PENANGGULANGAN HIV/AIDS DI INDONESIA DALAM ANCAMAN RKUHP

MAIDINA RAHMAWATI

INSTITUTE FOR CRIMINAL JUSTICE REFORM
ICJR
Aliansi Nasional Reformasi KUHP
rumah cemara
PITCH Partnership to Inspire, Transform and Connect the HIV response

Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dalam Ancaman RKUHP: Proyeksi Dampak Kriminalisasi Perilaku Beresiko Transmisi HIV/AIDS dalam RKUHP terhadap Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

Penulis:
Maidina Rahmawati

Kontributor:
Genoveva Alicia K.S. Maya

Editor:
Anggara
Erasmus A.T. Napitupulu

Desain Cover:
Genoveva Alicia K.S. Maya

Lisensi Hak Cipta:

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

ISBN:

Diterbitkan oleh:
Institute for Criminal Justice Reform (ICJR)
Jalan Attahiriyah No. 29 Pejaten Barat, Pasar Minggu, Jakarta Selatan – 12510
Phone/Fax:021-7981190
ICJRId ICJRID ICJRID perkumpulanicjr

Dipublikasikan pertama kali:
Agustus 2019

Kata Pengantar

Proses pembaruan hukum pidana yang berorientasi terhadap perlindungan kebebasan sipil adalah suatu hal yang harus didukung dan Institute for Criminal Justice Reform, Rumah Cemara, serta Aliansi Nasional Reformasi KUHP berkomitmen untuk mendukung proses pembaruan hukum pidana di Indonesia. Perlu diingat bahwa dukungan terhadap proses pembaruan hukum pidana bukan hanya semata-mata mendorong Indonesia untuk memiliki hukum baru yang bukan merupakan buatan masa kolonial, namun harus dengan semangat penghormatan hak asasi manusia pada setiap proses pembaruannya.

Rancangan Kitab Undang-undang Hukum Pidana (RKUHP) hadir dengan semangat memperbarui hukum pidana di Indonesia yang mengatur banyak aspek kehidupan masyarakat Indonesia, tak sedikit juga terkait aspek-aspek kesehatan seperti penanggulangan HIV/AIDS. Sayangnya, proses pembahasan RKUHP kental dengan narasi moralitas, tanpa disadari justru menegasikan tujuan pembaruan hukum itu sendiri, yaitu untuk mengatur masyarakat dan melindungi kelompok minoritas.

RKUHP yang seharusnya hadir dengan nuansa penghormatan Hak Asasi Manusia termasuk melindungi kelompok rentan seperti kelompok minoritas seksual, pengguna dan pecandu narkotika, pekerja seks, justru malah hadir dengan rumusan yang melanggengkan stigma terhadap kelompok-kelompok tersebut, seperti hadirnya wacana untuk mengkriminalisasi pekerja seks, wacana mengkriminalisasi semua bentuk persetubuhan di luar perkawinan termasuk hubungan seksual sesama jenis, sampai dengan mengkriminalisasi kegiatan mempertunjukkan alat pencegah kehamilan yang memiliki dampak baik terhadap promosi kesehatan reproduksi.

Tanpa disadari, upaya kriminalisasi ini justru akan berdampak pada upaya penanggulangan HIV/AIDS yang telah dikomitmenkan Pemerintah selama ini. Tulisan ini hadir sebagai masukkan kepada Pemerintah dan DPR yang saat ini masih membahas RKUHP untuk sekali lagi melihat dengan seksama dampak-dampak yang akan ditimbulkan oleh RKUHP apabila dirumuskan tanpa mempertimbang aspek lain, salah satunya penanggulangan HIV/AIDS.

Hormat Kami,
Aliansi Nasional Reformasi KUHP, Rumah Cemara dan ICJR

Daftar Isi

Daftar Isi *4*

Daftar Tabel dan Bagan *6*

Bab 1: Pendahuluan *7*

A. Latar Belakang 7

B. Pertanyaan Penelitian 12

C. Tujuan Penelitian 12

D. Metode Penelitian 12

Bab 2: Gambaran Trend Transmisi HIV Berdasarkan Perilaku Berisko *13*

2.1. Jenis-Jenis Perilaku Beresiko Transmisi HIV 13

2.1.1. Perilaku Hubungan Seksual tanpa Pengaman 14

2.1.2 Perilaku Beresiko Lewat Penggunaan Narkotika 15

2.2. Tren Transmisi HIV di Indonesia 16

Bab 3: Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia *19*

3.1. Promosi Kesehatan 21

3.2. Pencegahan Penularan HIV 23

3.2.1. Pencegahan HIV Melalui Hubungan Seksual 23

3.2.2. Pencegahan Penularan HIV Melalui Hubungan Non Seksual 24

3.2.3. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anaknya (PPIA) 29

3.3. Pemeriksaan Diagnosis HIV 31

3.4. Pengobatan Perawatan dan Dukungan 32

3.5. Rehabilitasi 33

3.6. Pelayanan Kesehatan Populasi Kunci Sebagai Standar Pelayanan Kesehatan Minimal Pemerintah 33

Bab 4: Sebaran Tindak Pidana dalam RKUHP yang Berhubungan dengan Perilaku Beresiko HIV *36*

4.1. Pasal tentang Kriminalisasi Persetubuhan di Luar Perkawinan 37

4.2. Pasal tentang Upaya Kriminalisasi Pekerja Seks 39

4.3. Upaya Kriminalisasi Perilaku Seks Sesama Jenis 40

4.4. Tindak Pidana Narkotika dalam RKUHP 42

4.5. Kriminalisasi Promosi Alat Pencegah Kehamilan (Kontrasepsi) 48

Bab 5: Analisis Proyeksi Dampak Kriminalisasi Perilaku Beresiko Transmisi HIV terhadap Penanggulangan HIV/AIDS *53*

5.1. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Hubungan Seksual Konsensual di Luar Perkawinan 53

5.1.1 Proyeksi Dampak Kriminalisasi Persetubuhan Laki-laki dan Perempuan di Luar Ikatan Perkawinan 53

5.1.2. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Perbuatan Cabul Sesama Jenis 59

5.1.3. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Pekerja Seks 66

5.2. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Pengguna Narkotika dalam RKUHP 74
5.3. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Mempertunjukkan alat Pencegah Kehamilan (Kontrasepsi) 78
Bab 6: Kesimpulan dan Rekomendasi *83*
Kesimpulan 83
Rekomendasi 83
Daftar Pustaka *90*

Daftar Tabel dan Bagan

Tabel 2.1. Jumlah Kasus HIV Per tahun…….. 17

Tabel 2.2. Infeksi HIV Berdasarkan Perilaku Beresiko dari 2010 sampai dengan 2018……. 18

Bagan 3.1. Upaya Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia…… 20

Bagan 3.2. Bagan Upaya Penanggulangan HIV/AIDS: Promosi Kesehatan…… 21

Bagan 3.3. Upaya Pencegahan Penularan HIV melalui Hubungan Seks…….. 24

Tabel 4.1. Pengaturan Tindak Pidana Narkotika dalam RKUHP…….. 47

Tabel 4.2. Perkembangan Pasal Kriminalisasi Perubatan mempertunjukkan alat pencegah kehamilan (kontrasepsi)…….. 49

Tabel 5.1. Trend Transmisi HIV berdasarkan Faktor Resiko…….. 62

Tabel 5.2. Estimasi Jumlah Populasi Kunci…….. 68

Tabel 5.3. Data Jumlah Pengguna Narkotika di seluruh dunia…….. 76

Tabel 5.4. Jumlah Pengguna dan Pengedar Narkotika dalam Lapas…….. 78

Gambar 5.1. Laporan Equaldex tentang Hak LGBT…….. 59

Bab I

Pendahuluan

A. Latar Belakang

Sampai dengan 2017, terdapat 36,9 juta orang hidup dengan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) di seluruh dunia[1]. Infeksi baru HIV di seluruh dunia pada 2017 mencapai 1,8 juta orang[2]. Di Indonesia, sejak 2005 sampai dengan Maret 2019, jumlah kasus HIV yang dilaporkan mencapai 338.363 orang [3] sedangkan jumlah kondisi AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) yang dilaporkan sejak pertama kali ditemukan pada 1987 sampai dengan Maret 2019 mencapai 115.601 orang[4]. Dari Januari sampai dengan Maret 2019 transmisi HIV yang terlaporkan sebanyak 11.081 orang, sedangkan kasus AIDS mencapai 1.536 orang[5].

Meskipun secara global jumlah orang yang terinfeksi HIV baru semakin menurun, namun masih banyak orang-orang yang tertinggal dalam penanganan terhadap HIV/AIDS, utamanya bagi populasi dengan resiko tinggi infeksi HIV yang merupakan populasi kunci HIV. Berdasarkan laporan UNAIDS (*United Nations Programme on HIV/AIDS*) 2018, pada 2017 47% infeksi baru HIV di seluruh dunia berasal dari kelompok populasi kunci dan pasangannya[6], di Asia Pasifik, 84% infeksi baru HIV berasal dari populasi kunci dan pasangan seksualnya[7]. Dalam konteks Indonesia, kasus HIV pada beberapa Populasi Kunci belum menunjukkan penurunan, kecuali pada Penasun (pengguna napza suntik), Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPSL), dan prevalensi pada LSL (Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki) meningkat dua kali lipat.[8]

Populasi kunci sendiri merupakan kelompok populasi yang menentukan keberhasilan program pencegahan dan pengobatan, sehingga mereka perlu ikut aktif berperan dalam penanggulangan HIV/AIDS, baik bagi dirinya maupun orang lain. Populasi ini adalah (1) orang-orang beresiko tertular atau rawan tertular karena perilaku seksual beresiko yang tidak terlindung, bertukar alat suntik steril; (2) Orang-orang yang rentan adalah orang yang karena pekerjaan, lingkungannya rentan terhadap penularan HIV, seperti buruh migran, pengungsi dan kalangan mudah berisiko dan (3) ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) adalah orang yang sudah

---

[1] World Health Organization (WHO), *Number of people (all ages) living with HIV Estimates by WHO region, http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100WHO?lang=en,* diakses pada 8 Juli 2019

[2] UNAIDS, *UNAIDS Data 2018,* https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf, diakses pada 8 Juli 2019.

[3] Direktorat Jendral P2P Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Laporan Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I 2019,* hal.2.

[4] *Ibid.*

[5] *Ibid.*

[6] UNAIDS, *UNAIDS Data 2018,op.cit*, hal. 12.

[7] *Ibid.*

[8] Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional, *Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019 Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia,*Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional, Jakarta, 2015, hal. 19.

terinfeksi HIV.[9] Menurut Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB), kelompok masyarakat yang termasuk ke dalam populasi kunci diantaranya adalah Penasun (Pengguna napza suntik/ *people who inject drugs*)[10], Wanita Pekerja Seks (WPS/*sex workers*)[11], LSL (*men who have sex with men*)[12], dan transgender.[13]

Pemerintah Indonesia telah berkomitmen untuk melakukan upaya penanggulangan HIV/AIDS yang telah ditunjukkan sejak 1991 dengan mendukung WHO (*World Health Organization*) dalam penyusunan strategi global penanggulangan HIV/AIDS. Komitmen pertama Indonesia dalam menyusun strategi penanggulangan HIV/AIDS ditandai dengan disahkannya Surat Keputusan Menkes No. 339/IV/1988 mengenai Pembentukan Panitia Penanggulangan HIV/AIDS (Kepmenkes 339/1988). Komitmen tersebut berlanjut dengan dibentuknya Keputusan Menteri Kesehatan 1285/Menkes/SK/X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV dan AIDS secara terpadu, menyeluruh dan berkualitas (Kepmenkes 1285/2002). Sebagai bentuk pembaruan komitmen tersebut, pemerintah Indonesia lewat Kementerian Kesehatan pada 2013 mengesahkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS (Permenkes 21/2013). Lewat peraturan ini, pemerintah Indonesia menyatakan bahwa HIV dan AIDS harus ditanggulangi dengan cara-cara untuk menurunkan angka kesakitan, angka kematian, membatasi penularan serta penyebaran penyakit agar wabah tidak meluas ke daerah lain, serta pemerintah berkomitmen untuk mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan HIV/AIDS.

Salah satu bentuk kegiatan dalam penanggulangan HIV/AIDS dalam Permenkes 21/2013 ini adalah upaya promotif yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan HIV yang bebas diskriminasi dan stigma, lewat permenkes ini pemerintah mengakui dan mengkonfirmasi bahwa dalam masyarakat terdapat populasi kunci HIV/AIDS yang memiliki perilaku beresiko tinggi terhadap penyebaraan HIV/AIDS[14]. Upaya penaggulangan HIV/AIDS dilakukan terhadap populasi kunci dengan mendukung promosi kesehatan yang bebas diskriminasi dan stigma terhadap populasi kunci maupun perilaku beresiko[15] yang melekat pada populasi kunci.

---

[9] Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, *Rangkuman Eksekutif Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006-2011: Laporan 5 Tahun Pelaksanaan Peraturan Presiden No. 75/2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional*, Komisi Penanggulangan Aids Nasiona, Jakarta, 2011, hal xiii.

[10] Berdasarkan Global Reports UNAIDS, 5-10% pengidap HIV diseluruh dunia adalah Penasun. Angka pencegahan HIV yang disediakan untuk Penasun saat ini masih rendah. Dari 35 negara yang memberikan data pada tahun 2013, 31 negara diantaranya hanya dapat memberikan terapi substitusi kepada Penasun Opium kurang dari 10%. Penanganan AIDS yang efektif terhadap Penasun diambil alih oleh kerangka hukum pidana yang memberikan penghukuman dan menurunkan keinginan seseorang untuk mengakses pelayanan kesehatan dan sosial yang dibutuhkannya.

[11] Global Reports UNAIDS menyatakan bahwa secara global, WPS 13,5 kali lebih rentan untuk terinfeksi HIV daripada perempuan lain.

[12] Di seluruh dunia, prevalensi HIV LSL terus meningkat dari tahun-tahun sebelumnya dan tetap berada di angka yang tinggi setiap tahunnya. Stigma, diskriminasi, dan lingkungan hukum yang menekan di beberapa kesempatan mengurungkan keinginan LSL untuk melakukan test HIV dan mengakses pelayanan pencegahan, perawatan, dan pengobatan HIV yang berkualitas.

[13] Data global yang dihimpun UNAIDS menunjukkan bahwa perempuan transgender 49 kali lebih rentan untuk terinfeksi HIV daripada perempuan biasa.

[14] Pasal 24 ayat 8 Peraturan Menteri Kesehatan No 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS menyatakan bahwa populasi kunci disamakan dengan orang yang berperilaku resiko tinggi

[15] Penularan HIV/AIDS dapat melalui 3 bentuk transmissi, 1) hubungan seksual 2) hubungan non seksual 3) hubungan darah, (Pasal 12 ayat (2) Permenkes No 21 tahun 2013). Perilaku beresiko terkait dengan tramisi

Salah satu tujuan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia adalah untuk dapat mendukung penurunan prevalensi HIV-AIDS yakni untuk penciptaan lingkungan yang mendukung. Guna mencapai target tujuan ini, pemerintah bersama dengan masyarakat sipil diminta untuk berperan secara signifikan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS, mengubah aturan perundangan yang bersifat menghukum, kontraproduktif, menghambat akses seperti batas usia, serta permasalahan Hak Asasi Manusia dan ketidaksetaraan jender, stigma dan diskriminasi pada populasi kunci.[16]

Pemerintah Indonesia melalui Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 (Perpres 59/2017) tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan juga menetapkan salah satu sasaran nasional RPJM 2015-2019 untuk menurunkan prevalensi HIV pada populasi dewasa tahun 2019 menjadi <0,5%. Dalam strategi penanggulangan HIV/AIDS 2015-2019 pun telah dinyatakan dalam hal penanggulangan HIV/AIDS pemerintah Indonesia berkomitmen untuk melahirnya lingkungan yang mendukung, salah satunya berusaha menghapuskan peraturan yang sifatnya menghukum orang dengan HIV/AIDS [17] dan pemerintah juga berkomitmen untuk menurunkan prevalensi HIV/AIDS menjadi <0,5% pada tahun 2019.

Upaya pencegahan HIV/AIDS di Indonesia terbagi menjadi 3, yaitu 1) upaya pencegahan melalui hubungan seksual 2) upaya pencegahan melalui hubungan non seksual 3) upaya pencegahan penularan HIV dari Ibu ke anaknya. Upaya pencegahan tersebut dilakukan antara lain dengan intervensi perubahan perilaku beresiko untuk penularan akibat hubungan seksual, salah satunya dengan konsisten menggunakan kondom pada saat melakukan hubungan seksual, untuk penularan hubungan non seksual salah satunya dilakukan dengan pengurangan dampak buruk pengguna napza suntik untuk menghindari transmisi HIV/AIDS dengan program layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial. Sedangkan untuk pencegahan penularan HIV/AIDS dari Ibu ke anaknya salah satunya dapat dilakukan dengan pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV. Kesemua bentuk pencegahan tersebut sama sekali tidak menggunakan pendekatan kriminal atau hukuman. Komitmen penanggulangan HIV/AIDS secara tegas mendukung upaya untuk menghapuskan peraturan perundang-udangan yang menghukum, berbasis stigma dan diskriminasi pada orang dengan HIV/AIDS.

Namun di sisi lain, Kementerian Hukum dan HAM yang juga bagian dari Pemerintah justru mewacanakan melakukan penghukuman terhadap upaya-upaya pencegahan penularan

---

HIV/AIDS melalui hubungan seksual terdiri dari segala bentuk hubungan seksual (penis-vagina, anal, tanpa menggunakan kondom, sebagian juga dapat terjadi pada hubungan seks oral), Perilaku beresiko melalui hubungan non seksual adalah penggunaan jarum suntik secara bersama-sama, transfusi darah, sedangkan penularan melalui hubungan darah dapat terjadi dari ibu ke anak. Lihat Center for Diseases Control and Prevention, *Estimated-Per Act Probability of Acquiring HIV From Infected Sources, by Exposure Act,* https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html, diakses pada 8 Juli 2019.

[16] Pemerintah telah menyusun Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019 Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, dengan menyatakan 6 target tujuan, yaitu: 1) Perluasan dan Peningkatan Pencegahan Kombinasi HIV 2) Perluasan dan Peningkatan Mutu Layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan 3) Eliminasi Infeksi HIV Vertikal 4) Perluasan Cakupan Mitigasi Dampak 5) Penciptaan Lingkungan yang Mendukung dan 6) Peningkatan Keberlanjutan Program. Lihat Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional, *Op.Cit.,* hal. 29.

[17] Ibid., hal.30

dan penyebaran HIV/AIDS. Pendekatan penghukuman tersebut tertuang dalam Rancangan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.[18]

Dalam pemetaan awal yang dilakukan, terdapat beberapa pasal pidana dalam RKUHP yang mengkrimalisasi bentuk-bentuk perilaku beresiko yang erat dengan populasi kunci HIV/AIDS. Antara lain kriminalisasi distribusi dan promosi/ mempertunjukkan alat pencegah kehamilan atau alat kontrasepsi, kriminalisasi semua bentuk hubungan seksual antara laiki-laki dan perempuan di luar perkawinan, kriminalisasi secara spesifik hubungan sesama jenis dan beberapa aturan lainnya dalam Rancangan KUHP (RKUHP) ditakutkan akan membawa dampak buruk pada upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Bahkan secara spesifik, pemerintah berupaya mengkirminalisasi beberapa populasi kunci HIV/AIDS, antara lain pengguna napza suntik lewat tindak pidana narkotika, perempuan pekerja seks maupun penerima jasa tersebut lewat aturan mengenai pornografi dan penggelandangan, dan gay, waria, dan laki pelanggan/ pasangan seks dengan sesama laki (LSL) lewat pembahasan pasal larangan prostitusi[19].

Pasal-pasal tersebut yang secara spesifik mengkriminalisasi perilaku beresiko HIV/AIDS dan menyasar populasi kunci HIV/AIDS dikhawatirkan akan berdampak pada naiknya jumlah orang dengan HIV/AIDS ke dalam penjara. Per Desember 2018, berdasarkan Data Direktorat Jenderal Pemasyarakatan melalui sistem database pemasyarakatan, jumlah orang dengan HIV/AIDS di Rumah Tahanan (Rutan) dan Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) di Indonesia berjumlah 853 orang (baik yang dirawat di dalam maupun di luar Unit Pelaksana Teknis (UPT) Rutan dan Lapas di Indonesia)[20]. Populasi pengidap HIV/AIDS di rutan dan lapas terbanyak di Provinsi DKI Jakarta dengan jumlah pengidap mencapai 179 orang dengan keadaan kelebihan beban penghuni mencapai 191%[21]. Kondisi kelebihan beban pada Rutan dan Lapas secara jelas memberikan dampak pada layanan kesehatan penghuni rutan dan lapas[22].

Kondisi kelebihan beban ini oleh WHO juga ditepatkan sebagai salah satu faktor lingkungan yang menyebabkan terjadi penularan penyakit dalam Rutan dan Lapas[23]. Permasalahan lainnya mengenai jumlah pengguna narkotika dalam Rutan dan Lapas di Indonesia yang

---

[18] ICJR, *RKUHP Akan Menyumbang Kenaikan Angka Penyebaran HIV/AIDS, Infeksi Menular Seksual dan Resiko Kesehatan Reproduksi di Indonesia*, http://icjr.or.id/rkuhp-akan-menyumbang-kenaikan-angka-penyebaran-hivaids-infeksi-menular-seksual-dan-resiko-kesehatan-reproduksi-di-indonesia/, diakses pada 21 Mei 2018.

[19] Permenkes No 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV menjelaskan terdapat beberapa orang yang termasuk ke dalam populasi kunci HIV/AIDS, yaitu pengguna napza suntik; b. Wanita Pekerja Seks (WPS) langsung maupun tidak langsung; c. pelanggan/ pasangan seks WPS; d.. gay, waria, dan Laki pelanggan/ pasangan Seks dengan sesama Laki (LSL); dan e. warga binaan lapas/rutan

[20] Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, *Sistem Database Pemasyarakatan Data Perawatan Desember 2018*, http://smslap.ditjenpas.go.id/public/rwt/current/monthly/year/2018/month/12, diakses pada 19 Juli 2019.

[21] Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, *Sistem Database Pemasyarakatan Data Jumlah Penghuni,,* http://smslap.ditjenpas.go.id/public/rwt/current/monthly/year/2018/month/12 diakses pada 19 Juli 2019

[22] Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa kondisi overcrowding pada penjara akan berdampak pada masalah kesehatan bagi penghuni rutan dan lapas, overcrowding memberikan dampak pada standar kehidupan penghuni rutan dan lapas, overcrowding membawa dampak kesehatan fisik dan psikis penghuni, tidak hanya bagi penghuni namun juga bagi kondisi kesehatan publik, dimana terdapat resiko penularan penyakit ke luar penjara. Lihat García-Guerrero J dan Marco A, *Overcrowding in prisons and its impact on health,* Rev Esp Sanid Penit, 2012, hal 109-111

[23] WHO, *Health in prisons A WHO guide to the essentials in prison health,* WHO, Denmark, 2017, hal. 44

jumlahnya semakin meningkat. Per Desember 2017 jumlah pengguna narkotika dalam rutan dan lapas mencapai 36.339 orang dengan peningkatan mencapai 7.692 orang dibandingkan tahun 2016. Peningkatan tersebut hampir 3 kali lipat dan merupakan angka terbesar dalam kurun waktu 3 tahun terakhir. Padahal dalam kerangka penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia, pemerintah telah sepakat bahwa pengguna narkotika dan warga binaan Lapas merupakan populasi kunci penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia yang menentukan keberhasilan pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS.

Hukum pidana sesungguhnya jarang dapat menjadi alat yang efektif dalam membahas HIV pada populasi kunci.[24] Inter-Parliamentary Union (IPU) dan United Nations Development Programme (UNDP) pada 2013 juga mengemukakan bahwa dengan memperlakukan populasi kunci sebagai kriminal, tidak akan mengubah perilaku mereka yang berani mengambil resiko, dan justru malah kontraproduktif dengan respons terhadap AIDS.[25]

Penelitian lain juga menunjukkan bahwa hukum yang mengkriminalisasi perilaku populasi kunci selain melemahkan perlindungan terhadap HAM mereka,[26] juga dapat menghalangi akses mereka kepada pelayanan HIV/AIDS.[27] Mengkriminalisasi perilaku populasi kunci hanya mendorong mereka untuk menyembunyikan diri, mengurangi akses kepada pelayanan, dan meningkatkan perilaku yang beresiko. Mengubah respons pemerintah dari pendekatan penghukuman kepada pendekatan kesehatan masyarakat justru dapat menghasilkan hasil yang positif.[28]

Sebagai contoh, di Ghana, yang memiliki beberapa peraturan perundang-undangan pidana nasional yang mengkriminalisasi perilaku homoseksual dan pekerja seksual, prevalensi HIV pada populasi kunci ternyata justru lebih tinggi 10 (sepuluh) kali lipat dari populasi normal[29]. Dengan disparitas ini, kriminalisasi terhadap populasi kunci dianggap "adding insult to injury" (memperparah luka yang ada). Kriminalisasi terhadap status populasi kunci secara medis kontraproduktif terhadap rencana nasional untuk mengurangi angka prevalensi HIV, tidak hanya di kalangan populasi kunci, namun juga terhadap keseluruhan masyarakat.[30]

Berbagai kajian dan penelitian terkait dampak dari kriminalisasi populasi kunci HIV/AIDS di dalam peraturan perundang-undangan pidana nasional sebuah negara banyak dapat ditemui. Namun demikian, belum ditemui kajian terhadap proyeksi dampak yang akan ditimbulkan dari berbagai pasal-pasal dalam RKUHP yang mengkriminalisasi perilaku beresiko tranmisi HIV yang erat hubungannya dengan populasi kunci terhadap penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Maka dari itu, Institute for Criminal Justice Reform (ICJR) memandang penting melakukan

[24] Inter-Parlimentary Union dan UNDP, *Loc.Cit.*
[25] *Ibid.,* hal 13.
[26] Amos Laar dan Debra DeBruin, *Key Populations and Human Rights in the Context of HIV Services Rendition in Ghana,* NCBI, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5541754/, diakses pada 21 Mei 2018.
[27] Sara LM Davis, *et. al.*, *Punitive Laws, Key Population Size Estimates, and Global AIDS Response Progress Reports: an Ecological Study of 154 Countries,* NCBI, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467607/, diakses pada 21 Mei 2018.
[28] Inter-Parlimentary Union dan UNDP, *Op.Cit.,* hal. 8.
[29] Amos Laar dan Debra DeBruin, *loc.cit.*
[30] *Ibid.*

penelitian yang memfokuskan pada sebaran tindak pidana dalam RKUHP yang menyasar pada kriminalisasi perilaku beresiko transmisi HIV dan dampak dari keberadaan pasal-pasal pidana tersebut terhadap upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia.

B. Pertanyaan Penelitian

Penelitian ini dimaksudkan untuk menjawab berbagai pertanyaan utama, yakni:

1. Bagaimana sebaran dan proses pembahasan tindak pidana dalam RKUHP yang terkait dengan kriminaliasi perilaku beresiko HIV/AIDS?
2. Bagaimana proyeksi dampak kriminalisasi terhadap perilaku beresiko HIV/AIDS mempengaruhi penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan pertanyaan utama yang telah diuraikan, maka penelitian ini memiliki tujuan untuk:

1. Mengetahui sebaran dan proses pembahasan tindak pidana dalam RKUHP yang memiliki potensi mengkriminalisasi perilaku beresiko HIV/AIDS di Indonesia
2. Meneliti proyeksi dampak pendekatan kriminal penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

D. Metode Penelitian

Secara umum penelitian ini secara umum merupakan penelitian hukum yuridis-normatif dengan menggunakan pendekatan deskriptif. Penelitian ini melakukan pengkajian terhadap kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Data sekunder merupakan data utama yang digunakan dalam penelitian ini, yang berasal dari hasil literature review terkait dengan bagaimana bentuk kebijakan penanggulangan HIV/AIDS yang ideal, baik secara internasional, maupun dalam kerangka hukum nasional yang sudah diterapkan di Indonesia.

Kajian kepustakaan dilakukan untuk melakukan perbandingan antara konsep serta praktik kebijakan kriminal yang berhubungan dengan penanggulangan HIV/AIDS yang di berbagai negra dengan Indonesia. Dokumen yang dipergunakan di dalam penelitian ini diantaranya adalah buku, jurnal, dan artikel-artikel yang membahas mengenai kebijakan kriminal yang berhubungan dengan penanggulangan HIV/AIDS. Selain itu, penelitian ini juga akan mengkaji peraturan perundang-undangan pidana di tingkat nasional, instrumen hukum pidana di berbagai negara serta standar-standar internasional penanggulangan HIV/AIDS .

Bab II

Gambaran Trend Transmisi HIV Berdasarkan Perilaku Berisko

2.1. Jenis-Jenis Perilaku Beresiko Transmisi HIV

HIV merupakan salah satu masalah global, masyarakat dunia telah berkomitmen untuk mengatasi permasalahan HIV[31]. WHO telah menyatakan bahwa terdapat 35 juta orang di dunia terinfeksi HIV/AIDS[32], pada 2016, secara global 1 juta orang meninggal dunia akibat HIV/AIDS. Pada tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2017 dikomitmenkan bahwa tujuan global 3 tentang Menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia diturunkan tujuan global tentang HIV/AIDS adalah bahwa masyarakat dunia berkomitmen pada tahun 2030, mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan, dan memerangi hepatitis, penyakit bersumber air, serta penyakit menular lainnya[33].

Dalam konteks Indonesia, sejak pertama kali ditemukan pada 1987, Indonesia telah berkomitmen untuk melakukan upaya untuk menanggulangi penyebaran HIV, mulai dari diterbitkannya SK Menkes No. 339/IV/1988 tentang Pembentukan Panitia Penanggulangan HIV AIDS, SK Menkes No. 301/IV/1989 tentang Penyempurnaan Panitia Penanggulangan HIV AIDS, Instruksi Menkes No. 72/ii/1988 tentang Kewajiban Melaporkan Penderita dengan Gejala AIDS, Keputusan Presiden No. 36 tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS, dan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1285/Menkes/SK/X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual. Secara aktif sejak 2007, Pemerintah Indonesia menyusun Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS.

Menurut WHO, HIV adalah virus yang menginfeksi sistem imun, mengancurkan dan meruskan fungsi dari sistem imun tersebut. Infeksi virus tersebut menghasilkan kerusakan progresif bagi sistem imun yang memacu pada terjadinya “immune deficiency”. Keadaan sistem imun yang sudah deficient atau kurang ditandai dengan ketidakmampuan sistem imun untuk menangkal penyakit dan infeksi lainnya. Kondisi yang lebih parah ditandai dengan terjadi kekurangan imun yang mengkhawatirkan disebut "opportunistic infections" atau IO (infeksi oportunistik) dengan kondisi virus yang menginfeksi memangsa dan memperlemah sistem imun [34].

[31] WHO sebagai organisasi kesehatan dunia telah menyusun program khusus HIV/AIDS sejak 1986 yang diteruskan dengan komitmen pencapaian Millennium Development Goals dan the universal access commitments, WHO pada 2011 menyusun Global health sector strategy on HIV/ AIDS 2011–2015, sampai dengan akhir 2015, WHO menyatakan bahwa *treatment* untuk HIV selama periode tersebut telah berhasil menjangkau 17 juta orang dengan HIV sedunia. Upaya tersebut berhasil menurunkan infeksi HIV.

[32] WHO, *Key Facts, http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids,* diakses pada 4 Juli 2019

[33] Lampiran Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2017 Tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, tujuan global III

[34] WHO, *HIV/AIDS Online QnA,* http://www.who.int/features/qa/71/en, diakses pada 21 Mei 2019.

Sedangkan yang dimaksud dengan AIDS adalah sebuah kondisi kesehatan[35] dimana virus HIV yang menginfeksi telah mencapai kondisi immune deficiency dengan kejadian lebih dari 20 opportunistic infections[36]. Infeksi HIV dapat berkembang menjadi sindrom AIDS jika tidak ada treatment yang dilakukan.

Transmisi virus HIV dapat terjadi melalui pertukaran berbagai jenis cairan tubuh dari orang yang sudah terinfeksi virus HIV, terdiri dari darah, air susu, cairan semen dan cairan sekresi vaginal. Namun tidak semua cairain tubuh dapat menyebarkan virus HIV. Pada 2008 Departemen Kesehatan Inggris lewat Guidance from the UK Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on AIDS membuat daftar cairan yang dapat beresiko mentransmisikan HIV/AIDS, yaitu:

(1) Cairian amniotic yang membungkus janin
(2) darah
(3) cairan cerebrospinal (yang membungkus otak dan mengisi rongga medulla spinalis
(4) cairan jaringan yang menghasilkan luka bakar atau lesi kulit
(5) air susu
(6) cairan perikardial yang membungkus jantung
(7) cairan pericardial yang membungkus organ-organ si perut
(8) cairan peural yang membungkus paru-paru
(9) air liur dalam proses perawatan gigi yang mungkin megandung darah
(10) cairan semen
(11) cairan synovial yang ada di persendian
(12) jaringan atau organ yang rusak
(13) cairan sekresi vaginal
(14) cairan lainnya yang mengandung darah[37].

Proses pertukaran cairan tersebut dapat terjadi melalui transfusi darah, jarum suntik yang dipakai bergantian pada saat penggunaan narkotika, hubungan seksual, dan transmisi dari ibu ke anak. Namun, tidak semua aktivitas tersebut dapat menimbulkan transmisi virus HIV. Hanya aktvitas tertentu yang dapat mentransmisikan virus HIV.

2.1.1. Perilaku Hubungan Seksual tanpa Pengaman

Salah satu dari sedikit perilaku yang beresiko yang dapat mentransmisi virus HIV adalah hubungan seksual tanpa pengaman. Hubungan seksual tanpa pengaman dapat memberikan resiko transmisi virus HIV atau pun infeksi penyakit seksual lainnya. Dalam hubungan seksual

[35] Christian Nordqvist, *Explaining HIV and Aids,* https://www.medicalnewstoday.com/articles/17131.php, diakses pada 21 Mei 2019.
[36] WHO, *HIV/AIDS Online QnA,* loc.cit
[37] Departement of Health, *HIV post-exposure prophylaxis Guidance from the UK Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on AIDS,* (Revised 2008, Annex A: Body fluids and materials which may pose a risk of HIV transmission if significant occupational exposure occurs),https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/203139/HIV_post-exposure_prophylaxis.pdf, diakses pada 21 Mei 2019.

tanpa pengaman, virus HIV dapat ditransmisikan melalui cairan tubuh dari seseorang yang terinfeksi virus HIV (cairan tersebut antara lain darah, cairan semen, cairan vagina, pre-cum atau anal mucus). Perlu diperhatikan bahwa hubungan seksual tanpa pengaman ini dapat terjadi pada setiap jenis orientasi seksual, baik heteroseksual maupun homoseksual, dengan tipe hubungan seksual beragam, baik hubungan seksual vaginal, anal, maupun oral karena transmisi terjadi melalui cairan tubuh.

2.1.2 Perilaku Beresiko Lewat Penggunaan Narkotika

Penggunaan narkotika berhubungan dengan dengan transmisi HIV[38]. Baik narkotika injeksi maupun non narkotika injeksi merupakan pemicu transmisi HIV[39]. Berdasarkan laporan UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) 2018, 1 dari 8 orang yang menginjeksi narkotika, atau pengguna narkotika suntik (penasun), hidup dengan HIV[40], diestimasi oleh UNODC pada 2016 bahwa prevalensi HIV pada penasun sebesar 11,8% dengan angka 1,3 juta orang penasun hidup dengan HIV[41], prevalensi infeksi virus hepatitis C pada penasun mencapat 82.4%[42]. HIV akan menjadi mudah ditransmisikan ketika orang berbagi alat untuk menginjeksi narkotika. Dalam konteks lain penggunaan narkotika termasuk alkohol dapat mempengaruhi pengambilan keputusan yang akan berdampak terjadinya hubungan seksual tidak aman dengan orang yang terinfeksi HIV[43].

Berbagi alat injeksi narkotika juga mengakibatkan penyebaran hepatitis B, hepatitis C dan penyakit berbahaya lainnya. Darah yang sudah terinfeksi virus HIV akan masuk ke dalam jarum suntik dan akan masuk ke dalam darah orang yang menggunakan peralatan injeksi selanjutnya. Darah yang sudah terinfeksi tersebut langsung masuk ke dalam aliran darah pengguna alat injeksi tidak aman tersebut. Bahkan darah dalam jumlah kecil di tangan, cookers[44], saringan, tourniquets[45], atau air bilasan bisa cukup untuk menginfeksi pengguna lain.

---

[38] International Association of Providers of AIDS Care, *Drug Use and HIV,* http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/154*,* diakses pada 1 November 2018

[39] Nabila El Bassel dkk, *Drug use as a driver of HIV Risks: Re-emerging and emerging issues,* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4112554/ , diakses pada 1 November 2018

[40] UNODC, *Global Overview of Drud Demand and Supply Latest trends, cross-cutting issues,* UNODC, Vienna, 2018, hal 17.

[41] *Ibid.*

[42] *Ibid.*

[43] Drugabuse.gov, *Drug Use and Viral Infections (HIV, Hepatitis), https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts-drug-use-viral-infections.pdf ,* diakses pada 1 November 2018

[44] Cookers adalah tempat atau kontrainer untuk mencampur atau untuk memasak narkotika, beberapa narkotika tersedia dalam bentuk serbuk, kristal ataupun tablet, untuk menginjeksi narkotika tersebut, perlu dihancurkan dan dilarutkan dalam sebuah tempat disebut cookers, dalam BC Harm Reduction Strategies, *Cookers and Injection Drug Use: Questions and Answers*, http://www.bccdc.ca/resourcegallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/CookersQA_Mar182010_.pdf , diakses pada 1 November 2018

[45] Tourniquet adalah alat untuk mengerutkan (constricting) dan menekan (compressing). Alat ini yang berfungsi untuk melakukan penekanan dan digunakan untuk mengontrol sirkulasi vena dan arteri pada daerah pembedahan dalam jangka waktu tertentu

2.2. Tren Transmisi HIV di Indonesia

Dalam laporan UNAIDS pada hari AIDS 2018, menurut global statistik pada 2017, 36,9 Juta orang hidup dengan virus HIV termasuk didalamnya 1,8 Juta anak-anak kurang dari 15 tahun. Sepanjang sejarah penemuannya, tercatat 77,3 Juta orang terinfeksi HIV, sebanyak 35, 4 Juta orang sudah meninggal akibat sakit berkaitan dengan AIDS sejak penemuan pertama HIV[46].

Pada 2017, di seluruh dunia tercatat bahwa 3 dari 4 orang yang hidup dengan HIV mengetahui status HIV nya, 79% dari yang mengetahui status HIV nya mengakses pelayanan HIV, 81% dari yang mengakses pelayanan tersebut, telah berhasil meraih kondisi viral suppression[47]. 47% orang yang hidup dengan HIV telah berhasil meraih kondisi viral suppression tersebut[48].

Dalam konteks Asia dan Pasifik dimana Indonesia merupakan bagian dari Asia, secara umum transmisi HIV menujukkan trend yang agak sama dengan trend global[49].

No.	Presentasi Distribusi Infeksi baru HIV Berdasarkan Kelompok Populasi	Keterangan Asal Kelompok Populasi
1.	35%	Klien pekerja seks dan pasangan seksual lain dari populasi kunci
2.	29%	Laki-laki homoseksual ataupun laki-laki lain yang melakukan hubungan seksual dengan laki-laki
3.	16%	Populasi lain[50]
4.	14%	Orang yang menginjeksi narkotika/pengguna narkotika suntik (penasun)
5.	4%	Pekerja Seks
6.	2%	Transgender perempuan

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada populasi kunci, Infeksi baru HIV di wilayah Asia dan Pasifik berdasarkan laporan statistik 2017 dengan urutan dari paling tinggi ke paling rendah adalah pada 1) Klien pekerja seks dan pasangan seksual lain dari populasi kunci, 2) Laki-laki homoseksual ataupun laki-laki lain yang melakukan hubungan seksual dengan laki-laki, 3) Popuplasi lain yang tidak teridentifikasi perilaku beresikonya 4) Orang yang menginjeksi narkotika, 5) Pekerja Seks, 6) Transgender perempuan.

Dalam konteks Indonesia, penanganan dan pencatatan perkembangan HIV/AIDS di Indonesia sudah cukup memadai. Terkait dengan data, Kementerian Kesehatan sudah memiliki

[46] UNAIDS, *fact sheet – worldaidsday 2018*
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf, diakses pada 22 Desember 2018

[47] Viral Suppresion adalah kondisi dimana keadaan ketika virus masih terdapat di dalam tubuh, namun dapat diredam, mencapai pada titik yang tidak terdeteksi karena virus berhasil dikurangi dan kemampuannya untuk bereplikasi berhasil diredam

[48] UNAIDS, *fact sheet – worldaidsday 2018, op.cit*

[49] UNAIDS, *UNAIDS Data 2018, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf ,* diakses pada 22 Desember 2018.

[50] Tanpa keterangan jenis perilaku beresiko

pencacatan kasus dan infeksi HIV yang teraktualisasi melalui Sistem Informasi HIV/AIDS dan IMS (SIHA) yang dilaporkan per triwulan setiap tahunnya.

Dalam sistem website siha.depkes.go.id, update lengkap setahun terakhir yang tersedia adalah hingga Desember 2018 adalah Laporan Perkembangan HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksuall (IMS) Triwulan IV 2018.

Sejak pertama kali ditemukan di Indonesia pada 1987 di Provinsi Bali hingga Desember 2018, HIV/AIDS melalui SIHA telah dilaporkan oleh 460 (89,5%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia[51]. Hal ini mengalami peningkatan dari Laporan Triwulan IV pada 2017 pada Desember 2017 yang baru menjangkau 421 (81,9%) dari 514 kabupaten /kota di seluruh Indonesia[52].

Jumlah kasus HIV yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2018 mengalami kenaikan tiap tahunnya. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2018 sebanyak 327.282 (51,1 % dari estimasi odha tahun 2016 sebanyak 640.443).

No.	Tahun	Jumlah Kasus HIV
1.	s.d. 2005	859
2.	2006	7.195
3.	2007	6.048
4.	2008	10.362
5.	2009	9.793
6.	2010	21.591
7.	2011	21.031
8.	2012	21.511
9.	2013	29.037
10.	2014	32.711
11.	2015	30.935
12.	2016	41.250
13.	2017	48.300
14.	2018	46.659
	Total	**327.282**

Tabel 2.1. Jumlah Kasus HIV Per tahun

Jumlah kasus HIV yang ditemukan dan dilaporkan masih jauh dari jumlah kasus HIV yang diperkirakan. Estimasi ODHA tahun 2016 sebesar 640.443 sementara yang dilaporkan sampai dengan Desember 2018 sebanyak 327.282 (51,1%)[53].

Berdasarkan kategori perilaku resiko, terdapat trend perubahan kategori perilaku beresiko di Indonesia.

[51] Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kemenkes RI, *Surat Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Infeksi Menular Seksual (IMS) Triwulan IV Tahun 2018*, http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/Laporan_Triwulan_IV_2018.pdf, diakses pada 4 Juli 2019
[52] *ibid.*
[53] *Ibid.*

No	Faktor Risiko	Tahun								
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Penasun	2.780	3.299	2.461	2.675	1.794	802	938	832	409
2	Heteroseksual	6.623	10.668	10.825	14.793	12.511	9.873	17.754	10.779	9.133
3	LSL	506	1.040	1.514	3.287	3.858	4.241	13.063	11.630	9.522
4	Lain-lain	4.362	6.549	6.903	8.499	6.075	4.677	5.479	3.935	3.816
5	Tidak Diketahui					8.027	15.429	12.790	20.944	23.779

Tabel 2.2. Infeksi HIV Berdasarkan Perilaku Beresiko dari 2010 sampai dengan 2018

Perilaku beresiko yang secara umum penunjukkan trend penurunan adalah pada perilaku beresiko narkotika suntik atau penasun, sampai dengan 2010 tercatat dengan jumlah infeksi sebagai 2.780 orang sedangkan pada Desember 2018 menunjukkan angka hanya mencapai 409. Sedangkan kategori perilaku beresiko yang cenderung mengalami kenaikan secara umum adalah infeksi pada hubungan seksual antara lelaki (LSL) yang tercatat sampai dengan 2010 berjumlah 506 orang, sedangkan pada Desember 2017 mengalami peningkatan mencapai lebih dari 20 kali sampai dengan 11.630 orang, dan di Desember 2018 pada angka 9.133 orang.

Sepanjang pendataan dari Kementerian kesehatan, maka trend transmisi HIV berdasarkan perilaku beresikonya dari yang paling besar sampai dengan yang paling rendah adalah sebagai berikut:

1. Perilaku beresiko hubungan seksual heteroseksual: 102.959 orang tertransmisi HIV
2. Perilaku beresiko hubungan seksual laki-laki dengan laki-laki: 48.661 orang tertransmisi HIV
3. Perilaku beresiko penggunaan narkotika suntik: 15.990 orang tertransmisi HIV

Lain-lain: 50.295
Tidak diketahui: 80.969
Total: 298.874

Namun patut dipertanyakan keterangan lebih lanjut mengenai data ini, karena 80.969 orang dari 298.874 orang tercatat tidak diketahui perilaku beriskonya atau sekitar 27% nya, belum lagi soal penjelasan kategori “lain-lain” yang tidak jelas dalam laporan perkembangan tersebut apa pendefinisiannya.

Bab III

Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 tahun 2013 (selanjutnya disebut Permenkes No. 21/2013) adalah kerangka kebijakan yang diterbitkan Indonesia untuk menanggulangi HIV/AIDS. Tujuan diterbitkannya peraturan ini adalah untuk mengupayakan penanggulagan HIV dan AIDS secara terpadu, menyeluruh dan berkualitas. Sebelumnya upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia diatur dalam kebijakan yang cukup lama tidak diadakan pembaharuan yaitu melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1285/Menkes/SK/X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual, sehingga dinilai tidak lagi sesuai dengan kebutuhan hukum[54].

Dalam Permenkes 21/2013 ini, upaya Penanggulangan HIV ini meliputi pelayanan promotif, preventif, diagnosis, kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, angka kematian, membatasi penularan serta penyebaran penyakit agar wabah tidak meluas ke daerah lain serta mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan

Dalam aturan tersebut, termuat prinsip-prinsip dalam penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia diantaranya:

a. menghormati harkat dan martabat manusia serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender;
b. kegiatan dilakukan secara sistimatis dan terpadu, mulai dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan, perawatan dan dukungan bagi yang terinfeksi HIV (ODHA) serta orang-orang terdampak HIV dan AIDS;
c. melibatkan peran aktif populasi kunci dan ODHA serta orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS;
d. memberikan dukungan kepada ODHA dan orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS agar dapat mempertahankan kehidupan sosial ekonomi yang layak dan produktif.

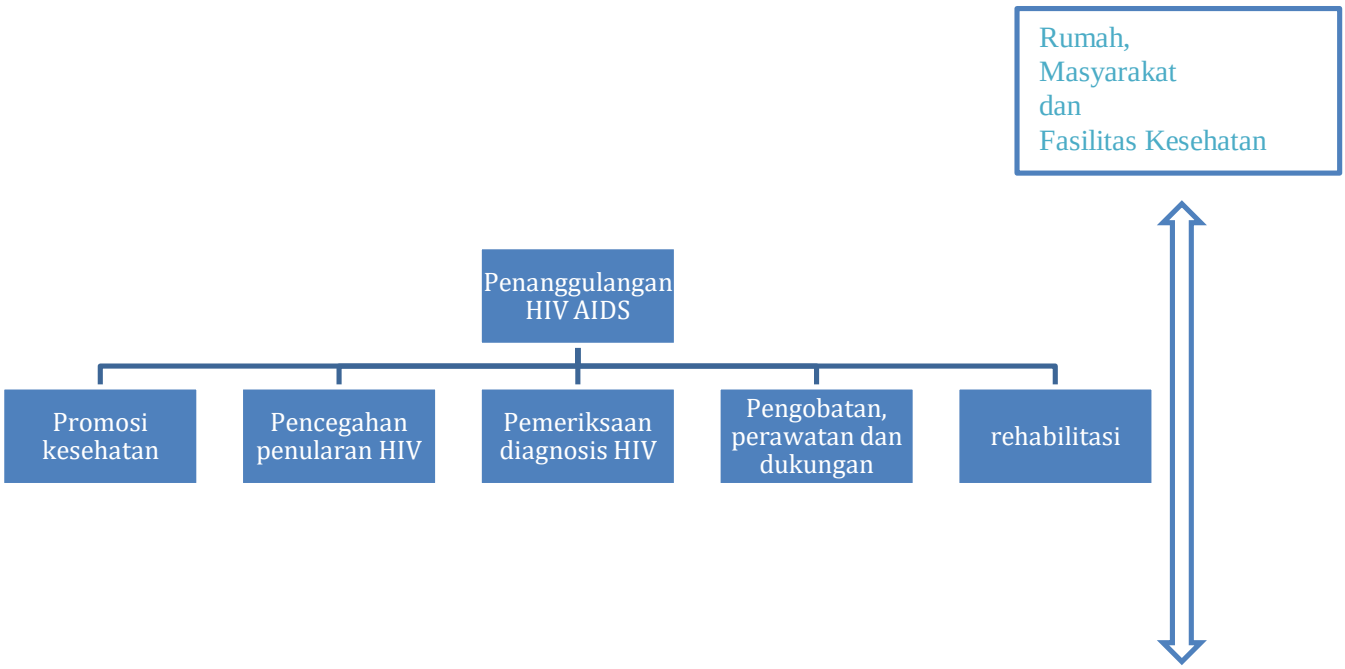
Selain itu juga ditetapkan komitmen 9 strategi yang dipergunakan untuk melakukan penanggulangan HIV/AIDS yang terdiri dari:

a. meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS melalui kerjasama nasional, regional, dan global dalam aspek legal, organisasi, pembiayaan, fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia;
b. memprioritaskan komitmen nasional dan internasional;
c. meningkatkan advokasi, sosialisasi, dan mengembangkan kapasitas;
d. meningkatkan upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang merata, terjangkau, bermutu, dan berkeadilan serta berbasis bukti, dengan mengutamakan pada upaya preventif dan promotif;
e. meningkatkan jangkauan pelayanan pada kelompok masyarakat berisiko tinggi, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan serta bermasalah kesehatan;
f. meningkatkan pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS;

[54] Peraturan Menteri Kesehatan No 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS

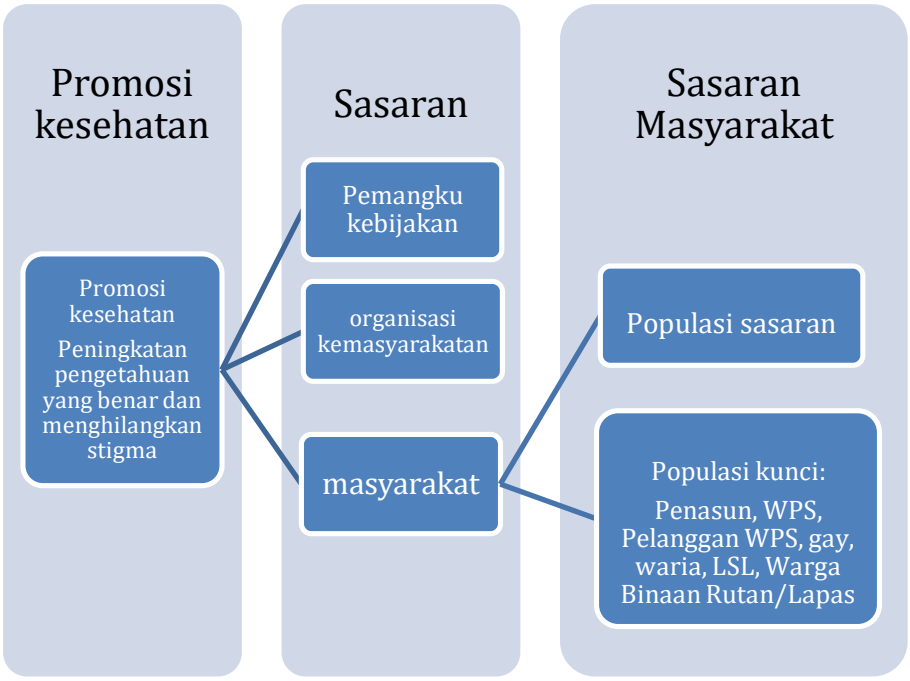
g. meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia yang merata dan bermutu dalam penanggulangan HIV dan AIDS;
h. meningkatkan ketersediaan, dan keterjangkauan pengobatan, pemeriksaan penunjang HIV dan AIDS serta menjamin keamanan, kemanfaatan, dan mutu sediaan obat dan bahan/alat yang diperlukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS; dan
i. meningkatkan manajemen penanggulangan HIV dan AIDS yang akuntabel, transparan, berdayaguna dan berhasilguna.

Rangkaian kegiatan penanggulangan HIV AIDS yang dikomitmenkan dalam Permenkes 21/2013 ini sebagai acuan penganggulangan HIV AIDS tergambar dalam bagan berikut:



Bagan 3.1. Upaya Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

3.1. Promosi Kesehatan



Bagan 3.2. Bagan Upaya Penanggulangan HIV/AIDS: Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan HIV dan menghilangkan stigma serta diskriminasi[55]. Promosi kesehatan dalam bentuk advokasi, bina suasana, pemberdayaan, kemitraan dan peran serta masyarakat sesuai dengan kondisi sosial budaya serta didukung kebijakan publik. Terdapat aspek penting yang dimuat dalam Permenkes 21/2013 ini, yaitu terkait dengan dukungan kebijakan publik.

Bentuk kegiatan promosi kesehatan penangulangan HIV/AIDS dilakukan dengan: iklan layanan masyarakat; kampanye penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko penularan penyakit; promosi kesehatan bagi remaja dan dewasa muda; peningkatan kapasitas dalam promosi pencegahan penyalahgunaan napza dan penularan HIV kepada tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan yang terlatih; dan program promosi kesehatan lainnya[56].

Bentuk promosi kesehatan juga dapat menjadi bagian dari pelayanan masyarakat, yaitu dalam bentuk pelayanan kesehatan peduli remaja, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, pemeriksaan asuhan antenatal, pelayanan kesehatan infeksi menular seksual, rehabilitasi napza; dan pelayanan kesehatan tuberkulosis[57].

Dalam bentuk promosi kesehatan dijelaskan mengenai masuknya promosi kesehatan HIV dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Maka menjadi penting untuk juga merujuk kebijakan kesehatan reproduksi dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya

[55] Pasal 10 ayat (1) Permenkes 23 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS
[56] Pasal 11 ayat (2) Permenkes 23 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS
[57] Pasal 11 ayat (3) Permenkes 23 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS

disebut UU 36/2009). Bahwa dalam konteks kesehatan reproduksi, disebutkan setiap orang berhak menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah, menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia, serta berhak memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan[58].

Dalam Pasal 73 UU 36/2009 dijelaskan bahwa Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana.

Terkait dengan kesehatan reproduksi, maka perlu untuk merujuk pada aturan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi yang diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (PP 61/2004). Salah satu yang perlu dicermati terkait dengan promosi kesehatan HIV/AIDS yang mungkin agak berbeda dengan yang akan dijelaskan berikutnya adalah terkait dengan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Bahwa PP ini mengatur pentingnya pemberian layanan kesehatan reproduksi bagi remaja, yang dilaksanakan melalui pemberian: a. komunikasi, informasi, dan edukasi; b. konseling; dan/atau c. pelayanan klinis medis.

Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi meliputi materi: a. pendidikan keterampilan hidup sehat; b. ketahanan mental melalui ketrampilan sosial; c. sistem, fungsi, dan proses reproduksi; d. perilaku seksual yang sehat dan aman; e. **perilaku seksual berisiko dan akibatnya;** f. keluarga berencana; dan **g. perilaku berisiko lain atau kondisi kesehatan lain yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi.** Salah satu upaya intervensi perilaku seks aman tersebut dilakukan dengan penggunaan kontrasepsi, dalam Pasal 21 (1) PP 61/2014 dijelaskan bahwa Pelayanan kontrasepsi diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Sasaran promosi kesehatan dalam penanggulangan HIV/AIDS ini disebutkan untuk antara lain pembuat kebijakan, sektor swasta, organisasi kemasyarakatan dan masyarakat. Dalam kebijakan penanggulangan HIV/AIDS masyarakat dibagi menjadi dua, yaitu populasi sasaran dan populasi kunci[59]. Populasi kunci diakui keberadaannya dalam kebijakan penanggulangan HIV/AIDS, yaitu pengguna napza suntik (penasun), Wanita Pekerja Seks (WPS) langsung maupun tidak langsung, pelanggan/pasangan seks WPS, gay, waria, dan Laki pelanggan/ pasangan Seks dengan sesama Laki (LSL) dan warga binaan lapas/rutan.

Salah satu aspek penting terkait dengan promosi kesehatan yang dijelaskan adalah mengenai dukungan kebijakan publik, dalam kerangka pencegahan penularan HIV juga diperlukan peranan pemangku kepentingan, peningkatan peran pemangku kepentingan ditujukan untuk menciptakan tatanan sosial di lingkungan populasi kunci yang kondusif.

[58] Pasal 72 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
[59] Pasal 10 ayat (5) Permenkes 23 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS

3.2. Pencegahan Penularan HIV

Kebijakan yang dianut oleh Indonesia terkait dengan pencegahan penularan HIV terbagi menjadi 3 jenis upaya yaitu: pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual, pencegahan penularan HIV melalui hubungan non seksual dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anaknya.

3.2.1. Pencegahan HIV Melalui Hubungan Seksual

Pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual merupakan berbagai upaya untuk mencegah seseorang terinfeksi HIV dan/atau penyakit IMS lain yang ditularkan melalui hubungan seksual. Terdapat 4 kegiatan terintegrasi pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual yang terdiri dari peningkatan peran pemangku kepentingan, intervensi perubahan perilaku, manajemen pasokan perbekalan kesehatan pencegahan; dan penatalaksanaan IMS (infeksi menular seksual)[60].

Sedangkan yang dimaksud dengan Intervensi perubahan perilaku ditujukan untuk memberi pemahaman dan mengubah perilaku kelompok secara kolektif dan perilaku setiap individu dalam kelompok sehingga kerentanan terhadap HIV berkurang. Manajemen pasokan perbekalan kesehatan ditujukan untuk menjamin tersedianya perbekalan kesehatan pencegahan yang bermutu dan terjangkau. Penatalaksanaan IMS ditujukan untuk menyembuhkan IMS pada individu dengan memutus mata rantai penularan IMS melalui penyediaan pelayanan diagnosis dan pengobatan serta konseling perubahan perilaku.

Yang menjadi penting untuk diperhatikan bahwa dalam Permenkes 21/2013 ini, dinyatakan bahwa Pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual dilaksanakan terutama di tempat yang berpotensi terjadinya hubungan seksual berisiko, namun Permenkes 21/2013 ini tidak menjelaskan lebih lanjut mengenai tempat yang berpotensi terjadinya hubungan seksual beresiko tersebut.

Pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual dilakukan melalui 6 upaya,yaitu a). tidak melakukan hubungan seksual (*Abstinensia*) bagi yang belum menikah; b). setia dengan pasangan (*Be Faithful*) tetap yang diketahui tidak terinfeksi HIV; c). menggunakan kondom secara konsisten (*Condom use*); d). menghindari penyalahgunaan obat/zat adiktif (*no Drug*); e). meningkatkan kemampuan pencegahan melalui edukasi termasuk mengobati IMS sedini mungkin (*Education*); dan f). melakukan pencegahan lain, antara lain melalui sirkumsisi atau sunat.

Pada hakikatnya yang dipromosikan adalah tidak melakukan hubungan seksual untuk yang belum menikah, namun dalam Permenkes 21/2013 ini, diakui bahwa terdapat kondisi dimana terjadi hubungan seksual walaupun pada orang yang belum menikah, Permenkes 21/2013 ini mengupayakan penggunaan kondom secara konsisten[61], termasuk apabila berhubungan seks dengan pasangan yang telah terinfeksi HIV dan/atau IMS.

[60] Pasal 13 ayat (3) Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS
[61] Pasal 14 ayat (4) Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS

Bagan 3.3. Upaya Pencegahan Penularan HIV melalui Hubungan Seks

3.2.2. Pencegahan Penularan HIV Melalui Hubungan Non Seksual

Dalam Permenkes 21/2013 dijelaskan mengenai komitmen pencegahan HIV melalui hubungan non seksual yang berarti mencegah penularan HIV melalui darah[62] yang terbagi menjadi 3 jenis kegiatan, yaitu uji saring darah pendonor, pencegahan infeksi HIV pada tindakan medis atau non medis yang melukai tubuh yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan pengurangan dampak buruk penggunaan napza suntik.

b. Uji Saring Darah

Pencegahan HIV melalui uji saring darah diatur dalam standar pelayanan darah dalam Pasal 89 UU 36/2009. Aturan pelaksana dari pelayanan darah diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah (PP 7/2011). Dalam Pasal 11 ayat (1) PP 7/2011 tersebut dijelaskan bahwa tenaga kesehatan wajib melakukan uji saring darah untuk mencegah penularan penyakit, uji saring darah tersebut juga meliputi pencegahan penularan penyakit HIV/AIDS[63]. Kententuan lanjutan mengenai standar uji saring darah kemudian diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 91 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah (Permenkes 91/2015), yang pada Pasal 5 Permenkes tersebut memberikan kewenangan pada Menteri, Kepala Badan Pengawasan Obat dan Makanan, Gubernur dan/atau Bupati/Walikota untuk dapat memberikan tindakan administratif kepada Unit Transfusi Darah (UTD) dan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) dan tenaga kesehatan yang melakukan pelanggaran dalam standar transfusi darah.

Dalam Standar tersebut dijelaskan bahwa terdapat prinsip dari distribusi darah, yang salah satunya menjelaskan bahwa darah yang distribusikan harus bebas dari sedikitnya empat

[62] Pasal 15 ayat (2) Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS
[63] Pasal 11 ayat (1) PP No. 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah

penyakit menular (HIV, HBsAg, HCV, dan Sifilis) yang ditunjukkan dengan hasil uji saring Infeksi Menular Melalui Transfusi Darah (IMLTD) non reaktif menggunakan metoda uji saring dan reagen IMLTD yang telah divalidasi dan disetujui[64]. Berdasarkan Permenkes 91/2015 tersebut, saat ini setiap tahun rata-rata sekitar 3% dari darah donor yang dikumpulkan oleh UTD tidak dapat dipergunakan untuk transfusi disebabkan hasil uji saring IMLTD repeated reactive terhadap anti-HIV, HBsAg, anti-HCV dan TPHA. Hasil repeated reactive (RR) menunjukan hasil ulangan uji saring serologi kedua kalinya secara induplicate pada sampel darah donor yang initial reactive (IR), dimana salah satu atau kedua hasil menunjukkan reaktif.

Permenkes 91/2015 ini juga mengacu pada Permenkes 21/2013, tercatum bahwa UTD harus melakukan pemeriksaan ulang pada hasil pemeriksaan yang IR, dan dalam hal hasil pemeriksaan ulang tetap reaktif, UTD harus memberikan surat pemberitahuan disertai dengan anjuran untuk melakukan konseling pasca uji saring darah. Lebih lanjut, Peraturan Pemerintah No. 7 Tahun 2011 [65] tentang Pelayanan Transfusi Darah menekankan pentingnya pemberitahuan kepada pendonor atas hasil uji saring darah yang RR melalui konseling dan rujukan pendonor darah ke Rumah Sakit untuk mendapatkan pemeriksaan diagnostik dan penanganan selanjutnya[66].

c. Pengurangan Dampak Buruk bagi Pengguna Napza Suntik

Sedangkan upaya lainnya pencegahan HIV melalui hubungan non seksual adalah dengan upaya pengurangan dampak buruk pada pengguna napza suntik, dalam Pasal 15 ayat (5) Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dijelaskan bahwa upaya pengurangan dampak buruk bagi Pengguna Napza Suntik meliputi:

a. program layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial;
b. mendorong pengguna napza suntik khususnya pecandu opiat menjalani program terapi rumatan;
c. mendorong pengguna napza suntik untuk melakukan pencegahan penularan seksual; dan
d. layanan konseling dan tes HIV serta pencegahan/imunisasi hepatitis.

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pengurangan dampak buruk penggunaan napza suntik diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 55 tahun 2015 tentang Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna Napza Suntik (Permenkes 55/2015). Dalam Pasal 2 dijelaskan bahwa Pengaturan Pengurangan Dampak Buruk Pada Penasun bertujuan untuk mengurangi jumlah angka kesakitan dan kematian penyakit HIV dan AIDS akibat penggunaan Napza suntik serta meningkatkan kualitas hidup ODHA. Penasun dalam upaya ini merupakan pusat dari intervensi dan diposisikan sebagai individu yang membutuhkan akses layanan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai warga negara Indonesia, sekaligus komponen kunci keberhasilan program melalui keterlibatan aktif di dalam penyelenggaraannya[67].

[64] Permenkes No 91 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah, Lampiran, hal. 161
[65] Pasal 9 ayat (4) PP No 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah
[66] Permenkes No 91 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah, Lampiran, hal. 181
[67] Permenkes No 55 tahun 2015, lampiran, ruang lingkup pelaksanaan, hal. 18

Strategi yang digunakan dalam pengurangan dampak buruk bagi penasun dilakukan dengan penyediaan layanan berbasis hak, mengoptimalkan modalitas penyediaan layanan, menciptakan kondisi yang kondusif bagi pelaksanaan pengurangan dampak buruk bagi penasun dan pelayanan secara terintegrasi, komprehensif dan berkesinambungan. Yang cukup menarik adalah mengenai strategi yang harus menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pelaksanaan pengurangan dampak buruk, dalam lampiran Permenkes 55/2015 ini diakui bahwa faktor sosial, ekonomi, politik dan budaya juga berpengaruh terhadap kerentanan penularan HIV pada Penasun dan pasangannya[68]. Pengembangan lingkungan yang kondusif dalam program pengurangan dampak buruk pada Penasun atau intervensi struktural diharapkan dapat mengurangi hambatan struktural terhadap akses pelayanan pencegahan, perawatan dan pengobatan. Melalui intervensi struktural, diharapkan kualitas pelayanan terkait dengan HIV dan AIDS dan dukungan sosial terhadap penanggulangan HIV dan AIDS semakin meningkat[69].

Diakui juga dalam Permenkes 55/2015 ini bahwa salah satu hal penting yang harus dipastikan untuk menjamin efektivitas pengurangan dampak buruk penasun, maka sangat diperlukan kegiatan penjangkauan atau outreach. Intervensi ini merupakan pondasi yang sangat efektif untuk mengakses kelompok-kelompok Penasun yang tersembunyi. Ini berarti bahwa lewat hal penting berupa keterjangkauan, maka penasun sebisa mungkin dapat dijangkau oleh tenaga kesehatan.

Adapun yang termasuk ke dalam kegiatan pelaksaanaan pengurangan dampak buruk pada penasun meliputi:

b.1. Layanan Alat Suntik Steril dengan Konseling Perubahan Perilaku Serta Dukungan Psikososial

Layanan alat suntik dan konseling perubahan perilaku ini dilakukan oleh puskesmas yang memiliki layanan pengurangan dampak buruk pada penasun yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota setempat dan lembaga swadaya masyarakat dan organisasi masyarakat yang menyelenggarakan kegiatan pengurangan dampak buruk pada penasun yang harus bekerja sama dengan puskesmas [70] Dalam Permenkes 55/2015 ini, maksud dari pelayanan alat suntik steril dan konseling perubahan perilaku adalah untuk untuk melakukan upaya promosi kepada Penasun untuk berhenti menggunakan Napza [71]. Namun dalam kerangka ini juga diakui bahwa tidak serta merta penasun dapat berhenti menggunakan napza, dan diakui juga bahwa menghentikan penggunaan napza tidak mudah dilajukan secara cepat[72], dalam hal tersebut dimana penasun belum dapat berhenti menggunakan napza, upaya promosi yang dilakukan dengan melakukan upaya untuk mendorong tidak menggunakan napza suntik atau mendorong penggunaan alat suntik steril.

[68] Lampiran Permenkes No. 55 tahun 2015, hal.13
[69] *Ibid.*
[70] Pasal 6 ayat (1) Permenkes No. 55 tahun 2015
[71] Pasal 5 ayat (1) Permenkes No. 55 tahun 2015
[72] Permenkes No. 55 tahun 2015, lampiran, ruang lingkup pelaksanaan hal. 18

Penyediaan peralatan tersebut disertai dengan pemberian informasi tentang dampak buruk Napza dan HIV-AIDS, rujukan kepada layanan medis, hukum dan sosial dalam rangka peningkatan kesadaran terhadap perilaku berisiko serta dukungan terhadap perubahan perilaku pada Penasun sehingga terhindar dari infeksi HIV dan mau mengakses layanan kesehatan terkait HIV-AIDS yang dibutuhkan. Layanan Alat Suntik Steril (LASS) juga mengupayakan berhentinya peredaran jarum suntik bekas di kalangan Penasun serta lingkungannya dengan mendorong mekanisme penukaran jarum bekas pakai dengan jarum steril[73].

Untuk mencapai tujuan ini diperlukan kegiatan-kegiatan yang harus dilakukan yaitu dengan kegiatan penjangkauan dan pendampingan kepada Penasun; konseling kepada Penasun untuk pengurangan risiko; dan penyediaan paket pencegahan melalui alat suntik steril[74]. Segala jenis kegiatan yang dilakukan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan Penasun mengenai dampak buruk penggunaan Napza; mendekatkan Penasun kepada layanan lainnya dalam upaya meningkatkan kualitas hidup fisik, mental, dan sosial dari Penasun; dan menghentikan beredarnya jarum suntik bekas pakai yang berpotensi menularkan HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C.

b.2. Terapi Rumatan Opioida dan Terapi Ketergantungan Napza Lainnya

Dalam Permenkes 55/2015 dinyatakan bahwa fokus terapi ketergantungan Napza suntik adalah menyediakan berbagai jenis pilihan, yang dapat mendukung proses pemulihan melalui berbagai keterampilan yang diperlukan dan mencegah kekambuhan (relapse). Tingkatan layanan bervariasi, tergantung dari derajat keparahan dan seberapa intensif terapi diperlukan, karena diakui bahwa pada sebagian orang di berbagai penjuru dunia, mengisap opium atau heroin, atau menyuntik heroin, tidak harus menjadi kecanduan terhadap zat-zat tersebut[75]. Bagi sebagian besar orang yang menggunakan jenis Napza suntik di atas, terdapat sebuah periode waktu dimana menggunakan Napza suntik tanpa berakibat kecanduan[76]. Adapun bentuk terapi ketergantungan Napza suntik antara lain:

a. Terapi Rumatan Opioida yang menggunakan Metadona melalui Terapi Rumatan Metadona (TRM) dan Buprenorfina melalui Terapi Rumatan Buprenorfina (TRB).
b. Terapi Ketergantungan Napza Lainnya melalui Detoksifikasi dan Terapi Putus Zat, Terapi terhadap Kondisi Gawat Darurat, Terapi Komordibitas Fisik dan Psikiatri, Terapi Rawat Jalan, Rehabilitasi Rawat Inap

[73] Permenkes No. 55 tahun 2015, lampiran, pelaksanaan, Program Layanan Alat Suntik Steril (LASS) Dengan Konseling Perubahan Perilaku serta Dukungan Psikososial, hal. 18
[74] Pasal 5 ayat (3), Permenkes No. 55 tahun 2015
[75] Lampiran, Permenkes No. 55 tahun 2015, hal. 24
[76] *ibid.*

b.3. Program Pencegahan Penularan Seksual

Terdapat isu mendasar antara hubungan penggunaan narkotika atau napza suntik yang memberikan resiko transmisi HIV dengan perilaku seks beresiko yang juga memberikan resiko transmisi HIV[77], bahwa pengguna narkotika suntik lebih beresiko terikat dalam perilaku seks beresiko. Tujuan program pencegahan penularan seksual adalah untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap yang dapat mendorong perilaku seksual yang aman untuk mengurangi risiko terinfeksi HIV serta untuk menyediakan dan memberikan informasi yang benar dan tepat guna[78].

Maka dalam program ini perlu dipromosikan perilaku seks aman. Upaya mempromosikan perilaku seks yang aman dibagi menjadi 3 yaitu[79]:

(1) Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang diarahkan khusus kepada Penasun dan pasangan seksualnya: KIE dikembangkan untuk menyediakan informasi mengenai HIV dan AIDS dan penyedia layanan terkait, pengurangan dampak buruk Napza suntik, risiko penularan HIV (penggunaan bersama peralatan menyuntik dan hubungan seksual), kesehatan reproduksi dan isu lain yang berhubungan dengan permasalahan kesehatan Penasun. Media KIE dapat berupa media massa elektronik, media cetak yang mudah diakses atau dibagikan pada Penasun di tempat-tempat mereka berkumpul.

(2) Promosi kondom untuk Penasun dan pasangan seksualnya: Penggunaan kondom secara konsisten ini sangat didorong bagi Penasun yang telah diketahui HIV positif agar tidak menularkan HIV kepada pasangan seksualnya.

(3) Pencegahan dan pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS). Pencegahan penularan IMS dilakukan melalui pemberian informasi yang lengkap dan tepat mengenai kesehatan reproduksi dan seksual, penularan dan cara penanganan IMS, manfaat kondom sebagai alat pencegahan, promosi serta rujukan ke layanan pengobatan IMS

[77] Di Indonesia terdapat penelitian terhadap 172 penasun di Provonsi Jawa Tengah, Dari hasil temuan penelitian diketahui sebanyak 25,0% responden tidak melakukan hubungan seks selama setahun terakhir, dari75% responden yang melakukan hubungan seks, sebagian besar melakukan seks dengan pasangan tetap (istri/suami/pacar). Saat hubungan seks yang terakhir mayoritas dari mereka yaitu sebesar 75,2% tidak menggunakan kondom pada saat berhubungan seks, dalam Amalia Eka Cahyani , Bagoes Widjanarko , Budi Laksono, *Gambaran Perilaku Berisiko HIV pada Pengguna Napza Suntik di Provinsi Jawa Tengah,* Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 10 / No. 1 / Januari 2015, hal. 12, secara internasional, 246 pengguna narkoba dari Denver, Miami, dan San Francisco diperiksa, terjadi peningkatan risiko untuk HIV melalui transmisi seksual dikaitkan dengan penggunaan kokain, terutama di antara mereka sebagai penasun. Penasun *crack smoking* cenderung melaporkan seks dengan sesama penasun, menukar seks untuk narkotika dan / atau uang, menggunakan narkotika sebelum atau selama berhubungan seks, dan hubungan seksual tanpa kondom, dalam Robert E. Booth, John K Watters, Dale D. Chitwood, *HIV Risk-Related Sex Behaviors among Injection Drug Users, Crack Smokers, and Injection Drug Users Who Smoke Crack* dalam *American Journal of Public Health*, Edisi August, Vol. 83, No. 8, 1993, hal. 1144

[78] Lampiran Permenkes No. 55 tahun 2015, hal. 32

[79] Lampiran Permenkes No. 55 tahun 2015, hal. 31-37

3.2.3. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anaknya (PPIA)

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anaknya (PPIA) dilaksanakan melalui 4 (empat) kegiatan yang meliputi: a. pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduktif; b. pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV; c. pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya; dan d. pemberian dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya[80].

Pedoman pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak selanjutnya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 51 tahun 2013 (Permenkes 51/2013). Latar belakang terbitnya peraturan ini adalah dikarenakan dari tahun ke tahun jumlah perempuan yang terinfeksi HIV semakin banyak seiring dengan meningkatnya jumlah laki-laki yang melakukan hubungan seksual tidak aman yang selanjutnya menularkan pada pasangan seksualnya[81].

Data dari Kementerian Kesehatan di 2011 menunjukkan dari 21.103 ibu hamil yang menjalani tes HIV, 534 (2,5%) di antaranya positif terinfeksi HIV. Hasil Pemodelan Matematika Epidemi HIV Kementerian Kesehatan pada 2012 menunjukkan prevalensi HIV pada populasi usia 15-49 tahun dan prevalensi HIV pada ibu hamil di Indonesia diperkirakan akan meningkat[82].

Kegiatan pertama terkait dengan pencegahan tramisi HIV ibu ke anak dilakukan dengan pencegahan primer, artinya mencegah penularan HIV pada perempuan usia produktif, mencegah penularan HIV dari ibu ke anak secara dini, yaitu baik sebelum terjadinya perilaku hubungan seksual berisiko atau bila terjadi perilaku seksual berisiko maka penularan masih bisa dicegah, termasuk mencegah ibu dan ibu hamil agar tidak tertular oleh pasangannya yang terinfeksi HIV. Upaya pencegahan ini tentunya harus dilakukan dengan penyuluhan dan penjelasan yang benar terkait penyakit HIV dan AIDS, dan penyakit IMS dan di dalam koridor kesehatan reproduksi, yang dilakukan dengan menyebarluaskan KIE untuk a. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang cara menghindari penularan HIV dan IMS b. Menjelaskan manfaat mengetahui status atau tes HIV sedini mungkin c. Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan tentang tata laksana ODHA perempuan d. Meningkatkan keterlibatan aktif keluarga dan komunitas untuk meningkatkan pengetahuan komprehensif HIV dan IMS. Yang paling penting untuk dicatat, Informasi tentang Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak juga penting disampaikan kepada masyarakat luas sehingga dukungan masyarakat kepada ibu dengan HIV dan keluarganya semakin kuat.

Tidak hanya terkait dengan intervensi kepada individual, program pencegahan juga dilakukan dengan melakukan mobilisasi masyarakat yaitu a. Melibatkan petugas lapangan (seperti kader kesehatan/PKK, Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB), atau posyandu) sebagai pemberi informasi pencegahan HIV dan IMS kepada masyarakat dan untuk membantu klien mendapatkan akses layanan kesehatan b. Menjelaskan tentang cara pengurangan risiko penularan HIV dan IMS, termasuk melalui penggunaan kondom dan alat suntik steril c. Melibatkan komunitas, kelompok dukungan sebaya, tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam menghilangkan stigma dan diskriminasi.

---

[80] Pasal 16 Permenkes No 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS

[81] Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu ke Anak, hal. 1

[82] *Ibid.*

Pencegahan juga jelas dilakukan kepada ODHA perempuan. ODHA perempuan disarankan untuk mendapatkan akses layanan yang menyediakan informasi dan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Konseling yang berkualitas, penggunaan alat kontrasepsi yang aman dan efektif serta penggunaan kondom secara konsisten akan membantu perempuan dengan HIV agar melakukan hubungan seksual yang aman, serta menghindari terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan[83].

Sejalan dengan kemajuan pengobatan HIV dan intervensi PPIA, ibu dengan HIV dapat merencanakan kehamilannya dan diupayakan agar bayinya tidak terinfeksi HIV. Petugas kesehatan harus memberikan informasi yang lengkap tentang berbagai kemungkinan yang dapat terjadi, terkait kemungkinan terjadinya penularan, peluang anak untuk tidak terinfeksi HIV. Dalam konseling perlu juga disampaikan bahwa perempuan dengan HIV yang belum terindikasi untuk terapi ARV bila memutuskan untuk hamil akan menerima ARV seumur hidupnya[84]. Dalam pedoman ini juga dikatakan bahwa walau ibu/pasangannya sudah mendapatkan ARV namun penggunaan kondom harus tetap dilakukan setiap hubungan seksual untuk pencegahan penularan HIV pada pasangannya.

Kegiatan ketiga terkait dengan pencegahan HIV dari ibu ke anak adalah Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya. Pelayanan pencegahan ini melalui kegiatan 1. Layanan *AnteNatal Care* (ANC)[85] terpadu termasuk penawaran dan tes HIV; 2. Diagnosis HIV 3. Pemberian terapi antiretroviral; 4. Persalinan yang aman; 5. Tata laksana pemberian makanan bagi bayi dan anak; 6. Menunda dan mengatur kehamilan; 7. Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak; 8. Pemeriksaan diagnostik HIV pada anak. Kegiatan tersebut harus dilakukan secara berkesinambungan dan komprehensif.

Kegiatan keempat adalah terkait dengan Pemberian Dukungan Psikologis, Sosial dan Perawatan kepada Ibu dengan HIV beserta Anak dan Keluarganya. Upaya Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak tidak berhenti setelah ibu melahirkan. Ibu akan hidup dengan HIV di tubuhnya. Ia membutuhkan dukungan psikologis, sosial dan perawatan sepanjang waktu. Hal ini terutama karena si ibu akan menghadapi masalah stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHA. Faktor kerahasiaan status HIV ibu sangat penting dijaga.

Dalam kerangka kebijakan tentang Penggulangan HIV/AIDS yang diatur dalam Permenkes 21/2013 juga diatur mengenai peran serta masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS, dengan asas yang diatur dalam Pasal 50 Permenkes 21/2013 yang menyebutkan bahwa **Setiap orang harus berpartisipasi secara aktif untuk mencegah dan menanggulangi epidemi HIV.**

Masyarakat berperan dalam penanggulangan HIV salah satu cara yaitu dengan mencegah terjadinya stigma dan diskrimasi terhadap orang terinfeksi HIV dan keluarga, serta terhadap komunitas populasi kunci, bahwa komunitas populasi kunci yang rentan terhadap stigma di masyarakat dalam kebijakan penanggulangan HIV AIDS di Indonesia harus tetap diakui sebagai bagian dari masyarakat.

---

[83] *Ibid,* hal. 21

[84] *Ibid,* hal. 21-22

[85] Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh dokter atau bidan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik dari ibu hamil.

Cara-cara untuk mencegah stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV serta populasi kunci yang diatur dalam kebijakan penanggulangan HIV/AIDS Indonesia adalah dengan:[86]

a. memahami dengan benar dan lengkap mengenai cara penularan HIV dan pencegahannya;
b. memberdayakan orang terinfeksi HIV sebagaimana anggota masyarakat lainnya; dan
c. mengajak semua anggota masyarakat untuk tidak mendiskriminasi orang terinfeksi HIV baik dari segi pelayanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan dan semua aspek kehidupan.

3.3. Pemeriksaan Diagnosis HIV

Pemeriksaan diagnosis HIV dilakukan untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penularan atau peningkatan kejadian infeksi HIV. Pemeriksaan diagnosis HIV dilakukan melalui KTS (Konseling dan Tes HIV Sukarela) atau TIPK (Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling).

KTS hanya dilakukan dalam hal pasien memberikan persetujuan secara tertulis[87]. Sedangkan TIPK harus dianjurkan sebagai bagian dari standar pelayanan bagi:

a) setiap orang dewasa, remaja dan anak-anak yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan tanda, gejala, atau kondisi medis yang mengindikasikan atau patut diduga telah terjadi infeksi HIV terutama pasien dengan riwayat penyakit tuberculosis dan IMS;
b) asuhan antenatal pada ibu hamil dan ibu bersalin;
c) bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan infeksi HIV;
d) anak-anak dengan pertumbuhan suboptimal atau malnutrisi di wilayah epidemi luas, atau anak dengan malnutrisi yang tidak menunjukan respon yang baik dengan pengobatan nutrisi yang adekuat; dan
e) laki-laki dewasa yang meminta sirkumsisi/ sunat sebagai tindakan pencegahan HIV.

Peraturan yang berkaitan dengan pemeriksaan diagnosis HIV ini salah satunya adalah Surat Edaran Kementerian Kesehatan HK.02.02/I/1564/2018 10 Juli 2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eleminsasi HIV AIDS 2030. Surat Edaran ini memuat siapa saja yang dimintakan untuk melakukan pemeriksaan atas inisiatif petugas. Dalam surat edaran ini dijelaskan bahwa pemeriksaan HIV dilakukan dengan berfokus pada ibu hamil, bayi yang lahir dari ibu dengan HIV, anak dengan gelaja infeksi oportunistik, pasien Infeski Menular Seks (IMS), pasien TBC, pasien hepatitis, populasi kunci: penjaja seks, laki-laki berhubungan seksual dengan laki-laki, waria, pengguna napza suntik dan warga binaan pemasyarakatan), pasangan dengan HIV/AIDS.

Pada wilayah epidemi meluas[88], TIPK harus dianjurkan pada semua orang yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan sebagai bagian dari standar pelayanan.

[86] Pasal 51 ayat (4) Permenkes No 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS
[87] Pasal 23 ayat (2) Permenkes No 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS
[88] Yang dimaksud sebagai wilayah epidemi meluas berdasarkan Surat Edaran Kementerian Kesehatan HK.02.02/I/1564/2018 10 Juli 2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eliminasi HIV AIDS tahun 2030 adalah provinsi Papua dan Papua Barat

3.4. Pengobatan Perawatan dan Dukungan

Dalam hukum di Indonesia, terdapat jaminan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan dilarang menolak pengobatan dan perawatan ODHA[89]. Setiap orang terinfeksi HIV wajib mendapatkan konseling pasca pemeriksaan diagnosis HIV, diregistrasi secara nasional dan mendapatkan pengobatan.

Pengobatan HIV bertujuan untuk mengurangi risiko penularan HIV, menghambat perburukan infeksi oportunistik dan meningkatkan kualitas hidup pengidap HIV. Pengobatan HIV harus dilakukan bersamaan dengan penapisan dan terapi infeksi oportunistik, pemberian kondom dan konseling. Pengobatan AIDS bertujuan untuk menurunkan sampai tidak terdeteksi jumlah virus (viral load) HIV dalam darah dengan menggunakan kombinasi obat ARV.

Pengobatan ARV diberikan setelah mendapatkan konseling, mempunyai pengingat minum obat (PMO) dan pasien setuju patuh terhadap pengobatan seumur hidup. Pengobatan ARV diindikasikan bagi: a). pengidap HIV yang telah menunjukkan stadium klinis 3 atau 4 atau jumlah sel Limfosit T CD4 kurang dari atau sama dengan 350 sel/mm3; b). ibu hamil dengan HIV; dan c. pengidap HIV dengan tuberkulosis.

Terkait dengan pengobat ARV dapat dilihat lebih lanjut dalam Permekes No. 87 tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroveral (Permenkes 87/2014) dimana Pasal 2 Permenkes 87/2014 menyebutkan bahwa yang juga menerima obat ARV adalah pengidap HIV pada populasi kunci.

Dalam Permenkes 87/2014 ini diatur sebagai pedoman bahwa sesuai dengan perkembangan program serta inisiatif SUFA (*Strategic Use Of Antiretroviral*) maka tes HIV juga harus ditawarkan secara rutin setiap 6 bulan sekali kepada: Populasi Kunci (Pekerja seks, Penasun, LSL, Waria) dan diulang minimal setiap 6 bulan, terkait dengan penatalaksaan IMS juga perlu dilakukan skrining IMS secara rutin bagi populasi kunci, program skrining sebaiknya tersedia untuk kelompok populasi kunci saat awal datang dan dapat diulang selama masih melakukan perilaku berisiko, yaitu perilaku: memiliki pasangan seksual lebih dari 1 dalam 1 bulan terakhir, berhubungan seksual dengan penjaja seks dalam 1 bulan terakhir, mengalami 1 atau lebih episode IMS dalam 1 bulan terakhir dan perilaku pasangan seksual berisiko tinggi.

Terdapat juga jaminan bahwa setiap ibu hamil dengan HIV berhak mendapatkan pelayanan persalinan di semua fasilitas pelayanan kesehatan[90]. Pelayanan persalinan memperhatikan prosedur kewaspadaan standar dan tidak memerlukan alat pelindung diri khusus bagi tenaga kesehatan penolong persalinan.

Mengenai perawatan dan dukungan HIV dan AIDS harus dilaksanakan dengan pilihan pendekatan sesuai dengan kebutuhan: terdiri dari perawatan berbasis fasilitas pelayanan kesehatan; dan perawatan rumah berbasis masyarakat (Community Home Based Care).

[89] Pasal 30 ayat (1) Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS
[90] Pasal 35 ayat (1) Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS

Perawatan dan dukungan HIV dan AIDS harus dilakukan secara holistik dan komprehensif yang meliputi[91]: a). tatalaksana gejala; b). tata laksana perawatan akut; c). tatalaksana penyakit kronis; d). pendidikan kesehatan; e). pencegahan komplikasi dan infeksi oportunistik; f). perawatan paliatif, g). dukungan psikologis kesehatan mental, dukungan sosial ekonomi, dan pemberdayaan masyarakat untuk membina kelompok-kelompok dukungan; dan h). evaluasi dan pelaporan hasil.

Perawatan berbasis fasilitas pelayanan kesehatan merupakan perawatan yang ditujukan kepada orang terinfeksi HIV dengan infeksi oportunistik sehingga memerlukan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan. Perawatan rumah berbasis masyarakat (Community Home Based Care) merupakan bentuk perawatan yang diberikan kepada orang terinfeksi HIV tanpa infeksi oportunistik, yang memilih perawatan di rumah, bertujuan untuk mencegah infeksi, mengurangi komplikasi, mengurangi rasa sakit/tidak nyaman, meningkatkan penerimaan diri menghadapi situasi dan memahami diagnosis, prognosis dan pengobatan, serta meningkatkan kemandirian untuk mencapai hidup yang berkualitas[92].

3.5. Rehabilitasi

Rehabilitasi pada kegiatan Penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan terhadap setiap pola transmisi penularan HIV pada populasi kunci terutama pekerja seks dan Pengguna Napza Suntik[93].

Rehabilitasi pada kegiatan Penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan melalui rehabilitasi medis dan sosial ditujukan untuk mengembalikan kualitas hidup untuk menjadi produktif secara ekonomi dan sosial. Rehabilitasi pada populasi kunci pekerja seks dilakukan dengan cara pemberdayaan ketrampilan kerja dan efikasi diri yang dapat dilakukan oleh sektor sosial, baik Pemerintah maupun masyarakat. Sedangkan Rehabilitasi pada populasi kunci pengguna napza suntik dilakukan dengan cara rawat jalan, rawat inap dan program pasca rawat sesuai ketentuan peraturan perundangundangan, yang telah dijelaskan sebelumnya.

3.6. Pelayanan Kesehatan Populasi Kunci Sebagai Standar Pelayanan Kesehatan Minimal Pemerintah

Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia yang diatur dalam Permenkes 21/2013 juga merujuk pada UU 36/2009. Dalam UU tersebut dijelaskan hak-hak dasar setiap orang dalam konteks kesehatan adalah bahwa:

- Setiap orang berhak atas kesehatan[94]
- Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan[95]

[91] Pasal 37 ayat (2) Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS
[92] Pasal 37 ayat (4) dan (5) Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS
[93] Pasal 38 Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS
[94] Pasal 4 UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
[95] Pasal 5 ayat (1) UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

- Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau[96]
- Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya[97]
- Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan[98]
- Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab[99]
- Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan[100]

Dalam UU 36/2009 juga dimuat kewajiban yang dibebankan kepada negara, bahwa negara wajib menjamin:

- ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya[101].
- ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya[102].

Dalam UU 36/2009 dimuat penjelasan mengenai upaya yang dilakukan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dalam Pasal 51 UU 36/2009 dijelaskan bahwa untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi individu dan masyarakat dilakukan dengan Upaya kesehatan. Upaya kesehatan tersebut didasarkan pada standar pelayanan minimal kesehatan.

Standar pelayanan minimal bidang kesehatan selanjutnya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Permenkes 4/2019) merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

Dalam Pasal 2 ayat (3) Permenkes 4/2019 dijelaskan bahwa Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus) merupakan **salah satu jenis pelayanan dasar yang harus dipenuhi oleh pemerintahan daerah Kabupaten/kota**. Secara lebih luas, Permenkes 4/2019 ini memberikan definisi siapa saja yang termasuk orang-orang dengan resiko terinfeksi virus HIV, yaitu terdiri dari: ibu hamil (setiap perempuan yang sedang hamil), pasien TBC, pasien IMS, penjaja seks, lelaki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), transgender/ waria, pengguna napza suntik (orang yang terbukti memiliki riwayat menggunakan narkotika dan

[96] Pasal 5 ayat (2) UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
[97] Pasal 5 ayat (3) UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
[98] Pasal 6 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
[99] Pasal 7 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
[100] Pasal 8 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
[101] Pasal 16 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
[102] Pasal 17 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

atau zat adiktif suntik lainnya), Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP), yaitu orang yang dalam pembinaan pemasyarakatan.

Dalam lampiran permenkes ini selanjutnya dijelaskan bahwa capaian kerja kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pemeriksaan HIV terhadap orang berisiko terinfeksi HIV yang dinilai dari persentase orang berisiko terinfeksi HIV yang datang ke fasilitas layanan kesehatan dan mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

Bab IV

Sebaran Tindak Pidana dalam RKUHP yang Berhubungan dengan Perilaku Beresiko HIV

Berdasarkan penjelasan dalam Bab II mengenai perilaku beresiko dan trend transmisi HIV, maka dapat disimpulkan, untuk konteks Indonesia, urutan perilaku beresiko dari yang paling tinggi ke rendah saat ini (per Desember 2018) adalah pada:

1) hubungan seksual Laki-laki dengan laki-laki (LSL)
2) hubungan seksual laki-laki dengan perempuan (heteroseksual)
3) Lain-lain
4) Orang yang menginjeksi narkotika/pengguna narkotika suntik (penasun)

Dari penjelasan diatas, maka secara umum perilaku beresiko transmisi HIV paling besar adalah terkait dengan hubungan seksual secara tidak aman dan penggunaan narkotika secara tidak aman. Perilaku beresiko hubungan seksual dan pengguna narkotika suntik sangat erat kaitannya dengan faktor sosial yang mempengaruhi terjadinya transmisi[103].

Perilaku beresiko tersebut tertanam dalam rutinitas dan praktik yang melekat pada struktur sosial yang lebih besar seperti pola hubungan berpasangan, norma sosial dan peluang di masyarakat sekitar[104] sehingga untuk mengubah perilaku beresiko dalam program intervensi perubahan perilaku harus dengan intervensi yang komprehensif dan berkesinambungan.

Sayangnya, karena beberapa perilaku beresiko erat kaitannya dengan "masalah moral", beberapa perumus kebijakan mengambil jalan pintas, dengan mengatur secara pidana pelarangan perilaku beresiko tersebut .

Fokus yang diberikan hanya pada pencegahan hubungan seksual[105] bahkan dalam bentuk pelarangan secara pidana perbuatan melakukan hubungan seksual konsensual diluar perkawinan, termasuk fokus untuk mempromosikan pencegahan penggunaan narkotika dengan mengatur penggunaan narkotika sebagai tindak pidana, seolah kompleksitas mengapa orang akhirnya "terhubung" dengan perilaku beresiko akan selesai dengan memberikan ancaman hukuman dengan dalih "efek jera".

Upaya ini lah yang kemudian diperkenalkan oleh RKUHP. Beberapa pasal tindak pidana berkaitan dengan perilaku beresiko transmisi HIV. Secara umum, alasan dimuatnya pasal-pasal tersebut bukan secara spesifik sebagai intervensi penanggulangan HIV, namun lebih kepada alasan masalah moral dan agama, hal ini terlihat dari diskusi yang dihadirkan dalam

---

[103] Michael H Merson, dkk, *The history and challenge of HIV Prevention, The Lancet: Volume 372, Issue 9637 Doi:10.1016/S0140- 6736(08)60884-3,* hal. 8

[104] Mary Jane Rotheram-Borus1, *et.al., The Past, Present, and Future of HIV Prevention: Integrating Behavioral, Biomedical, and Structural Intervention Strategies for the Next Generation of HIV Prevention, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864227/pdf/nihms173374.pdf,* diakses pada 21 Juli 2019.

[105] Avert, *HIV Prevention Programmes Overview* https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview, diakses pada 21 Juli 2019.

pembahasan, maupun uraian tertulis dalam naskah akademik RKUHP yang akan dijabarkan berikut ini.

4.1. Pasal tentang Kriminalisasi Persetubuhan di Luar Perkawinan

Dalam RKUHP dimuat kriminalisasi perbuatan persetubuhan antara laki-laki dengan perempuan di luar perkawinan, termasuk bagi mereka yang keduanya sama sekali tidak terikat perkawinan. Pasal tersebut diatur dalam Bab XVI tentang Tindak Pidana Kesusilaan dalam bagian keempat tentang Perzinaan.

Pasal ini bentuk perluasan dari perzinaan yang sebelumnya telah diatur dalam KUHP, sebelumnya, pasal ini hanya dapat diberlakukan apabila salah satu pihak terikat dalam perkawinan[106].

Pasal tersebut diatur dalam Pasal 446 ayat (1) huruf e pada draft 9 Juli 2018, juga dalam Pasal 433 ayat (1) huruf e draft 25 Juni 2019 yang dirumuskan oleh tim perumus dan tim sinkronisasi RKUHP sebagai berikut:

Pasal 446/ Pasal 433

(1) Dipidana karena zina dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun:

a. laki-laki yang berada dalam ikatan perkawinan melakukan persetubuhan dengan perempuan yang bukan istrinya;
b. perempuan yang berada dalam ikatan perkawinan melakukan persetubuhan dengan laki-laki yang bukan suaminya;
c. laki-laki yang tidak dalam ikatan perkawinan melakukan persetubuhan dengan perempuan, padahal diketahui bahwa perempuan tersebut berada dalam ikatan perkawinan;
d. perempuan yang tidak dalam ikatan perkawinan melakukan persetubuhan dengan laki-laki, padahal diketahui bahwa laki-laki tersebut berada dalam ikatan perkawinan; atau
e. laki-laki dan perempuan yang masing-masing tidak terikat dalam perkawinan melakukan persetubuhan.

Dalam hukum Indonesia sebelumnya tidak pernah diatur mengenai hubungan seksual konsensual yang dapat dikriminalisasi untuk pihak yang belum terikat dalam perkawinan.

Sebelumnya, yang diatur dalam KUHP adalah pasal mengenai kriminalisasi perzinaan dalam konteks terdapat pihak yang masih dalam ikatan perkawinan. Namun, RKUHP mengatur secara berbeda, dengan memperluas zina, juga dalam hal persebutuhan laki-laki dengan perempuan dillakukan oleh pihak tanpa terikat perkawinan.

[106] Pasal 284 KUHP (1) Diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan: l. a. seorang pria yang telah kawin yang melakukan gendak (overspel), padahal diketahui bahwa pasal 27 BW berlaku baginya.

Proposal ini didasarkan pada pendapat perumus RKUHP, bahwa perzinaan dalam konteks agama dan moral, perzinaan termasuk hubungan seksual di luar perkawinan walaupun masing-masing pihak tidak terikat dalam perkawinan dan terdapat persetujuan antar para pihak yang terlibat[107].

Dalam rumusan naskah akademik RKUHP pun dinyatakan bahwa pengaturan RKUHP pada bab tentang kesusilaan berasal dari norma hukum pidana dalam KUHP yang direformulasi dan disesuaikan dengan nilai kesusilaan masyarakat hukum Indonesia (konsep hukum tentang zina dan kesusilaan)[108]. Dalam Naskah akademik tersebut termuat :

> Menarik pula apa yang telah dikemukakan oleh Prof. Oemar Senoadji sekitar kejahatan terhadap kesusilaan ini **bahwa dalam mengisi dan mengarahkan delik-delik susila itu, seharusnyalah unsur-unsur agama memegang peranannya.** Baik sekali diperhatikan keterangan-keterangan beliau sekitar adanya pandangan yang semata-mata melihat hubungan antara hukum dan moral, seakan-akan pengaruh unsur agama terhadap hukum tidak mendapat perhatian, khususnya dalam kejahatan-kejahatan terhadap kesusilaan[109]

Dalam proses pembahasan, pada awal penyusunan Daftar Inventarisasi Masalah (DIM) oleh DPR, pasal ini menyebabkan perdebatan. Terdapat 3 fraksi yang menuliskan penolakan terhadap rumusan pasal pada poin huruf e tersebut, yaitu 1) Fraksi PDIP, 2) Fraksi Partai Golkar, dan 3) Fraksi Partai Hanura[110].

Fraksi Partai Golkar dan Fraksi Partai Hanura dalam DIM menyatakan bahwa pasal ini terlalu jauh mengatur urusan warga negara yang privat dan personal, pasal ini menimbulkan overkriminalisasi. Fraksi Hanura dan Fraksi Golkar mengusulkan pasal tersebut untuk dihapuskan. Sedangkan Fraksi PDIP juga mengusulkan penghapusan dengan menyatakan

> Penghapusan bukan dimaksudkan untuk melegitimasi bebas sex. Namun lebih untuk menghindari kriminalisasi terhadap orang yang sudah terikat perkawinan, tapi belum dianggap sah oleh Negara, karena persoalan pemenuhan hak pencatatan yang belum dipenuhi oleh Negara. Misalnya, perkawinan sah secara agama, tapi belum dicatatkan; perkawinan adat; atau perkawinan penghayat kepercayaan.

Perumus RKUHP serta anggota legislative yang mendukung proposal ini dalam pembahasan RKUHP, menganggap bahwa ketika perbuatan tersebut diancam dengan pidana, maka

---

[107] Disampaikan dalam berbagai kesempatan pembahasan RKUHP, salah satunya dalam konsenyering pemerintah dan DPR pada 16 Januari 2018, bahwa masuknya pasal ini dianggap sebagai memasukkan nilai "Indonesia" kepada RKUHP, lihat Aliansi Nasional Reformasi KUHP, *Laporan Singkat Rapat Panja Komisi III DPR RI dengan Pemerintah dalam Rangka Pembahasan RUU tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana,* http://reformasikuhp.org/laporan-singkat-rapat-panja-komisi-iii-dpr-ri-dengan-pemerintah-dalam-rangka-pembahasan-r-kuhp-2/, diakses pada 21 Juli 2019.

[108] BPHN, , *Naskah Akademik RKUHP,* BPHN, Jakarta, 2012, hal. 237.

[109] *Ibid,* hal. 239.

[110] Dalam DIM RKUHP (DPR), Kompilasi Buku II Pasal 481 – Pasal 554, draft RKUHP dapat diakses melalui http://reformasikuhp.org/r-kuhp/

perilaku seks di luar nikah tidak akan dilakukan, hal ini lah yang dinilai perumus RKUHP akan mencegah orang terikat dengan perilaku beresiko. Dengan mengancam orang dengan pidana penjara, maka orang akan takut melakukan hubungan seksual, sehingga tidak melakukannya.

4.2. Pasal tentang Upaya Kriminalisasi Pekerja Seks

Upaya untuk secara spesifik mengkriminalisasi pekerja seks telah dilakukan sejak awal pembahasan RKUHP, selain pasal tentang kriminalisasi semua bentuk hubungan seksual di luar perkawinan, upaya "moral" untuk mencegah terjadinya hubungan seksual juga dilakukan dengan diaturnya pelarangan praktik prostitusi dengan rumusan pasal tentang pelarangan penggelandangan, pada Bab 26 tentang Tindak Pidana Kesusilaan Bagian Keempat: Zina dan Perbuatan Cabul pada RKUHP versi 2015, dengan rumusan sebagai berikut:

Pasal 489

Setiap orang yang bergelandangan dan berkeliaran di jalan atau di tempat umum dengan tujuan melacurkan diri, dipidana dengan pidana denda paling banyak Kategori I.

Lagi-lagi proposal ini ditengarai dilakukan atas dasar moral dan agama[111], dalam proses perumusan DIM oleh DPR, beberapa fraksi menyatakan keberatan mengenai pasal ini, Fraksi PDIP, Fraksi Golkar, Fraksi Nasdem dan Fraksi Hanura keberatan dengan adanya pasal ini, Fraksi PDIP menjelaskan bahwa orang yang menggelandang harus diberdayakan bukan dikriminalisasi, menurut fraksi PDIP juga bahwa rumusan pasal juga tidak jelas khususnya untuk unsur "dengan tujuan melacurkan diri" berpotensi mengkriminalisasi orang yang kebetulan sedang berada di jalan atau di tempat umum, yang bisa menjadi korban salah tangkap atas tuduhan sepihak. Fraksi Golkar, Hanura dan Nasdem memberikan penolakan dengan memberikan argument bahwa pasal ini berpotensi mengkriminalkan pelaku prostitusi yang kemungkinan berposisi sebagai korban eksploitasi seksual.

Dalam naskah akademik tidak terlihat alasan pencantuman rumusan pasal tersebut, dalam pemaparan tentang bab tindak pidana kesusilaan pada naskah akademik juga tidak dicantumkan materi tentang kriminalisasi prostitusi jalanan ini sebagai bentuk penyesuaian nilai-nilai kesusilaan baru dalam RKUHP.

Pada draft 9 Juli 2018, termasuk draft 25 Juni 2019 versi tim perumus dan tim sinkronisasi RKUHP pasal ini tidak ditemukan. Namun, dalam pekembangannya, muncul selalu isu dan wacana dari pihak DPR untuk kembali mengatur kriminalisasi prostitusi dalam RKUHP[112]. Dari

[111] Menteri Hukum dan HAM kepada media menyatakan bahwa proposal untuk mengkriminalisasi prostitusi sudah diajukan oleh Pemerintah sejak lama, menurutnya hukum juga harus bisa menjerat pelanggan prostitusi dalam Erandhi Utomo S,dkk, *Menkumham: Pasal yang Bisa Jerat Pemakai Jasa PSK Masih Dibahas di DPR,* https://kumparan.com/@kumparannews/menkumham-pasal-yang-bisa-jerat-pemakai-jasa-psk-masih-dibahas-di-dpr-1546859150423335322, diakses pada 5 Juli 2019

[112] *Anggota Komisi III DPR yang membidangi hukum dari Fraksi Partai NasDem, Teuku Taufiqulhadi menilai, kasus Vanessa Angel akan jadi momentum dalam pembahasan RKUHP. Dia berjanji DPR akan membuat norma yang bisa menjerat berbagai pihak yang terlibat dalam kasus prostitusi*, https://nasional.kini.co.id/2019/01/08/31037/kasus-vanessa-angel-momentum-penyelesaian-ruu-kuhp,

segi rumusan, pasal Zina yang diatur dalam Pasal 446 ayat (1) huruf e RKUHP versi 9 Juli 2018 dapat digunakan untuk menjerat Pekerja Seks.

4.3. Upaya Kriminalisasi Perilaku Seks Sesama Jenis

Beberapa upaya dari kelompok tertentu di Indonesia dilakukan secara massif untuk mengkriminalisasi hubungan sesama jenis, atas dasar stigmatisasi orientasi seksual berbeda. Upaya ini dikonkretkan pertema kali dengan adanya permohonan judicial review pasal tentang kriminalisasi "pencabulan" dalam Pasal 292 KUHP, yang sebelumnya pencabulan sesama jenis hanya dikriminalisasi jika korbannya adalah anak, menjadi dapat juga menjerat korban dewasa ke Mahkamah Konstitusi.

Berbagai elemen organisasi masyarakat terlibat dalam proses perkara ini, mulai dari pihak yang mendukung dan juga yang menolak adanya upaya kriminalisasi ini. Perkara ini mendapat banyak dorongan secara massif. Pada 16 Desember 2017, Mahkamah Konstitusi menolak permohonan tersebut melalui Putusan Nomor 46/PUU-XIV/2016 dengan dalih bahwa Mahkamah Konstitusi tidak berwenang untuk menafsirkan KUHP yang menghadirkan norma atau aturan baru. Upaya tersebut merupakan hak pemerintah dan DPR untuk membentuk hukum melalui Undang-undang.

Upaya untuk mengkriminaliasi hubungan seksual sesama jenis lantas tidak berhenti sampai disitu. Pada pembahasan RKUHP Januari 2018, 2 fraksi dalam Rapat Panja RKUHP mengusulkan pengaturan kriminalisasi hubungan seksual sesama jenis dengan memberikan alternatif perumusan Pasal 495 RKUHP tentang perbuatan cabul sesama jenis terhadap anak (dalam naskah RKUHP 2015).

Saat itu diwacanakan untuk mengkriminalisasi semua hubungan seksual sesama jenis dengan memberikan 4 syarat, yaitu apabila perbuatan cabul tersebut dilakukan di depan umum, ada unsur paksaan, dipublikasikan dan mengandung unsur pornografi.

Pasal 469 dalam draft 2 Februari 2018: setelah rapat rekomendasi perubahan Pasal 495 sebelumnya

(1) Setiap Orang yang melakukan perbuatan cabul dengan orang lain yang sama jenis kelaminnya yang diketahui atau patut diduga belum berumur 18 (delapan belas) tahun, dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun.

(2) Setiap Orang yang melakukan perbuatan cabul dengan orang lain yang sama jenis kelaminnya yang berumur di atas 18 (delapan belas) tahun dipidana dengan pidana yang sama, jika:

1. menggunakan Kekerasan atau Ancaman Kekerasan;
2. melanggar kesusilaan di muka umum;
3. mempublikasikan; atau

https://news.detik.com/berita/d-4374988/kasus-vanessa-angel-jadi-pijakan-hidung-hidung-belang-di-ruu-kuhp, diakses pada 5 Juli 2019

4. mengandung unsur Pornografi.

Walaupun pihak perumus RKUHP berkelik bahwa pasal tersebut tidak menyasar orientasi seksual seseorang, dengan merumuskan kondisi-kondisi tertentu, namun nyatanya kondisi yang diberikan dalam rumusan pasal tersebut telah diatur dalam berbagai jenis peraturan perundang-undangan lainnya, termasuk juga telah diatur dalam KUHP sendiri. Hadirnya wacana rumusan tersebut hanya karena tendensi terhadap orientasi seksual berbeda. Rumusan pasal yang secara spesifik mengandung unsur "sesama jenis" secara jelas berusaha menyasar kelompok orientasi seksual berbeda, sehingga menjadi sangat diskriminatif.

Langkah yang cukup progresif ditunjukkan oleh perumus RKUHP. Pada draft 28 Mei 2018 terjadi perubahan signifikan mengenai rumusan pasal kriminalisasi hubungan sesama jenis ini.

Pasal 454 (draft 8 Maret 2018) yang mengatur tentang tindak pidana pencabulan sesama jenis dihapus dan mengintegrasikan pasal tersebut pada Pasal 451 tentang Percabulan. Pada catatan tim pemerintah di draft 28 Mei 2018 dijelaskan bahwa perbuatan cabul dalam ketentuan ini dilakukan dengan orang yang sama jenis kelaminnya atau orang yang berbeda jenis kelaminnya.

Yang dimaksud dengan "perbuatan cabul" sendiri pihak perumus menyatakan dalam penjelasan sebagai segala perbuatan yang melanggar norma kesusilaan, kesopanan, atau perbuatan lain yang tidak senonoh, dan selalu berkaitan dengan nafsu birahi atau seksualitas.

Paragraf 1
Percabulan

Pasal 451
Setiap orang yang dengan kekerasan atau ancaman kekerasan **memaksa seseorang** melakukan atau membiarkan dilakukan pada dirinya perbuatan cabul dipidana dengan **pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun.**

Alternatif (1) 16 Mei 2018:
Setiap orang yang dengan kekerasan atau ancaman kekerasan **melakukan perbuatan cabul terhadap seseorang**, **memaksa seseorang melakukan atau membiarkan dilakukan pada dirinya perbuatan cabul** dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun.
Alternatif 2:
(1) Setiap orang yang melakukan **perbuatan cabul** terhadap seseorang:
a. di depan umum dipidana dengan pidana penjara paling lama … tahun … bulan atau pidana denda paling banyak Kategori II;
b. dengan kekerasan atau ancaman kekerasan dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun atau pidana denda paling banyak Kategori III; atau
c. yang dipublikasikan sebagai muatan pornografi dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun atau pidana denda paling banyak Kategori III.

(2) Setiap orang yang dengan kekerasan atau ancaman kekerasan memaksa orang untuk melakukan perbuatan cabul terhadap dirinya dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun.

Usulan Internal Pemerintah 28 Mei 2018:
Paragraf 1
Percabulan
Pasal 451

(1) Setiap orang yang melakukan perbuatan cabul :

a. di depan umum dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun 6 (enam) bulan atau pidana denda paling banyak Kategori II.

b. secara paksa dengan kekerasan atau ancaman kekerasan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun atau pidana denda paling banyak Kategori III.

c. yang dipublikasikan sebagai muatan pornografi dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun atau pidana denda paling banyak Kategori III.

(1) Setiap orang dengan kekerasan atau ancaman kekerasan memaksa orang lain untuk melakukan perbuatan cabul terhadap dirinya dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun atau pidana denda paling banyak Kategori III.

Catatan Intern Pem 28 Mei 2018:
Pasal 451 dan Pasal 454 digabung sehingga Pasal 454 dihapus.

Usul Penjelasan Intern Pem 28 Mei 2018:
Perbuatan cabul dalam ketentuan ini dilakukan dengan orang **yang sama jenis kelaminnya** atau orang yang berbeda jenis kelaminnya.
Yang dimaksud dengan "perbuatan cabul" adalah segala perbuatan yang melanggar norma kesusilaan, kesopanan, atau perbuatan lain yang tidak senonoh, dan **selalu berkaitan** dengan nafsu birahi atau seksualitas.

Catatan Intern Pem 28 Mei 2018:
Penjelasan Pasal 451 berlaku juga untuk Penjelasan Pasal 452.

Dalam draft versi 28 Mei 2018 tersebut tendensi untuk mengatur secara diskriminatif pada kelompok orientasi seksual berbeda masih terjadi, dengan memasukkan unsur "sama jenis kelaminnya" dalam penjelasan Pasal 451 RKUHP. Pada perkembangannya, pada draft versi 25 Juni 2019, perumusan perbuatan cabul sesama jenis tidak ditemukan, namun yang menjadi catatan, pada versi terkahir 25 Juni 2019, naskah penjelasan tidak dapat diakses, tetap dikhawatirkan bahwa perumusan yang mengarah pada diskriminasi kelompok dengan orientasi seksual berbeda masih akan ditemukan dalam penjelasan RKUHP.

4.4. Tindak Pidana Narkotika dalam RKUHP

Berbeda dari sebelumnya, dimana RKUHP mengatur perilaku beresiko dengan alasan "moral". Dengan dalih rekodifikasi, Rancangan KUHP memuat pengaturan tentang Tindak Pidana Narkotika dalam buku II.

Sebelumnya pada daft pertama yang diserahkan DPR pada 2015, tindak pidana narkotika diletakkan pada Bab XVII tentang Tindak Pidana Penyalahgunaan Narkotika dan Psikotropika setelah Bab XVI tentang Kesusilaan.

Dalam perkembangannya, Panitia Kerja (Panja) RKUHP selesai membahas seluruh rumusan dalam Buku I dan Buku II pada 24 Februari 2017. Dalam pembahasan panitia kerja (Panja) RKUHP 16 Junuari 2017, pasal mengenai tindak pidana narkotika tidak langsung disepakati oleh panja. Pembahasan Bab tentang Tindak Pidana Narkotika dan Psikotropika pada saat itu disepakati ditunda dan akan dibahas secara komprehensif mengenai tindak pidana khusus dalam RUU KUHP Buku Kedua. Pada saat itu pembahasan panja memerintahkan pemerintah untuk menyusun dan merumuskan kembali delik pokok (core crime) tindak pidana dalam Buku Kedua RUU KUHP yang dianggap sebagai tindak pidana khusus, salah satunya tindak pidana narkotika.

Sejak awal tahun 2018 mulai digulirkanlah proposal yang menyatakan bahwa pengaturan tindak pidana di luar KUHP dalam RKUHP sebagai konsep rekodifikasi. Namun pemeritah dan DPR secara berkali-kali menyatakan bahwa tindak pidana yang sudah diatur diluar KUHP yang dimuat dalam RKUHP hanya core crimes saja atau kejahatan inti, dengan sebutan "hanya cantolan"[113]. Beberapa pernyataan pihak perumus terkait hal ini disampaikan dalam Rapat Kerja DPR dan Pemerintah, dimana pemerintah menyatakan:

> "Kalau nanti pada suatu gilirannya kelak misalnya, secara politik atau mungkin kondisi bangsa ini sudah baik, kejahatan apa, korupsi sudah bersih, dan apa dia tidak menjadi lex specialis lagi, sudah tidak menjadi apa? Apa namanya? **Dia tetap ada cantolan dalam hukum pidana**."
>
> "Tapi kalau waktu itu dimasukkan sepenuhnya, itu akan lebih parah lagi karena akan terjadi duplikasi tadi secara nyata. Jadi jalan tengahnya sebagai kompromi, yaitu **ambil core crime nya tapi perkembangan hukum acara dan hukum administrasinya itu tetap terjadi diluar KUHP dan itu yang berlaku[114].**

Kemudian berkembanglah naskah RKUHP yang memiliki bab tersendiri pada Bab XVIII tentang Tindak Pidana Khusus yang diatur dalam RKUHP terdiri dari Tindak Pidana Berat terhadap Hak Asasi Manusia, Tindak Pidana Terorisme, Tindak Pidana Korupsi, Tindak Pidana Pencucian Uang dan Tindak Pidana Narkotika sampai dengan draft versi 25 Juni 2019, Hadirlah rumusaan Tindak Pidana Narkotika dalam Pasal 630-635 RKUHP sebagaimana dalam tabel berikut[115]:

[113] DPR, Catatan Rapat Kerja Komisi III DPR RI Dengan Menteri Hukum dan HAM, Pimpinan KPK dan Kepala BNN (Bidang Hukum, Perundang-Undangan, HAM dan Keamanan), http://www.dpr.go.id/dokakd/dokumen/K3-14-136a77ba8d691c578b74ade5f2d6eab0.pdf, diakses pada 5 Juli 2019.
[114] *Ibid*.,
[115] Tabel hanya untuk narkotika golongan I untuk memberikan gambaran perbedaan dengan UU No. 35 tahun 2009 tentang Narkotika

1. Golongan I tanaman				
No.	Aspek Perbedaan	UU No 35 tahun 2009	RKUHP 25 Juni 2019	Keterangan
1.	Unsur melawan hukum	tanpa hak atau melawan hukum	tanpa hak	Berbeda
2.	Unsur perbuatan	menanam, memelihara, memiliki, menyimpan, menguasai, atau menyediakan	menanam, memelihara, memiliki, menyimpan, menguasai, atau menyediakan	Sama
3.	Ancaman Pidana	Pidana penjara Min. 4 tahun Maks. 12 tahun dan Pidana denda Min. Rp 800 juta Maks. Rp 8 Miliyar	Pidana penjara Min. 4 tahun Maks. 12 tahun Dan denda Min. Rp 200[116] juta maks. Rp 2 Miliyar	Denda berbeda
4.	Pemberatan pidana	melebihi 1 (satu) kilogram atau melebihi 5 (lima) batang pohon	melebihi 1 (satu) kilogram atau melebihi 5 (lima) batang pohon	Sama
5.	Ancaman Pidana pemberatan	pidana penjara seumur hidup atau pidana penjara min. 5 (lima) tahun maks. 20 (dua puluh) tahun dan pidana denda maks, + 1/3	pidana penjara seumur hidup atau pidana penjara min. 5 (lima) tahun maks. 20 (dua puluh) tahun dan pidana denda min. Rp 2 Miliyar maks. Rp 5 Milyar[117]	Denda berbeda
2. Narkotika Golongan I				
No.	Aspek Perbedaan	UU No 35 tahun 2009	RKUHP 25 Juni 2019	Keterangan
I. memiliki, menyimpan, menguasai, atau menyediakan				
1.	Unsur melawan hukum	tanpa hak atau melawan hukum	tanpa hak	Berbeda
2.	Unsur perbuatan	memiliki, menyimpan, menguasai, atau menyediakan	memiliki, menyimpan, menguasai, atau menyediakan	Sama
3.	Ancaman pidana	Pidana penjara min. 4 tahun maks. 12 tahun dan pidana denda min. Rp 800 juta maks. Rp 8 Miliyar	Pidana penjara min. 4 tahun maks. 12 tahun dan pidana denda Rp 200 juta maks. Rp 2 Miliyar	Denda berbeda
4.	Pemberatan	melebihi 5 (lima) gram	melebihi 5 (lima) gram	Sama
5.	Ancaman pidana pemberatan	pidana penjara seumur hidup atau pidana penjara min. 5 (lima) maks. 20	pidana penjara seumur hidup atau pidana penjara min. 5 (lima) maks. 20 (dua puluh)	Denda berbeda

[116] Dalam versi 9 Juli 2018 denda kategori IV atau minimal dalam tindak pidana ini adalah Rp 150 juta
[117] Dalam versi 9 Juli 2018 denda kategori VII atau maksimal tindak pidana ini adalah Rp 15 Milyar

		(dua puluh) tahun dan pidana denda maks, + 1/3	tahun dan pidana denda min. Rp 500 juta maks. Rp 2 Miliyar[118]	
II.	**memproduksi, mengimpor, mengekspor, atau menyalurkan**			
No.	Aspek Perbedaan	UU No 35 tahun 2009	RKUHP 25 Juni 2019	Keterangan
1.	Unsur melawan hukum	tanpa hak atau melawan hukum	tanpa hak	Berbeda
2.	Unsur perbuatan	memproduksi, mengimpor, mengekspor, atau menyalurkan	memproduksi, mengimpor, mengekspor, atau menyalurkan	Sama
3.	Ancaman Pidana	Pidana penjara min. 5 tahun, maks. 15 tahun dan denda min. Rp 1 Miliyar Maks. Rp 5 Miliyar	Pidana penjara min. 5 tahun, maks. 15 tahun dan denda min. Rp 150 juta [119] maks. Rp 500 juta	Denda berbeda
4.	Pemberatan	dalam bentuk tanaman melebihi 1 Kg atau melebihi 5 batang pohon atau dalam bentuk bukan tanaman beratnya melebihi 5g	dalam bentuk tanaman melebihi 1 Kg atau melebihi 5 batang pohon atau dalam bentuk bukan tanaman beratnya melebihi 5g	Sama
5.	Ancaman pidana pemberatan	pidana mati, pidana penjara seumur hidup, atau pidana penjara min. 5 tahun dan maks. 20 tahun dan pidana denda maks. Ditambah 1/3	pidana mati, pidana penjara seumur hidup, atau pidana penjara min. 5 tahun dan maks. 20 tahun dan pidana denda min. Rp 500 juta maks. Rp 2 Miliyar	Denda berbeda
III.	**menawarkan untuk dijual, menjual, membeli, menerima, menjadi perantara dalam jual beli, menukar, atau menyerahkan**			
No.	Aspek Perbedaan	UU No 35 tahun 2009	RKUHP 9 Juli 2018	Keterangan
1.	Unsur melawan hukum	tanpa hak atau melawan hukum	tanpa hak	Berbeda
2.	Unsur perbuatan	menawarkan untuk dijual, menjual, membeli, menerima, menjadi perantara dalam jual beli, menukar, atau menyerahkan	menawarkan untuk dijual, menjual, membeli, menerima, menjadi perantara dalam jual beli, menukar, atau menyerahkan	Sama

[118] Sebelumnya Rp 15 Miliyar dalam versi 9 Juli 2018
[119] Sebelumnya Rp 500 juta dalam versi 9 Juli 2018

3.	Ancaman Pidana	Pidana penjara seumur hidup atau pidana penjara min. 5 tahun maks. 20 tahun dan pidana denda min. Rp 1 Miliyar maks. Rp 10 Miliyar	Pidana penjara min. 5 tahun maks. 15 tahun dan denda min. Rp 200 juta [120] maks. Rp 500 juta	Berbeda untuk pidana penjara dan pidana denda
4.	Pemberatan pidana	Dalam bentuk tanaman lebih dari 1 kg atau lebih dari 5 batang pohon, dalam bentuk bukan tanaman lebih dari 5gram	Dalam bentuk tanaman lebih dari 1 kg atau lebih dari 5 batang pohon, dalam bentuk bukan tanaman lebih dari 5gram	Sama
5.	Ancaman pidana pemberatan	Pidana mati, pidana penjara seumur hidup, atau pidana penjara min. 6 tahun maks. 20 tahun dan denda maks. Ditambah 1/3	Pidana mati, pidana penjara seumur hidup, atau pidana penjara min. 5 tahun maks. 20 tahun, dan pidana denda min. Rp 500 juta maks. Rp 2 Miliyar	Pidana penjara dan pidana denda berbeda
IV. membawa, mengirim, mengangkut, atau mentransito				
No.	Aspek Perbedaan	UU No 35 tahun 2009	RKUHP 25 Juni 2019	Keterangan
1.	Unsur melawan hukum	Tanpa hak atau melawan hukum	Tanpa hak	Berbeda
2.	Unsur perbuatan	membawa, mengirim, mengangkut, atau mentransito	membawa, mengirim, mengangkut, atau mentransito	Sama
3.	Ancaman pidana	Pidana penjara min. 4 tahun maks. 12 tahun dan pidana denda min. Rp 800 juta maks. Rp 8 Miliyar	Pidana penjara min. 4 tahun maks. 12 tahun dan pidana denda min. Rp 200 juta[121] maks. Rp 500 juta	Pidana denda berbeda
4.	Pemberatan	Dalam bentuk tanaman lebih dari 1 kg atau lebih dari 5 batang pohon, dalam bentuk bukan tanaman lebih dari 5gram	Dalam bentuk tanaman lebih dari 1 kg atau lebih dari 5 batang pohon, dalam bentuk bukan tanaman lebih dari 5gram	Sama
5.	Ancaman pidana pemberatan	Pidana penjara min. 5 tahun maks. 20 tahun dan pidana denda maks. Ditambah 1/3	Pidana penjara min. 5 tahun maks. 20 tahun dan pidana denda min. Rp 500 juta maks. Rp 2 Miliyar	Pidana denda berbeda
V. menggunakan terhadap orang lain atau memberikan untuk digunakan orang lain				
No.	Aspek Perbedaan	UU No 35 tahun 2009	RKUHP 25 Juni 2019	Keterangan

[120] Sebelumnya Rp 150 juta dalam versi 9 Juli 2018
[121] Sebelumnya Rp 150 juta dalam versi 9 Juli 2018

1.	Unsur melawan hukum	Tanpa hak atau melawan hukum	Tanpa hak	Berbeda
2.	Unsur perbuatan	menggunakan terhadap orang lain atau memberikan untuk digunakan orang lain	menggunakan terhadap orang lain atau memberikan untuk digunakan orang lain	Sama
3.	Ancaman pidana	Pidana penjara min. 5 tahun maks. 15 tahun dan pidana denda min. Rp 1 Miliyar maks. Rp 10 Miliyar	Pidana penjara min. 5 tahun maks. 15 tahun dan pidana denda min. Rp 200 juta[122] maks. Rp 500 juta	Pidana denda berbeda
4.	Pemberatan	mengakibatkan orang lain mati atau cacat permanen	mengakibatkan orang lain mati atau luka berat	berbeda
5.	Ancaman pidana pemberatan	Pidana mati, pidana penjara seumur hidup atau pidana penjara min. 5 tahun maks. 20 tahun dan pidana denda maks. Ditambah 1/3	Pidana penjara min. 5 tahun maks. 20 tahun dan pidana denda min. Rp 500 juta maks. Rp 2 Miliyar	Pidana denda berbeda
3. Penyalahguna				
No.	Aspek Perbedaan	UU No 35 tahun 2009	RKUHP 25 Juni 2019	Keterangan
1.	Unsur pelaku	Setiap penyalaguna bagi diri sendiri	Tidak diatur	Berbeda
2.	Ancaman pidana	Maks. 4 tahun (Gol. I) Maks. 2 tahun (Gol. II) Maks. 1 tahun (Gol. III)	Tidak diatur	Berbeda
3.	Jaminan rehabilitasi	Wajib adanya pertimbangan hakim terkait rehabilitasi Wajib bagi korban penyalahguna	Tidak diatur	Berbeda

Tabel 4.1. Pengaturan Tindak Pidana Narkotika dalam RKUHP

Dalam pengaturan tersebut tidak dimuat aspek administratif yang diatur dalam UU Narkotika, misalnya mengenai penggolongan nakortika, jika kembali harus merujuk pada UU administratif, lantas apa urgensi memasukkan ketentuan tindak pidana dalam RKUHP.

Kedua, jika dilihat dari tabel diatas, pada dasarnya rumusan pasal sama, justru yang membedakan hanya terkait dengan ancaman pidana penjara dan pidana denda pada beberapa pasal. Hal ini malah akan menimbulkan duplikasi yang berdampak pada terjadi jual beli pasal

[122] Sebelumnya Rp 150 juta dalam versi 9 Juli 2018

dan kebingungan aparat penegak hukum akan menggunakan pasal yang dimuat dalam UU atau dalam RKUHP.

4.5. Kriminalisasi Promosi Alat Pencegah Kehamilan (Kontrasepsi)

Salah satu hal yang paling membingungkan dari pembahasan RKUHP adalah dimasukkannnya kembali kriminalisasi tentang perbuatan mempertunjukkan alat pencegah kehamilan. Dalam perkembangannya terjadi beberapa perubahan terhadap rumusan RKUHP mengenai kriminalisasi perbuatan mempertunjukkan alat pencegah kehamilan ini.

Dalam draft RKUHP per tanggal 9 Juli 2018 dan versi terakhir 25 Juni 2019 RKUHP masih memuat pasal yang mengkriminlisasi promosi atau mempertunjukkan alat pencegah kehamilan, yaitu melalui Pasal 443 (versi 9 Juli 2018)/ Pasal 440 (versi 25 Juni 2019) tentang Mempertunjukkan Pencegah Kehamilan dan Pengguguran Kandungan dalam Bab XVI tentang Tindak Pidana Kesusilaan bagian ketiga tentang mempertunjukkan Pencegah Kehamilan dan Pengguguran Kandungan dan terdapat pengeculian dalam Pasal 445/Pasal 432.

Pasal 443/ Pasal 430

Setiap Orang yang tanpa hak dan tanpa diminta secara terang-terangan mempertunjukkan suatu alat untuk mencegah kehamilan, menawarkan, menyiarkan tulisan, atau menunjukkan untuk dapat memperoleh alat pencegah kehamilan tersebut dipidana dengan pidana denda paling banyak **Kategori I.**

Pasal 445/ Pasal 432

(1) Perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 443 tidak dipidana jika dilakukan oleh **petugas yang berwenang** dalam rangka pelaksanaan keluarga berencana, pencegahan penyakit infeksi menular seksual, atau untuk kepentingan pendidikan dan penyuluhan kesehatan.
(2) ….
(3) Petugas yang berwenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk relawan yang kompeten **yang ditugaskan oleh pejabat yang berwenang**.

Sebelumnya draft yang dihadirkan pertama pada tahun 2015, ketentuan pasal ini diatur dalam Pasal 481 dan Pasal 483. Dalam Daftar Inventarisasi Masalah (DIM) RKUHP yang diisi oleh 10 fraksi di DPR, terdapat 4 partai yang mengusulkan agar **Pasal 481 dan Pasal 483 dihapus**, sementara 6 fraksi lainnya tidak memberikan komentar. Keempat fraksi yang mengusulkan dihapusnya pasal ini diantaranya Partai PDIP, Partai Golkar, Partai Nasdem dan Partai Hanura. Alasan 4 fraksi partai tersebut menghapus Pasal 481 dan 483 sebab selama ini, secara sosiologis, ketentuan hukum pelarangan kontrasepsi ini sudah tidak dapat diberlakukan, dan jika ini masih diberlakukan maka akan cenderung bersifat overkriminalisasi. Ketentuan ini sudah selayaknya untuk dihilangkan dari RKUHP.

Dalam rapat Panitia Kerja (Panja) RKUHP di Komisi III DPR RI, kedua pasal ini dibahas pada 14 Desember 2016 dan disetujui oleh DPR dengan catatan. DPR meminta Pemerintah untuk

memperbaiki redaksional dan mengakomodir perbuatan bukan dilaksanakan oleh petugas pemerintah (NGO, LSM). DPR juga memerlukan masukan dan penjelasan dari NGO, LSM, lembaga pendidikan dan lembaga keagamaan terkait pasal kontrasepsi ini. Namun hingga masa akhir pembahasan, sampai dengan Juni 2019 pasal ini tidak masuk ke dalam daftar pending isu, sehingga tidak pernah dibahas secara mendalam. Pembahasan mengenai pasal ini hanya mengemuka di masyarakat dan pihak DPR dan Pemerintah melalui berbagai pendapatnya di media. Atas perdebatan ini, terjadi beberapa perubahan rumusan mengenai pasal ini yang dapat dilihat dalam tabel berikut:

No	Aspek Perbedaan	Versi 2015	Versi Juni 2019
1.	Pengecualian pidana	Untuk petugas berwenang pelaksanaan keluarga berencana dan pencegahan penyakit menular[123].	Untuk petugas yang berwenang dalam rangka pelaksanaan • keluarga berencana, • pencegahan penyakit • infeksi menular seksual, atau • untuk kepentingan pendidikan dan penyuluhan kesehatan. Petugas yang berwenang diartikan juga relawan yang mendapat tugas dari pejabat berwenang[124]
2.	Sanksi	Denda minimal Rp 10 juta	Denda minimal Rp 1 juta

Tabel 4.2. Perkembangan Pasal Kriminalisasi Perubatan mempertunjukkan alat pencegah kehamilan (kontrasepsi)

Pada perkembangannya, pihak DPR dan Pemerintah dalam berbagai kesempatan menyatakan bahwa pasal ini diperlukan, mereka mengganggap bahwa distribusi kondom sebagai alat kontrasepsi dapat membawa generasi muda untuk melakukan perbuatan hubungan seksual di luar perkawinan yang dinilai bertentangan dengan nilai moral[125] dan pembatasan distribusi kondom dianggap sesuai dengan ideologi Indonesia yang memegang prinsip keagamaan[126].

Pasal pelarangan perbuatan mempertunjukkan tanpa diminta alat pencegah kehamilan pada kenyataannya telah didekriminalisasi de Facto sejak tahun 1970-an melalui Surat Jaksa Agung tanggal 19 Mei 1978, yang menyatakan bahwa Untuk menyukseskan salah satu program Pemerintah maka ketentuan Pasal 534 ini dikesampingkan.

[123] Pasal 483 RKUHP versi 2015

[124] Pasal 445 RKUHP versi 9 Juli 2018, Pasal 432 versi 25 Juni 2019

[125] Pernyataan Reza Fikri Febriansyah (Kepala Seksi Pembahasan RUU II Ditjen PP Kemenkumham) dalam pertemuan Konsultasi Nasional "Meletekkan (kembali) Proses Pembaruan Hukum Pidana dalam Konteks Pembangunan Nasional, diskusi panel V: Pengarusutamaan Perlindungan Khusus Terhadap Kelompok Rentan Dalam Pembaruan Hukum Pidana, 3 Mei 2018

[126] Ihlam Saputra, *RKUHP Atur soal Alat Kontrasepsi, Promosi Kondom Tak Bisa Sembarangan, https://www.jawapos.com/features/humaniora/05/02/2018/rkuhp-atur-soal-alat-kontrasepsi-promosi-kondom-tak-bisa-sembarangan/,* diakses pada 9 Juli 2019

Asal rumusan pasal dalam KUHP, adalah sebagai berikut:

Pasal 534
Barangsiapa dengan terang-terangan mempertunjukkan sesuatu sarana untuk mencegah kehamilan maupun secara terang- terangan atau tanpa diminta menawarkan, ataupun secara terang-terangan atau dengan menyiarkan tulisan tanpa diminta, menunjuk sebagai bisa di dapat, sarana atau perantaraan yang demikian itu, diancam dengan pidana kurungan paling lama dua bulan atau pidana denda paling banyakRp. 3.000,- (tiga ribu rupiah)

Rumusan tindak pidana ini sebetulnya berasal dari KUHP Belanda (Pasal 240 Bis ayat 2 SR), yakni larangan untuk memperlihatkan sarana pencegah atau menggugurkan kandungan kepada orang belum dewasa di bawah 16 tahun (KUHP 1911). Namun sejak tahun 1936, batas usia kemudian di ubah menjadi usia 18 tahun termasuk juga Larangan untuk memperlihatkan sarana itu atau menawarkan di depan umum atau menyiarkan dengan tulisan di mana sarana itu dapat di beli (Pasal 451 ter SR). Menurut Bemmellen, seorang saat itu para pembuat Undang-Undang, menolak keras pengaruhi ajaran Neo Malthusianisme yang mencuat pada saat itu. Para pengikut paham Neo Malthusianisme waktu itu sangat menganjurkan pembatasan kelahiran manusia. Jadi munculnya pasal tersebut adalah untuk menolak konsep keluarga berencana, yang berupaya mencegah perbandingan yang pincang antara sarana penghidupan dengan jumlah kelahiran manusia[127].

Namun di Belanda sendiri akhirnya sejak 1969, tujuh puluh tahun kemudian sejak pasal ini dilahirkan munculnya UU 28 Agustus 1969 s 350, yang menghapus ketentuan tersebut. Oleh karena larangan menjual berbagai sarana pencegah kehamilan kepada orang-orang dewasa di bawah 18 tahun atau menawarkan dan sebagainya (dalam 240 bis SR dan 451 ter SR) akhirnya dihapus[128]. Pasal ini telah didekriminalisasi de Facto sejak tahun 1970-an melalui Surat Jaksa Agung tanggal 19 Mei 1978, yang menyatakan bahwa Untuk menyukseskan salah satu program Pemerintah maka ketentuan Pasal 534 ini dikesampingkan. Dalam surat tersebut dinyatakan

"*Jika di daerah kekuasan Saudara terjadi pelanggaran Pasal 283[129] dan Pasal 534 KUHP yang tersangkanya petugas Keluarga Berencana dan perbuatannya dilakukan dalam rangka menjalankan tugas Keluarga Berencana, maka untuk menyelesaikan perkaranya agar Saudara mengusulkan kepada kami untuk dikesampingkan*."

Proses ini kemudian didukung secara yuridis dengan dikeluarkannya Undang-Undang No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera (UU 10/1992)" yang dalam pasal 21 menyebutkan

[127] Supriyadi Widodo Eddyono dan Ajeng Gandini Kamilah, *Anti Kontrasepsi? Problematikanya dalam Rancangan KUHP,* ICJR, Jakarta, 2017, hal. 5-6
[128] *Ibid.*
[129] (1) Diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau pidana denda paling banyak sembilan ribu rupiah, barang siapa menawarkan, memberikan untuk terus maupun untuk sementara waktu, menyerahkan atau memperlihatkan tulisan, gambaran atau benda yang melanggar kesusilaan, maupun alat untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan kepada seorang yang belum dewasa, dan yang diketahui atau sepatutnya harus diduga bahwa umumya belum tujuh belas tahun, jika isi tulisan, gambaran, benda atau alat itu telah diketahuinya.

"*Mempertunjukkan dan atau memperagakan alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan hanya dapat dilakukan oleh tenaga yang berwenang di bidang penyelenggaraan keluarga berencana serta dilaksanakan di tempat dan dengan cara yang layak*."

Badan Pembinaan Hukum Nasional (BPHN) secara jelas merekomendasikan bahwa semua peraturan perundang-undangan yang menyangkut penanggulangan HIV/AIDS baik secara langsung maupun tidak langsung, tidak boleh bersifat diskriminatif terhadap para pengidap HIV/AIDS. Peraturan perundang- undangan tersebut haruslah memberikan keseimbangan hak dan kewajiban antara para pengidap HIV/AIDS di satu pihak dan anggota masyarakat di lain pihak dengan penekanan perlindungan hukum hak-hak asasi manusia kepada semua pihak[130].

Perumus RKUHP lantas hadir dengan perumusan pasal yang kembali mengkriminalisasi hal ini. Bukan berdasar pendekatan kesehatan, seperti yang sudah direkomendasikan oleh BPHN pada 1995, kriminalisasi perbuatan mempertunjukkan alat pencegah kehamilan dalam RKUHP dalam naskah akademik dijelaskan bertujuan untuk merekontraksi ulang pengaturan tindak pidana di Indonesia, termasuk pada rumusan pasal tindak pidana kesusilaan, bahwa dalam Naskah Akademik RKUHP dijelaskan bahwa

> *"bahwa dalam mengisi dan mengarahkan delik-delik susila itu, seharusnyalah unsur-unsur agama memegang peranannya."*

Dalam naskah akademik dijelaskan bahwa kriminalisasi ini dibutuhkan sebagai bentuk kriminalisasi untuk perilaku menyimpang[131]

Selain itu tindak pidana kesusilaan juga mencakup berbagai perilaku menyimpang yang lain yaitu:

> *".. Mempertunjukkan Pencegah Kehamilan dan Pengguguran Kandungan, sebagai bentuk pelarangan dan pencegahan terhadap aktifitas mempertunjukkan tanpa hak suatu alat pencegah kehamilan dan pengguguran kandungan, secara terang-terangan, tanpa diminta menawarkan, menyiarkan dan memperoleh alat tersebut."*

Lewat pemikiran naskah akademik tersebut, penggunaan kondom/ alat pencegah kehamilan merupakan salah satu bentuk "perilaku menyimpang", yang berkembang kemudian di tahun 2018 pihak perumus RKUHP menyatakan bahwa kriminalisasi ini dibutuhkan untuk menjaga generasi penerus, karena promosi alat pencegah kehamilan atau kontrasepsi akan membawa generasi muda untuk berinteraksi dengan perilaku sex di luar perkawinan[132] diskursus ini kemudian berkembang lagi untuk mengkriminalisasi secara ketat distribusi alat kontrasepsi salah satunya dengan pendekatan seperti pada alkohol dan rokok, bahwa nantinya alat kontrasepsi akan dibatasi penjualannya, dan tidak dapat dibeli selain oleh orang dewasa dan secara lebih sempit hanya kepada orang yang sudah terikat dengan perkawinan[133] .

---

[130] BPHN, *Analisis dan Evaluasi Hukum tentang Penanggulangan Prostitusi dan Pencegahan Penyebaran HIV/AIDS,* BPHN, 1995/1996, hal. 31

[131] BPHN, *Naskah Akademik RKUHP, Op.Cit.,* hal. 240

[132] Disampaikan oleh perwakilan kementerian Hukum dan HAM dalam acara konsultasi hukum nasional pembaruan hukum pidana 3 Mei 2018.

[133] Informasi diperoleh penulis saat diwawancara oleh Delik, RCTI mengenai distribusi kondom, sebelumnya pihak pewawancara mewawancarai anggota panja RKUHP yang memberikan pernyataan tersebut

Pemikiran ini jelas tidak berbasis bukti, pertama, tidak ada negara di dunia menilai bahwa penggunaan alat kontrasepsi termasuk kondom merupakan bentuk perilaku menyimpang, penggunaan kontrasepsi justru berguna untuk menghindarkan transmisi, tidak hanya HIV, termasuk infeksi menular seksual lainnya, yang jelas berbahaya. Metode penggunaan kontrasepsi masih tetap metode yang paling efektif untuk mencegah transmisi HIV 80-85%, bahkan bisa 95% lebih efektif ketika digunakan secara konsisten[134].

[134] UNAIDS, Meeting Report, *Condoms The prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancies,* https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-05/Condoms%3A%20The%20Prevention%20of%20HIV%2C%20other%20STIs%20and%20unintended%20pregnancies.pdf, diakses pada 5 Juli 2019.

Bab V

Analisis Proyeksi Dampak Kriminalisasi Perilaku Beresiko Transmisi HIV terhadap Penanggulangan HIV/AIDS

5.1. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Hubungan Seksual Konsensual di Luar Perkawinan

Dengan alasan moral, RKUHP menghadirkan larangan hubungan seks konsensual di luar perkawinan, seolah dengan ancaman pidana akan membuat orang tidak melakukan hubungan seksual dengan konsen di luar perkawinan. Secara jelas, pasal ini justru akan berdampak pada upaya penanggulangan HIV/AIDS yang sudah dijelaskan sebelumnya, bahwa penanggulangan HIV/AIDS merupakan usaha yang komprehensif yang berkesinambungan, tidak hanya berfokus pada pelarangan atau pencegahan perilaku beresiko, apalagi dengan mengancam dengan hukuman.

Adapun dalam kerangka bentuk-bentuk kriminalisasi yang ditawarkan dalam RKUHP, maka terkait dengan hubungan seksual di luar perkawinan, yang akan dikriminalisasi adalah:

1. laki-laki dan perempuan yang masing-masing tidak terikat dalam perkawinan melakukan persetubuhan dalam Pasal 446 ayat (1) huruf e versi 9 Juli 2018, Pasal 433 ayat (1) huruf e versi 25 Juni 2019
2. melakukan perbuatan cabul dengan orang lain yang sama jenis kelaminnya (Pasal 469 RKUHP versi 2 Febaruari 2018)
3. pegelandangan dan berkeliaran di jalan atau di tempat umum dengan tujuan melacurkan diri ataupun wacana kriminalisasi prostitusi (Pasal 489 RKUHP versi 2015)

Berikut dampak yang akan terjadi apabila RKUHP mengkriminalisasi perbuatan hubungan seks di luar perkawinan yang dilakukan dengan persetujuan.

5.1.1 Proyeksi Dampak Kriminalisasi Persetubuhan Laki-laki dan Perempuan di Luar Ikatan Perkawinan

a. Kontraproduktif dengan Upaya Penanggulangan HIV

Dalam penjelasan terkait dengan penanggulangan HIV, dijelaskan mengenai aspek pencegahan penuluaran HIV melalui hubungan seksual, dalam kerangka tersebut, dijelaskan bahwa intervensi penanggulangan HIV untuk hubungan seksual dapat dilakukan dengan

a. tidak melakukan hubungan seksual (Abstinensia) bagi yang belum menikah;
b. setia dengan pasangan (Be Faithful) tetap yang diketahui tidak terinfeksi HIV;
c. menggunakan kondom secara konsisten (Condom use);
d. menghindari penyalahgunaan obat/zat adiktif (no Drug);
e. meningkatkan kemampuan pencegahan melalui edukasi termasuk mengobati IMS sedini mungkin (Education); dan
f. melakukan pencegahan lain, antara lain melalui sirkumsisi

Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia mengakui bahwa masalah tentang perilaku seksual adalah masalah struktural yang kompleks, sehingga dalam peanggulangan harus dengan upaya yang komplek dan komprehensif.

Dalam Permenkes 21/2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS diakui bahwa terdapat kondisi dimana terjadi hubungan seksual walaupun pada orang yang belum menikah, maka ketika hal tersebut terjadi, yang diupayakan adalah mendorong supaya dilakukan penggunaan kondom secara konsisten dalam kondisi hubungan seksual tidak aman.

Berdasarkan banyak penelitian disimpulkan bahwa kriminalisasi bukan cara yang tepat untuk mencegah orang tidak melakukan perilaku seksual beresiko[135]. Pendidikan yang hanya dilakukan dengan pendekatan abstinence atau propaganda tidak berhubungan seksual di luar perkawinan tetap harus dilengkapi dengan pendekatan pencegahan HIV/AIDS yang lain dalam konteks pendidikan yang komprehensif untuk mencegah dilakukannya perilaku beresiko. Yang terpenting untuk diperhatikan dari promosi dengan pendekatan abstinence adalah tetap diperlukan diskusi yang matang tentang apa saja perbuatan beresiko yang akan menimbulkan potensi transmisi HIV dan bagaimana cara mencegah transmisi itu terjadi.

Beberapa pendekatan abstinence-only programmes atau pendekatan larangan berhubungan seksual di luar perkawinan, justru gagal mencapai hasil secara komprehensif mencegah terjadinya perilaku yang memberikan resiko transmisi HIV[136], misalnya dalam pendekatan ini, para remaja gagal untuk menunda hubungan seksualnya, namun akibat tidak ada informasi lainnya dalam pendekatan abstinence-only remaja tersebut juga gagal memproteksi diri mereka saat melakukan hubungan seksual.

Kelompok yang mendukung abstinence-only juga cenderung menolak diskusi tentang kontrasepsi, penggunaan kondom, alternatif penetrasi seksual seperti masturbasi[137], hal ini lah yang juga terjadi di Indonesia lewat pembahasan RKUHP. Perumus RKUHP mengkriminalisasi perbuatan mempertunjukkan alat kontrasepsi, mengkriminalisasi perbuatan persetubuhan di luar perkawinan, berusaha mengkriminalisasi pekerja seks dan mengkriminalisasi hubungan seksual sesama jenis.

Jika dilihat dari proses wacana tersebut, dapat dilihat bahwa kebijakan yang dibangun adalah kriminalisasi setiap bentuk perbuatan yang berhubungan dengan transmisi HIV, alhasil, diskusi

---

[135] Scott Buris*, et.al.,* dalam *Criminal Law Influence HIV Risk Behavior? An Empirical Trial* menyebutkan dalam 499 survey bahwa hubungan seksual baik anak maupun vaginal yang dilakukan tanpa kondom sama sekali tidak terkait dengan boleh/tidaknya hukum mengatur perilaku seksual tersebut, penggunaan kondom dilakukan karena alasan moral, bukan karena negara menyuruh demikian.

[136] Misalnya dalam konteks orang yang sudah berhubungan seksual aktif, pada pendekatan *abstinence-only* maka ruang informasi untuk menghindari transmisi HIV menjadi tidak tersedia, khususnya untuk pemuda/ remaja yang ternyata sudah melakukan hubungan seksual secara aktif dalam Santelli JS dkk, *Abstinence-only-until-marriage: an updated review of U.S. policies and programs and their impact*, *Journal of Adolescent Health,* 2017, hal. 276–277.

[137] G. Setswe, *Abstinence and faithfulness programmes for prevention of HIV/AIDS among young people: What are the current debates?*
Abstinence and faithfulness programmes for prevention of HIV/AIDS among young people: What are the current debates?, https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20786204.2007.10873610, diakses pada 19 Januari 2019

dianggap selesai dengan mengkriminalisasi perbuatan berhubungan seksual di luar perkawinan.

Padahal hubungan seksual telah ada sebelum diperkenalkannya lembaga perkawinan, proteksi hubungan seksual pada saat itu ditujukan sebagai pencegahan transmisi infeksi menular seksual, karena hubungan seksual jelas akan terus terjadi. Perkawinan tidak serta merta dapat mencegah terjadi hubungan seksual tidak aman.

Dalam kerangka hukum pidana sekalipun, narasi yang dipropagandakan oleh perumus RKUHP, bahwa nantinya jika persetubuhan di luar perkawinan dipidana, maka akan menjadi "efek jera" pun dipertanyakan.

Dalam Criminal Law, Public Health and HIV Transmission: A Policy Options Paper oleh UNAIDS pada 2002 dinyatakan bahwa[138]

> *Policy makers should acknowledge the lessons of history, which show that prohibiting alcohol and other drugs, consensual sex, or prostitution has never succeeded in preventing these behaviours, and that the harm that follows from stigmatizing them and driving them underground has been greater than any harm (or supposed harm) of the activities themselves*
>
> Dalam terjemahan bebas berarti:
>
> *Pembuat kebijakan harus mengakui pelajaran sejarah, yang menunjukkan larangan – misalnya larangan alkohol dan obat-obatan lain, hubungan suka sama suka, atau prostitusi tidak pernah berhasil mencegahnya perilaku—perilaku beresiko, dan bahwa kerusakan yang terjadi setelah menstigmatisasi mereka dan mendorong mereka ke bawah tanah telah lebih besar daripada kerusakan apa pun (atau yang dianggap merugikan) dari kegiatan itu sendiri*

Kita tidak bisa terlalu optimis bahwa penggunaan hukum pidana akan efektif untuk mengubah perilaku seks beresiko, ataupun perubahan perilaku seksual. Hal-hal lain lah seperti kewaspadaan akan infeksi yang mempengaruhi seseorang akan mengubah perilaku seksualnya[139].

Pendekatan ini sebenarnya dipertanyakan efektivitasnya dibandingkan dengan pendekatan promosi alat kontrasepsi, karena dalam konteks pencegahan HIV pendekatan abstinence memerlukan motivasi yang kuat, kontrol diri dan komitmen. Dalam beberapa penelitian dijelaskan bahwa promosi abstinence-only justru tidak membuat orang tidak berhubungan dengan perilaku beresiko transmisi HIV lainnya[140]. Lewat pendekatan ini yang tidak dibarengi

---

[138] UNAIDS, *Criminal Law, Public Health and HIV Transmission: A Policy Options Paper,* UNAIDS, 2002, hal. 21

[139] Holland W, HIV/AIDS and the Criminal Law. Criminal Law Quarterly 1994; 36(3): 279 at 316. dalam *ibid.*

[140] *Young women interviewed for a study in Mauritius described a practice known as dans bords (light sex), which involves rubbing the penis against the vagina and some penetration, but is not considered sexual intercourse because it does not cause bleeding or pain. In focus group discussions and interviews conducted in Brazil and Guatemala, young people reported that some of their peers practice anal sex to protect a girl's virginity and prevent conception. A number of surveys have found high rates of heterosexual anal sex among young people, from 9 percent to 38 percent among female adolescents in low-income, urban areas in the United States, to 12*

dengan pengetahuan lainnya, anak muda hanya mengganggap bahwa perilaku beresiko HIV hanyalah penetrasi seksual penis ke vagina yang sesuai dengan konsep abstinence[141], padahal banyak dari itu, anak muda mungkin berhasil untuk tidak melakukan hubungan seksual berupa penetrasi penis ke vagina namun melakukan bentuk perilaku beresiko lainnya seperti anal sex, oral seks, yang justru juga dapat mentransmisikan HIV.

Dapat disimpulkan bahwa pendekatan pidana yang erat tujuannya dengan kampanye *abstinence* ternyata tidak terbukti mampu mencegah membuat seseorang tidak melakukan perbuatan seksual beresiko. Perbuatan atau perilaku seksual dan perubahannya adalah hal yang fundamental[142], perubahan perilaku beresiko lebih kompleks dari sekadar memberikan ancaman pidana. Perilaku beresiko termasuk hubungan seksual tidak aman di luar perkawinan juga tidak akan tercegah dengan mengancam perbuatan tersebut dengan hukum pidana[143].

Hal ini juga terbukti dalam konteks Indonesia, Sejak 2010 sampai dengan Desember 2018 transmisi HIV yang paling banyak terjadi adalah melalui hubungan heteroseksual, dengan total transmisi sejak 2010 sebanyak 102.959 transmisi melalui hubungan heteroseksual dari total transmisi sejak 2010 sebanyak 298.874 (34%). Berbeda dari trend global dimana fokus intervensi transmisi pada kelompok usia 19-24 tahun, di Indonesia Kelompok umur yang tercatat sebagai mentransmisi HIV paling banyak adalah kelompok umur 25-49 tahun mencapai rata-rata 70,4% sejak 2010 sampai dengan 2018, dengan kelompok jenis kelamin laki-laki tercatat sejak 2010 terinfeksi HIV rata-rata 63,8%. Berdasarkan data olahan susenas sejak tahun 1995 sampai dengan 2016[144], rata-rata usia kawin pertama bagi laki-laki yaitu 27,5 tahun. Lewat data ini dapat disimpulkan bahwa transmisi HIV paling tinggi justru terjadi pada orang yang terestimasi telah menikah.

Asumsi perumus RKUHP yang menyatakan bahwa hubungan seksual hanya dapat dilakukan dalam perkawinan menjadi dipertanyakan. Ikatan perkawinan tidak dapat menjamin bahwa perilaku beresiko tidak dilakukan, terlebih lagi dalam hukum pidana Indonesia saat ini sekalipun, hubungan seksual di luar perkawinan yang dilakukan oleh pihak yang terikat perkawinan sudah diancam dengan pidana lewat Pasal 284 KUHP. Dengan adanya ancaman pidana ini saja tidak membuat orang dalam perkawinan tidak melakukan hubungan seksual beresiko yaitu transmisi hubungan seksual lainnya.

---

percent among female college students in Togo, to 44 percent among sexually active, male college students in Puerto Rico dalam *Abstinence and faithfulness programmes for prevention of HIV/AIDS among young people: What are the current debates?* Abstinence and faithfulness programmes for prevention of HIV/AIDS among young people: What are the current debates?, https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20786204.2007.10873610, diakses pada 19 Januari 2019

[141] *Ibid.*

[142] Stanford University Medical Center, *Promoting abstinence, fidelity for HIV prevention is ineffective, study finds, https://www.sciencedaily.com/releases/2016/05/160502215418.htm,* diakses pada 21 Januari 2019

[143] Dalam penelitiannya *The Detterence Rational in the Criminalization of HIV/AIDS* Anne Mermindo menyimpulkan bahwa pada saat melakukan tindak pidana, seseorang *potential* pelaku tindak pidana pada dasarnya tidak mengetahui hukum yang mengatur tindak pidana tersebut, tidak mampu membuat keputusan yang rasional dan tidak mampu mempertimbangkan keuntungan dan kerugian yang akan didapatnya setelah melakukan suatu tindak pidana, dalam Anne Mermindo, *The Detterence Rational in the Criminalization of HIV/AIDS,* Lex Electronica: Vol 13 n3 (Hiver/Winter, 2009), 2009, hal 16-23

[144] Lembaga Demografi FEB UI November 2017, *Ringkasan Studi Tren Usia Perkawinan Pertama di Indonesia, http://ldfebui.org/wp-content/uploads/2018/01/BN-11-2017.pdf ,* diakses pada 19 Januari 2019

Perilaku beresiko justru sangat erat kaitannya dengan faktor sosial yang mempengaruhi terjadinya transmisi[145]. Perilaku beresiko tersebut tertanam dalam rutinitas dan praktik yang melekat pada struktur sosial yang lebih besar seperti, pola hubungan berpasangan, norma sosial dan peluang di masyarakat sekitar [146] sehingga untuk mengubahnya harus dengan intervensi yang komprehensif. Dalam konteks ini, terkait dengan kriminalisasi hubungan seksual di luar perkawinan terbukti bahwa pemidanaan sekalipun tidak membuat perilaku berisiko tersebut tidak dilakukan, penanggulangan HIV yang hanya berfokus pada pencegahan hubungan seksual justru kontraproduktif untuk penaggulagan HIV.

b. Menghambat Akses Layanan Pencegahan Penularan Berulang dan Pengobatan

Secara global, Pada tahun 2017, 3 dari 4 orang yang hidup dengan HIV mengetahui status HIV nya, 79% dari yang mengetahui status HIV nya mengakses pelayanan HIV, 81% dari yang mengakses pelayanan tersebut, telah berhasil meraih kondisi viral suppression. 47% orang yang hidup dengan HIV telah berhasil meraih kondisi viral suppression tersebut[147].

Seperti yang sudah dipaparkan dalam penjelasan mengenai trend transmisi, maka untuk konteks Indonesia, urutan transmisi HIV berdasarkan jenis perilaku beresiko dari 2010 sampai dengan 2018 yang paling tinggi ke rendah adalah pada:

1. Perilaku beresiko hubungan seksual heteroseksual: 102.959 orang tertransmisi HIV
2. Perilaku beresiko hubungan seksual laki-laki dengan laki-laki: 48.661 orang tertransmisi HIV
3. Perilaku beresiko penggunaan narkotika suntik: 15.990 orang tertransmisi

Jumlah kasus HIV yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2018 mengalami kenaikan tiap tahunnya. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2018 sebanyak 327.282 orang (51,1% dari estimasi odha tahun 2016 sebanyak 640.443).

Dalam konteks ini, hubungan heteroseksual tidak aman sebagai salah satu aspek penting dalam intervensi perilaku dan layanan pengobatan pasca transmisi HIV, bahwa dalam konteks AIDS faktor risiko penularan terbanyak yaitu melalui hubungan seksual berisiko heteroseksual (70,3%).

Adapun yang diartikan sebagai dengan perilaku seks beresiko adalah memiliki pasangan seksual lebih dari 1 dalam 1 bulan terakhir, berhubungan seksual dengan pekerja seks dalam 1 bulan terakhir, mengalami 1 atau lebih episode IMS dalam 1 bulan terakhir dan perilaku pasangan seksual berisiko tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa dalam konteks Indonesia,

---

[145] Michael H Merson, dkk, *The history and challenge of HIV prevention, DOI:10.1016/S0140- 6736(08)60884-3,* hal. 8

[146] Mary Jane Rotheram-Borus1, dkk, *The Past, Present, and Future of HIV Prevention: Integrating Behavioral, Biomedical, and Structural Intervention Strategies for the Next Generation of HIV Prevention, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864227/pdf/nihms173374.pdf,* diakses pada 9 Januari 2019.

[147] UNAIDS, *fact sheet – worldaidsday 2018, op.cit*

transmisi HIV terjadi pada kelompok yang terlibat dalam perilaku seks beresiko salah satunya memiliki lebih dari 1 pasangan ataupun melakukan hubungan seksual dengan pekerja seks.

Dengan adanya bayang-bayang kriminalisasi, maka perbuatan melakukan hubungan seksual di luar hubungan perkawinan termasuk melakukan hubungan seks dengan pekerja seks dianggap sebagai tindak pidana. Itu berarti orang yang terlibat dalam perilaku beresiko tersebut tidak akan mengakses layanan yang seharusnya dia dapatkan karena adanya ancaman pidana selama 2 tahun penjara. Akan ada ketakutan dari orang-orang yang terlibat dalam perilaku seks beresiko untuk mengakases layanan kesehatan, karena akan distigmatisasi, ditangkap ataupun dituntut secara pidana[148].

Dalam konteks penanggulangan HIV/AIDS, masalah outreach atau keterjangkauan adalah aspek penting. Salah satu strategi penanggulangan HIV/AIDS adalah meningkatkan ketersediaan, dan keterjangkauan pengobatan, pemeriksaan penunjang HIV dan AIDS serta **menjamin keamanan,** kemanfaatan, dan mutu sediaan obat dan bahan/alat yang diperlukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Dengan adanya ancaman pidana, petugas kesehatan justru akan kesulitan menjangkau populasi kunci HIV/AIDS yang seharusnya diintervensi. Bukan tidak mungkin nantinya populasi kunci yang tertransmisi HIV tidak mendapat layanan justru mencapai titik sindrom AIDS yang membawa pada resiko kematian lebih besar, padahal di kondisi saat ini tanpa kriminalisasi perilaku seks di luar perkawinan sekalipun, HIV yang terestimasi tercatat hanya 47%.

c. Kriminalisasi Berpotensi Mengirim 5 Juta Laki-laki ke Penjara

Pendekatan kriminal terhadap hubungan seks atau persetubuhan di luar perkawinan dengan mengkriminalkan semua pihak yang terlibat dalam persetubuhan tersebut dengan alasan akan menghilangkan hubungan seksual di luar perkawinan dekat dengan kemunafikan seolah mengabaikan estimasi berbasis fakta yang telah dilakukan oleh kementerian kesehatan republik Indonesia[149].

Bahwa terkait dengan perilaku seks beresiko, kementerian kesehatan berdasarkan pemetaan yang dilakukannya mengestimasi jumlah popu;asi kunci, untuk pekerja seks perempuan sampai dengan 2016 diestimasi berjumlah 226.791 sampai dengan 364.313 orang[150], yang lebih penting untuk diketahui adalah, estimasi tertinggi datang dari jumlah pelanggan perempuan pekerja seks[151] sebesar 5.254.065, dengan estimasi batas bawah 4.415.776 dan estimasi batas atas 6.159.431, itu berarti bahwa ada sekitar 5 juta laki-laki menggunakan jasa pekerja seks perempuan di Indonesia dan terlibat dalam persetubuhan di luar perkawinan.

---

[148] WHO, *Sexual health, human rights and the law, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pd;jsessionid=661E5C6AB3FA6D6BFF25ADEFDF52179C?sequence=1,* diakses pada 9 Januari 2019.

[149] Dari seluruh negara di dunia, Indonesia merupakan salah satu dari 38 negara yang membuat estimasi jumlah di tingkat nasional dengan menggunakan metodologi yang terdokumentasi baik untuk semua populasi kunci dalam Kementerian Kesehatan, Estimasi Jumlah Populasi Kunci HIVDi Indonesia Tahun 2016, 2017, hal 1.

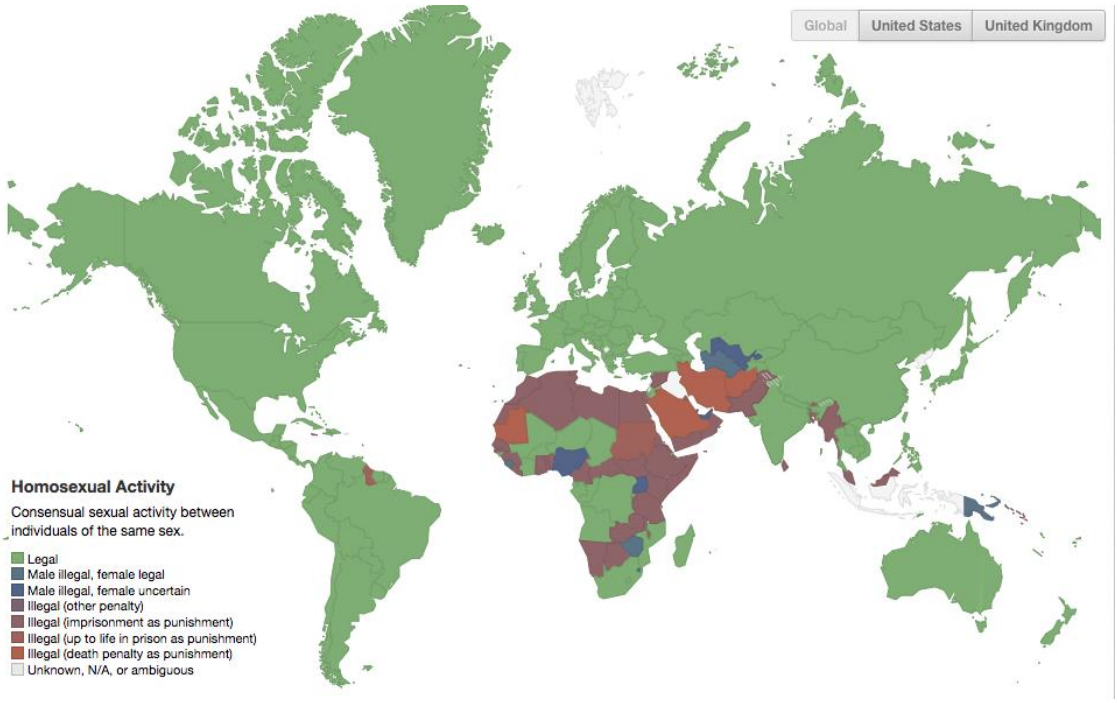
[150] Kementerian Kesehatan, Estimasi Jumlah Populasi Kunci HIVDi Indonesia Tahun 2016, 2017, hal 19

[151] Yang diartikan sebagai Pelanggan Wanita Pekerja Seks (WPS) dalam survei ini adalah Laki-laki berusia 15 sampai 49 tahun yang membayar perempuan dengan uang atau barang untuk melakukan seks penetratif anal atau vaginal dalam 12 bulan terakhir

Terlebih lagi, tercatat paling tidak terdapat 161 lokalisasi di Indonesia yang diketahui oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia[152]. Belum lagi prostitusi yang tidak dapat dijangkau pemerintah, dan prostitusi online yang massif terjadi. Dengan adanya wacana kriminalisasi semua bentuk persetubuhan di luar perkawinan, paling tidak akan ada 5 juta laki-laki masuk penjara karena pasal ini.

5.1.2. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Perbuatan Cabul Sesama Jenis

Per 2018, berdasarkan laporan Equaldex yang memberikan pemetaan tentang hak LGBT di seluruh dunia, terdapat 73 negara, terutama di negara Timur Tengah, Afrika dan Asia yang mengkriminalisasi hubungan seksual sesama jenis[153]. Indonesia tercatat sebagai negara dengan predikat "ambigu" mengenai hak LGBT[154]. Dapat dilihat dalam gambar berikut:



Gambar 5.1. Laporan Equaldex tentang Hak LGBT

Dalam situs ini juga dimuat hasil penelitian tentang pendapat masyarakat tentang penerimaanya terhadap homoseksual, menurut penelitian tersebut, 93% masyarakat Indonesia menyatakan menolak ide untuk menerima homoseksual[155]. Pada dasarnya, Indonesia tidak memiliki hukum nasional pesifik yang melarang hubungan seksual sesama jenis. Namun penolakan terhadap homoseksualitas banyak terjadi di Indonesia.

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, bahwa upaya untuk mengkriminalisasi hubungan seksual konsen sesama jenis sudah dilakukan sebelum RKUHP dibahas, melalui permohonan

[152] Agung DH, *168 Daerah di Indonesia Miliki Lokalisasi Prostitusi, https://tirto.id/168-daerah-di-indonesia-miliki-lokalisasi-prostitusi-ux*, diakses pada 10 Juli 2018

[153] Equalex adalah sebuah situs yang memberikan informasi mengenai perkembangan kebijakan Hak LGBT di dunia, dapat dilihat http://www.equaldex.com/region/indonesia

[154] Dijelaskan bahwa kebijakan di Indoensia terkait dengan Hak LGBT tidak diketahui atau ambigu dengan warna abu-abu. *Ibid.*

[155] *Ibid.*

Pengujian Pasal 292 KUHP tentang perbuatan cabul sesama jenis anak di Mahkamah Konstitusi dengan nomor perkara 46/PUU-XIV/2016.

Permohonan tersebut secara spesifik meminta mahkamah konstitusi untuk menafsirkan bahwa pasal ini juga akan menyasar usia yang sudah dewasa. Untungnya, Pada 14 Desember 2017, Mahkamah Konstitusi menolak permohonan uji materi tersebut, dengan mengatakan bahwa rumusan Pasal 284, Pasal 285 dan Pasal 292 sudah jelas diatur dalam KUHP. MK adalah sebagai negative legislator dan bukan dalam pemahaman sebagai pembentuk undang-undang atau positive legislator. Ketika menyangkut norma hukum pidana, MK dituntut untuk tidak memasuki wilayah kebijakan pidana atau politik hukum pidana. Namun, tidak berhenti sampai disitu, wacana untuk mengkirminalisasi homoseksual berlanjut sampai dengan pembahasan RKUHP. Padahal kriminalisasi perbuatan cabul sesama jenis memiliki dampak yang seharusnya diperhatikan oleh pemerintah dan DPR.

a. Kriminalisasi Perbuatan Cabul Sesama Jenis dalam RKUHP Diskriminatif yang Menimbulkan Stigma

Sepanjang 2018, terjadi beberapa perdebatan dalam perumusan tindak pidana perbuatan cabul sesama jenis antara pemerintah dan DPR. Dari awal kemunculan wacana untuk mengkriminalisasi hubungan seksual sesama jenis yang didukung oleh partai-partai agama, pihak Pemerintah dan DPR berkelik bahwa kriminalisasi ini tidak menyasar orientasi seksual, karena mengatur kondisi-kondisi tertentu yang harus sebelumnya terpenuhi untuk dapat mempidana perbuatan cabul sesama jenis. Kondisi tersebut yaitu apabila perbuatan cabul tersebut dilakukan di depan umum, ada unsur paksaan, dipublikasikan dan mengandung unsur pornografi. Padahal setiap kondisi yang diatur sudah dimuat dalam berbagai peraturan perundang-undangan termasuk dalam KUHP. Setelah menuai kritik, pemerintah mengganti rumusan Pasal tersebut dan mengintegrasikannya ke dalam pasal “perbuatan cabul” dengan catatan dalam penjelasan masih menggunakan terimologi “sesama jenis” dengan tendensi bahwa unsur “sesama jenis” telah dimasukkan.

Wacana sedari awal untuk melakukan kriminalisasi pada hubungan konsensual sesama jenis ataupun melakukan pembedaan perlakuan berdasarkan orientasi seksual, ekspresi seksual dan identitas gender merupakan bentuk diskriminasi, yang jelas dilarang dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM), Kovenan Internasional tentang Hak Sipil dan Politik (ICCPR) yang sudah diratifikasi oleh Indonesia melalui UU No 12 tahun 2005, dan juga bertentangan dengan Konstitusi UUD 1945 Indonesia sendiri.

Bahwa dalam Pasal 1 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia dinyatakan seluruh manusia dilahirkan secara bebas dan memiliki persamaan dalam martabat dan hak. Dalam Laporan Tahunan United Nations High Commissioner for Human Rights tentang Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity dinyatakan bahwa setiap orang disini termasuk orang-orang lesbian, gay, bisexual dan transgender.

Dalam Pasal 2 ayat (1) ICCPR juga dinyatakan bahwa negara peserta berjanji untuk menghormati dan menjamin hak-hak yang diakui dalam bagi semua, tanpa pembedaan

apapun seperti ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, politik atau pendapat lain, asal-usul kebangsaan atau sosial, kekayaan, kelahiran atau status lainnya.

Dalam kasus Toonen v. Australia (No. 488/1992 (CCPR/C/50/D/488/1992) Komisi Hak Asasi Manusia telah menyatakan bahwa larangan pembedaan ini termasuk juga pembedaan berdasarkan orientasi seksual. Dalam Komentar Umum No. 20 (E/C.12/GC/20, 10 June 2009) *Committee on Economic, Social and Cultural Rights* menjelaskan bahwa pengertian "other status" atau "status lainnya" termasuk didalamnya orientasi seksual dan juga identitas gender.

Sejak kasus Toonen pada 1994, Komisi Hak Asasi manusia secara tegas menentang argumen yang menyatakan bahwa kriminalisasi dapat dijustifikasi dan dinyatakan beralasan dengan dalih kesehatan masyarakat atau dengan alasan moral, penggunaan hukum pidana dalam hal ini tidak proposional dan tidak diperlukan.

Komisi Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa hukum yang kriminalisasi hubungan seksual yang bersifat privat, antara orang dewasa dan dilakukan secara konsensual merupakan pelanggaran hak atas privasi dan hak untuk bebas dari diskriminasi. Penahanan seseorang berdasarkan orientasi seksual nya juga dinyatakan sebagai bentuk penahanan sewenang-wenang yang merupakan pelanggaran Pasal 9 ICCPR (*The Working Group on Arbitrary Detention: Opinions No. 22/2006 on Cameroon (A/HRC/4/40/Add.1), No. 42/2008 on Egypt (A/HRC/13/30/Add.1)*)

Dalam konteks Indonesia sekalipun, pelarangan LGBT jelas melanggar Hak Asasi Manusia yang sudah diakui dalam UUD 1945. Dalam Pasal 27 ayat (1) UUD 1945 jo Pasal 28D ayat (1) UUD 1945 dijelaskan bahwa setiap warga negara bersamaan kedudukannya dalam hukum dan pemerintahan, serta setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama dihadapan hukum.

Pada "Prinsip Pokok Negara Hukum" oleh Prof. Jimly Ashssidiqie dijelaskan untuk mewujudkan prinsip equality before the law, segala tindakan diskriminatif dalam segala bentuk dan menifestasinya diakui sebagai sikap dan tindakan terlarang[156]. Pengaturan yang memberikan pembedaan dalam kondisi tertentu diperbolehkan selama tindakan-tindakan yang bersifat khusus dan sementara yang dinamakan "*affirmative actions*" dan hanya dapat digunakan untuk mendorong dan mempercepat kelompok masyarakat tertentu atau kelompok warga masyarakat tertentu untuk mengejar kemajuan sehingga tercapainya perkembangan yang sama dan setara antar tiap kelompok masyarakat, seperti contoh perlakukan khusus untuk perempuan dan anak-anak.

Dalam kedua konteks tersebut, dapat dikatakan bahwa baik instrumen Hak Asasi Manusia Internasional maupun UUD 1945 menyatakan bahwa pembedaan pengaturan terhadap kelompok minoritas seksual sesama jenis merupakan tindakan diskriminatif, pengaturan pelarangan dengan menyebut secara khusus "sesama jenis" juga bukan merupakan tindakan affirmative action dalam konteks pembedaan kedudukan seseorang dihadapan hukum yang diperbolehkan.

[156] Jimly Hassidiqie, *Prinsip Pokok Negara Hukum,* http://www.jimly.com/pemikiran/view/11, diakses pada 5 Juli 2019

Dengan dalih apapun, meletakkan terminologi "sesama jenis" dalam RKUHP dan menghadirkan wacana "kriminalisasi homoseksual" akan menumbuhsuburkan kekerasan[157] terhadap kelompok LGBT yang dihasilkan dari stigma pembedaan perlakuan dan pelarangan dalam peraturan.

b. Kontraproduktif dengan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya dalam materi tentang trend transmisi HIV, terdapat kecenderungan terjadi peningkatan transmisi HIV terhadap perilaku beresiko homoseksual di Indonesia sampai dengan Desember 2018, dalam data berikut:

No	Faktor Risiko	Tahun								
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Penasun	2.780	3.299	2.461	2.675	1.794	802	938	832	409
2	Heteroseksual	6.623	10.668	10.825	14.793	12.511	9.873	17.754	10.779	9.133
3	LSL	506	1.040	1.514	3.287	3.858	4.241	13.063	11.630	9.522
4	Lain-lain	4.362	6.549	6.903	8.499	6.075	4.677	5.479	3.935	3.816
5	Tidak Diketahui					8.027	15.429	12.790	20.944	23.779

Tabel 5.1. Trend Transmisi HIV berdasarkan Faktor Resiko

Jika sebelumnya, trend transmisi terjadi dalam konteks perilaku beresiko adalah hubungan seksual heteroseksual, maka sejak 2016 terdapat peningkatan trend transmisi dari homoseksual, terlepas dari perdebatan "moral" tentang homoseksual, hal ini merupakan hal baik dalam konteks intervensi kesehatan, itu berarti banyak LSL yang sudah teregister, sehingga terhadap perilaku seksnya dapat dilakukan intervensi dan dilakukan konseling untuk menjamin konsistensi perilaku seks yang aman.

Namun sayangnya hal baik ini, harus berdampak karena wacana untuk mengkriminalisasi perbuatan cabul sesama jenis. Dengan asalan yang sama, terkait moral, Pemerintah dan DPR berusaha mengkriminalisasi perbuatan cabul sesama jenis, yang walaupun memuat kondisi tertentu, untuk dapat dipidana.

Sesuai dengan penjelasan di bab sebelumnya bahwa penanggulangan HIV yang sudah dikomitmenkan Indonesia salah satunya adalah melibatkan peran aktif populasi kunci dan ODHA serta orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS. Selain itu juga dicanangkan sebagai strategi penanggulangan HIV adalah dengan meningkatkan jangkauan pelayanan pada kelompok masyarakat berisiko tinggi, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan serta bermasalah kesehatan.

Salah satu kegiatan utama penanggulangan HIV/AIDS adalah promosi kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai

[157] Sepanjang pembahasan RKUHP khususnya ketika wacana kriminalisasi orientasi seksual berbeda dimunculkan, terlihat bahwa terjadi peningkatan stigmatisasi terhadap kelompok dengan orientasi seksual berbeda, mulai dari pernyataan stigma terhadap kelompok minoritas seksual dari aktor pemerintahan, wacana kriminilasi dari pemerintah daerah, hingga tindakan main hakim sendiri yang dilakukan oleh warga, ICJR, *Kebangkitan Penal Populism Di Indonesia: Catatan Situasi Refiormasi Kebijakan Pidana Di Indonesia Tahun 2018,* Jakarta, 2019, hal. 23-24

pencegahan penularan HIV dan menghilangkan stigma serta diskriminasi. Salah satu sasaran dari promosi kesehatan tersebut adalah masyarakat yang terdiri dari populasi kunci dan populasi sasaran. LSL atau homoseksual masuk ke dalam kategori populasi kunci, yang merupakan populasi beresiko HIV.

Dengan adanya bayang-bayang kriminalisasi, lantas promosi kesehatan yang ditujukan kepada populasi kunci homoseksual tidak dapat dilakukan, keterjangkauan atau outreach populasi kunci justru akan terkendala, karena jelas tidak akan ada populasi kunci homoseksual yang akan melaporkan perilaku beresikonya karena adanya ancaman pidana.

Penurunan penularan HIV dilakukan melalui perluasan pencegahan yang efektif. Perlu perhatian khusus pada pencegahan HIV baru di kelompok LSL[158].

Sehingga, proses kelanjutan dari promosi kesehatan yang berusaha mencegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan memberi pemahaman dan mengubah perilaku kelompok secara kolektif dan perilaku setiap individu dalam kelompok sesuai dengan komitmen Permenkes 21/2013 jelas tidak akan tercapai dengan adanya ancaman pemidanaan.

Intervensi pencegahan lainnya terkait dengan perubahan perilaku berupa a. tidak melakukan hubungan seksual (*Abstinensia*) bagi yang belum menikah; b. setia dengan pasangan (*Be Faithful*) tetap yang diketahui tidak terinfeksi HIV; c. menggunakan kondom secara konsisten (*Condom use*); d. menghindari penyalahgunaan obat/zat adiktif (*no Drug*); e. meningkatkan kemampuan pencegahan melalui edukasi termasuk mengobati IMS sedini mungkin (*Education*); dan f. melakukan pencegahan lain, antara lain melalui sirkumsisi tidak akan tercapai jika solusi yang dihadirkan langsung kepada kebijakan kriminalisasi.

Cita-cita yang dihadirkan oleh Surat Edaran Kementerian Kesehatan HK.02.02/I/1564/2018 10 Juli 2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eleminsasi HIV AIDS 2030 yang mewajibkan pemeriksaan HIV pada **laki-laki berhubungan seksual dengan laki-laki** dengan kewajiban secara rutin setiap 6 bulan sekali pemeriksaan HIV kepada LSL serta skring IMS 6 bulan sekali jelas tidak akan tercapai dikarenakan bayang-bayang kriminalisasi.

c. Kriminalisasi Menghambat Akses Layanan untuk Populasi Kunci dan ODHA

Sama dengan yang dijelaskan sebelumnya dalam materi tentang dampak kriminalisasi persetubuhan di luar perkawinan, pada hakikatnya hubungan seksual sesama jenis juga tidak serta merta akan berhenti ketika dilakukan kriminalisasi[159]. Yang justru membahayakan bahwa kriminalisasi membawa dampak pada penanggulangan HIV.

---

[158] Dalam kenyataannya dalam konteks Indonesia, Pencegahan HIV pada populasi kunci di beberapa wilayah dengan kinerja baik, merupakan hasil kombinasi beberapa faktor berikut: a) Komitmen individu, b) Layanan ramah klien, c) Pelibatan pihak-pihak pemangku kepentingan, d) Keterlibatan aktif Dinas Kesehatan dan Puskesmas baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/ kota yang berkerja sama dengan penegak hukum dan tokoh kunci lokalisasi atau lokasi, e) Keterlibatan LSM dan OMS dalam promosi kondom dan monitoring program penggunaan kondom; f) Mobilisasi komunitas melalui intervensi sebaya.

[159] Satu studi tersebut, Horvath et al, menyimpulkan bahwa Hukum Pidana/Kriminalisasi berkaitakan dengan HIV tidak menghalangi 'pengambilan hubungan seksual beresiko' berdasarkan temuan bahwa, di antara 1725 LSL, pelaporan penggunaan pengaman dalam hubungan seks tidak berubah tergantung pada ada atau tidaknya kriminalisasi berkaitan dengan HIV (hal. 1226). Demikian pula, Burris et al, perbandingan 248 peserta dari Chicago

Di banyak negara afrika, mengkriminalkan homoseksualitas memicu epidemi, karena kriminalisasi menghalangi populasi kunci untuk mencari perawatan dan penyedia layanan kesehatan untuk menawarkan layanan kesehatan kepadanya[160].

Padahal pelarangan perbuatan cabul sesama jenis yang diskriminatif tersebut dalam praktiknya di berbagai negara telah berdampak buruk bagi penghormatan hak asasi manusia, baik dalam kerangka hak sipil politik maupun hak sosial ekonomi dan budaya. Kriminalisasi Homoseksual membatasi akses terhadap penanggulangan, pencegahan, akses treatment HIV yang jelas akan berdampak pada meningkatnya transmisi HIV. 1 dari 15 (6%) homoseksual mengidap HIV di negara *carribean* yang tidak mengkriminalisasi homoseksual, sedangkan 1 dari 4 (25%) homoseksual mengidap HIV di negara *carribean* yang mengkriminalisasi homoseksual.[161] Pada akhirnya, kelompok minoritas seksual homoseksual akan dikriminalisasi, hidup dipenjara, tanpa intervensi perubahan perilaku ataupun layanan kesehatan memadai yang justru mengalami penuruan kondisi kesehatan yang lebih buruk[162], yang secara langsung melanggar hak atas kesehatan sebagai hak dasar yang dijamin dalam konstitusi.

d. Sebagai Catatan, Kriminalisasi Tidak Hanya Soal "Bertentangan Dengan Hukum Agama"

Jika dilihat dari dinamika perdebatan mengenai kriminalisasi hubungan seksual sesama jenis di Indonesia, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan untuk mengkriminalisasi hubungan seksual sesama jenis datang dari kelompok agama, yang mendukung kriminalisasi atas dasar bahwa agama menentang perbuatan tersebut.

Dalam kerangka hukum pidana, dalam proses mengkriminalisasi suatu perbuatan tidak dapat sebatas karena alasan berentangan dengan agama. Proses kriminalisasi harus dengan batasan,[163] karena ketiadaan batas pada kriminalisasi akan menghasilkan overkriminalisasi.

Suatu perbuatan untuk dapat dikriminalisasi harus diperiksa secara ketat dan dievaluasi dengan berbagai kepentingan. Mengapa harus ketat? Karena hukum pidana bersifat memaksa, bukan hanya anjuran namun juga merupakan ancaman, dalam proses kriminaliasi, perbuatan tidak hanya dikatakan sebagai salah atau benar, namun negara memaksa warga negara untuk menerima konsekuensi apabila perbuatan tersebut dilakukan. Konsekuensi

dan 242 dari New York City diidentifikasi bahwa para peserta tinggal di negara dengan kriminalisasi HIV (Illinois) tidak melaporkan praktik seksual yang berbeda dari para peserta yang tinggal di negara tanpa hukum pidana tersebut (New York). Galletly et al, tanggapan survei dari 479 PHA dari New Jersey menguatkan temuan bahwa kesadaran hukum pidana HIV tidak terkait dengan penurunan pengambilan hubungan seksual beresiko. Galletly et al, survei 384 PHA dari Michigan menghasilkan hasil yang sama: kesadaran akan hukum pidana HIV tidak terkait dengan 'menurun Perilaku berisiko penularan HIV, dalam Patrick O'Byrne et.al., *HIV criminal prosecutions and public health: an examination of the empirical research*, O'Byrne P, et al. Med Humanit 2013;0:1–6. doi:10.1136/medhum-2013-010366

[160] Amy Hagopian, *Anti-homosexual legislation and HIV-related stigma in African nations: what has been the role of PEPFAR?,https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496073/,* diakses pada 9 Juli 2019

[161] UNAIDS, The Gap Report, *Loc.Cit.*

[162] Warga binaan Pemasyarakatan sebagai satu populasi kunci sendiri, karena kondisi lapas sebagai tempat beresiko terhadap transmisi dan pengobatan HIV.

[163] Stephen Shute dan Andrew Simester, *Criminal Law Theory*, Oxford Scholarship Online, Oxford, 2002, hal. 20

tersebut tidak disukai.[164] Tujuan negara untuk mengkriminalisasi suatu hal harus esensial dan hukum tersebut harus digunakan untuk serta merta mencapai tujuan tersebut.

Politik hukum pidana merupakan usaha untuk mewujudkan peraturan-peraturan yang baik sesuai dengan keadaan dan situasi pada suatu saat, kebijakan tersebut dilakukan melalui badan-badan yang berwenang untuk menetapkan peraturan-peraturan yang dikehendaki yang diperkirakan bisa digunakan untuk mengekspresikan apa yang terkandung dalam masyarakat dan untuk mencapai apa yang dicita-citakan.

Sedangkan politik hukum pidana sendiri menurut Sudarto berarti usaha mewujudkan peraturan perundang-undangan pidana yang sesuai dengan keadaan dan situasi pada suatu waktu dan untuk masa yang akan datang.[165] Menurut Marc Ancel *penal policy* diartikan sebagai suatu ilmu sekaligus seni yang bertujuan untuk memungkinkan peraturan hukum positif dirumuskan secara lebih baik[166]. Menurut A. Mulder politik hukum pidana adalah usaha untuk menentukan: a) Seberapa jauh ketentuan pidana yang berlaku perlu diubah atau diperbaharui; b) Apa yang dapat diperbuat untuk mencegah terjadinya tindak pidana; c) Cara bagaimana penyidikan, penuntutan, peradilan, dan pelaksanaan pidana harus dilaksanakan[167]

Definisi Mulder di atas bertolak dari pengertian sistem hukum pidana menurut Marc Ancel yang menyatakan bahwa tiap masyarakat yang terorganisir memiliki sistem hukum pidana yang terdiri dari: a) Peraturan-peraturan hukum pidana dan sanksinya; b) Suatu prosedur hukum pidana; b) Suatu mekanisme pelaksanaan pidana.[168]

Dua masalah sentral dalam kebijakan hukum pidana dengan menggunakan sarana penal (hukum pidana) ialah masalah menentukan[169]:

1. Perbuatan apa yang seharusnya dijadikan tindak pidana
2. Sanksi apa yang sebaaiknya digunakan atau dikenakan kepada si pelanggar.

Pada masalah sentral pertama soal kriminalisasi, Sudarto menyatakan bahwa dalam kriminalisasi harus memperhatikan hal-hal berikut:[170]

1. Penggunaan hukum pidana harus memperhatikan **tujuan pembangunan nasional**, yaitu mewujudkan masyarakat adil dan makmur yang merata material spiritual berdasarkan pancasila; penggunaan hukum pidana bertujuan untuk menanggulangi kejahatan demi kesejahteraan dan pengayoman masyarakat.
2. **Perbuatan yang diusahakan untuk dicegah atau ditanggulangi dengan hukum pidana harus merupakan perbuatan yang tidak dikehendaki**, yaitu perbuatan yang mendatangkan kerugian atas warga masyarakat
3. Penggunaan hukum pidana harus pula memperhitungkan prinsip biaya dan hasil (cost and benefit principle)

---

[164] A P Simester dan Andreas von Hirsch, *Crimes, Harms and Wrongs*, Hart Publishing, Oxford, 2011, hal. 6
[165] Sudarto, *Hukum Pidana dan Perkembangan Masyarakat*, Sinar Baru, Bandung, 1983, hal. 20.
[166] Barda Nawawi Arief, *Kebijakan Hukum Pidana Perkembangan penyusunan Konsep KUHP Baru*, Kencana Prenadamedia Group, Semarang, 2008, hal.27
[167] A. Mulder dalam, buku *Ibid.*
[168] *Ibid.,* hal. 28
[169] *Ibid.,* hal. 36
[170] Soedarto, *Hukum dan Pidana*, Alumni, Bandung, 1981, hal. 15-16

4. Penggunaan hukum pidana harus memperhatikan kapasitas atau kemampuan daya kerja dari badan-badan penegak hukum, yaitu jangan sampai ada kelebihan beban tugas.

Pendekatan kebijakan jelas merupakan pendekatan yang rasional karena karakteristik dari suatu politik hukum pidana adalah dengan menggunakan metode-metode yang rasional yang juga sesuai dengan pendapat G.P. Hoefnagels bahwa politik kriminal adalah a rational total of the responses of crime atau keseluruhan respon yang rasional atas suatu kejahatan.[171] Hal ini perlu diperhatikan karena tidak jarang suatu kebijakan hukum pidana dilaksanakan secara emosional. Hukum pidana yang hanya digunakan untuk mengasingkan kelompok minoritas seksual tertentu secara jelas tidak menggambarkan tujuan hukum pidana itu sendiri, bahwa hukum pidana harus merupakan suatu respon rasional, dalam hal ini seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, bahwa kriminalisasi hubungan seksual sesama jenis berdampak pada terjadinya diskriminasi, kontraproduktif dengan penaggulangan HIV/AIDS dan menghambat akses layanan kesehatan.

5.1.3. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Pekerja Seks

a. Kontraproduktif dengan Upaya Penanggulangan HIV AIDS

Kriminalisasi pekerja seks juga akan berdampak pada penanggulangan HIV/AIDs. Kementerian Kesehatan lewat Permenkes 21/2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS telah berkomitmen untuk mempromosikan perilaku seks aman salah satunya [172] dengan melakukan pemberdayaan para pekerja seks untuk menolak hubungan seksual tanpa kondom, bukan mempromosikan kriminalisasi pekerja seks[173].

Dalam Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV/AIDs 2015-2019 dimuat beberapa upaya pencegahan transmisi HIV melalu hubungan seksual, yaitu dengan penguatan promosi kondom di tempat transaksi seksual dan di tempat layanan IMS [174], dengan melakukan kegiatan-kegiatan berikut:

(1) Pengembangan pesan-pesan baru untuk komunikasi perubahan perilaku sebagai bagian dari strategi komunikasi HIV dan AIDS secara keseluruhan.
(2) Pemanfaatan secara luas media sosial, internet dan SMS untuk menyebarluaskan informasi dan pesan-pesan komunikasi perubahan perilaku.
(3) Memperluas jaringan penyebarluasan informasi dan pesan komunikasi perubahan perilaku diantara populasi kunci. Mengadopsi model penjangkauan yang melibatkan

[171] Barda Nawawi Arief, *op.cit*, hal.4.
[172] Salah satu promosi kesehatan sebagai upaya penanggulangan HIV/AIDS yang diatur dalam Permenkes 21 tahun 2013 tentang Penangguulangan HIV/AIDS dalam Pasal 11 yaitu promosi penggunaan kondom secara konsisten.
[173] Kementerian Kesehatan, *Indonesia Tingkatkan Komitmen Penanggulangan HIV/AIDS,* http://www.depkes.go.id/article/print/16061000001/indonesia-tingkatkan-komitmen-penanggulangan-hiv-aids.html, diakses pada 10 Juli 2018
[174] Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional, *Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019 Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia,* Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional, Jakarta, 2015, hal. 45

populasi kunci dan ODHA dapat memfasilitasi perubahan perilaku dan peningkatan akses ke layanan.

(4) Peningkatan penyebarluasan informasi dan edukasi pada kalangan pekerja dengan fokus pada perubahan perilaku pekerja laki-laki risiko tinggi (kategori 4 M, Man Mobile with Money Macho environment) seperti pekerja sektor perhubungan, kelautan dan perikanan (maritim), pertambangan dan migas, konstruksi, perkebunan, pariwisata serta perusahaan yang lokasinya berdekatan dengan lokalisasi/hotspot. Mendekatkan kelompok pekerja 4 M ini dan mendorong peningkatan aksesnya ke layanan melalui jejaring dengan faskes setempat.

(5) Peningkatan **penggunaan kondom konsisten agar tidak hanya dibebankan pada WPS** maupun Waria, namun juga melibatkan mucikari dan pelanggan, melalui dua strategi utama:

   a. Kampanye pada populasi umum melalui layanan publik, program sosialisasi di tempat kerja yang dibiayai oleh sektor swasta, yang dirancang untuk mengurangi stigma penggunaan kondom,

   b. Kampanye kondom dengan sasaran tempat kerja dimana laki-laki 4M terkonsentrasi.

(6) Penapisan dan pengobatan IMS perlu diperluas berintegrasi dengan layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi (KSR), yang secara otomatis akan meningkatkan jumlah puskesmas yang memberikan layanan IMS.

(7) Intervensi biomedis, termasuk "pengobatan sebagai pencegahan", pre-expsoure prophylaxis; meningkatkan akses ke tes HIV.

(8) Intervensi dengan mempertimbangkan dan memasukkan struktur hirarki dan sosial di masyarakat untuk melancarkan pelaksanaan program.

(9) Penjangkauan yang melibatkan populasi kunci dengan prinsip kesebayaan.

(10) Mengoptimalkan peran jaringan komunitas pekerja seks sebagai sentra koordinasi dan komunikasi dalam perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan penelitian terkait HIV baik di tingkat nasional maupun daerah.

Dalam kesepuluh agenda dalam rencana aksi tersebut dicanangkan untuk memberikan penguatan penggunaan kondom dan pemberdayaan pekerja seks, bahwa berusaha mengoptimalkan peran jaringan komunitas pekerja seks sebagai sentra koordinasi dan komunikasi dalam perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan penelitian terkait HIV.

Lewat rencana aksi ini pemerintah telah menyadari bahwa kelompok pekerja seks telah ada dan merupakan bagian dari masyarakat yang perlu dilindungi hak kesehatannya, sehingga terhadapnya perlu dilakukan pemberdayaan agar mampu memahami haknya[175].

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa seksualitas dan perilaku seks adalah masalah struktural yang kompleks, tidak serta merta akan berubah hanya dengan ancaman hukum pidana. Berdasarkan estimasi jumlah populasi kunci dinyatakan sebagai berikut:

[175] Pemberdayaan kepada pekerja seks jelas bagian yang penting, dalam STBP 2015 disimpulkan bahwa pada WPSL (wanita pekerja seks langsung) proporsi terbesar berpendidikan SD, sedangkan pada WPSTL (wanita pekerja seks tidak langsung) proporsi terbesar berpendidikan SMP berdasarkan survei tahun 2007, 2011 dan survei tahun 2015: proporsi terbesar WPSTL (wanita pekerja seks tidak langsung) berpendidikan SMA

Populasi	Point	95% CI	
		Bawah	Atas
WPS	226.791	128.114	364.313
LSL	754.310	648.641	866.840
Waria	38.928	13.038	89.640
Penasun	33.492	14.016	88.812
Pelanggan WPS	5.254.065	4.415.776	6.159.431
Pelanggan Waria	350.119	327.596	375.236

Tabel 5.2. Estimasi Jumlah Populasi Kunci

Jumlah pekerja seks yang berhasil diestimasi oleh Kementerian Kesehatan pada 2016 sebesar 226.791 orang, jika nantinya akan mengkriminalisasi pekerja seks, maka Pemerintah dan DPR harus memikirkan bagaimana cara melakukan kriminalisasi ini. Dan secara jelas, kriminalisasi tidak akan berdampak pada perubahan perilaku.

Perubahan perilaku tidak akan berubah karena pidana merupakan salah satu faktor, namun yang harus juga dilihat bahwa berdasarkan STBP (Survei Terpadu Biologis Perilaku) 2015 Kementerian Kesehatan, secara umum tingkat pendidikan WPSL (wanita pekerja seks tidak langsung) masih rendah, yakni sekitar 50-70% berada pada tingkat pendidikan SD dan SMP. Masih cukup banyak jumlah WPSL yang tidak tamat SD di Kota Kupang, Waimena, Malang, Ambon dan Surabaya dengan angka sekitar 6-10%. Maka sebelum hadir dengan wacana kriminalisasi tersebut, pemerintah harus memikirkan apa intervensi yang tepat bagi sebagian besar pekerja seks yang tidak berdaya secara pendidikan. Dengan kondisi pendidikan rendah ini, maka menarik juga untuk dilihat, bahwa apakah wacana kriminalisasi pekerja seks adalah dengan memberikan hukuman pidana denda tepat untuk menghentikan perilaku beresiko.

b. Kriminalisasi Pekerja Seks Mengancam Keselamatan Pekerja Seks

Pekerja seks identik kerap terhubung dengan kekerasan dan stigmatisasi sehingga kriminalisasi pekera seks menambah resiko pekerja seks tertransmisi HIV[176]. Karena pekerjaannya erat kaitannya dengan stigmatisasi[177], dan pekerja seks umumnya kelompok rentan dengan tingkat pendidikan yang terbilang rendah, maka terhadap pekerja seks sering terjadi kekerasan[178]. WHO dalam laporannya Addressing Violence against Sex Workers menjabarkan beberapa bentuk kekerasan yang umumnya menimpa pekerja seks.

Ada pun bentuk-bentuk kekerasan yang umumnya terjadi pada pekerja seks yaitu[179]:

---

[176] Global Commission on HIV and The Law, *HIV and the Law: Risks, Rights & Health, Supplement, 2018,* hal. 29

[177] Vicky Bungay,et.al.,, *Strategies and Challenges in Preventing Violence Against Canadian Indoor Sex Workers, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803806/#bib1,* diakses pada 12 Juli 2019.

[178] *Of these 237 female sex workers, 57% experienced gender based violence over an 18 month follow-up period.* Dalam Kate Shannon, *Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers, BMJ 2009; 339: b2939,* hal. 1

[179] WHO, *Addressing Violence against Sex Workers,* https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/swit_chpt2.pdf, diakses pada 12 Juli 2019.

- Kekerasan fisik: menjadi subjek dari kekerasan fisik yang dapat berakibat menimbulkan akibat kematian ataupun luka, termasuk namun tidak terbatas pada: dilempar suatu barang, ditampar, didorong, dipukul, ditendang, diseret, dihajar, dicekik, dibakar, diancam dengan senjata atau dihadapkan dengan senjata seperti pistol, pisau atau senjata lainnya, dapat juga menggigit, menggetarkan, menyodok, menarik rambut, dan menahan fisik seseorang
- Kekerasan seksual: perkosaan, perkosaan dengan banyak orang, pelecehan seksual, dipaksa untuk melakukan hubungan seksual (seperti disentuh secara paksa, oral seks, anal seks atau penetrasi vagina dengan penis ataupun benda lain) yang tidak manusiawi
- Kekerasan psikis: dihina/ dipanggil dengan nama tidak terhormat, dipermalukan depan orang lain, diancam akan kehilangan hak asuh, ditahan dari akses kepada keluarga atau teman, diancam dengan menjaminkan keluarga ataupun orang terdekat, diteriaki berkali-kali, diintimidasi, diatur perilakunya.

Yang harus juga diperhatikan sebagai masalah pelanggaran hak yang dapat juga terdefinisi sebagai tindak pidana misalnya perdagangan orang adalah[180]:

- Uang penghasilan diperas
- Akses kesehatan dan makanan sulit
- Tidak memperoleh gaji/ gaji dipermainkan
- Dipaksa mengkonsumsi narkotika/ alkohol
- Diberhentikan sewenang-wenang
- Menjadi subjek penggeledahan sewenang-wenang polisi
- Ditahan sewenang-wenang oleh polisi
- Ditangkap karena membawa kondom
- Ditolak dalam pelayanan kesehatan
- Secara paksa menjalani perawatan tertentu
- Dipermalukan di depan umum
- Kekurangan istirahat

Kekerasan terhadap pekerja seks rentan terjadi karena kerentanan relasi kuasa yang dimiliki antara pelaku dan pekerja seks, sebagian besar pihak yang sering didiskusikan sebagai pelaku adalah klien ataupun muncikari[181], hal ini disebabkan kurangnya perlindungan hukum dan pengakuan dari segi kesehatan masyarakat[182]. Hal ini akan diperburuk oleh status mereka jika dikriminalisasi. Kekerasan terhadap pekerja seks semakin diperparah oleh hukum pidana dan hukuman lainnya yang mengkriminalisasi pekerja seks. Kriminalisasi pekerja seks dapat menghambat pekerja seks untuk mencari perlindungan dari aparat penegak hukum atas kekerasan yang dialaminya[183].

[180] *Ibid.*
[181] Kate Shannon, *Loc.cit,*
[182] *Ibid.*
[183] Amnesty International, *Policy On State Obligations To Respect, Protect And Fulfil The Human Rights Of Sex Workers Pol 30/4062/2016*, Amnesty International, London, 2016, hal. 12

c. Kriminalisasi Pengguna Jasa Juga Membahayakan Pekerja Seks

Dalam perjalanannya terdapat beberapa opsi yang dihadirkan oleh DPR untuk mengkriminalisasi prostitusi, misalnya dengan mengkriminalisasi pekerja seks ataupun mengkriminalisasi yang membeli jasa seks.

Untuk mengkaji apakah suatu perbuatan dapat dikriminalisasi perlu dilakukan assestment yang mendalam. Pada dasarnya tujuan pemidanaan diletakkan kembali kepada 4 jenis tujuan, yaitu rehabilitasi, retibutif, efek jera, dan incapacitation atau penempatan pelaku di tempat lain dari masyarakat. Untuk itu penggunaan pidana sebagai solusi harus melalui pertimbangan yang matang dari pengambil kebijakan[184], pertama, perumus kebijakan harus merumuskan secara jelas tujuan penggunaan pidana dapat mencapai tujuan yang dimaksud, kedua, sebelumnya perumus kebijakan harus terlebih dahulu memperhatikan dan mengkaji jenis kebijakan publik lainnya yang bisa digunakan sebelum digunakannya pendekatan pemidanaan[185].

Terkait dengan prostitusi, banyak negara sebenarnya telah membuktikan bahwa pendekatan pemidanaan bukan merupakan solusi atas permasalahan ini. Terdapat beberapa model penggunaan pidana yang pernah berusaha mengkriminalisasi prostitusi.

c.1. Pekerja Seks menjadi Objek Buruan Penegak Hukum

Dalam beberapa tahun terkahir di beberapa negara telah membuat pendekatan pidana yang memposisikan pekerja seks sebagai korban, dan pelanggan atau pengguna jasa seks sebagai pelaku eksploitasi, dengan pendekatan ini, ide penggunaan jasa seks secara sukarela dan berdasarkan persetujuan seolah ditampik.

Dengan pendekatan ini yang dipidana adalah pelanggan yang dikenal dengan pendekatan "*Nordic*" atau "*end demand*", beberapa negara pernah menerapkan pendekatan ini, seperti Kanada, Prancis, Irlandia Utara[186]. Pendekatan ini pun sebenarnya dipertanyakan. Sebagai contoh, di Irlandia Utara, pasca aturan yang mengkriminalisasi pengguna jasa pekerja seks disahkan pada 2014 lalu[187], dalam setahun tidak ada penuntutan dilakukan terhadap kasus menggunakan/ membeli jasa seks[188], pendekatan pidana ini diterapkan secara ambigu oleh penegak hukum di Irlandia Utara[189].

Swedia juga melakukan hal yang sama dengan mengkriminalisasi pembeli jasa seks melalui *Swedish Sex Purchase Act of 1999* namun ternyata dalam implementasinya, hal ini justru

---

[184] Criminal Law, Public Health and HIV Transmission, hal. 20

[185] *Ibid.*

[186] Global Commission on HIV and The Law, *HIV and the Law: Risks, Rights & Health, Supplement 2018,* 2018, hal. 29

[187] BCC News, *Human Trafficking Bill: Paying for sex to become a crime in Northern Ireland,* https://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-30404275, diakses pada 10 Januari 2019

[188] Enda McClafferty, *'No prosecutions' for paying for sex in NI despite new law,* https://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-37026784, diakses pada 10 Januari 2019

[189] Ruani Casey, *Does the Nordic model work? What happened when Ireland criminalised buying sex* https://www.newstatesman.com/politics/feminism/2018/03/does-nordic-model-work-what-happened-when-ireland-criminalised-buying-sex., diakses pada 10 Januari 2019

memberikan resiko besar kepada pekerja seks itu sendiri. Dalam implementasi di Swedia, yang menjadi objek supervisi oleh aparat penegak hukum adalah pekerja seks itu sendiri, polisi memantau pekerja untuk menangkap para pembeli seks[190], yang justru sering melanggar hak atas privasi pekerja seks. Dalam proses hukum pun, pekerja seks justru sering dipojokkan, pekerja seks harus datang ke pengadilan dan rentan kehilangan hak atas privasi.

Pada implementasi di Swedia juga, tujuan awal memberlakukan hukum ini untuk mengurangi eksploitasi justru berakibat sebaliknya. Dengan adanya pasal ini, pelanggan seks sulit untuk dijangkau, untuk mendapatkan pelanggan, pekerja seks akan malah bergantung dengan pimp atau muncikari, yang mana menempatkan posisi pekerja seks makin rentan[191].

Dengan adanya ancaman kriminalisasi pelangan seks ini, berdasarkan peneltian yang dilakukan di Swedia dan Inggris Raya, ditemukan bahwa penegakan hukum pasal ini membuat industry prositusi menjadi tidak terjangkau atau tidak dapat terawasi, hal ini secara kontraproduktif memberikan resiko yang lebih besar kepada pekerja seks maupun pelanggan seks itu sendiri[192], secara singkat, lewat kriminalisasi ini negara tidak bisa menjamin keamanan prostusi karena semua pihak yang terlibat dibayang-bayangi ketakutan kriminalisasi. Namun, karena terkait dengan perilaku seksual yang kompleks, pendekatan ini juga tidak membuat pelanggan seks tidak mengakses jasa seks[193].

c.2. Ruang Negosiasi Tidak Tersedia bagi Pekerja Seks

Dengan adanya ancaman pidana ini, proses negosiasi antara pekerja seks dengan pelanggan pun tidak terjadi karena ketakutan dengan resiko kriminalisasi, akhirnya membuat posisi pekerja seks semakin rentan terhadap kekerasan yang dilakukan oleh pelanggan seks[194].

Setelah Prancis juga mengadopsi model kriminalisasi pengguna jasa seks pada 2016 lalu, sekitar 600 pekerja seks menyatakan bahwa hukum ini memberikan efek negatif terhadap keamanan, kesehatan dan keadaan hidup mereka, 88% dari mereka menyatakan kriminalisasi terhadap pelanggan berdampak negatif terhadap kemampuan mereka untuk bernegosiasi dengan pelanggan termasuk untuk menegosiasikan hubungan seksual yang aman[195]. Secara total, 88% pekerja seks menolak ide tentang kriminalisasi pelanggan[196]. Keterbatasan ruang negosiasi tersebut berdampak pada pencegahan penularan Infeksi Menular Seksual ataupun HIV, pekerja seks tidak mampu bernegosiasi kepada pelanggan untuk menggunakan kondom,

---

[190] Essi Thesslund dan Sam Okyere, *The false promise of the Nordic model of sex work* https://www.opendemocracy.net/beyondslavery/sam-okyere-essi-thesslund/false-promise-of-nordic-model-of-sex-work, diakses pada 10 Januari 2019

[191] Gwladys Fouche, *Prostitutes fume as Norway bids to criminalise sex purchases* http://www.sundaytimes.lk/070722/International/i511.html, diakses pada 10 Januari 2019

[192] *Ibid.*

[193] Jay Levy, Pye Jakobsson *Sweden's abolitionist discourse and law: Effects on the dynamics of Swedish sex work and on the lives of Sweden's sex workers, https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1748895814528926*

[194] Sarah Kingston dan Terry Thomas, 2018, *No model in practice: a 'Nordic model' to respond to prostitution?,* https://link.springer.com/article/10.1007/s10611-018-9795-6, diakses pada 21 Januari 2019

[195] Hélène Le Bail, *What Do Sex Workers Think About The French Prostitution Act?* https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/en_synthesis_sw_final_2.pdf, diakses pada 21 Januari 2019

[196] *ibid.*

di satu sisi pelanggan memaksa karena takut dengan ancaman tindak pidana, ataupun jumlah pelanggan berkurang yang mengakibatkan kemudian pekerja seks tidak bisa menolak tawaran ataupun tidak bisa membuat standar yang layak bagi dirinya.

Secara jelas, dalam berbagai peneilitian, kriminalisasi terhadap pekerja seks, berdampak buruk pada penanggulangan HIV, pendekatan yang mengkriminalisasi pelanggan seks pun juga berdampak buruk terhadap pekerja seks itu sendiri dan juga upaya penanggulangan HIV
Sebuah penelitian yang meninjau 27 negara menemukan bahwa negara yang melegalkan beberapa aspek terkait dengan pekerja seks berhasil menurunkan prevalensi HIV pada pekerja seks[197]. Studi lainnya yang memeriksa kecenderungan di India dan Kanada juga membuktikan dekriminalisasi pekerja seks dapat berdampak posistif terhadap proses pengurangan transmisi HIV, jika dekriminalisasi dilakukan terestimasi bahwa 33 sampai dengan 46% transmisi HIV dapat dikurangi dalam 10 tahun kedepan[198].

Praktik baik dalam pemberdayaan pekerja seks tidak pernah dilakukan dengan cara kriminalisasi, dengan pendekatan legal, baik pekerja seks, pembeli jasa maupun penyedia fasilitas tidak dikriminalisasi, termasuk mengatur tentang sertifikasi rumah bordil.

Kita bisa ambil contoh Selandia baru sebagai negara yang pertama kali melakukan dekriminalisasi pekerja seks, pada 2003. Sebelumnya mungkin terdapat ketakutan bahwa dekriminalisasi akan menyuburkan angka orang yang memilih untuk menjadi pekerja seks, namun lewat dekriminalisasi justru hal ini tidak terbukti.

Sebuah penelitian dilakukan dengan mensurvey 772 pekerja seks. Ketika ditanya mengenai alasan menjadi pekerja seks hanya satu per empat pekerja seks menjawab bahwa alasan mereka menjadi pekerja seks adalah karena hal itu dilegalkan. Dari hanya seperempat tersebut, 41% yang menjadi pekerja seks setelah diberlakukan dekriminalisasi, mereka yang memasukki industri tersebut setelah diberlakukannya dekriminalisasi memahami bahwa pekerjaan mereka legal, namun, alasan itu bukan alasan inti[199] sehingga asumsi bahwa dekriminalisasi menyuburkan pekerja seks dapat terbantahkan, hal ini juga senada dengan laporan parlemen Selandia Baru yang didapat dari penelitian Pemerintah Selandia Baru pada Mei 2008 tentang *Report of the Prostitution Law Review Committee*, komite yang bertugas untuk mempelajari hasil perubahan atau reformasi hukum ini.

---

[197] Countries that have legalised some aspects of sex work (n=17) have significantly lower HIV prevalence among sex workers than countries that criminalise all aspects of sex work (n=10; β=–2·09, 95% CI –0·80 to –3·37; p=0·003), even after controlling for the level of economic development (β=–1·86; p=0·038) and the proportion of sex workers who are injecting drug users (–1·93; p=0·026), Aaron Reeves, Sarah Steele, David Stuckler, Martin McKee, Andrew Amato-Gauci, Jan C Semenza, *National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries,* https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhiv/PIIS2352-3018(16)30217-X.pdf*,* diakses pada 21 Januari 2019

[198] Across both concentrated (India and Canada) and generalised (Kenya) epidemics, decriminalisation of sex work could have the largest effect on the course of the HIV epidemics, averting 33–46% of HIV infections over the next decade, Kate Shannon, Steff anie A Strathdee, Shira M Goldenberg, Putu Duff , Peninah Mwangi, Maia Rusakova, Sushena Reza-Paul, Joseph Lau, Kathleen Deering, Michael R Pickles, Marie-Claude Boily, *Global epidemiology of HIV among female sex workers: infl uence of structural determinants*
The Lancet: Vol 385 January 3, 2015, https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2960931-4, diakses pada 21 Januari 2019

[199] Gillian Abel, Lisa Fitzgerald, Cheryl Brunton, *The Impact of the Prostitution Reform Act on the Health and Safety Practices of Sex Workers,* 2007*,* hal. 76-84

Pada tahun ketika dekriminalisasi dilakukan, tercatat bahwa terdapat 5.932 pekerja seks di Selandia Baru, pada tahun 2006, setelah dekriminalisasi, hanya tercatat 2.396 pekerja seks[200], jumlah pekerja seks di Auckland pada tahun 2006 sebanyak 1.513 orang, setegah dari estimasi 2003 (ketika dekriminalisasi diberlakukan). Wellington dan Christchurch juga menunjukkan hasil yang sama justru terdapat pernurunan angka pekerja seks pasca dekriminalisasi, wellington (dari 400 menjadi 377), Christchurch (dari 528 menjadi 392)[201].

Yang paling penting dalam laporan tersebut dinyatakan, bahwa reformasi hukum pekerja seks bukan soal angka, bukan soal penurunan atau peningkatan jumlah pekerja seks, namun untuk memberikan hak yang sama kepada pekerja seks, seperti yang diberikan kepada pekerja lainnya.

Sebagai besar perserta survey di Selandia Baru menyatakan bahwa dengan adanya dekriminalisasi ini, mereka menjadi memahami hak mereka. 41% dari mereka menyatakan setelah adanya dekriminaliasi, mereka diberitahu panduan keamanan dan kesehatan kerja oleh Departemen Keternagakerjaan, 75% dari mereka yang mendapat panduan tersebut menyatakan telah membaca panduan tersebut. 66,2% dari mereka yang telah membaca tersebut menyatakan panduan ini sangat bermanfaat dan informatif, 25% dari mereka menyatakan bahwa panduan tersebut membuat mereka memahami hak mereka[202]. Data juga menunjukkan bahwa 57,3% pekerja seks merasa perilaku polisi setelah dekriminalisasi berubah.

Hal lainnya yang paling penting mengenai manfaat dari dekriminalisasi pekerja seks tersebut adalah akses kesehatan yang lebih baik kepada pekerja seks. Pasca dekriminalisasi, 77,8% pekerja seks yang disurvey menyatakan selalu menggunakan kondom baik untuk penetrasi vaginal, anal maupun oral[203]. 16% pekerja seks menyatakan sering dimintain hubungan seks tanpa kondom, yang paling banyak dilaporakan dari pekerja seks jalanan[204]. 62,5% pekerja seks ketika diminta hal tersebut, menjawab bahwa menggunakan kondom diwajibkan oleh hukum, 60,1% pekerja seks ketika diminta berhubungan tanpa kondom, menolak dan tidak jadi menjual jasa seksnya. Hal ini secara jelas menampakkan bahwa dengan skema ini, pekerja seks menjadi berdaya dan memiliki bargain untuk menolak hubungan seksual tanpa kondom[205].

Pekerja seks di beberapa negara juga telah mendapat manfaat dari program yang memfasilitasi akses mereka ke layanan hukum atau informasi tentang hak-hak mereka tanpa kriminalisasi. Sebagai contoh, *Healthy Options Project Skopje* (HOPS) di Macedonia menyediakan layanan hukum bagi pekerja seks perempuan[206]. Kerja sama dengan pekerja seks

---

[200] Namun hal ini juga dikarenakan perbedaan metode yang dilakuakan dalam pengumpulan data pasca dekriminalisasi. Pasca dekriminalisasi, karena legal, polisi tidak lagi melakukan pendataan, dalam New Zealand Government, *Report of the Prostitution Law Review Committee on the Operation of the Prostition Reform Act 2003*, Mei 2008, hal. 33

[201] *ibid.*

[202] Gillian Abel, Lisa Fitzgerald, Cheryl Brunton, *op.cit,* hal. 158

[203] *Ibid,* hal. 123

[204] *Ibid,* hal. 123

[205] *Ibid,* hal. 124

[206] UNAIDS, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work,* https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en%5B1%5D_0.pdf*,* diakses pada 10 Juli 2018, hal. 6.

berhasil meningkatkan kesadaran publik dan melawan represi polisi dalam hal penahanan, tes HIV paksa dan penghinaan publik terhadap pekerja seks pada tahun 2008. Kumpulan pekerja seks di banyak bagian dari dunia telah mampu mengatasi beberapa konsekuensi dari lingkungan hukum dan kebijakan yang menghukum. Organisasi pekerja seks di India, misalnya, telah dapat bekerja dengan polisi dan masyarakat untuk mengurangi tingkat kekerasan terhadap pekerja seks, serta membangun layanan kesehatan dan sosial untuk diri mereka sendiri dan keluarga mereka. Kelompok VAMP yang dibentuk LSM SANGRAM di Sangli, India, mendirikan perumahan dan layanan lain untuk anak-anak dari pekerja seks yang ibunya meninggal[207].

Kriminalisasi pekerja seks secara jelas menandakan bahwa negara mengambil jalan pintas untuk penyelesaian masalah prostitusi, yang akan mengabaikan peran negara untuk menjamin dan mengontrol upaya penanggulangan HIV/AIDS, kriminalisasi justru berdampak buruk pada upaya penanggulangan HIV/AIDS[208].

Padahal the Global Commission on HIV and the Law pada 2012 telah merekomendasi negara-negara untuk membuat kebijakan hukum yang mendukung upaya penanggulangan HIV/AIDS salah satunya untuk mendekriminalisasi semua bentuk hubungan seksual dengan konsen untuk dewasa dan dekriminalisasi paid sex[209]. Kriminalisasi akan menghambat pekerja seks untuk mendapatkan layanan obat HIV/AIDS ataupun informasi pencegahan HIV/AIDS.

Kementerian kesehatan pun telah menyampaikan bahwa salah satu kesulitan melakukan upaya pencegahan transmisi HIV/AIDS adalah juga dikarenakan ditutupnya lokalisasi. Melalui kriminalisasi ini, populasi kunci tidak dapat diakses oleh petugas kesehatan, termasuk petugas kesehatan yang bertugas memberikan akses kesehatan dan informasi mengenai penaggulangan dan pencegahan HIV/AIDS.

5.2. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Pengguna Narkotika dalam RKUHP

Penanganan narkotika memerlukan komitmen yang berkelajutan antara pemerintah dan berbagai sektor untuk menyeimbangkan antara supply dan demand, serta mengkontrol agar peredaran gelap narkotika diminimalisir. Pendekatan yang hanya fokus pada pemberantasan supply telah terbukti tidak efektif[210].

---

[207] *Ibid.*

[208] Pauline Dakin, *AIDS conference told legalizing prostitution a simple way to curb HIV, https://www.cbc.ca/news/health/aids-conference-told-legalizing-prostitution-a-simple-way-to-curb-hiv-1.2714423 ,* diakses pada 10 Juli 2018

[209] Global Commiossion On Hiv & The Law, Risks, Rights And Health 10 (2012), http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf dalam Sienna Baskin dkk *Criminal Law on Sex Work and HIV Transmission: Mapping The Law, Considering the Consequences,* Denver Law Review Vol 93:2016, hal. 356.

[210] Christopher J. Coyne dan Abigail R . Hall
Four Decades and Counting The Continued Failure of the War on Drugs
https://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/pa-811-updated.pdf, diakses pada 11 Juli 2018

a. Stigma Narkotika Sebagai Masalah Kriminal Bukan sebagai Masalah Kesehatan

Dengan diakomodirnya tindak pidana narkotika dalam RKUHP negara justru secara jelas mengakomodir bahwa pendekatan yang digunakan untuk menangani masalah narkotika adalah dengan pendekatan pidana. Padahal secara internasional negara-negara dunia telah memproklamasikan pembaruan kebijakan narkotika dengan pendekatan kesehatan masyarakat[211]. Dalam konteks Indonesia sekalipun, cita-cita awal pengaturan narkotika adalah untuk meregulasi penyediaan narkotika untuk bidang kesehatan. Konsideran UU yang pertama kali mengatur tentang narkotika yaitu UU No. 9 tahun 1976 yang menggantikan *Verdoovende Middelen Ordonnantie* (Stbl. 1927 No. 278 Jo. No. 536) menjelaskan, tujuan dibentuk UU Narkotika adalah untuk mengatur cara penyediaan dan penggunaan narkotika untuk keperluan pengobatan dan atau ilmu pengetahuan serta untuk mencegah dan menanggulangi bahaya yang dapat ditimbulkan oleh akibat sampingan dari penggunaan dan penyalahgunaan narkotika, serta rehabilitasi terhadap pecandu narkotika (Konsideran huruf d UU No 9 tahun 1976 tentang Narkotika).

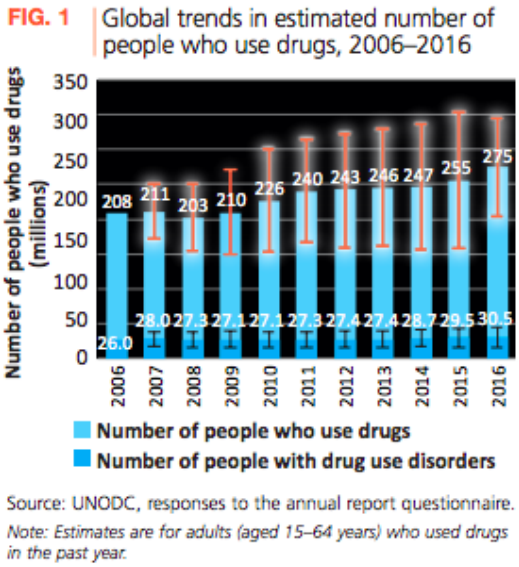
b. Pendekatan Pidana tidak terbukti Menekan Penggunaan Narkotika

Penanganan narkotika memerlukan komitmen yang berkelajutan antara pemerintah dan berbagai sektor untuk menyeimbangkan antara supply dan demand, serta mengkontrol agar peredaran gelap narkotika diminimalisir. Pendekatan yang hanya fokus pada pemberantasan supply telah terbukti tidak efektif[212].

Jika pendekatan larangan terbukti maka seharusnya jumlah pengguna narkotika akan berkurang. Namun, hasil dari pendekatan pada larangan justru tidak membuat jumlah pengguna narkotika berkurang. Berdasarkan data UNODC jumlah pengguna narkotika terus meningkat dari tahun 2006 sampai dengan 2016, pada tahun 2006 UNODC mendata terdapat 208 Juta orang menggunakan narkotika, pada tahun 2016 jumlah tersebut meningkat menjadi 275 juta orang, secara prevalensi pun mengalami peningkatan pada 2006, jumlah prevalensi masyarakat dunia usia 15-64 tahun menggunakan narkotika yaitu 4,9% pada tahun 2016 meningkat menjadi 5,6%, yang dinyatakan dalam data berikut:

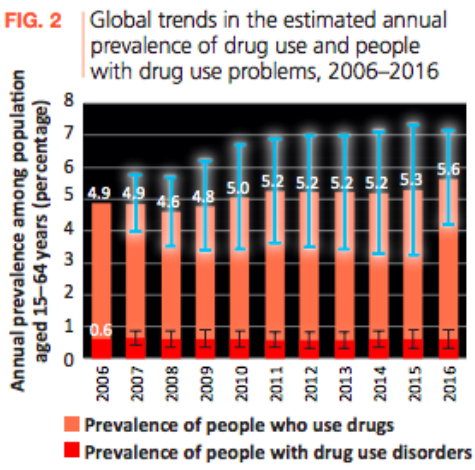
[211] Dalam UNGASS 2016 dideklarasikan bahwa pendekatan yang digunakan untuk menangani masalah narkotika adalah dengan mendahulukan *people,* menyeimbangkan pendekatan yang berdasarkan kesehatan, hak asasi manusia dan mempromosikan keselamatan dan keamanan semua lapisan masyarakat, dalam World Drug Problem: UN Adopts New Framework for Policies to 'put people first' https://news.un.org/en/story/2016/04/527112-world-drug-problem-un-adopts-new-framework-policies-put-people-first, diakses pada 11 Juli 2018

[212] Christopher J. Coyne dan Abigail R . Hall, 2017, *Four Decades and Counting The Continued Failure of the War on Drugs,*
https://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/pa-811-updated.pdf, diakses pada 11 Juli 2018.



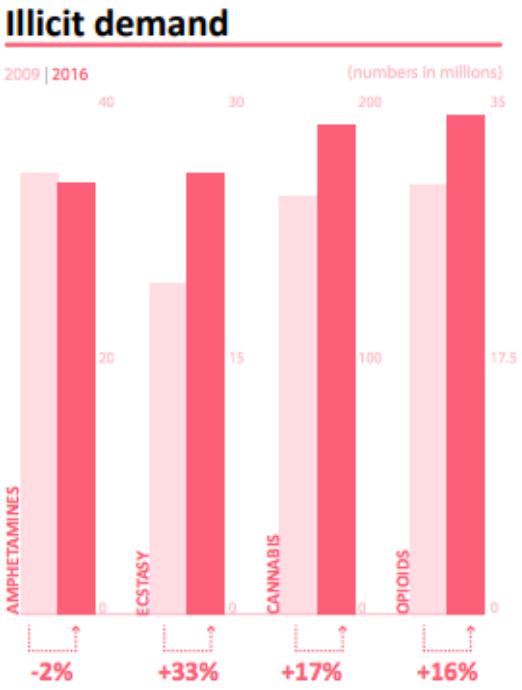
Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Note: Estimates are for adults (aged 15–64 years) who used drugs in the past year.



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Note: Estimated percentage of adults (aged 15–64 years) who used drugs in the past year.



Tabel 5.3. Data Jumlah Pengguna Narkotika di seluruh dunia

Jumlah permintaan narkotika dari 2009 hingga 2016 juga meningkat. Penggunaan Cannabis meningkat 17% dalam kurun waktu 2009-2016, penggunaan ekstasi meningkat 33%, penggunaan opioid meningkat 16%[213]. Jika pendekatan larangan dalam slogan dan kebijakan war on drugs terbukti maka seharusnya jumlah pengguna narkotika akan berkurang dalam kurun waktu tersebut, nyatanya peningkatan penggunaan narkotika terus terjadi.

[213] IDPC, Taking Stock: A Decade Of Drug Policy, 2018, http://fileserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf, diakses pada 11 Juli 2018, hal.8.

Di Indonesia sekalipun dengan pendekatan punitif, peningkatan jumlah pengguna narkotika di Indonesia terus mengalami peningkatan. Penduduk yang coba-coba konsumsi narkotika di Indonesia jumlahnya meningkat: 800 ribuan (2008); 1,15 juta (2011); 1,62 juta (2014); dan 1,90 juta (2017); Biaya konsumsi narkoba naik dari Rp15 triliun (2008); Rp17 triliun (2011); Rp42 triliun (2014); dan Rp69 triliun (2017) menjadi pendapatan tahunan sindikat kejahatan[214]

Kebijakan Narkotika dengan pendekatan punitif justru lebih menyasar untuk mengkriminalisasi pengguna narkotika, dengan penggunaan tanpa gangguan maupun yang dengan gangguan. Dalam konteks ASEAN contohnya Thailand melalui mekanisme peradilan pidana 2009 sampai 2015 dinyatakan bahwa kasus narkotika jenis Cannabis yang ditangani oleh sistem peradilan pidana Thailand 94,82% berasal dari kasus dengan jumlah Cannabis kurang dari 100 gram, hanya sekitar 4,18 melibatkan kasus dengan jumlah Cannabis lebih dari 100 gram sampai dengan 5,99 kilogram[215]. Melalui data ini dapat disimpulkan bahwa War on Drugs yang digadang-gadangkan justru tidak mencapai tujuan awalnya yaitu untuk menghapus peredaran gelap narkotika, malah menyasar kepemilikan narkotika dengan jumlah kecil.

Negara-negara di dunia juga telah menyerukan bahwa pendekatan perang terhadap narkotika terbukti tidak efektif. Dalam laporan yang disusun oleh jaringan 174 Organisasi Masyarakat Sipil di seluruh dunia tergabung dalam *The International Drug Policy Consortium* (IDPC) menguji tentang kebijakan narkotika selama 10 tahun terakhir dari UNODC dalam slogan *war on drugs* pada Oktober 2018 lalu menyatakan bahwa kebijakan pelarangan narkotika lewat slogan *war on drugs* telah gagal mencapai tujuan untuk menghapuskan peredaran gelap narkotika. Dalam paparan data yang komprehensif, laporan ini menyimpulkan semangat perang terhadap narkotika telah membawa dampak peningkatan 145% kematian akibat narkotika, mencapai 450.000 kematian di tahun 2015[216]. Statistik secara global menujukkan kebijakan punitif dalam narkotika termasuk kriminalisasi pengguna narkotika telah membawa terjadinya fenomena mass incarceration atau pemenjaraan secara massif dimana 1 dari 5 narapidana di dunia berasal dari tindak pidana narkotika dan sebagai besar untuk penggunaan personal.[217]

Tidak ada bukti ilmiah bahwa kriminalisasi dapat menurunkan angka pengguna narkotika. Amerika Serikat salah satu contoh, melakukan penahanan massal pada pengguna narkotika selama 40 tahun, dan cara ini sama sekali tidak berhasil. Hanya 10% persepsi publik Amerika Serikat yang percaya bahwa "Perang terhadap Narkoba" dapat berjalan sukses, namun 66% persepsi publik mengarah ke kegagalan[218].

---

[214] Ingrid Irawati Atmosukarto & Tim Rumah Cemara, *Makalah Kebijakan: Meningkatkan Pendanaan Kesehatan Masyarakat untuk Penanggulangan Narkoba di Indonesia,* http://www.rumahcemara.or.id/rumahcemara.or.id/perpustakaan/alihkandanaperangnarkoba.pdf.pdf*,* diakses pada 21 Januari 2019

[215] Presentasi Verapun Ngammee, Ozone foundation, *Drug policy and human right in East Asia,* Oktober 2017: University of Hong Kong.

[216] IDPC, Taking Stock: A Decade Of Drug Policy, 2018, http://fileserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf, diakses pada 21 Januari 2019, hal.8

[217] *ibid*

[218] ICJR, Penanganan dan Dekriminalisasi Pengguna Narkotika dalam Revisi UU Narkotika, ICJR, Jakarta, 2017, hal. .15.

Dalam konteks Indonesia, keefektifan kebijakan punitif narkotika juga dipertanyakan dan tidak pernah terbukti. Jumlah pengguna narkotika terus meningkat, jumlah pengguna narkotika yang harus dipenjara pun menunjukkan peningkatan. Sekalipun dengan menghukum pengedar narkotika sampai dengan pidana mati[219], jumlah peredaran gelap narkotika terus meningkat.

No	Tahun (per Desember)	Jumlah Pengguna Narkotika dalam Lapas	Selisih per tahun	Jumlah Pengedar Narkotika	Selisih per tahun
1.	2014	28.609		33.213	
2.	2015	26.330	Menurun 2.279	37.025	Meningkat 3.812
3.	2016	28.647	Meningkat 2.317	53.219	Meningkat 16.194
4.	2017	37.088	Meningkat 8.441	63.311	Meningkat 9.942
5.	2018	38.775	Meningkat 1.687	73.604	Menigkat 10.293

*diakses pada SDP Kemenkumham 24 Juli 2019

Tabel 5.4. Jumlah Pengguna dan Pengedar Narkotika dalam Lapas

Tahun 2017 tercatat sebagai tahun dengan jumlah peningkatan jumlah pengguna narkotika dikirim ke penjara yaitu mencapai kenaikan dengan jumlag 8.441 orang pengguna narkotika dikirim ke penjara.

5.3. Proyeksi Dampak Kriminalisasi Mempertunjukkan alat Pencegah Kehamilan (Kontrasepsi)

a. Kontraproduktif dengan Upaya Penanggulangan HIV

Berdasarkan penjelasan mengenai penanggulangan HIV yang dipaparkan pada bab sebelumnya, maka, kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia paling tidak merujuk pada 10 peraturan perundang-undangan berikut ini:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS;
2. Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Pemerintah No. 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah;
4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 91 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah;

[219] Pemerintah Presiden Joko Widodo tercatat telah melakukan 18 eksekusi terpidana kasus narkotika dalam tiga tahap eksekusi sepanjang 2015-2016: 18 Januari 2015: 6 orang, 29 April 2015: 8 orang, 29 Juli 2016: 4 orang

5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 55 tahun 2015 tentang Pengurangan Dampak Butuk pada Pengguna Napza Suntik;
6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 51 tahun 2013 tentang Pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak ;
7. Surat Edaran Kementerian Kesehatan HK.02.02/I/1564/2018 10 Juli 2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eleminsasi HIV AIDS 2030;
8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 87 tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroveral;
9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
10. Peraturan Pemerintah No 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.

Kesemua peraturan ini menjelaskan bahwa upaya penanggulangan HIV dilakukan dengan melibatkan keluarga, masyarakat dan fasilitas kesehatan. Dari 10 peraturan perundang-undangan tersebut, 6 diantaranya [220] memuat aturan tentang "kampanye penggunaan kondom" pada perilaku seks beresiko, dan kesemuanya memberikan kewenangan untuk memberikan informasi tersebut kepada masyarakat secara luas.

Sedangkan di dalam RKUHP, perbuatan mempertunjukkan alat pencegahan kehamilan/ kontarasepsi tersebut **hanya dapat dilakukan untuk "petugas yang berwenang dalam rangka pelaksanaan: keluarga berencana, pencegahan penyakit, infeksi menular seksual, atau untuk kepentingan pendidikan dan penyuluhan kesehatan."**

Petugas yang berwenang diartikan juga relawan yang mendapat tugas dari pejabat berwenang[221], hal ini jelas bertentangan dengan semangat yang dihadirkan dalam kebijakan HIV/AIDS di Indonesia mengenai promosi kesehatan yang salah satunya soal kampanye penggunaan kondom pada hubungan seks beresiko.

Bahwa sasaran promosi kesehatan dalam penanggulagan HIV/AIDS ini disebutkan untuk antara lain pembuat kebijakan, sektor swasta, organisasi kemasyarakatan dan masyarakat, itu berarti bahwa penggunaan kondom diberikan kepada seluruh pemangku kepentingan, tidak berdasar pada apa yang dirumuskan dalam RKUHP dengan unsur "tanpa diminta"[222].

[220] 1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, 2)Peraturan Menteri Kesehatan No. 55 tahun 2015 tentang Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna Napza Suntik, 3) Peraturan Menteri Kesehatan No. 51 tahun 2013 tentang Pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak, 4)Surat Edaran Kementerian Kesehatan HK.02.02/I/1564/2018 10 Juli 2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eleminsasi HIV AIDS 2030, 5) Peraturan Menteri Kesehatan No. 87 tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroveral, 6)Peraturan Pemerintah No 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

[221] Pasal 445 RKUHP versi 9 Juli 2018, Pasal 432 versi 25 Juni 2019

[222] Pada program pencegahan HIV, khususnya pencegahan HIV dari Ibu ke Anak juga disebutkan bahwa program pencegahan bukan hanya pada individu, namun juga dilakukan dengan mobilisasi masyakarat dengan a. Melibatkan petugas lapangan (seperti kader kesehatan/PKK, Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB), atau posyandu) sebagai pemberi informasi pencegahan HIV dan IMS kepada masyarakat dan untuk membantu klien mendapatkan akses layanan kesehatan b. Menjelaskan tentang cara pengurangan risiko penularan HIV dan IMS, termasuk melalui penggunaan kondom dan alat suntik steril c. Melibatkan komunitas, kelompok dukungan sebaya, tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam menghilangkan stigma dan diskriminasi.

Dalam kebijakan penanggulangan HIV/AIDS kelompok masyarakat yang menjadi sasaran penanggulangan HIV dibagi menjadi dua, yaitu populasi sasaran dan populasi kunci[223]. Populasi kunci diakui keberadaannya dalam kebijakan penanggulangan HIV/AIDS, yaitu pengguna napza suntik, Wanita Pekerja Seks (WPS) langsung maupun tidak langsung, pelanggan/ pasangan seks WPS, gay, waria, dan Laki pelanggan/ pasangan Seks dengan sesama Laki (LSL) dan warga binaan lapas/rutan.

Karena lagi-lagi, kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dalam 10 peraturan perundangan-undangan yang dijelaskan diatas memahami bahwa terdapat kompleksitas dalam perubahan perilaku seks, maka aturan tersebut tidak memberikan ruang hanya pada pelarangan perilaku beresiko, karena jelas, semata-mata mempropagandakan pelarangan tidak akan efektif mengubah perilaku seks beresiko.

Pada hakikatnya, kebijakan penanggulangan HIV/AIDS mempromosikan untuk tidak melakukan hubungan seksual untuk yang belum menikah, namun diakui bahwa terdapat kondisi dimana terjadi hubungan seksual walaupun pada orang yang belum menikah, yang dilakukan adalah dengan mengupayakan penggunaan kondom secara konsisten, termasuk apabila berhubungan seks dengan pasangan yang telah terinfeksi HIV dan/atau IMS.

Promosi penggunaan kondom secara konsisten terhadap perilaku seks beresiko merupakan standar dalam pencegahan penularan HIV. Pada tahun 1995, Badan Pembinaan Hukum Nasional (BPHN)[224] pun sudah melakukan penelitian kajian hukum tentang penanggulangan prostitusi dan pencegahan penyebaran HIV/AIDS, dalam penelitian tersebut, BPHN menjelaskan bahwa kondom masih merupakan metode untuk mencegah transmisi HIV, penggunaannya relatif paling aman dan dapat dipertanggungjawabkan secara medis[225]. BPHN pada penelitian tersebut juga telah memperbolehkan melakukan promosi kondom, utamanya untuk keperluan program keluarga berencana dan juga untuk masalah kesehatan[226].

Bahwa sedari awal pembentukannya kondom dimaksudkan sebagai alat pencegah transmisi menular seksual, hubugan seksual telah ada jauh sebelumnya metode pengamanan tersebut dilakukan, sehingga kondom tidak pernah dibuat dalam rangka untuk membawa orang tergiur untuk melakukan hubungan seksual seperti yang dikatakan oleh pihak DPR.

Dan seharusnya jika memang pada akhirnya orang berhubungan seksual sekalipun tidak dalam ikatan perkawinan, maka penggunaan kondom itu lah yang hendak dicapai dari upaya penanggulangan HIV, Metode penggunaan kontrasepsi masih tetap metode yang paling efektif untuk mencegah transmisi HIV 80-85%, bahkan bisa 95% lebih efektif ketika digunakan secara konsisten, maka penanggulangan yang melibatkan masyarakat jelas membutuhkan alat kontrasepsi/ kondom. Jika ingin melarang peredaran kondom harus didasarkan pada rasionalitas bahwa penggunaan kondom memiliki bahaya yang nyata, hal ini jelas tidak dapat terbukti, pada dasarnya justru kondom memberikan manfaat.

---

[223] Pasal 10 ayat (5) Permenkes 23 tahun 2013

[224] Lembaga yang sama, yang saat ini menginisiasi hadirnya RKUHP

[225] BPHN, Analisis dan Evaluasi tentang Penanggulangan Prostitusi dan Pencegahan Penyebaran HIV/AIDS, *op.cit*, hal. 22

[226] *Ibid,* hal. 30

b. Kriminalisasi Mengancam Aspek Kesehatan Masyarakat

Yang perlu diperhatikan ketika Pemerintah dan DPR ingin mengkriminalisasi perbuatan mempertunjukkan alat pencegah kehamilan/kontrasepsi, maka masyarakatlah yang paling terancam.

Seperti yang telah dijelaskan bahwa intervensi perubahan perilaku seks merupakan hal yang kompleks, sehingga kontrasepsi menjadi hal yang penting. Selain itu, secara spesifik untuk populasi kunci, dilakukan upaya sebagai berikut:

1. Pada populasi kunci pengguna napza suntik (penasun) terdapat hubungan antara penggunaan narkotika dengan perilaku seks tidak aman, salah satu intervensinya adalah dengan promosi penggunaan kondom secara konsisten
2. Pada populasi kunci pekerja seks secara jelas penggunaan kondom secara konsisten adalah keharusan
3. Pada populasi LSL yang beresiko, penggunaan alat kontrasepsi sering hanya diartikan untuk "mencegah kehamilan" promosi pengguna kondom termasuk untuk LSL merupakan hal dasar dalam intervensi perilaku seks

Dalam tataran lebih spesifik, populasi kunci ini sebagai sasaran intervensi jelas akan menjadi populasi yang erat kaitannya dengan "membawa" ataupun "memiliki" kondom, tidak jarang, dalam kondisi seperti pada pekerja seks, perbuatan "mempertunjukkan alat pencegah kehamilan" adalah hal yang mutlak dilakukan[227].

Perlu diingat, perilaku seksual beresiko tertinggi terjadi pada transmisi yang melibatkan heteroseksual. Untuk menekan angka transmisi HIV/AIDS maka penggunaan kontrasepsi menjadi salah satu hal yang wajib dilakukan, sehingga ketika masyarakat "memiliki" atau "membawa" kondom, maka hal ini akan menjadi kerentanan untuk terjadinya kriminalisasi. Selain masyarakat umum, populasi kunci juga berpotensi untuk "dipaksa" dan "diinterogasi" terkait dengan kepemilikan alat pencegah kehamilannya. Dalam kondisi ini, maka stigma terhadap status HIV populasi kunci akan terus terjadi.

---

[227] Dalam Laporan *Human Rigths Watch* 2013, *Antara Oktober 2011 dan Juli 2012, Human Rights Watch melakukan penelitian metode campuran di empat kota besar AS tentang prevalensi dan konsekuensi dari penyitaan kondom oleh polisi sebagai bukti untuk kriminalisasi prostitusi, dan keberadaan kondom sebagai bukti pelanggaran terkait prostitusi yang diproses pidana. HRW mewawancarai hampir 200 pekerja seks pada saat itu dan mantan pekerja seks, serta 110 pekerja penjangkauan, advokat, pengacara, pembela umum, jaksa, hakim, dan pejabat kesehatan masyarakat di New York, Washington, DC, Los Angeles, dan San Francisco. Dari penelitian tersebut ditemukan bahwa di keempat kota, polisi menghentikan, menggeledah, dan menangkap orang-orang yang terlibat, atau diyakini terlibat, dalam pekerjaan seks menggunakan kepemilikan kondom sebagai bukti niat untuk terlibat dalam pelanggaran terkait pelacuran. Meskipun beberapa kasus prostitusi atau perkosaan berlanjut ke pengadilan, jaksa penuntut di New York, Los Angeles, dan San Francisco telah memperkenalkan kondom sebagai bukti pelanggaran terkait prostitusi di pengadilan pidana, Margaret H Wurth,Condoms as evidence of prostitution in the United States and the criminalization of sex work,* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3664300/, diakses pada 21 Januari 2019.

Pihak perumus RKUHP mungkin akan berdalih bahwa pasal ini dikecualikan untuk **“pelaksanaan keluarga berencana, pencegahan penyakit infeksi menular seksual, atau untuk kepentingan pendidikan dan penyuluhan kesehatan.”**

Dalam tataran implementasi, pasal ini berpotensi dijadikan sebagai ancaman yang digunakan aparat penegak hukum untuk menyerang masyarakat khususnya populasi kunci, untuk menghindarkan diri dari ancaman pidana, maka masyarakat akan “terpaksa” memberikan informasi terkait dengan status HIV nya. Status HIV yang pada dasarnya adalah kerahasiaan dan dijamin oleh hak atas privasi akan terlanggar. Hal ini secara jelas akan berdampak pada kesehatan masyarakat itu sendiri. Dalam posisi masyarakat yang lebih rentan seperti populasi kunci, dengan ancaman kriminalisasi, maka populasi kunci tidak ingin dituntut karena “kepemilikan” atas kondom, lantas ia tidak mengakses layanan, yang akhirnya menempatkannya di posisi kerentanan kesehatan yang lebih parah bagi dirinya dan juga masyarakat secara umum.

Bab V

Kesimpulan dan Rekomendasi

1. Kesimpulan

Dalam laporan UNAIDS 2018, menurut global statistik pada 2017: 36,9 Juta orang hidup dengan virus HIV termasuk didalamnya 1,8 Juta anak-anak kurang dari 15 tahun. Sepanjang sejarah penemuannya, tercatat 77,3 Juta orang terinfeksi HIV, sebanyak 35,4 Juta orang sudah meninggal akibat sakit berkaitan dengan AIDS sejak penemuan pertama HIV. Transmisi virus HIV dapat terjadi melalui pertukaran berbagai jenis cairan tubuh dari orang yang sudah terinfeksi virus HIV, terdiri dari darah, air susu, cairan semen dan cairan sekresi vaginal. Namun tidak semua cairain tubuh dapat menyebarkan virus HIV.

Proses pertukaran cairan tersebut dapat terjadi melalui transfusi darah, jarum suntik yang dipakai bergantian pada saat penggunaan narkotika, hubungan seksual, dan transmisi dari ibu ke anak. Di Indonesia, sejak pertama kali ditemukan di Indonesia pada 1987 di Provinsi Bali hingga Desember 2018, HIV/AIDS telah dilaporkan oleh 460 (89,5%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Jumlah kasus HIV yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2018 mengalami kenaikan tiap tahunnya. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2018 sebanyak 327.282 orang (51,1 % dari estimasi odha tahun 2016 sebanyak 640.443).

Trend transmisi HIV di Indonesia dari 2010 sampai dengan 2018 adalah pada: Heteroseksual: 102.959, LSL/ hubungan seksual laki-laki dengan laki-laki: 48.661 orang , Penasun: 15.990 orang , Lain-lain: 50.295 orang;

No	Faktor Risiko	Tahun								
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Penasun	2.780	3.299	2.461	2.675	1.794	802	938	832	409
2	Heteroseksual	6.623	10.668	10.825	14.793	12.511	9.873	17.754	10.779	9.133
3	LSL	506	1.040	1.514	3.287	3.858	4.241	13.063	11.630	9.522
4	Lain-lain	4.362	6.549	6.903	8.499	6.075	4.677	5.479	3.935	3.816
5	Tidak Diketahui					8.027	15.429	12.790	20.944	23.779

Sedangkan untuk AIDS Faktor risiko terbanyak melalui hubungan seksual berisiko heteroseksual (70,3%), penggunaan alat suntik tidak steril (8,4%), diikuti homoseksual (6,6%), dan penularan melalui perinatal (2,9%).

Kebijakan penggulangan HIV/AIDS di Indonesia paling tidak diatur dalam 10 Peraturan Perundang-undangan yaitu:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS;
2. Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Pemerintah No. 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah;
4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 91 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah;

5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 55 tahun 2015 tentang Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna Napza Suntik;
6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 51 tahun 2013 tentang Pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak ;
7. Surat Edaran Kementerian Kesehatan HK.02.02/I/1564/2018 10 Juli 2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eleminsasi HIV AIDS 2030;
8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 87 tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroveral;
9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
10. Peraturan Pemerintah No 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.

Kebijakan penanggulangan HIV/AIDS bertumpu pada 5 kegiatan inti yang komprehesif dan berkesinambungan: promosi kesehatan, pencegahan penularan HIV, pemeriksaan diagnosis HIV, pengobatan, perawatan dan dukungan serta rehabilitasi. Kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia memahami bahwa seksualitas dan perilaku seks adalah masalah yang kompleks, fundamental dan struktural, maka intervensi yang diberikan adalah dengan beberapa tindakan yang komprehensif, pendekatan yang hanya berfokus pada pelarangan termasuk dengan ancaman tindak pidana tidak akan efektif mengubah perilaku seksual beresiko. Lantas, RKUHP justru memperkenal upaya kriminalisasi perbuatan yang berkaitkan dengan perilaku beresiko transmisi HIV, yaitu:

1. Pasal 446 ayat (1) huruf e pada draft 9 Juli 2018/ Pasal 433 ayat (1) huruf e draft 25 Juni 2019 tentang kriminalisasi persetubuhan antara laki-laki dengan perempuan di luar perkawinan
2. Pasal 489 draft 2015 dan wacana lainnya tentang kriminalisasi pekerja seks dan prostitusi
3. Pasal 469 dalam draft 2 Februari 2018 tentang kriminalisasi perbuatan cabul sesama jenis
4. Diaturnya tindak pidana narkotika dalam Pasal 630-635 RKUHP draft 25 Juni 2019
5. Pasal kriminalisasi mempertunjukkan alat pencegah kehamilan pada Pasal 443 jo Pasal 445 RKUHP draft 9 Juli 2018/ Pasal 430 jo Pasal 432 RKUHP draft 25 Juni 2019

Pasal-pasal kriminalisasi perilaku berisiko tersebut secara jelas tidak akan efektif mengubah perilaku beresiko, perilaku beresiko tidak akan berubah dengan adanya ancaman pidana, dan justru berdampak buruk pada upaya penanggulangan HIV/AIDS.

Proyeksi dampak Kriminalisasi Persetubuhan Laki-laki dan Perempuan di Luar Ikatan Perkawinan:

a. Kontraproduktif dengan Upaya Penanggulangan HIV:
Berdasarkan banyak penelitian disimpulkan bahwa kriminalisasi bukan cara yang tepat untuk mencegah orang tidak melakukan perilaku seksual beresiko

hubungan seksual tidak aman di luar perkawinan, pendekatan abstinence-only atau hanya mempromosikan/ proganda tidak berhubungan seksual tidak membuat orang terlepas dari perilaku berisko HIV/AIDS lainnya. Hal ini terbukti dalam konteks Indonesia, Sejak 2010 sampai dengan 2018 transmisi HIV yang paling banyak terjadi melalui hubungan heteroseksual, dengan total transmisi sejak 2010 sebanyak 102.959 transmisi dari total sebanyak 298.874 (34%). Di Indonesia, Kelompok umur yang tercatat mentransmisi HIV paling banyak adalah kelompok umur 25-49 tahun mencapai rata-rata 70,4%, dengan kelompok jenis kelamin laki-laki tercatat terinfeksi HIV rata-rata 63,8%. Berdasarkan data olahan susenas sejak tahun 1995 sampai dengan 2016, rata-rata usia kawin pertama bagi laki-laki yaitu 27,5 tahun. Lewat data ini dapat disimpulkan bahwa transmisi HIV paling tinggi justru terjadi pada orang yang terestimasi telah menikah, sedangkan dalam KUHP yang saat ini berlaku sekalipun, persetubuhan laki-laki dan perempuan di luar perkawinan dimana salah satu pihak terikat dalam perkawinan sudah dikriminalisasi. Ikatan perkawinan tidak dapat menjamin bahwa perilaku beresiko tidak dilakukan.

b. Menghambat Akses Layanan Pencegahan Penularan dan Pengobatan:
Dengan adanya bayang-bayang kriminalisasi, maka perbuatan melakukan hubungan seksual di luar hubungan perkawinan termasuk melakukan hubungan seks dengan pekerja seks dianggap sebagai tindak pidana. Itu berarti orang yang terlibat dalam perilaku beresiko tersebut tidak akan mengakses layanan yang seharusnya dia dapatkan karena adanya ancaman pidana selama 2 tahun penjara. Sedangkan, dalam konteks penanggulangan HIV/AIDS, masalah outreach atau keterjangkauan adalah aspek penting dan merupakan strategi utama.

c. Kriminalisasi Berpotensi Mengirim 5 Juta Laki-laki ke Penjara:
Kementerian kesehatan berdasarkan pemetaan yang dilakukannya mengestimasi jumlah pekerja seks perempuan sampai dengan 2016 berjumlah 226.791 sampai dengan 364.313, estimasi tertinggi datang dari jumlah pelanggan perempuan pekerja seks sebesar 5.254.065, itu berarti bahwa ada sekitar 5 juta laki-laki menggunakan jasa pekerja seks perempuan di Indonesia dan terlibat dalam persetubuhan di luar perkawinan.

Proyeksi dampak Kriminalisasi Perbuatan Cabul Sesama Jenis:

a. Kriminalisasi Perbuatan Cabul Sesama Jenis dalam RKUHP Diskriminatif yang Menimbulkan Stigma:
Baik instrumen Hak Asasi Manusia Internasional maupun UUD 1945 melarang pembedaan pengaturan terhadap kelompok minoritas seksual sesama jenis, hal ini merupakan bentuk tindakan diskriminatif, pengaturan pelarangan dengan menyebut secara khusus “sesama jenis” sekalipun dalam penjelasan UU juga bukan merupakan tindakan *affirmative action* yang diperbolehkan.

b. Kontraproduktif dengan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia:
Bahwa penanggulangan HIV yang sudah dikomitmenkan Indonesia salah satunya adalah melibatkan peran aktif populasi kunci dan ODHA serta orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS. LSL (laki-laki berhubungan seksual dengan laki-laki) masuk ke dalam kategori populasi kunci HIV, yang merupakan populasi beresiko HIV. Dengan adanya bayang-bayang kriminalisasi, lantas promosi kesehatan yang ditujukan kepada populasi kunci LSL tidak dapat dilakukan, keterjangkauan atau outreach populasi kunci justru akan terkendala, karena jelas tidak akan ada populasi kunci laki-laki yang berhubungan seksual dengan laki-laki akan melaporkan perilaku beresikonya karena adanya ancaman pidana.

c. Kriminalisasi Menghambat Akses Layanan:
Kriminalisasi hubungan seksual sesama jenis, termasuk hubungan seksual laki-laki dengan laki-laki membatasi akses terhadap penanggulangan, pencegahan, akses treatment HIV yang jelas akan berdampak pada meningkatnya transmisi HIV. 1 dari 15 (6%) homoseksual mengidap HIV di negara *carribean* yang tidak mengkrimnalisasi homoseksual, sedangkan 1 dari 4 (25%) homoseksual mengidap HIV di negara *carribean* yang mengkriminalisasi homoseksual.

d. Kriminalisasi tidak hanya soal "Bertentangan Dengan Hukum Agama"
Dalam hukum pidana, proses mengkriminalisasi suatu perbuatan tidak dapat sebatas karena alasan berentangan dengan agama. Proses kriminalisasi harus dengan batasan, karena ketiadaan batas pada kriminalisasi akan menghasilkan overkriminalisasi. Dalam proses kriminaliasi, perbuatan tidak hanya dikatakan sebagai salah atau benar. Tujuan negara untuk mengkriminalisasi suatu hal harus esensial dan hukum tersebut harus digunakan untuk serta merta mencapai tujuan tersebut. Hukum pidana adalah keseluruhan respon yang rasional atas suatu kejahatan, bukan langkah emosional. Hukum pidana yang hanya digunakan untuk mengasingkan kelompok minoritas seksual tertentu secara jelas tidak menggambarkan tujuan hukum pidana itu sendiri, bahwa hukum pidana harus merupakan suatu respon rasional.

Proyeksi dampak Kriminalisasi Pekerja Seks

a. Kontraproduktif Dengan Upaya Penanggulangan HIV AIDS:
Kementerian Kesehatan lewat Permenkes 21/2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS telah berkomitmen untuk mempromosikan perilaku seks aman salah satunya dengan melakukan pemberdayaan para pekerja seks untuk menolak hubungan seksual tanpa kondom, bukan mempromosikan kriminalisasi pekerja seks. Pemerintah Indonesia telah menyusun Rencana Aksi Penanggulangan HIV/AIDs 2015-2019, lewat rencana aksi ini pemerintah telah menyadari bahwa kelompok pekerja seks telah ada dan merupakan bagian dari masyarakat yang perlu dilindungi hak kesehatannya, sehingga terhadapnya perlu dilakukan pemberdayaan agar mampu memahami haknya.

Jumlah pekerja seks perempuan yang berhasil diestimasi oleh Kementerian Kesehatan pada 2016 sebesar 226.791 sampai dengan 364.313 orang, jika

nantinya akan mengkriminalisasi pekerja seks, maka Pemerintah dan DPR harus memikirkan bagaimana cara melakukan kriminalisasi ini.

Terkait dengan penanggulangan HIV, Sebuah penelitian yang meninjau 27 negara menemukan bahwa negara yang melegalkan beberapa aspek terkait dengan pekerja seks berhasil menurunkan prevalensi HIV pada pekerja seks. Studi lainnya yang memeriksa kecenderungan di India dan Kanada juga membuktikan dekriminalisasi pekerja seks dapat berdampak posistif terhadap pengurangan transmisi HIV, jika dekriminalisasi dilakukan terestimasi bahwa 33 sampai dengan 46% transmisi HIV dapat dikurangi dalam 10 tahun.

Yang harus juga dilihat bahwa berdasarkan STBP (Survei Terpadu Biologis Perilaku) 2015, secara umum tingkat pendidikan WPSL (wanita pekerja seks tidak langsung) masih rendah, yakni sekitar 50-70% berada pada tingkat pendidikan SD dan SMP. Maka sebelum hadir dengan wacana kriminalisasi tersebut, pemerintah harus memikirkan apa intervensi yang tepat bagi sebagian besar pekerja seks yang tidak berdaya secara pendidikan.

b. Kriminalisasi Pekerja Seks Mengacam Keselamatan Pekerja Seks:
Kekerasan terhadap pekerja seks rentan terjadi karena kerentanan relasi kuasa yang dimiliki antara pelaku kekerasan dan pekerja seks. Karena pekerjaannya erat kaitannya dengan stigmatisasi dan pekerja seks umumnya kelompok rentan dengan tingkat pendidikan yang terbilang rendah maka terhadap pekerja seks sering terjadi kekerasan. Kriminalisasi pekerja seks dapat menghambat pekerja seks untuk mencari perlindungan kepada aparat penegak hukum atas kekerasan yang dialaminya.

c. Pada Pendekatan Mengkriminalkan Pengguna Jasa, Pekerja Seks menjadi Bahan Buruan Aparat Penegak Hukum:
Dengan pendekatan ini yang dipidana adalah pelanggan yang dikenal dengan pendekatan “Nordic” atau “end demand”, beberapa negara pernah menerapkan pendekatan ini, seperti Kanada, Prancis, Irlandia Utara. Swedia juga mengkriminalisasi pembeli jasa seks melalui Swedish Sex Purchase Act of 1999. Dalam implementasi di Swedia, yang menjadi objek oleh aparat penegak hukum adalah pekerja seks itu sendiri, polisi memantau pekerja untuk menangkap para pembeli seks, yang berakibat sering melanggar hak atas privasi pekerja seks. Tujuan awal memberlakukan hukum ini untuk mengurangi eksploitasi justru berakibat sebaliknya. Dengan adanya kriminalisasi pengguna jasa seks, pelanggan seks sulit untuk dijangkau, untuk mendapatkan pelanggan, pekerja seks akan malah bergantung dengan pimp atau muncikari, yang mana menempatkan posisi pekerja seks makin rentan. Pendekatan ini membuat industri prositusi menjadi tidak terjangkau atau tidak dapat terawasi, hal ini secara kontraproduktif memberikan resiko yang lebih besar kepada pekerja seks maupun pelanggan seks itu sendiri, yang merupakan populasi kunci. Secara singkat, lewat kriminalisasi ini negara tidak bisa menjamin keamanan prostusi karena semua pihak yang terlibat dibayang-

bayangi ketakutan kriminalisasi yang akhirnya menghadirkan pasar gelap tanpa intervensi kesehatan.

d. Pada Pendekatan Mengkriminalisasi Pengguna Jasa Seks Ruang Negosiasi tidak Tersedia bagi Pekerja Seks:

Dengan adanya ancaman pidana, proses negosiasi antara pekerja seks dengan pelanggan termasuk memastikan alat kontrasepsi pencegah transimisi HIV dan IMS tidak terjadi karena ketakutan dengan resiko kriminalisasi, akhirnya membuat posisi pekerja seks semakin rentan terhadap kekerasan yang dilakukan oleh pelanggan seks.

Setelah Prancis mengadopsi model kriminalisasi pengguna jasa seks, sekitar 600 pekerja seks menyatakan bahwa hukum seperti ini memberikan efek negatif terhadap keamanan, kesehatan dan keadaan hidup pekerja seks, 88% pekerja seks menyatakan kriminalisasi terhadap pelanggan berdampak negatif terhadap kemampuan mereka untuk bernegosiasi dengan pelanggan termasuk untuk menegosiasikan hubungan seksual yang aman.

Proyeksi dampak Kriminalisasi Tindak Narkotika dalam RKUHP

a. Stigma Narkotika Sebagai Masalah Kriminal Bukan sebagai Masalah Kesehatan:

Dengan diakomodirnya tindak pidana narkotika dalam RKUHP negara justru secara jelas mengakomodir bahwa pendekatan yang digunakan untuk menangani masalah narkotika adalah dengan pendekatan pidana. Padahal secara internasional negara-negara dunia telah memproklamasikan pembaruan kebijakan narkotika dengan pendekatan kesehatan masyarakat, yang harus ditekankan kembali adalah aspek ketersediaan narkotika adalah kebijakan administrasi bukan pidana.

b. Pendekatan Pidana tidak terbukti efektif:

Penanganan narkotika memerlukan komitmen yang berkelajutan antara pemerintah dan berbagai sektor untuk menyeimbangkan antara supply dan demand, serta mengkontrol agar peredaran gelap narkotika diminimalisir. Pendekatan yang hanya fokus pada pemberantasan supply telah terbukti tidak efektif.

Proyeksi dampak Kriminalisasi Mempertunjukkan alat Pencegah Kehamilan (Kontrasepsi)

a. Kontraproduktif dengan Upaya Penanggulangan HIV:

Dari 10 peraturan perundang-undangan tentang penanggulangan HIV/AIDS di Indoensia, 6 diantaranya memuat aturan tentang “kampanye penggunaan kondom” pada perilaku seks beresiko, dan kesemuanya memberikan kewenangan untuk memberikan informasi tersebut kepada masyarakat secara luas, secara jelas kriminalisasi perbuatan mempertunjukkan alat pencegah kehamilan/ kontrasepsi bertentangan dengan upaya penanggulangan HIV.

b. Kriminalisasi Mengancam Kesehatan Masyarakat:

Kontrasepsi menjadi penting untuk memastikan masyarakat terlindungi dari transmisi HIV/AIDS akibat perilaku beresiko. Dalam konteks yang lebih spesifik, populasi kunci sebagai sasaran intervensi jelas akan menjadi populasi yang lebih rentan, karena erat kaitannya dengan "membawa" ataupun "memiliki" kondom. Tidak jarang, dalam kondisi seperti pada pekerja seks, perbuatan "mempertunjukkan alat pencegah kehamilan" adalah hal yang mutlak dilakukan. Dalam kondisi LSL ataupun penasun "memiliki" atau "membawa" kondom adalah hal yang mutlak dilakukan, maka hal ini akan menjadi kerentanan untuk terjadinya kriminalisasi populasi kunci. Masyarakat dan khususnya Populasi kunci berpotensi untuk "dipaksa" dan "diinterogasi" terkait dengan kepemilikan alat pencegah kehamilannya. Secara konkrit hal ini akan mengancam kesehatan masyarakat dan stigma akan terus berlangsung.

2. Rekomendasi

a. Pemerintah dan DPR dalam pembahasan RKUHP segera menyelaraskan rumusan RKUHP dengan apa yang diatur dalam Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia;

b. Pemerintah dan DPR dalam pembahasan RKUHP yang berusaha untuk mengkriminalisasi beberapa perbuatan yang berkaitkan dengan perilaku berisko HIV/AIDS perlu untuk membahas rumusan tindak pidana tersebut dengan Kementerian kesehatan untuk sama-sama mengkaji dampak kesehatan yang akan ditimbulkan jika perilaku beresiko justru dipidana;

c. Pemerintah dan DPR segera menghapus pasal-pasal yang mengkriminalisasi perilaku beresiko HIV karena kontraproduktif dengan upaya penanggulangan HIV/AIDS, yaitu:

    1. Menghapus Pasal 446 ayat (1) huruf e pada draft 9 Juli 2018/ Pasal 433 ayat (1) huruf e draft versi 25 Juni 2019 tentang kriminalisasi persetubuhan antara laki-laki dengan perempuan di luar perkawinan;
    2. Menghapus Pasal 489 draft 2015 dan wacana lainnya tentang kriminalisasi pekerja seks dan prostitusi;
    3. Menghapus Pasal 469 dalam draft 2 Februari 2018 tentang kriminalisasi perbuatan cabul sesama jenis, termasuk menghapus unsur diskriminatif "sesama jenis" baik dalam rumusan pasal maupun dalam penjelasan di RKUHP;
    4. Mengeluarkan pengaturan tindak pidana narkotika dalam Pasal 630-635 RKUHP draft 25 Juni 2019;
    5. Menghapus pasal kriminalisasi mempertunjukkan alat pencegah kehamilan pada Pasal 430 jo Pasal 432 RKUHP draft 25 Juni 2019.

Daftar Pustaka

Buku

A P Simester dan Andreas von Hirsch, 2011*, Crimes, Harms and Wrongs*, London: Hart Publishing.

Barda Nawawi Arief, 2008 *Kebijakan Hukum Pidana Perkembangan penyusunan Konsep KUHP Baru*, Semarang: Kencana Prenadamedia Group

Badan Pembinaan Hukum Nasional, 2012, *Naskah Akademik RKUHP,* Jakarta: BPHN.

_____, 1995/1996 *Analisis dan Evaluasi Hukum tentang Penanggulangan Prostitusi dan Pencegahan Penyebaran HIV/AIDS,* Jakarta: BPHN.

Ingrid Irawati Atmosukarto & Tim Rumah Cemara, *Makalah Kebijakan: Meningkatkan Pendanaan Kesehatan Masyarakat untuk Penanggulangan Narkoba di Indonesia,* http://www.rumahcemara.or.id/rumahcemara.or.id/perpustakaan/alihkandanaperangnarkoba.pdf.pdf, Bandung: Rumah Cemara.

Gillian Abel, Lisa Fitzgerald, Cheryl Brunton, 2007, *The Impact of the Prostitution Reform Act on the Health and Safety Practices of Sex Workers,* Christchruch: University of Otago, https://www.otago.ac.nz/christchurch/otago018607.pdf.

Global Commission On HIV And The Law UNDP, HIV and Health Group, 2018, *HIV and the Law: Risks, Rights & Health, Supplement 2018,* New York: UNDP.

Human Rights Watch, 2013, *Sex Workers at Risk Condoms as Evidence of Prostitution in Four US Cities*, https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/us0712ForUpload_1.pdf

ICJR, 2019, *Kebangkitan Penal Populism Di Indonesia: Catatan Situasi Refiormasi Kebijakan Pidana Di Indonesia Tahun 2018,* Jakarta: ICJR.

International Drug Policy Consortium, 2018, *Taking Stock: A Decade Of Drug Policy,* 2018, http://fileserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf

New Zealand Government, 2008, *Report of the Prostitution Law Review Committee on the Operation of the Prostitution Reform Act 2003,* http://prostitutescollective.net/wp-content/uploads/2016/10/report-of-the-nz-prostitution-law-committee-2008.pdf

Stephen Shute dan Andrew Simester, 2002, *Criminal Law Theory*, Oxford Scholarship Online.

Supriyadi Widodo Eddyono dan Ajeng Gandini Kamilah, 2017, *Anti Kontrasepsi? Problematikanya dalam Rancangan KUHP*, http://icjr.or.id/data/wp-content/uploads/2017/12/Anti-Kontrasepsi_Problematika-dalam-R-KUHP.pdf, Jakarta:ICJR.

Soedarto, 1981, *Hukum dan Pidana*, Bandung: Alumni.

Sudarto, 1983 *Hukum Pidana dan Perkembangan Masyarakat*, Bandung: Sinar Baru.

The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *UNAIDS Data 2018,* 2018, UNAIDS, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf.

_____, 2018, *fact sheet – worldaidsday 2018*
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.

_____, 2016, Meeting Report, *Condoms The prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancies,* https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-05/Condoms%3A%20The%20Prevention%20of%20HIV%2C%20other%20STIs%20and%20unintended%20pregnancies.pdf

_____, 2002, *Criminal Law, Public Health and HIV Transmission: A Policy Options Paper 2002,* UNAIDS: 2002.

_____, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work,* https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en%5B1%5D_0.pdf.

United Nation Office on Drugs and Crime, 2018, *Global Overview of Drugs Demand and Supply Latest trends, cross-cutting issues,* Vienna: UNODC.

World Health Organization (WHO), 2017, *Health in prisons A WHO guide to the essentials in prison health*

_____, 2015, *Sexual Health, Human Rights and the Law,* Genewa: WHO.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pd;jsessionid=661E5C6AB3FA6D6BFF25ADEFDF52179C?sequence=1,.

_____, *Addressing Violence against Sex Workers*, https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/swit_chpt2.pdf

_____, 2014*, The Global Health Sector Strategy On Hiv/Aids 2011–2015: An Interim Review Of Progress,* Geneva: WHO.

Laporan/Dokumen Pemerintah

Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) RI, *Catatan Rapat Kerja Komisi III DPR Dengan Menteri Hukum dan HAM, Pimpinan KPK dan Kepala BNN (Bidang Hukum, Perundang-Undangan, HAM dan Keamanan), DPR,* hhttp://www.dpr.go.id/dokakd/dokumen/K3-14-136a77ba8d691c578b74ade5f2d6eab0.pdf

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kemenkes RI, *Surat Laporan Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I 2019,* 2019.

_____, *Surat Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Infeksi Menular Seksual (IMS) Triwulan IV Tahun 2018*, http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/Laporan_Triwulan_IV_2018.pdf

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017, *Estimasi Jumlah Populasi Kunci HIV di Indonesia Tahun 2016*, Kemenkes: 2017.

Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional, 2015, *Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019 Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.*

_____, 2011, *Rangkuman Eksekutif Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006-2011: Laporan 5 Tahun Pelaksanaan Peraturan Presiden No. 75/2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional*.

Peraturan Perundang-undangan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan No 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

_____, Peraturan Menteri Kesehatan No 91 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah.

_____,Peraturan Menteri Kesehatan No. 55 tahun 2015 tentang Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna Napza Suntik.

_____,Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak*,* (Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu ke Anak).

_____, Surat Edaran Kementerian Kesehatan HK.02.02/I/1564/2018 10 Juli 2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eliminasi HIV AIDS tahun 2030.

_____, Peraturan Menteri Kesehatan No. 87 tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroveral.

_____, Peraturan Menteri Kesehatan No. 91 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah.

_____, Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Pemerintah Republik Indonesia, Lampiran Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2017 Tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, *Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan.*

_____, Peraturan Pemerintah No 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.

_____, Peraturan Pemerintah No. 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah.

Republik Indonesia, UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

Pidato Umum

Reza Fikri Febriansyah (Kepala Seksi Pembahasan RUU II Ditjen PP Kemenkumham), dalam pertemuan Konsultasi Nasional "Meletekkan (kembali) Proses Pembaruan Hukum Pidana dalam Konteks Pembangunan Nasional, diskusi panel V: Pengarusutamaan Perlindungan Khusus Terhadap Kelompok Rentan Dalam Pembaruan Hukum Pidana, 3 Mei 2018.

Verapun Ngammee, Ozone foundation, *Presentasi dalam Drug policy and human right in East Asia,* Oktober 2017: University of Hong Kong.

Artikel Jurnal

Aaron Reeves, Sarah Steele, David Stuckler, Martin McKee, Andrew Amato-Gauci, Jan C Semenza, 2017, *National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries, January 24, 2017, DOI: https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30217-X*
https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhiv/PIIS2352-3018(16)30217-X.pdf

Amnesty International, *State Obligations to Respect, Protect and fulfil the Human Rights of Sex Workers*, 2016, POL 30/4062/2016, https://www.refworld.org/docid/574691224.html.

Amy Hagopian, 2017, *Anti-homosexual legislation and HIV-related stigma in African nations: what has been the role of PEPFAR?, 2017, DOI: 10.1080/16549716.2017.1306391, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496073/.*

Anne Mermindo, *The Detterence Rational in the Criminalization of HIV/AIDS,* Lex Electronica: Vol 13 No. 3 (Hiver/Winter, 2009). https://www.lex-electronica.org/files/sites/103/13-3_merminod.pdf

Amalia Eka Cahyani , Bagoes Widjanarko , Budi Laksono, *Gambaran Perilaku Berisiko HIV pada Pengguna Napza Suntik di Provinsi Jawa Tengah,* Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 10

/ No. 1 / Januari 2015, DOI: 10.14710/jpki.10.1.1-16, https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/view/18958.

Amos Laar dan Debra DeBruin, 2017, *Key Populations and Human Rights in the Context of HIV Services Rendition in Ghana,* DOI: 10.1186/s12914-017-0129-z, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5541754/.

Christopher J. Coyne dan Abigail R . Hall, 2017, *Four Decades and Counting The Continued Failure of the War on Drugs,* Cato Institute: Policy Analysis No. 811, https://www.cato.org/publications/policy-analysis/four-decades-counting-continued-failure-war-drugs.

García-Guerrero J dan Marco A, 2012, *Overcrowding in prisons and its impact on health,* Rev Esp Sanid Penit 2012; 14: 106-113, DOI: 10.4321/S1575-06202012000300006, http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n3/en_06_revision2.pdf.

G. Setswe, 2014, *Abstinence and faithfulness programmes for prevention of HIV/AIDS among young people: What are the current debates?*
Abstinence and faithfulness programmes for prevention of HIV/AIDS among young people: What are the current debates?, DOI: 10.1080/20786204.2007.10873610, *https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20786204.2007.10873610.*

Hélène Le Bail, Calogero Giametta, Noémie Rassouw. 2016, W*hat do sex workers think about the French Prostitution Act?: A Study on the Impact of the Law* from 13 April 2016 Against the 'Prostitution System' in France. [Research Report] Médecins du Monde. 2019, pp.96. ffhal-02115877f, https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02115877/document.

Jay Levy, Pye Jakobsson, 2014, *Sweden's abolitionist discourse and law: Effects on the dynamics of Swedish sex work and on the lives of Sweden's sex workers,* DOI: 10.1177/1748895814528926,
https://pdfs.semanticscholar.org/bc2a/6cb568a272f11dbc4cb1696c2ec4092e2ba3.pdf?_ga=2.109987845.1404990752.1565774453-1631222517.1565774453

Kate Shannon, *Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers,* BMJ 2009;339:b2939 DOI:10.1136/bmj.b2939, https://www.bmj.com/content/bmj/339/bmj.b2939.full.pdf

Kate Shannon, Steffanie A Strathdee, Shira M Goldenberg, Putu Duff , Peninah Mwangi, Maia Rusakova, Sushena Reza-Paul, Joseph Lau, Kathleen Deering, Michael R Pickles, Marie-Claude Boily, *Global epidemiology of HIV among female sex workers: infl uence of structural determinants*
The Lancet: Vol 385 January 3, 2015, https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2960931-4.

Lembaga Demografi FEB UI, 2017, *Ringkasan Studi Tren Usia Perkawinan Pertama di Indonesia, http://ldfebui.org/wp-content/uploads/2018/01/BN-11-2017.pdf.*

Margaret H Wurth, 2013, *Condoms as evidence of prostitution in the United States and the criminalization of sex work,* DOI: 10.7448/IAS.16.1.18626, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3664300/.

Mary Jane Rotheram-Borus1, dkk, 2009, *The Past, Present, and Future of HIV Prevention: Integrating Behavioral, Biomedical, and Structural Intervention Strategies for the Next Generation of HIV Prevention, doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153530., https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864227/pdf/nihms173374.pdf*

Michael H Merson, dkk, 2008, *The history and challenge of HIV prevention, DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60884-3,* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18687461

Nabila El Bassel dkk, *Drug use as a driver of HIV Risks: Re-emerging and emerging issues,* DOI: 10.1097/COH.0000000000000035, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4112554/.

Patrick O'Byrne dkk, *HIV criminal prosecutions and public health: an examination of the empirical research*, DOI: doi: 10.1136/medhum-2013-010366, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23900340

Robert E. Booth, John K Watters, Dale D. Chitwood, *HIV Risk-Related Sex Behaviors among Injection Drug Users, Crack Smokers, and Injection Drug Users Who Smoke Crack,* American Journal of Public Health: August 1993, Vol. 83, No. 8., https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1695160/.

Santelli J.S. dkk, 2017, *Abstinence-only-until-marriage: an updated review of U.S. policies and programs and their impact*, *Journal of Adolescent Health,* Volume 61, Issue 3, hlm. 273–280, https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(17)30260-4/fulltext.

Sarah Kingston dan Terry Thomas, 2018, *No model in practice: a 'Nordic model' to respond to prostitution?,* Volume 71, Issue 4, hlm. 423–439*, https://link.springer.com/article/10.1007/s10611-018-9795-6.*

Sara L.M. Davis, *dk*k. *Punitive Laws, Key Population Size Estimates, and Global AIDS Response Progress Reports: an Ecological Study of 154 Countries,* DOI: 10.7448/IAS.20.1.21386*,* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467607/

Sienna Baskin, dkk, *Criminal Law on Sex Work and HIV Transmission: Mapping The Law, Considering the Consequences,* Denver Law Review Vol 93:2016, https://www.hivlawandpolicy.org/sites/default/files/20160408-criminal-laws-on-sex-work-and-hiv.pdf.

Vicky Bungay, dkk, *Strategies and Challenges in Preventing Violence Against Canadian Indoor Sex Workers, DOI: 10.2105/AJPH.2017.30424, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803806/#bib1*

Internet

Agung DH, *168 Daerah di Indonesia Miliki Lokalisasi Prostitusi, https://tirto.id/168-daerah-di-indonesia-miliki-lokalisasi-prostitusi-ux*.

BCC News, *Human Trafficking Bill: Paying for sex to become a crime in Northern Ireland,* https://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-30404275

Avert, *HIV Prevention Programmes Overview* https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview

BC Harm Reduction Strategies, *Cookers and Injection Drug Use: Questions and Answers*, http://www.bccdc.ca/resourcegallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/CookersQA_Mar182010_.pdf.

Center for Diseases Control and Prevention, *Estimated-Per Act Probability of Acquiring HIV From Infected Sources, by Exposure Act,* https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html

Christian Nordqvist, *Explaining HIV and Aids,* https://www.medicalnewstoday.com/articles/17131.php

Departement of Health, *HIV post-exposure prophylaxis Guidance from the UK Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on AIDS,* (Revised 2008, Annex A: Body fluids and materials which may pose a risk of HIV transmission if significant occupational exposure occurs),https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/203139/HIV_post-exposure_prophylaxis.pdf

Drugabuse.gov, *Drug Use and Viral Infections (HIV, Hepatitis), https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts-drug-use-viral-infections.pdf.*

Enda McClafferty, *'No prosecutions' for paying for sex in NI despite new law,* https://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-37026784.

Erandhi Utomo S,dkk, *Menkumham: Pasal yang Bisa Jerat Pemakai Jasa PSK Masih Dibahas di DPR,* https://kumparan.com/@kumparannews/menkumham-pasal-yang-bisa-jerat-pemakai-jasa-psk-masih-dibahas-di-dpr-1546859150423335322

Equalex, http://www.equaldex.com/region/indonesia

Essi Thesslund dan Sam Okyere, *The false promise of the Nordic model of sex work* https://www.opendemocracy.net/beyondslavery/sam-okyere-essi-thesslund/false-promise-of-nordic-model-of-sex-work.

Gwladys Fouche, *Prostitutes fume as Norway bids to criminalise sex purchases* http://www.sundaytimes.lk/070722/International/i511.html.

ICJR, *Penanganan dan Dekriminalisasi Pengguna Narkotika dalam Revisi UU Narkotika*, http://icjr.or.id/penanganan-dan-dekriminalisasi-pengguna-narkotika-dalam-revisi-uu-narkotika/.

___, *RKUHP Akan Menyumbang Kenaikan Angka Penyebaran HIV/AIDS, Infeksi Menular Seksual dan Resiko Kesehatan Reproduksi di Indonesia*, ICJR, http://icjr.or.id/rkuhp-akan-menyumbang-kenaikan-angka-penyebaran-hivaids-infeksi-menular-seksual-dan-resiko-kesehatan-reproduksi-di-indonesia

Ihlam Saputra, *RKUHP Atur soal Alat Kontrasepsi, Promosi Kondom Tak Bisa Sembarangan, https://www.jawapos.com/features/humaniora/05/02/2018/rkuhp-atur-soal-alat-kontrasepsi-promosi-kondom-tak-bisa-sembarangan/.*

International Association of Providers of AIDS Care, *Drug Use and HIV,* http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/154.

Jimly Hassidiqie, *Prinsip Pokok Negara Hukum,* http://www.jimly.com/pemikiran/view/11.

Kementerian Hukum dan HAM Republik Indonesia, Sistem database pemasyarakatan, http://smslap.ditjenpas.go.id/public/rwt/current/monthly/year/2018/month/12

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Indonesia Tingkatkan Komitmen Penanggulangan HIV/AIDS,* http://www.depkes.go.id/article/print/16061000001/indonesia-tingkatkan-komitmen-penanggulangan-hiv-aids.html.

Nasional Kini, *Kasus Vanessa Angel momentum penyelesaian RUU KUHP,* https://nasional.kini.co.id/2019/01/08/31037/kasus-vanessa-angel-momentum-penyelesaian-ruu-kuhp,

Pauline Dakin, *AIDS conference told legalizing prostitution a simple way to curb HIV, https://www.cbc.ca/news/health/aids-conference-told-legalizing-prostitution-a-simple-way-to-curb-hiv-1.2714423.*

Tim Detik.com, *Kasus Vanessa Angel Jadi Pijakan Hidung Hidung Belang di RUU KUHP,* https://news.detik.com/berita/d-4374988/kasus-vanessa-angel-jadi-pijakan-hidung-hidung-belang-di-ruu-kuhp,.

Reformasikuhp.org, *Laporan Singkat Rapat Panja Komisi III DPR RI dengan Pemerintah dalam rangka Pembahasan RKUHP,* http://reformasikuhp.org/laporan-singkat-rapat-panja-komisi-iii-dpr-ri-dengan-pemerintah-dalam-rangka-pembahasan-r-kuhp-2/.

_____, DIM RKUHP (DPR), Kompilasi Buku II Pasal 481 – Pasal 554, dapat diakses melalui http://reformasikuhp.org/r-kuhp/

Ruani Casey, *Does the Nordic model work? What happened when Ireland criminalised buying sex*

https://www.newstatesman.com/politics/feminism/2018/03/does-nordic-model-work-what-happened-when-ireland-criminalised-buying-sex.

Stanford University Medical Center, *Promoting abstinence, fidelity for HIV prevention is ineffective, study finds, https://www.sciencedaily.com/releases/2016/05/160502215418.html.*

United Nations, *World Drug Problem: UN Adopts New Framework for Policies to 'put people first'* https://news.un.org/en/story/2016/04/527112-world-drug-problem-un-adopts-new-framework-policies-put-people-first.

World Health Organization (WHO), *Number of people (all ages) living with HIV Estimates by WHO region, http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100WHO?lang=en*.

_____, *key facts, http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids.*

_____, HIV/AIDS, *Online QnA,* http://www.who.int/features/qa/71/en/.