⁵⁰ Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2004 tentang Tentara Nasional Indonesia, Pasal 5, Pasal 6, dan Pasal 7.

treatment dan pengobatan ARV yang terbukti mampu menjaga kondisi kesehatan orang dengan HIV/AIDS sehingga seharusnya tidak ada lagi alasan untuk menghalangi orang dengan HIV/AIDS untuk berkarya dan bekerja.

Selain kebijakan yang secara langsung diskriminatif terhadap orang dengan HIV/AIDS, terdapat pula peraturan yang potensial membuka ruang diskriminasi bagi orang dengan HIV/AIDS di dunia kerja, lebih khusus lagi calon tenaga kerja Indonesia, yaitu Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia (untuk selanjutnya disebut UU PPTKI). UU PPTKI tidak mensyaratkan tes HIV sebagai syarat untuk menjadi tenaga kerja Indonesia (TKI). Calon TKI hanya harus menjalankan tes kesehatan dan psikologi sebelum mereka berangkat dan ditempatkan di negara tujuan kerja. Meskipun demikian, ketentuan tersebut tidak lepas dari kritik sebagaimana disinggung sebelumnya bahwa UU PPTKI tidak secara eksplisit atau khusus mengatur larangan diskriminasi bagi orang dengan HIV/AIDS.

Risiko diskriminasi dapat terjadi pada calon TKI melalui tes kesehatan yang harus dipenuhi dalam rangka penempatan tenaga kerja Indonesia (TKI) yang dibuktikan dengan surat keterangan sehat berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan dan psikologi.²⁵¹ Dalam prasyarat tersebut memang tidak disebutkan bahwa setiap calon tenaga kerja diwajibkan untuk melakukan tes HIV tetapi tidak juga ditegaskan bahwa tes kesehatan tersebut tidak mencakup tes HIV. Di satu sisi, ketentuan ini memenuhi standar dalam *The ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work and Mandatory Testing* yang tidak mewajibkan tes HIV bagi calon tenaga kerja, namun hal tersebut tidak lantas memberikan jaminan non diskriminasi bagi orang dengan HIV/AIDS yang ingin bekerja ke luar negeri. UU PPTKI juga tidak memberikan sanksi apabila tes wajib HIV diberlakukan. Kemungkinan tes HIV diberlakukan akan menjadi sangat tinggi ketika negara tujuan/penerima TKI mensyaratkan bebas HIV/AIDS bagi setiap TKI.²⁵² Situasi ini menjadi sangat dilematis, mengingat pemerintah juga tidak bisa memaksakan larangan syarat bebas HIV pada negara tujuan.

Dalam hal menjamin hak orang dengan HIV/AIDS untuk mendapatkan pekerjaan, peraturan daerah jauh lebih progresif dibandingkan peraturan nasional di atasnya. Misalnya, Peraturan Daerah Bogor Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS (Selanjutnya disebut sebagai Perda Bogor 4/2016) Bogor dan Perda Lombok Barat 3/2016 bahkan memberikan sanksi pidana kepada pemberi kerja/pengusaha yang menjadikan tes HIV sebagai syarat rekrutmen.²⁵³ Meskipun tidak menggunakan ancaman pidana, perda lainnya juga melarang diskriminasi di lingkup kerja.²⁵⁴

Sayangnya, kebijakan di tingkat daerah tersebut tidak diikuti dengan implementasi yang baik. Hasil diskusi kelompok terbatas yang kami lakukan menunjukkan bahwa pemecatan masih terus dilakukan, terutama oleh industri atau perusahaan yang mempekerjakan pekerja seks sebagai pramusaji atau teman di karaoke.²⁵⁵ Ketika pihak perusahaan mengetahui status HIV pekerja seks tersebut, perusahaan langsung menyatakan bahwa kontrak kerja sudah habis serta memulangkan pekerja seks yang berasal dari luar kota. Selain itu, ditemukan juga kasus orang dengan HIV/AIDS yang bekerja sebagai pelaut atau anak buah kapal²⁵⁶ yang kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan karena beberapa perusahaan mensyaratkan tes darah, termasuk tes HIV di dalamnya, sebagai bagian dari rekrutmen.

Persoalan hak atas pekerjaan bagi orang dengan HIV/AIDS tidak hanya berhenti pada syarat bebas HIV dalam proses rekrutmen, namun juga memastikan orang dengan HIV/AIDS tidak mengalami pemecatan sepihak semata karena statusnya. Penjaminan hak atas pekerjaan bagi orang dengan HIV/AIDS termasuk juga penjaminan atas perawatan, pelayanan, dan pengobatan HIV bagi mereka. Ketika sebuah perusahaan tidak mendiskriminasi orang dengan HIV/AIDS dalam proses perekrutannya, tetapi tidak menyediakan sarana dan prasarana bagi orang dengan HIV/AIDS untuk mengakses layanan pengobatan HIV, maka disitu terdapat pelanggaran hak atas pekerjaan. Ambil contoh orang dengan HIV/AIDS yang berprofesi sebagai pelaut. Meskipun tidak ada kewajiban tes HIV saat

²⁵¹ Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia, Pasal 51 huruf e.

²⁵² International Labour Organization (ILO) dan International Organisation for Migration (IOM), "Mandatory HIV Testing for Employment of Migrant Workers in Eight Countries of South-East Asia: From Discrimination to Social Dialogue", (Thailand: ILO dan IOM, 2009), hal. 31.

²⁵³ Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 14 ayat (3) dan Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, Pasal 7.

²⁵⁴ Peraturan Daerah Indramayu Nomor 8 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS Pasal 34 ayat (2).

²⁵⁵ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kabupaten Lombok Barat, tanggal 09 Desember 2016.

²⁵⁶ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Bogor, tanggal 18 November 2016.

rekrutmen tetapi pelaut kesulitan untuk mendapatkan layanan HIV (perawatan dan layanan ARV) yang *mobile* bagi pelaut. Hal ini membuat orang dengan HIV/AIDS yang bersertifikasi sebagai pelaut tidak meneruskan karirnya dan bekerja di darat - sebagian bahkan terpaksa menganggur – agar dapat mengakses layanan kesehatan.

“Pertama, akses obatnya kan juga susah ya, misalkan dia harus berlayar, itu dikirimnya itu ke mana? Karena itu *mobile* kan, dan teman-teman ODHA pun juga nggak tahu, untuk akses internasional sendiri untuk ngambil obat itu di mana. Ada mereka akhirnya entah putus obat, akhirnya mereka nge-drop, karena kan kerja di kapal, itu tahulah segimana pelayanannya dan jam kerjanya pun bisa lebih dari delapan jam, itu kalau di kapal minimal 12 jam, belum lagi dengan ekstra time yang macam-macam, seperti itu sih sebenarnya.”²⁵⁷

Kendala mengakses layanan kesehatan bagi orang dengan HIV/AIDS yang bekerja sebagai pelaut ataupun bekerja secara *mobile* perlu mendapatkan perhatian dari pemerintah. Pemerintah maupun pemberi kerja perlu mencari solusi terbaik dalam situasi di atas agar dapat menjamin hak atas pekerjaan bagi setiap orang dengan HIV/AIDS.

²⁵⁷ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Bogor, tanggal 18 November 2016.

ADMINISTRASI KEPENDUDUKAN DAN HIV/AIDS

Pasal 28D ayat (1) UUD 1945 memberikan jaminan kepada setiap orang atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di muka hukum. Pasal ini menimbulkan kewajiban bagi negara untuk memberikan perlindungan dan pengakuan terhadap penentuan status pribadi dan status hukum atas setiap peristiwa kependudukan dan peristiwa penting yang dialami oleh penduduk dan/atau warga negara Indonesia.²⁵⁸ Hal ini diwujudkan dengan, salah satunya, menerbitkan Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang merupakan identitas resmi penduduk sebagai bukti diri.²⁵⁹

Sebagai bagian dari hak sipil dan politik, pengakuan atas identitas diri menjadi basis bagi pemenuhan hak-hak lainnya seperti, hak atas pendidikan, pekerjaan, layanan kesehatan, bepergian, serta hak untuk berpartisipasi dalam politik dan pemerintahan. Ketiadaan pengakuan identitas (KTP), akan menjadi penghalang bagi seseorang untuk menikmati hak asasi manusia dan layanan publik yang disediakan negara.

Prinsip Yogyakarta, Prinsip 3:

Setiap orang berhak untuk mendapatkan pengakuan sebagai seseorang di depan hukum. Orang yang memiliki orientasi seksual dan identitas gender berbeda juga harus dapat menikmati kapasitas hukum mereka dalam berbagai aspek kehidupan. Masing-masing orientasi seksual dan identitas gender yang ditunjukkan seseorang merupakan bagian integral dari kepribadian mereka dan merupakan salah satu aspek paling mendasar dari penentuan diri, martabat, dan kebebasan.

Sayangnya, pengakuan atas identitas diri ini tidak didapatkan oleh beberapa kelompok populasi kunci. Dua diantaranya adalah transpuan, atau yang lebih umum dikenal dengan istilah transgender, dan pekerja seks; yang kesulitan menikmati layanan publik karena tidak memiliki KTP. Setidaknya ada 1,2 juta transpuan di Indonesia yang tidak memiliki identitas diri,²⁶⁰ sedangkan angka pekerja seks yang tidak memiliki identitas diri tidak pernah diketahui. Dalam konteks HIV, identitas diri melalui kepemilikan KTP setidaknya berperan penting dalam 2 (dua) hal, yaitu menghindarkan transpuan dan pekerja seks dari kriminalisasi, serta guna mengakses layanan kesehatan.

Stigma dan diskriminasi terhadap transpuan dan pekerja seks yang cukup tinggi membuat mereka terpaksa keluar dari rumah, baik secara sukarela ataupun dibuang paksa. Ketika hal ini terjadi, kebanyakan dari mereka masih berada di bawah umur, atau tidak memiliki kesempatan untuk membawa serta dokumen kewarganegaraannya. Dengan demikian, ketika mereka pindah ke tempat baru, umumnya mereka tidak memiliki identitas diri. Tingginya stigma dan diskriminasi tersebut umumnya juga membuat mereka enggan mengurus identitas diri. Hal ini kemudian berdampak pada tidak terpenuhinya hak-hak sipil dan politik mereka.

Namun, persoalan administrasi kependudukan ini tidak berhenti pada kepemilikan identitas diri, tetapi juga terdapat persoalan mendapatkan identitas diri yang sesuai dengan orang tersebut. Misalnya, transpuan yang meninggalkan, atau dipaksa meninggalkan rumahnya akan lebih memilih untuk memiliki identitas diri sebagai perempuan, atau sebagai transpuan. Sayangnya, dalam kolom identitas diri, jenis kelamin yang diakui hanya laki-laki dan perempuan. Karena transpuan terlahir dengan jenis kelamin laki-laki, negara kemudian secara otomatis mencantumkan pada kolom identitas KTP tanpa mempertimbangkan kebutuhan dan kepentingan transpuan untuk diakui sebagai perempuan.

Perubahan nama dan jenis kelamin sebenarnya masih mungkin dilakukan secara hukum, namun prosesnya yang panjang serta tidak diketahui oleh para transpuan membuat perubahan nama dan jenis kelamin menjadi sekedar angan-angan. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan (selanjutnya disebut UU Adminduk) memberi ruang bagi setiap orang untuk mengubah dan mencatatkan kembali peristiwa penting yang dialaminya, seperti kematian, kelahiran,

²⁵⁸ Koesideran Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan.

²⁵⁹ *Ibid.*, Pasal 1 angka 14.

²⁶⁰ "1,2 Juta Waria di Indonesia Tidak Punya KTP", http://kbr.id/guruh_dwiryanto/12-2013/1_2_juta_waria_di_indonesia_tidak_punya_ktp/25400.html, diakses tanggal 15 Maret 2017.

perceraian, perkawinan, pengesahan anak, serta perubahan nama.²⁶¹ Perubahan tersebut mengharuskan pemohon untuk mengajukan permohonan penetapan ke pengadilan.²⁶²

Dari pengakuan beberapa transpuan di Bali, mereka merasa enggan untuk mengajukan penetapan perubahan nama di KTP atau pembaharuan identitas. Hal ini dikarenakan persoalan adat istiadat yang masih dijunjung tinggi yang tidak memungkinkan mereka untuk membuka diri sebagai transpuan dan juga proses penetapan juga dianggap sangat rumit untuk dilakukan.²⁶³ Pengadilan mensyaratkan bukti penggantian jenis kelamin dari dokter untuk mengeluarkan penetapan perubahan. Proses inilah yang sering kali tidak bisa dilakukan oleh transpuan. Mensyaratkan perubahan kelamin secara medis ini bertentangan dengan prinsip hak asasi manusia. Yogyakarta Principle²⁶⁴ menegaskan bahwa tidak ada seorangpun yang dapat dipaksa untuk melakukan prosedur medis, termasuk perubahan alat kelamin, sterilisasi atau terapi hormon, sebagai persyaratan pengakuan atas identitas gender mereka di depan hukum.²⁶⁵

Hasil diskusi kelompok terbatas yang kami lakukan di enam kota menunjukkan bahwa Satpol PP, maupun polisi sering melakukan penindakan terhadap transpuan dan pekerja seks yang tidak memiliki, atau tidak dapat menunjukkan identitas dirinya. Penindakan ini dilakukan melalui penggerebekan, razia, dan penahanan kepada pekerja seks dan transpuan. Kegagalan menunjukkan identitas diri berakibat pada penahanan dan kurungan pekerja seks dan transpuan selama 3 – 6 bulan, bergantung pada dasar hukum yang dipakai. Jika penahanan dilakukan dengan dasar hukum perda, maka pekerja seks dan transpuan dapat dikurung sampai maksimal 6 bulan.

Sementara dalam aspek layanan kesehatan, penyedia layanan seringkali mengedepankan syarat administratif seperti KTP dan BPJS dalam memberikan layanan kepada orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci. Tak jarang petugas yang beranggapan bahwa sudah kewajiban setiap orang untuk memiliki KTP tanpa melihat persoalan populasi kunci, termasuk persoalan ketiadaan identitas diri sebagaimana lazim dihadapi transpuan dan pekerja seks. Pada akhirnya, ketiadaan KTP menjauhkan orang dengan HIV/AIDS dengan layanan kesehatan.

“Kalau mau dilayani ya penuhi dulu kewajiban sebagai warga negara, yaitu punya KTP. Di grupnya transgender, permasalahannya tadi. Kekeuh antara L dan P, dia nggak mau L dan P. Sampai sariawan juga nggak akan mungkin. L dan P digabung. Tetapi sekarang lihat saja di dalam kolor kamu, apa? Itulah yang jadi supaya dapat KTP, substansinya punya KTP. Gitu lho. Nama ya sudah kembalikan nama asli.”²⁶⁶

Pendapat atau pandangan demikian tentunya bukan hanya diskriminatif terhadap transpuan, tetapi juga menunjukkan ketidakpekaan akan identitas jender transpuan. Persoalan administratif yang menjadi kendala administratif bagi populasi kunci maupun orang dengan HIV/AIDS untuk mengakses layanan kesehatan telah dibahas lebih spesifik pada bab Hak Atas Kesehatan dan HIV dalam penelitian ini.

PRAKTEK KEPEMIMPINAN YANG BAIK DALAM PROGRAM HIV/AIDS

²⁶¹ Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan, Pasal 1 angka 17.

²⁶² Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan, Pasal 56.

²⁶³ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Denpasar, tanggal 02 Desember 2016.

²⁶⁴ Dokumen internasional yang berisi prinsip-prinsip yang berkaitan dengan orientasi seksual, identitas gender, dan standar hak asasi manusia LGBTIQ+.

²⁶⁵ Prinsip Yogyakarta, Pasal 3.

²⁶⁶ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Bogor, tanggal 18 November 2016.

Selain hukum dan kebijakan yang suportif terhadap program HIV, keberhasilan program juga dapat dicapai apabila sinergi antara pemerintah, komunitas, masyarakat, dan pihak terkait lainnya berjalan dengan baik. Selama pelaksanaan diskusi kelompok terbatas di enam kota, kami menemukan beberapa praktik yang baik yang diinisiasi oleh pemerintah maupun komunitas dalam melakukan program HIV. Berikut di antaranya:

- **Praktik baik dari sinergi antara pemerintah dan komunitas**

Persoalan KTP dan pembiayaan layanan kesehatan menjadi salah satu masalah yang sering dijumpai oleh orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci. Sebagaimana diuraikan sebelumnya, bahwa kelompok populasi kunci yang paling rentan tidak memiliki KTP adalah transpuan dan pekerja seks. Untuk menjawab persoalan tersebut, Pemerintah Kabupaten Lombok Barat yang didorong oleh penjangkau²⁶⁷ bekerja sama dengan Dinas Sosial setempat membantu pembuatan kartu identitas/domisili sementara bagi pekerja seks atau populasi kunci yang tidak memiliki identitas diri. Bantuan itu tidak berhenti pada pembuatan KTP saja. Penjangkau juga diberikan sarana dan pra sarana untuk dapat membantu pengurusan surat keterangan miskin bagi orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci agar mereka dapat mengakses layanan kesehatan gratis yang disediakan melalui Jaminan Kesehatan Daerah.²⁶⁸ Bantuan pengurusan identitas ini juga diberikan kepada orang dengan HIV/AIDS atau populasi kunci yang berasal dari daerah di luar Kabupaten Lombok Barat.

Otonomi daerah memberikan kekuasaan bagi pemerintah untuk mengelola pemerintahan sesuai dengan kebutuhan warga dan untuk mensejahterakan rakyat. Praktik ini merupakan contoh yang baik tidak hanya bagi program HIV tetapi juga bagi perjalanan demokrasi dan otonomi daerah.

“untuk kasus HIV seperti ini kami bekerja sama dengan INSET. Jadi ketika mereka sudah diketahui positif, nanti ada komunikasi, konseling, si penderita ini maunya dia didampingi oleh siapa? Itu kita punya lembaga INSET tadi itu. Kalau dia sudah dibantu INSET, INSET yang akan menghubungi membantu membuat KK ke Dinas Kesehatan, Pemda dan Dinas Sosial.”²⁶⁹

Keberhasilan selanjutnya dapat ditemukan di kebijakan program layanan kesehatan ramah LSL di Banjarmasin.²⁷⁰ Atas dorongan dari Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) dan komunitas, saat ini pemerintah Banjarmasin akan membentuk 1 (satu) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang ramah terhadap LSL. Inisiatif ini patut diapresiasi mengingat lingkungan dan budaya di Banjarmasin sendiri belum ramah terhadap LSL tetapi program ini tetap dijalankan. Pemangku kepentingan penanggulangan HIV lainnya perlu mendukung terlaksananya inisiatif seperti ini.

“Jadi ada salah satu puskesmas yang akan di set up terkait masalah puskesmas ramah GWL [Gay, Waria, Lesbian]. Di hari Sabtu kemaren sudah ada keputusan, kemungkinan di rumah sakit, puskesmas.”²⁷¹

- **Praktik baik dari kemauan politik Pemerintah Daerah**

Salah satu praktik baik kemauan politik pemerintah daerah dapat ditemukan di intervensi dini Dinas Kesehatan Kota Bogor pada layanan HIV di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) Kota Bogor. Berawal dari keprihatinan Dinkes setempat pada situasi penjara yang tidak layak, lembab, dan tertutup, Dinkes melakukan intervensi program TB pada tahun 2000. Kepala Lapas pada saat itu juga mendukung dengan membuat ruang/ventilasi udara agar jalur keluar masuknya udara berkalan dengan baik.²⁷²

²⁶⁷ Yang dimaksud dengan penjangkau adalah orang atau kelompok yang melakukan penjangkauan untuk program HIV. Biasanya penjangkau berasal dari komunitas orang dengan HIV/AIDS dan/atau populasi kunci, relawan, dan pekerja sosial.

²⁶⁸ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kabupaten Lombok Barat, tanggal 09 Desember 2016.

²⁶⁹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kabupaten Lombok Barat, tanggal 09 Desember 2016.

²⁷⁰ Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Banjarmasin, tanggal 21 November 2016.

²⁷¹ Diskusi Kelompok Terfokus dengan anggota komunitas, Kota Banjarmasin, tanggal 21 November 2016.

²⁷² Diskusi Kelompok Terfokus dengan perwakilan pemerintah daerah, Kota Bogor, Tanggal 18 November 2016.

Dari intervensi TB itulah, Dinkes mendorong pemerintah kota Bogor untuk melakukan program HIV di dalam Lapas. Program HIV di dalam Lapas ini telah berjalan sejak tahun 2002. Bahkan saat ini Pemerintah Daerah Kota Bogor turut membantu intervensi positif ini dengan memberikan anggaran untuk pelaksanaan program HIV di Lapas Bogor.

- **Praktik baik advokasi komunitas**

Banyak advokasi yang telah dilakukan secara mandiri oleh komunitas guna menjawab tantangan penanggulangan HIV bagi orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci. Salah satunya adalah advokasi TAT yang dilakukan oleh komunitas pengguna narkotika di Palembang dan Lombok Barat. Kerja sama antara komunitas dan polisi membantu pengguna narkotika untuk mengakses layanan dan menghindarkan mereka dari pemidanaan. Kerja sama ini juga meminimalisir praktik-praktik penyupaan dan kekerasan yang selama ini sering terjadi.

Sementara itu di Indramayu, program HIV tidak hanya mengikutsertakan komunitas dan aktivis orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci tetapi juga melibatkan komunitas desa. Dari komunitas desa inilah kemudian muncul gagasan untuk mengintegrasikan program HIV dengan program desa. Berdasarkan UU Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa, setiap desa akan mendapatkan dana desa dari pemerintah pusat.²⁷³ Selama ini penggunaan dana desa lebih banyak dialokasikan untuk pembangunan jalan (infrastruktur), sehingga peruntukkan pada aspek layanan kesehatan tidak begitu besar. Dengan adanya pelibatan komunitas desa ini, anggota komunitas desa kemudian mengajukan integrasi program HIV ke dalam program-program prioritas dana desa. Dengan demikian, program penanggulangan HIV yang mereka lakukan dapat dibiayai oleh pemerintah melalui dana desa.

²⁷³ Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa, Pasal 72 ayat (1) huruf d.

PENUTUP

A. Kesimpulan

- Anggaran penanggulangan HIV di Indonesia berasal dari tiga sumber yaitu APBN, donor internasional dan swasta. Laporan Asesmen Anggaran Belanja Nasional (NASA) menunjukkan anggaran penanggulangan HIV yang berasal dari APBN meningkat setiap tahunnya. Proporsi anggaran penanggulangan HIV yang paling besar diperuntukkan untuk terapi ARV yaitu sebesar USD 20.634.474. Dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) hanya layanan rawat inap infeksi oportunistik HIV saja yang dijamin dalam BPJS sedangkan layanan HIV lainnya dikelola oleh beberapa kementerian. Pengintegrasian layanan HIV ke JKN penting untuk memastikan bahwa negara menjamin layanan kesehatan untuk orang dengan HIV secara berkelanjutan.
- Dalam mekanisme pertanggungjawaban BPJS, sistem kepesertaan yang mengharuskan semua orang dalam satu keluarga terdaftar menyulitkan orang dengan HIV dan populasi kunci yang tidak memiliki kartu keluarga untuk mendaftar. Mengingat fenomena ketidakberterimaan masyarakat dan keluarga terhadap pekerjaan maupun identitas gender, banyak pekerja seks dan transpuan yang keluar – atau dipaksa keluar – dari rumah. Temuan selanjutnya adalah dikecualikannya gangguan kesehatan akibat penyalahgunaan obat dan/atau alkohol dalam JKN. Aturan ini semakin menyuburkan stigma dan diskriminasi, tidak memberikan solusi terhadap persoalan kesehatan akibat penggunaan narkoba, serta berpotensi melanggar hak atas kesehatan pengguna narkoba. Praktik penolakan pasien karena diagnosa HIV kerap terjadi padahal gangguan kesehatan yang sedang diderita pasien dijamin dalam JKN.
- Pada aspek pemenuhan hak atas kesehatan, layanan PTRM, tes HIV, terapi ARV, PPIA dan IMS sudah tersedia, namun, temuan di lapangan menunjukkan pasien di rumah sakit harus mengantri karena jumlah layanan dan jumlah pasien yang tidak seimbang. Sedangkan PTRM tidak tersedia di semua provinsi dan beberapa layanan HIV lainnya belum tersedia secara gratis seperti, misalnya, *viral load*. Untuk layanan tes HIV, Peraturan Kementerian Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV menyebutkan bahwa tes HIV harus menggunakan prinsip 5Cs, seperti yang disarankan oleh WHO. Tes HIV harus menjaga kerahasiaan pasien dan mendapat persetujuan dari orang tersebut. Namun, terdapat peraturan daerah dan praktik yang mewajibkan tes HIV seperti misalnya Peraturan Daerah Kota Bogor yang mewajibkan tes HIV kepada calon pengantin atau skrining HIV di lapas terhadap narapidana.
- Untuk ibu hamil yang positif HIV, pada praktiknya beberapa ibu hamil masih ditolak oleh rumah sakit tanpa alasan yang jelas. Laporan Kementerian Kesehatan menunjukkan layanan PPIA masih terbatas. Misalnya saja Sumatera Utara, yang hanya memiliki dua layanan PPIA dan harus melayani 288 ibu hamil. Sedangkan terhadap anak dengan HIV, masih ditemukan pasokan ARV pediatrik yang tidak stabil. Dalam hal keterjangkauan anak memiliki keterbatasan dalam mengakses layanan kesehatan. Anak yang berusia di bawah 14 tahun tentunya memiliki kesulitan untuk bepergian sendiri ke tempat layanan, sehingga mereka harus ditemani oleh orang dewasa. Anak pengguna narkoba masih dikriminalisasi karena kesulitan mengupayakan diversifikasi seperti yang diatur dalam Undang-Undang Sistem Peradilan Pidana Anak. Penjangkau merasa ragu untuk menawarkan layanan HIV ketika mereka berhadapan dengan anak pengguna narkoba ataupun anak yang menjadi pekerja seks karena takut dipidana atas tindak pidana perdagangan anak. Karena tidak bisa menjangkau anak, penjangkau biasanya akan tetap memberikan informasi layanan HIV dan mendorong mereka untuk tes HIV, tetapi tidak didata.
- Berbagai peraturan perundang-undangan melarang diskriminasi terhadap siapapun untuk mengakses pendidikan. Namun, anak dengan HIV atau memiliki orang tua yang positif HIV, masih didiskriminasi di lingkungan pendidikan. Mereka dikeluarkan dari sekolah atau dijauhi oleh teman-temannya. Jaminan non diskriminasi tersebut dinilai cukup lemah karena tidak ada sanksi ataupun penegakan hukum bagi institusi pendidikan yang melakukan pelanggaran. Beberapa perguruan tinggi di Indonesia, baik negeri maupun swasta, masih memberlakukan skrining narkoba dalam penerimaan mahasiswa. Skrining narkoba bagi calon peserta didik pada institusi pendidikan manapun akan berpotensi mengakibatkan dan pengguna narkoba yang ingin melanjutkan pendidikan ke perguruan tinggi rentan kehilangan haknya atas pendidikan.
- Kebijakan pidana masih dianggap sebagai instrumen yang ampuh untuk mengatasi persoalan kesehatan publik seperti HIV/AIDS, meski fakta ilmiah membuktikan sebaliknya, penggunaan hukum pidana dalam kebijakan HIV justru tidak mendukung penanggulangan HIV/AIDS, melanggar hak asasi manusia, serta menyuburkan stigma dan diskriminasi. Kriminalisasi akan membuat orang semakin enggan untuk mengakses layanan

kesehatan maupun layanan HIV karena ketakutan akan ditangkap, intimidasi, serta semakin dikucilkan oleh keluarga dan masyarakat. Pada akhirnya hukum menempatkan mereka pada proses pemidanaan (penjara maupun rehabilitasi) dan menjauhkan mereka dari layanan kesehatan serta harapan hidup yang lebih baik.

- Kebijakan pidana terutama yang berdampak langsung pada orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci masih banyak ditemukan. Misalnya, UU Narkotika yang masih mengkriminalisasi penggunaan narkotika, tentunya hal ini tidak menjawab masalah utama dari pengguna narkotika yakni pemulihan ketergantungan. Dalam perkembangannya, kebijakan narkotika secara perlahan mulai mengubah orientasinya dari pidana menuju rehabilitasi, seperti dikeluarkannya PP IPWL, SEMA 4/2010, Perma 4/2014, dan Perber Rehabilitasi. Kritik atas kebijakan-kebijakan tersebut selain bersifat parsial dan tidak mengikat tetapi juga masih setengah hati untuk mendekriminalisasi penggunaan narkotika. Di samping itu, terobosan-terobosan hukum di atas juga belum tersosialisasi dengan baik, di beberapa daerah masih ada komunitas pengguna narkotika yang tidak mengetahui keberadaan hukum tersebut.
- Kebijakan pidana lainnya adalah peraturan daerah terkait ketertiban umum yang menjadi dasar pembubaran lokalisasi serta mempidana pekerja seks yang diterapkan oleh 6 (enam) kota tempat FGD dilakukan. Hambatan terbesar pemberi layanan adalah penutupan lokalisasi yang mengakibatkan penyebaran mereka sulit dideteksi. Selain itu, seringkali program layanan HIV seperti mobile VCT harus terhenti karena adanya razia Satpol PP. Untuk mengatasi hambatan tersebut, penjangkau telah melakukan inovasi dengan menerapkan penjangkau online terhadap pekerja seks maupun populasi kunci lainnya.
- Kebijakan pidana berikutnya adalah UU Pornografi dan Perda Palembang 2/2004 yang mengategorikan homoseksual sebagai tindak pidana. Mengategorikan homoseksual sebagai tindak pidana merupakan pengingkaran atas hak asasi manusia dan keragaman gender. Di samping itu, laporan UNAIDS tahun 2008 menunjukkan bahwa prevalensi HIV ditemukan lebih tinggi di negara-negara yang mengkriminalisasi hubungan seksual seseorang.
- Terkait dengan perda yang mengkriminalisasi transmisi HIV, UNAIDS memberikan panduan yang cukup ketat untuk pidana transmisi, unsur kesengajaan/niat sangat penting dalam menentukan tindak pidana transmisi HIV. Ketentuan pidana mengenai transmisi HIV perlu kriteria yang jelas dan rigid agar seseorang tidak dengan mudah dituduh atau dipidana. Namun, sejatinya hukum pidana haruslah menjadi *ultimum remedium* atau pilihan terakhir ketika semua upaya pencegahan dan pemberian informasi mengenai transmisi telah dilakukan.
- Jaminan non diskriminasi telah menjadi prinsip dasar dalam beberapa peraturan perundang-undangan mulai dari konstitusi hingga peraturan menteri terkait ketenagakerjaan. Sayangnya, meski telah dijamin secara konstitusional masih ada peraturan yang secara langsung mendiskriminasi orang dengan HIV/AIDS. Diskriminasi terhadap orang dengan HIV dalam lingkup pekerjaan dapat terjadi sebelum, saat maupun setelah bekerja, baik yang dilakukan oleh pemberi kerja/pengusaha maupun sesama pekerja. Bentuk diskriminasi di dunia kerja umumnya dapat berupa kewajiban tes HIV sebagai syarat rekrutmen, kewajiban mengikuti tes HIV rutin, pengucilan di tempat kerja dan pemecatan sepihak. Permendiknas 66/2009 mewajibkan setiap calon tenaga pengajar yang berkewarganegaraan asing wajib menyertakan surat keterangan bebas HIV/AIDS sebagai syarat untuk mendapat izin mengajar. Ketentuan yang sama berlaku bagi calon TNI/POLRI, bahkan lebih jauh tes wajib atau *mandatory test* dilakukan secara berkelanjutan selama masa tugas.
- Skrining HIV dan narkotika bagi calon peserta didik pada institusi pendidikan manapun akan berpotensi mengakibatkan orang dengan HIV dan pengguna narkotika yang ingin melanjutkan pendidikan ke perguruan tinggi rentan kehilangan haknya atas pendidikan. Selain tidak memberikan solusi, eksklusi pengguna narkotika justru akan semakin menempatkan mereka dalam posisi yang rentan tanpa pendidikan yang dapat meningkatkan kualitas hidup mereka, dan membuat mereka menjadi lebih rentan terhadap pelanggaran-pelanggaran HAM lainnya.
- Pengakuan atas identitas diri sangat penting bagi populasi kunci terutama bagi transpuan dan pekerja seks yang seringkali terpaksa keluar dari rumah dan kehilangan kartu identitas. Pengakuan identitas diri penting karena ia merupakan basis bagi pemenuhan hak-hak lainnya seperti, hak atas pendidikan, pekerjaan, layanan kesehatan, bepergian, serta hak untuk berpartisipasi dalam politik dan pemerintahan. Dalam konteks HIV, kepemilikan KTP setidaknya berperan penting dalam 2 (dua) hal, yaitu menghindarkan transpuan dan pekerja seks dari kriminalisasi, serta guna mengakses layanan kesehatan. Sementara itu, bagi transpuan terdapat kesulitan ketika mereka ingin mengganti jenis kelamin maupun ganti nama. Mereka harus mengajukan

permohonan penetapan ke pengadilan negeri yang mana prosesnya tidak semudah membuat KTP di tingkat kelurahan.

- Kebijakan yang mendukung penanggulangan HIV/AIDS banyak bersumber dari sinergi antara pemerintah, komunitas, dan masyarakat sipil. Misalnya, sinergi antara komunitas dan Dinas Sosial Kabupaten Lombok Barat yang menghasilkan kebijakan yang mempermudah populasi kunci mendapatkan KTP dan mengakses layanan kesehatan.

B. Rekomendasi

Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

- Layanan HIV harus secara bertahap terintegrasi dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) agar setiap orang terjamin mendapatkan layanan kesehatan secara berkelanjutan, termasuk menghapus pengecualian penggunaan narkotika dalam mekanisme pertanggung jawaban Aspek layanan HIV tersebut adalah perawatan dan pengobatan sedangkan layanan pencegahan, riset dan lain sebagainya dapat dikelola oleh institusi terkait lainnya.
- Pendaftaran kepersertaan BPJS yang mengharuskan semua anggota keluarga menyulitkan akses orang dengan HIV dan populasi kunci untuk mendaftar. Kebijakan ini harus dapat dikecualikan dalam beberapa situasi, sehingga memungkinkan setiap orang untuk mendaftarkan diri sebagai peserta BPJS.
- BPJS harus melakukan evaluasi terhadap praktik atau kebijakan yang masih mendiskriminasi orang yang didiagnosa dengan HIV untuk mendapatkan layanan kesehatan. Layanan kesehatan umum ataupun infeksi oportunistik seharusnya diberikan kepada orang dengan HIV, seperti yang BPJS berikan pada masyarakat umum lainnya.

Kepada Kementerian Kesehatan

- Kementerian Kesehatan harus melarang praktek tes mandatori HIV yang diatur dalam peraturan daerah atau praktik di lembaga pemasyarakatan dengan berkoordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia karena bertentangan dengan peraturan menteri kesehatan.
- Pengecualian prinsip konfidensialitas dalam Permenkes 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Konseling Tes HIV yaitu terhadap pengawas minum obat atau kelompok dukungan sebaya dan pasangan seksual seharusnya dihapus. Pemberitahuan status orang dengan HIV kepada pasangan seksual, keluarga ataupun kelompok dukungan harus mendapat persetujuan dari pihak yang bersangkutan.
- Kementerian Kesehatan harus membuat standar usia minimum anak dapat mengakses layanan kesehatan tanpa persetujuan orang tua atau wali, terutama bagi anak yang menjadi pekerja seks dan anak pengguna narkotika. Standar tersebut harus berisikan pedoman bagi penyedia layanan kesehatan untuk menilai kesiapan dan kematangan anak untuk memberikan persetujuan. Standar usia minimum yang lebih rendah akan meningkatkan partisipasi anak dalam penentuan kepentingan terbaik bagi anak.

Kepada Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

- Bersama Kementerian Hukum dan HAM mendorong revisi UU SPPA kepada DPR yaitu batasan upaya diversifikasi. Ancaman pidana maksimal tujuh tahun seharusnya dihapus karena menghalangi anak mengupayakan diversifikasi, khususnya bagi anak yang melakukan tindak pidana narkotika.
- Bekerja sama dengan lembaga terkait, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak perlu membuat peraturan pencegahan dan penanganan anak korban eksploitasi seksual serta perlindungan dan rehabilitasi bagi anak yang menjadi pekerja seks

Kepada Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi

- Pemerintah harus melakukan pengawasan dan menindak tegas praktik diskriminatif di lingkungan pendidikan khususnya kepada anak dengan HIV atau anak yang memiliki orang tua yang hidup dengan HIV.

- Pendidikan mengenai hak atas kesehatan reproduksi dan seksual serta narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya haruslah berdasarkan bukti ilmiah dan tidak terkesan menakut-nakuti maupun berbasis moralitas. Bentuk pendidikan yang menakut-nakuti justru menjadi bibit tumbuhnya stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV.
- Pemerintah harus menjamin hak setiap orang untuk mendapatkan pekerjaan yang layak tanpa diskriminasi serta memastikan tidak ada peraturan yang diskriminatif terhadap orang dengan HIV/AIDS. Oleh karena itu, Menteri Pendidikan Nasional perlu menghapus syarat bebas HIV pada Permendiknas 66/2009 agar sesuai dengan prinsip non diskriminasi bagi orang dengan HIV/AIDS.

Kepada Kementerian Dalam Negeri

- Memberikan kemudahan akses pembuatan KTP bagi orang dengan HIV/AIDS populasi kunci, terutama pekerja seks dan transpuan, untuk itu pemerintah harus memperbaharui data terlebih dahulu agar tidak ada pekerja seks atau transpuan yang tertinggal.
- Dengan didahului oleh tinjauan yang mendalam dan menyeluruh, mencabut keberlakuan peraturan-peraturan daerah yang bertentangan dengan peraturan nasional. Selain itu, Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan juga perlu melakukan sosialisasi bagi perangkat pemerintah daerah agar dalam pembuatan peraturan daerah tidak lagi mencantumkan pasal-pasal yang bertentangan dengan peraturan nasional.

Kepada Kementerian Hukum dan HAM, Kementerian Dalam Negeri, dan Pemerintah Daerah

- Pemerintah perlu menempatkan hukum pidana sebagai alternatif paling akhir dan mengedepankan pendekatan kesehatan berbasis bukti dan ilmiah dalam menanggulangi HIV, seperti dekriminialisasi penggunaan narkoba dan menghapus perda yang mengkriminalisasi pekerjaan sebagai pekerja seks. Pidanaan harus dihindari untuk mendukung terciptanya lingkungan yang kondusif bagi orang dengan HIV/AIDS dan populasi kunci dalam mengakses layanan.
- Jika ingin mengategorikan transmisi HIV sebagai tindak pidana, pemerintah harus menggunakan landasan ilmiah untuk menentukan kriteria yang rigid agar tidak menjadi ketentuan karet yang mudah menjerat orang dengan HIV/AIDS. Selain itu, pemerintah harus menyediakan informasi berbasis ilmiah yang memadai dan mudah diakses berkaitan dengan HIV/AIDS dan penularannya.
- Peraturan yang mendukung penanggulangan HIV perlu dikuatkan baik dari sisi legal formal maupun implementasinya. Perda yang mengatur larangan diskriminasi, tes wajib, dan membuka rahasia status HIV harus ditegakkan dengan mempersiapkan sarana penegakannya agar dapat melindungi orang dengan HIV/AIDS.
- Mengusulkan untuk merevisi Undang-Undang Sistem Peradilan Pidana Anak kepada DPR yaitu batasan upaya diversi. Ancaman pidana maksimal tujuh tahun seharusnya dihapus karena menghalangi anak mengupayakan diversi, khususnya bagi anak yang melakukan tindak pidana narkoba.

Kepada Dewan Perwakilan Rakyat

- Merevisi Undang-Undang Sistem Peradilan Anak dengan menghapus klausul mengenai ancaman pidana maksimal pada diversi seperti yang termaktub pada Pasal 7 ayat (2) huruf a.

Kepada Masyarakat Sipil

- Komunitas dan masyarakat sipil perlu mendorong lahirnya kebijakan yang berdampak positif terhadap penanggulangan HIV dan mendukung kebijakan yang telah terbukti berkontribusi pada penanggulangan HIV.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Laporan

- Albert Wirya dan Yohan Misero. (2016). *The Trip to Nobody Knows Where*. Jakarta: LBH Masyarakat.
- Anugerah Rizqi. (2016). *Aspek Kontrol Kejahatan & (Over) Kriminalisasi*. Jakarta: Mappi.
- Arinta Dea Dini, dkk. (2015). *Di Ujung Palu Hakim: Dokumentasi Vonis Rehabilitasi di JABODETABEK Tahun 2014*. Jakarta: LBH Masyarakat.
- Arinta Dea Dini Singgi, dkk. (2016). *Ketika Anak Pengguna Narkotika Tak Lagi Didengar: Sebuah Tinjauan Hukum dan Kebijakan Indonesia Terhadap Anak Pengguna Narkotika*. Jakarta: LBH Masyarakat.
- Astried Permata dan Fuji Aotari. (2017). *Laporan Media Stigma dan Diskriminasi terhadap ODHA*. Jakarta: LBH Masyarakat.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network. (2016). *HIV Criminalisation in Canada: Current Context and Advocacy*. Canada: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Dominggus Christian, dkk. (2016). *Tinjauan Peraturan Perundang-Undangan Indonesia terkait HIV Berdasarkan Standar Hak Asasi Manusia Internasional*. Jakarta: LBH Masyarakat.
- E.Y. Kanter dan S.R. Sianturi. (2002). *Asas-asas Hukum Pidana di Indonesia dan Penerapannya*. Jakarta: Storia Grafika.
- Global Commission HIV and the Law. (2012). *Risks, Rights, & Health*. New York: UNDP.
- Global Commission on Drug Policy. (2012). *The War on Drugs and HIV/AIDS How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic*. Switzerland: Global Commission on Drug Policy.
- Global Commission on Drug Policy. (2016). *Advancing Drug Policy Reform: a New Approach to Decriminalization*. Switzerland: Global Commission on Drug Policy.
- Human Dignity Trust. (2015). *Criminalising Homosexuality and Public Health: Adverse Impacts on the Prevention and Treatment of HIV and AIDS*. England: Human Dignity Trust.
- ILO. (2001). *ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work*. Switzerland: ILO.
- ILO dan IOM. (2009). *Mandatory HIV Testing for Employment of Migrant Workers in Eight Countries of South-East Asia: From Discrimination to Social Dialogue*. Thailand: ILO dan IOM.
- Jaringan Pemantau Pelanggaran Hak Asasi Manusia, FORKON, PANAZABA, PERFORMA, dan EJA. (2012). *Laporan Pemantauan dan Pendokumentasian Kekerasan Polisi Terhadap Pengguna Napza di 4 Provinsi Se-Jawa Periode 2007-2012*. Jakarta: Jaringan Pemantau Pelanggaran Hak Asasi Manusia, FORKON, PANAZABA, PERFORMA, dan EJA.
- John Godwin. (2012). *Sex Work and the Law in Asia and the Pacific*. Bangkok: UNAIDS, UNDP, dan UNFPA.
- Kementerian Kesehatan. (2011). *Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku*. Indonesia: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2013). *Pedoman Nasional Tes dan Konseling HIV dan AIDS*. Indonesia: Kementerian Kesehatan.
- Lily Sugiyanto. (2015). *Eksistensi Calalai dalam Budaya Sulawesi Selatan*. Jakarta: Ardhanary Institute.
- PAHO/WHO. (2012). *Cures for an Illness that Does Not Exist*. Washington DC: PAHO/WHO.
- United Nation Development Program (UNDP), United Nation Population Fund (UNFPA), Asia Pacific Network of Sex Workers (APNSW). (2015) "The Right(s) Evidence: Sex Work, Violence, and HIV in Asia". Bangkok: UNDP, UNFPA, dan APNSW.
- UNAIDS. (2008). *Policy Brief Criminalization of HIV Transmission*. Switzerland: UNAIDS.
- UNFPA dan UNDP. (2014). *Pekerja Seks, Kekerasan, dan HIV di Jakarta, Indonesia*. Indonesia: UNFPA dan UNDP.
- UNAIDS. (2008). *Global Report on Global Aids Epidemic*. Switzerland: UNAIDS.
- UNAIDS. (2014). *Reduction of HIV-related Stigma and Discrimination*. Switzerland: UNAIDS.
- WHO. (2016). *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment, and Care for Key Population*. Switzerland: WHO.
- WHO. (2013). *Clinical Guidelines across the Continuum of Care: HIV Diagnosis and ARV Drugs for HIV Prevention*. Switzerland: WHO.
- WHO. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision)*. Malta: WHO.

Peraturan Nasional

- Undang-Undang Dasar 1945.
- Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.
- Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.
- Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan.
- Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia di Luar Negeri.

Undang-Undang nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2004 tentang Tentara Nasional Indonesia.

Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan.

Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa.

Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

Peraturan Menteri Sosial Nomor 22 Tahun 2014 tentang Standar Rehabilitasi Sosial dengan Pendekatan Profesi Pekerjaan Sosial.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.

Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 66 Tahun 2009 tentang Pemberian Izin Pendidik dan Tenaga Kependidikan Asing pada Satuan Pendidikan Formal dan Informal di Indonesia.

Peraturan Mahkamah Agung Nomor 4 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Dicersi dalam Sistem Peradilan Pidana Anak.

Peraturan Bersama Ketua Mahkamah Agung Republik Indonesia, Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Sosial Republik Indonesia, Jaksa Agung Republik Indonesia, Kepala Kepolisian Republik Indonesia, dan Kepala Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia tentang Penanganan Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika ke Dalam Lembaga Rehabilitasi.

Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 4 Tahun 2010 tentang Penempatan Penyalahguna, Korban Penyalahgunaan dan Pecandu Narkotika ke Dalam Lembaga Rehabilitasi.

Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.

Peraturan Daerah Kota Palembang Nomor 16 Tahun 2007 tentang Pencegahan, Pengendalian, dan Penanggulangan HIV dan AIDS.

Peraturan Daerah Kota Palembang Nomor 2 Tahun 2004 tentang Pemberantasan Pelacuran.

Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 1 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.

Peraturan Daerah Kabupaten Indramayu Nomor 8 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.

Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.

Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 11 Tahun 2012 tentang Pengendalian HIV-AIDS.

Peraturan Daerah Denpasar Nomor 1 Tahun 2015 tentang Ketertiban Umum

Peraturan Daerah Tangerang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Pelarangan Pelacuran.

Peraturan Daerah Bandar Lampung Nomor 15 Tahun 2002 tentang Larangan Prostitusi dan Perbuatan Moral.

Dokumen HAM Internasional

Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia.

Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya.

Komite Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya. *Komentar Umum Nomor 14 tentang Hak untuk Mendapatkan Standar Tertinggi Hak atas Kesehatan*. E/C.12/2000/4. 11 Agustus 2000.

Laporan *the Special Rapporteur on the question of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment A/56/156*, 2001.

Toonen v. Australia, Communication No. 488/1992, U.N. Doc CCPR/C/50/D/488/1992 (1994).

Komite PBB untuk Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, *Komentar Umum Nomor 18: Hak Atas Pekerjaan*, E/C.12/GC/18, 6 Februari 2006.

Yogyakarta Principle.

Media Online

- Merdeka.com, "Pegguna Narkoba Sering Alami Kekerasan Fisik", sumber: <https://www.merdeka.com/peristiwa/pegguna-narkoba-sering-alami-kekerasan-fisik.html>
- Arus Pelangi. "Data Kekerasan Terhadap Transpuan Muda", sumber: <http://aruspelangi.org/project/data-kekerasan-terhadap-transpuan-muda-2/>
- OPSI. "Negara Gagal Melindungi Pekerja Seks dari Pelecehan dan Kekerasan Seksual", sumber: <http://www.opsi-network.org/negara-gagal-melindungi-pekerja-seks-dar-pelecehan-dan-kekerasan-seksual/>
- Aids Indonesia, *Info HIV dan AIDS*, Sumber: <http://www.aidsindonesia.or.id/contents/37/78/Info-HIV-dan-AIDS#sthash.RfZYBnll.dpbs>
- Kebijakanaidsindonesia.net. Kebijakan Pencegahan Penularan HIV melalui Program Layanan Alat Suntik Steril di Indonesia. Sumber: <http://www.kebijakanaidsindonesia.net/id/artikel/artikel-tematik/386-kebijakan-pencegahan-penularan-hiv-melalui-program-layanan-alat-suntik-steril-lass-di-indonesia>
- Kompas.com, *Nyatakan LGBT Gangguan Jiwa, dr. Fidiansyah Dituding Menutupi Kebenaran*. Sumber: <http://sains.kompas.com/read/2016/02/19/16141561/Nyatakan.LGBT.Gangguan.Jiwa.dr.Fidiansyah.Dituding.Menutupi.Kebenaran>
- The Group for the Advancement of Psychiatry (GAP), *The History of Psychiatry & Homosexuality*. Sumber: http://www.aglp.org/gap/1_history/
- Kompas.com, *Homoseksual Bukan Penyimpangan Seksual*. Sumber: <http://nasional.kompas.com/read/2008/11/11/13081144/Homoseksual.Bukan.Penyimpangan.Seksual>.
- Kbr.id. 1,2 Juta Transpuan di Indonesia tidak Punya KTP. Sumber: http://kbr.id/guruh_dwiryanto/12-2013/1_2_juta_transpuan_di_indonesia_tidak_punya_ktp/25400.html
- Komisi Penanggulangan Aids, *Perusahaan yang Intimidasi Orang HIV AIDS Cuma Didenda 100 Ribu* <http://www.aidsindonesia.or.id/news/2235/3/25/11/2010/Perusahaan-yang-Intimidasi-Orang-HIV-AIDS-Cuma-Didenda-100-Ribu-#sthash.899olo89.dpbs>

PROFIL PENULIS

Arinta Dea Dini Singgi adalah staf analis gender di LBH Masyarakat. Perempuan yang lahir di kota kecil Singkawang, tahun 1992, ini telah meraih gelar sarjana hukum dari Universitas Indonesia pada tahun 2014. Terlahir sebagai seorang perempuan di tengah masyarakat yang patriarkis membuat Arinta mendedikasikan waktu dan pikirannya pada isu kesetaraan gender, tetapi tentu saja baginya tidak ada yang lebih menyenangkan dibandingkan dengan jalan-jalan, membaca buku dan menonton film.

Naila Rizqi Zakiah adalah satu-satunya staf perempuan di divisi penanganan kasus LBH Masyarakat. Naila menyelesaikan pendidikan hukum di Fakultas Hukum Universitas Jember pada tahun 2014. Sejak tahun 2012, Naila telah aktif menjadi relawan di LBH Masyarakat Jember.