RKUHP MENGANCAM LAPAS

Analisis Situasi Pemenuhan Hak Warga Binaan Pemasyarakatan dan Dampak RKUHP pada Penanggulangan HIV-AIDS dalam Lapas

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

RKUHP Mengancam Lapas:
Analisis Situasi Pemenuhan Hak Warga Binaan Pemasyarakatan dan Dampak RKUHP pada Penanggulangan HIV dan AIDS dalam Lapas

Penulis:
Genoveva Alicia K.S. Maya
Maidina Rahmawati

Editor:
Erasmus A. T. Napitupulu

Desain Cover:
Genoveva Alicia K.S. Maya

Foto:
Unsplash

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 Kompleks Departemen Kesehatan Blok B4, Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12520
Phone/Fax:021-7981190

Dipublikasikan pertama kali: April 2020

KATA PENGANTAR

Proses pembaruan hukum pidana yang berorientasi terhadap perlindungan hak asasi manusia dan kebebasan sipil adalah suatu hal yang harus didukung dan ICJR, Rumah Cemara, serta Aliansi Nasional Reformasi KUHP berkomitmen untuk mendukung proses pembaruan hukum pidana di Indonesia.

Rancangan Kitab Undang-undang Hukum Pidana (RKUHP) hadir dengan semangat memperbarui hukum pidana di Indonesia yang mengatur banyak aspek kehidupan masyarakat Indonesia. Digadang-gadang sebagai produk hukum revolusioner, sayangan rumusan RKUHP tidak sepenuhnya menggambarkan jargon tersebut.

Perumusan RKUHP dilakukan tanpa secara komprehensif melihat beban yang dihadapi oleh Lembaga Pemasyarakatan (Lapas). Lapas seolah tak bisa bersuara dalam proses pembaruan ini. RKUHP masih memuat pasal-pasal yang membebankan Lapas untuk menjalankan pembinaannya. Salah satunya pasal tentang kriminalisasi kepemilikan dan penguasaan narkotika. Saat ini, justru pengguna narkotika yang mendominasi jumlah penghuni Rutan/Lapas. Pihak Direktorat Jenderal Pemasyarakatan (Dirjen PAS) telah berkali-kali menyerukan penghentian kriminalisasi bagi pengguna narkotika.

Sayangnya hal ini mungkin belum didengar perumus RKUHP. RKUHP masih meneruskan kriminalisasi kepemilkan dan pengguasaan dengan pasal karet. Tak hanya itu, RKUHP juga memperkenalkan kriminalisasi beberapa perbuatan yang berkaitkan dengan perilaku beresiko transmisi HIV, beberapa diantara menyertakan ancaman pidana penjara yang berdampak langsung terhadap Lapas sebagai tempat warga binaan pemasyarakatan yang merupakan populasi kunci HIV.

Tulisan ini hadir sebagai masukkan kepada Pemerintah dan DPR yang saat ini masih membahas RKUHP untuk sekali lagi melihat dan menyertakan pertimbangan lain daripada pendekatan punitif, untuk melihat Lapas, sebagai pihak yang akan menjadi korban. Dan salah satu aspek penting yang harus dipenuhi Lapas adalah Penanggulangan HIV. Tanpa kebijakan RKUHP yang mendukung upaya tersebut, Lapas lagi-lagi akan menjadi korban.

Selamat Membaca dan berjuang untuk reformasi hukum Indonesia!

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

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR 3
DAFTAR TABEL 6
DAFTAR GAMBAR 6
DAFTAR SINGKATAN 7
BAB I 9
PENDAHULUAN 9
1.1. Latar Belakang 9
1.2. Pertanyaan Penelitian 13
1.3. Tujuan Penelitian 14
1.4. Metode Penelitian 14
BAB II 15
KEBIJAKAN LAYANAN KESEHATAN DAN PENANGGULANGAN HIV-AIDS DALAM RUMAH TAHANAN NEGARA (RUTAN) DAN LEMBAGA PEMASYARAKATAN (LAPAS) . 15
2.1. Konsep Pemasyarakatan di Indonesia 15
2.1.1. Pembinaan di Lapas 17
2.2. Hak Narapidana terkait Kesehatan dalam Lembaga Pemasyarakatan 19
2.2.1. Perawatan Jasmani 20
2.2.2. Pelayanan Makanan 21
2.2.3. Pelayanan Kesehatan 23
2.3. Kebijakan Penanggulangan HIV Rutan dan Lapas 25
2.3.1. Konseling dan Test Sukarela (KTS) 29
2.3.2. Pengelolaan kasus HIV-AIDS 29
2.3.3. Terapi ARV (Antiretroviral) 29
BAB III 31
ANALISIS SITUASI PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR WBP DI RUTAN/LAPAS 31
3.1. Situasi Pelayanan Jasmani di Rutan/Lapas 31
3.1.1. Situasi Pelayanan Makanan 33
3.2. Situasi Pemenuhan Ruang Akomodasi di Rutan/Lapas 35
3.3. Situasi Pelayanan Kesehatan Secara Umum 37
BAB IV 43
ANALISIS SITUASI PENANGGULANGAN HIV DI RUTAN/LAPAS 43
4.1. Standar Layanan Kesehatan dan Penanggulangan HIV-AIDS dalam Instrumen Internasional 43
4.2. Analisis Kesesuaian Instrumen Internasional dengan Kebijakan Nasional dan Implementasi di Lapangan 50
4.2.1. Konseling dan Test HIV 50
4.2.2. Pencegahan HIV di dalam Rutan/Lapas 53
4.2.3. Management ODHIV 59
4.2.4. Perawatan dan dukungan untuk ODHIV 60
4.3. Analisis Dampak RKUHP terhadap Penanggulangan HIV-AIDS di Rutan/Lapas 63
BAB IV 68
PENUTUP 68

5.1. Kesimpulan 68
5.2. Rekomendasi 72
DAFTAR PUSTAKA 73
PROFIL PENULIS 76
PROFIL LEMBAGA 77

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jumlah Pengguna Narkotika di dalam LAPAS 2015 - 2019 11
Tabel 2. Jenis Layanan Komprehensif HIV di Rutan/Lapas 29
Tabel 3. Layanan Kesehatan Bagi WBP Baru ..... **Error! Bookmark not defined.**
Tabel 4. Ketersediaan Poli 39
Tabel 5. Jumlah Bed untuk Observasi 40
Tabel 6. Komposisi Tenaga Kesehatan 41
Tabel 7. Aspek dalam Layanan Penanggulangan HIV-AIDS 49

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Tahapan KTIP 51

DAFTAR SINGKATAN

ACLS	:	*Advanced Cardiac Life Support*
AIDS	:	*Acquired Immune Deficiency Syndrome*
ANC	:	Ante Natal Care
ARV	:	Antiretroviral
ATLS	:	*Advanced Trauma Life Support*
BAP	:	Berita Acara Pemeriksaan
BAPAS	:	Balai Pemasyarakatan
BCLS	:	*Basic Cardio Life Support*
CD4	:	CD4 adalah reseptor yang terdapat di permukaan sel tertentu, misalnya limfosit. Jumlah CD4 + *(Helper)* limfosit T dalam plasma adalah petunjuk progresivitas penyakit pada infeksi HIV/AIDS
CST	:	Care, support, treatment
FDC	:	*Fixed Dosed Combination*
Hep B	:	Hepatitis B
Hep C	:	Hepatitis C
HIV	:	*Human Immunodeficiency Virus*
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
IO	:	Infeksi Oportunistik
KDS	:	Kelompok Dukungan Sebaya
KIE	:	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KT HIV	:	Konseling dan Test HIV
KTIP	:	Konseling dan Test yang Diinisiasi Petugas
KTS	:	Konseling dan Test Sukarela
KTS	:	Konseling dan Test Sukarela
Lapas	:	Lembaga Pemasyarakatan
LPAS	:	Lembaga Penempatan Anak Sementara
LPKA	:	Lembaga Pembinaan Khusus Anak
MB	:	*Morning Briefing*
ODHIV	:	Orang dengan HIV
PE	:	*Peer educator*
Penasun	:	Pengguna Narkotika Suntik
PITC	:	*Provider initiated test and counseling*
PMTCT	:	*Prevention Mother to Child Transmission* (Pencegahan Penularan Prenatal dari Ibu ke Bayi)
PTRM	:	Program Terapi Rumatan Metadon
RKUHP	:	Rancangan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana
Rutan	:	Rumah Tahanan Negara
Rutan	:	Rumah Tahanan Negara
SMR	:	*Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*

TB	:	Tuberculosis
TB DOTS	:	*Tuberculosis Directly Observed Treatment Short Course*
TC	:	*Theurapetic Community*
Terapi ART	:	Terapi Antiretroviral
UPT	:	Unit Pelaksana Teknis
WBP	:	Warga Binaan Pemasyarakatan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penanggulangan HIV-AIDS di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dan Rumah Tahanan (Rutan) sudah menjadi perhatian sejak 2005 melalui terbentuknya strategi penanggulangan HIV-AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika Di Rutan/Lapas 2005-2009, yang kemudian dilanjutkan sampai dengan yang terakhir melalui pembentukan Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV-AIDS bagi Warga Binaan Pemasyarakatan dan Tahanan di Indonesia tahun 2017-2019.[1]

Pada dasarnya Lapas merupakan tempat beresiko tinggi penularan penyakit akibat virus melalui darah.[2] Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) diakui sebagai populasi kunci HIV-AIDS dikarenakan penyebaran HIV di dalam Lapas bisa mencapai 50 kali lebih besar dibandingkan dengan populasi umum.[3][4] Secara bersamaan, di dalam Lapas juga terjadi peningkatan jumlah pengguna narkotika—sebagian diantaranya pengguna narkotika suntik yang juga merupakan populasi kunci HIV-AIDS, yang dikirim ke penjara, membuat penjara menjadi tempat yang rentan terjadi transmisi HIV.[5]

Secara umum kondisi rentan transmisi HIV-AIDS di dalam rutan dan Lapas dikarenakan beberapa aspek. Pertama, terjadi kecenderungan adanya perilaku beresiko HIV-AIDS di dalam Lapas seperti penggunaan narkotika suntik. Kedua, pada penjara, akses kesehatan cenderung minim dibandingkan dengan akses di luar penjara.[6] Yang ketiga, kondisi ini diperparah dengan adanya *overcrowding* yang membuat standar kesehatan makin buruk dan sulit dipenuhi.[7]

---

[1] Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, *Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV-AIDS bagi Warga Binaan Pemasyarakatan dan Tahanan di Indonesia tahun 2017-2019,* lampiran, hlm. 1

[2] Caroline Rumble, dkk, *Routine testing for blood-borne viruses in prisons: a systematic review*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668329/, diakses pada 6 Mei 2019

[3] Gen Sanders, *Preventing infectious diseases in prisons: a public health and human rights imperative,* 2015, https://www.penalreform.org/blog/preventing-infectious-diseases-in-prisons-a-public-health/

[4] Rafl Jurgens, dkk, *HIV and incarceration: prisons and detention,* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123257/, diakses pada 6 Mei 2019

[5] *Ibid.*

[6] Orang di luar penjara tidak dibatasi akses kesehatannya, sedangkan orang dalam penjara tergantung kesedian tenaga kesehatan dalam penjara, dalam konteks Indonesia per Juni 2018 ketersedian jumlah dokter hanya 249 orang, dengan jumlah penghuni Rutan dan Lapas sebanyak 248,659 orang.

[7] Penal Reform International dalam *Overcrowding* key facts menyatakan bahwa kondisi overcrowding menyebabkan timbulnya kesulitan bagi penjara untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang sifatnya mendasar seperti kesehatan (https://www.penalreform.org/issues/prison-conditions/key-facts/overcrowding/). Lebih lanjut, WHO dalam Prison and Health menyebutkan bahwa dengan adanya kondisi overcrowding, tidak terbayangkan bagaimana negara akan dapat memenuhi standar kesehatan yang ditentukan, lihat dalam https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128603/Prisons%20and%20Health.pdf;jsessionid=B9CAEA03BCF636A64EBDE02E68A14D6B?sequence=1

Ketiga kondisi tersebut kesemuanya terjadi di Indonesia. Terkait dengan kecenderungan perilaku beresiko HIV-AIDS terjadi di Lapas, baik perilaku beresiko melalu hubungan seksual maupun perilaku beresiko tanpa hubungan seksual terjadi di Lapas dan Rutan di Indonesia. Walaupun tidak banyak yang dapat memberikan laporan komprehensif tentang terjadinya hubungan seksual di Lapas, namun diskusi tentang maraknya hubungan seksual di Lapas terus terjadi, mulai dari terjadinya kasus homoseksual antar napi[8], terjadinya kekerasan seksual[9] sampai dengan terjadinya praktik masturbasi dan aktivitas seksual beresiko lainnya di dalam Lapas.[10]

Terkait dengan perilaku beresiko non hubungan seksual, pada Lapas di Indonesia hal ini juga terus terjadi, salah satunya penggunaan jarum suntik secara bergantian[11], termasuk peredaran narkotika di dalam Lapas yang terus terjadi.[12]

---

[8] Dalam penelitian Baby Siti Salamah dijelaskan mengenai adanya perilaku seks beresiko pada salah satu informan dalam penelitiannya, menuturkan terjadi hubungan seks anal antar narapidana "*Di dalam penjara, NL mengakui ada kebiasaan memiliki "adik manis" yaitu mencari napi laki-laki yang berperawakan bahenol (agak gemuk), berkulit putih dan berwajah manis. Secara umum, banyak napi laki-laki yang memiliki "adik manis", apalagi jika napi ini berstatus jagoan seperti pembunuh, perampok, bandar narkotika, pengguna jarum suntik, dan yang jelas punya uang untuk membayar si "adik manis". Menurut NL sudah pasti hubungan seks dilakukan melalui "pintu belakang" alias anal seks sehingga peluang untuk terinfeksi HIV sangat besar. Apalagi jika pengguna "adik manis" ini juga pecandu narkotika lewat jarum suntik yang sering bertukar pakai jarum kotor. Secara jujur NL mengakui bahwa ia pernah memiliki dua orang "adik manis", namun hanya untuk melayani kebutuhan seksnya hingga di oral saja, dan tidak sampai disodomi. NL menyadari kelemahan "adik manis" tersebut yang merasa dirinya sebagai orang tertindas sehingga tidak bisa melawan kehendak napi yang lebih kuat."*

[9] Pada Juli 2017 di (Lapas) kelas III Sarolangun, Kabupaten Sarolangun Jambi beberapa narapidana perampuan dilecehkan oleh petugas sipir, bahkan sampai dengan terjadinya hubungan seksual, http://jambi.tribunnews.com/2017/07/10/ia-menarik-tangan-saya-bilang-ke-kamar-yuk-saya-mau-minta-jatah, Agutus 2014, Narapidana di Ruteng, Kabupaten Manggarai, Naldus Lado (23) pingsan tak sadarkan diri, dan Kalistus Lampur, sakit sejak Mei sampai Agustus 2014 akibat dicabuli oleh seorang sipir Rumah Tahanan Negara (Rutan) Carep-Ruteng berinisial PS alias Pak Linus. Korban yang dicabuli pun mencapai enam orang dalam https://www.merdeka.com/peristiwa/kisah-napi-di-rutan-manggarai-dicabuli-sipir-hingga-pingsan.html

[10] Penelitian yang dilakukan Sukma Lestari C dan Evi Martha pada 2013 mengenai perilaku seksual warga binaan wanita di Rumah Tahanan Kelas II A Jakarta Timur, dari 87orang yang dilakukan survey ditemukan: 54% responden melakukan kegiatan seksual selama ditahan dalam bentuk pegang tangan, pelukan, cium pipi, sex by phone, ciuman bibir, masturbasi, *petting* dan *oral sex, http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2015-08/S-Made%20Yama%20Wirawan*

[11] Penelitian Rumah Cemara di Lapas Banceuy pada Mei-Juli 2014, terhadap 307 responden menjelaskan "*hampir semua penasun yang diwawancarai mengatakan bahwa pernah menggunakan alat suntik bekas pakai atau tidak steril. Mereka juga mengakui pernah berbagi alat suntik dengan sesama pengguna Heroin. Dan bahkan pernah berbagi alat suntik dengan ODHIV (Orang dengan HIV-AIDS),http://www.rumahcemara.or.id/rumahcemara.or.id/perpustakaan/Assessment%20Report%20RC%20indonesia%20version.pdf*

[12] Kepala Lapas Kota Siantar mengakui adanya peredaran narkotika di Lapasnya, http://medan.tribunnews.com/2018/09/24/akui-narkoba-beredar-di-dalam-lapas-kalapas-ini-pernah-temukan-sabu-diselipkan-dalam-hp, Kepala BNN menyatakan narkotika beredar di Lapas, https://news.okezone.com/read/2017/03/24/340/1650601/narkoba-marak-beredar-di-lapas-buwas-sistem-harus-diperbaiki. Berdasarkan Data Direktorat Keamanan dan Ketertiban, Dirjen Pemasyarakatan sampai dengan 31 Agustus 2018, hasil penggeledahan Lapas dan Rutan menemukan 5.837 gram dan 77.295 paket ganja, 442,84 gram dan 166 paket sabu dan 5 butir ekstasi.

Kerentanan lapas untuk menjadi tempat transmisi HIV juga diperparah dengan kondisi *overcrowding*, hal ini terjadi di Indonesia, dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, kondisi Rutan dan Lapas terus mengalami kelebihan beban penghuni, per Desember 2019, kondisi tersebut mencapai *extreme overcrowding* dengan beban diatas 150%, mencapai 202%. Kondisi ini secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi aspek kesehatan baik fisik atau psikologis penghuni rutan dan lapas.[13] Beban lapas termasuk beban untuk memenuhi standar kesehatan pun akan lebih berat. Hak kesehatan warga binaan akan terlanggar.

Kondisi permasalahan HIV dan AIDS dalam lapas pun telah menunjukkan gejala yang harus mendapatkan perhatian. Berdasarkan data Dirjen Pemasyarakatan per Juni 2018 mengenai data penyakit narapidana dan tahanan, terdapat 934 orang dengan HIV di Rutan dan Lapas. Jumlah orang dengan penyakit TB yang diketahui sebagai Infeksi Oportunistik dari HIV sebanyak 595 orang, TB merupakan salah satu penyakit yang menular melalui udara dan sangat terkait dengan kondisi sanitasi lingkungan yang merupakan menjadi salah satu masalah penting dalam Lapas dan Rutan.

Per Juni 2018, angka kematian terbesar di dalam Rutan dan Lapas pada posisi kedua karena TB yang juga terkait dengan HIV, TB rentan terjadi pada Orang dengan HIV (ODHIV) dan TB sendiri penyakit menular. Posisi ketiga penyebab kematian di Lapas karena HIV dan masalah pernafasan[14]. Hal ini menandakan bahwa kondisi jumlah ODHIV dalam Lapas perlu mendapat perhatian.

Untuk pengguna narkotika, jumlah pengguna narkotika yang dikirim ke penjara terus mengalami peningkatan:

Tahun	Jumlah Pengguna Narkotika di dalam Lapas
Desember 2015	26.330
Desember 2016	28.647
Desember 2017	37.085
Desember 2018	38.775
Desember 2019	47,921

Tabel 1. Jumlah Pengguna Narkotika di dalam LAPAS 2015 - 2019[15]

Pengguna narkotika memang tidak serta merta disebut sebagai populasi kunci HIV, namun ada keterkaitan yang sangat erat antara penggunaan narkotika dengan transmisi HIV. Penggunaan narkotika berkaitan erat dengan perilaku hubungan seks tidak

[13] UNODC, *Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons,* 2010, hlm. 14

[14] Berdasarkan data Direktorat Perawatan Kesehatan dan Rehabilitasi per Juni 2018, sepanjang 2018 terjadi 7 kematian karena penyakit jantung dan pembuluh darah, 5 orang karena TB, 3 orang karena HIV, pernapasan, dan penyakit susunan syaraf

[15] Berdasarkan data dirjen Pemasyarakatan per 26 Januari 2020, http://smslap.ditjenpas.go.id/public/krl/current/monthly/year/2018/month/12

aman[16][17], pada pengguna narkotika suntik (penasun), terjadinya praktik penggunaan jarum suntik secara bergantian memberikan resiko transmisi HIV, termasuk perilaku tidak aman lainnya seperti penggunaan jarum pembuat tato secara bergantian.[18]

Dengan kondisi tersebut, dimana ODHIV terdapat dalam Rutan dan Lapas serta perilaku beresiko penularan HIV terus terjadi, maka dapat dikatakan bahwa Rutan dan Lapas merupakan tempat yang rentan terjadinya transmisi HIV, terlebih pun Indonesia melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS juga telah menyatakan bahwa WBP merupakan populasi kunci HIV, peningkatan jumlah penghuni Rutan dan Lapas menandakan terjadinya juga peningkatan populasi kunci HIV. Kerentanan ini sayangnya diperparah dengan munculnya pembahasan Rancangan Kitab Undang-undang Hukum Pidana (RKUHP).

Paradigma yang diusung dalam proses pembahasan RKUHP sangat kental dengan tendensi moral dan stigmatisasi kelompok minoritas seksual yang akhirnya menghadirkan proposal kebijakan untuk mengkriminaliasi beberapa bentuk perilaku berkaitakan dengan perilaku beresiko transmisi HIV. Dalam pemetaan awal yang dilakukan, terdapat beberapa pasal pidana dalam RKUHP yang mengkrimalisasi bentuk-bentuk perilaku yang berkaitan dengan perilaku beresiko HIV, beberapa diantaranya mengatur penjara sebagai hukuman, yang jelas akan mempengaruhi jumlah populasi kunci HIV di dalam Lapas. Pasal-pasal tersebut antara lain: Pasal 446 ayat (1) huruf e RKUHP sampai dengan *draft* versi full September 2019 tentang kriminalisasi semua bentuk persetubuhan di luar perkawinan dengan ancaman pidana penjara paling lama 1 tahun. Pemerintah dan DPR lewat RKUHP juga secara spesifik mengkriminalisasi beberapa populasi kunci HIV-AIDS, seperti pengguna napza suntik lewat pasal karet yang mengkriminalisasi penguasaan dan kepemilikan narkotika termasuk untuk pecandu dan korban penyalahguna dalam Pasal 610, Pasal 611, *draft* full September 2019, kriminalisasi populasi kunci laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki lewat pasal diskriminatif pencabulan dengan menyertakan unsur "sama jenis kelaminnya" Pasal 420 ayat (1) RKUHP *draft* versi full September 2019.

---

[16] 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, dari 75% 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, hlm. 12,

[17] 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,* American Journal of Public Health: August 1993, Vol. 83, No. 8, hlm. 1144

[18] Dirjen Pas, Lampiran Keputusan DIrektur Jenderal Pemasayarakatan Kementerian Hukum dan HAM Nomor PAS-129.PK.01.07.01 tahun 2017 tentang Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV-AIDS bagi Warga BInaan Pemasyarakatan dan Tahanan di Indonesia, hal. 1

Sepanjang pembahasan RKUHP sejak awal tahun 2018 sampai dengan 2019 juga muncul proposal dari pemerintah maupun DPR untuk mengkriminalisasi pekerja seks yang juga merupakan populasi kunci HIV. Dalam RKUHP juga dimuat kriminalisasi promosi alat untuk mencegah kehamilan yang dimuat di dalam ketentuan Pasal 443 RKUHP *draft* versi 9 Juli 2018 yang melarang semua bentuk mempertunjukkan alat pencegah kehamilan, pada versi full September 2019 dalam Pasal 414 larangan mempertunjukkan alat pencegah kehamilan hanya ditujukkan pada Anak. Ketentuan ini juga berpotensi memperbesar kemungkinan terjadinya transmisi HIV di dalam Lapas, sebab alat kontrasepsi masih distigma sebagai alat yang berhubungan langsung dengan masalah moral, regulasi mengenai ketersediaan alat pencegahan kehamilan seperti kondom di dalam Lapas untuk mencegah transmisi HIV pun masih belum jelas.

Proses pembahasan RKUHP tidak memperhatikan bahwa dengan mengkriminalisasi bentuk-bentuk perilaku beresiko HIV artinya Pemerintah telah memperbesar resiko gagalnya penanggulangan HIV di Indonesia. RKUHP akan menyerang kelompok masyarakat yang erat dengan perilaku beresiko. Beberapa pasal yang menyasar perilaku beresiko tersebut juga menyertakan ancaman pidana penjara yang akan berdampak langsung pada upaya penanggulangan HIV dan AIDS di dalam Rutan dan Lapas, masalah ini juga diperburuk dengan kondisi yang sekarang tengah dihadapi yaitu pemenuhan hak dasar penghuni Rutan dan Lapas.

Maka dari itu, ICJR memandang penting untuk melakukan penelitian yang melihat bagaimana kondisi pemenuhan hak dasar warga binaan pemsyarakatan saat ini, termasuk dalam hal kebijakan dan implementasi penanggulangan HIV dan AIDS di dalam lapas. Kajian ini juga akan menggali apa dampak RKUHP bagi penanggulangan HIV di Lapas mengingat RKUHP mengkriminalisasi beberapa perbuatan terkait dengan perilaku beresiko transmisi HIV. Terkait dengan cakupan penelitian, wilayah lapas dan rutan di Provinsi DKI Jakarta menjadi objek penelitian ini, dipilih sebagai Ibu Kota Negara dengan tingkat *overcrowding* ke-2 terbesar di Indonesia, dengan jumlah penghuni sebanyak 18,366 orang (4 tertinggi di Indonesia) per Februari 2020 (7% dari total penghuni Rutan dan Lapas) dan dalam jangkauan penelitian.

1.2. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah disampaikan di atas, maka dalam penelitian ini terdapat beberapa pertanyaan yang akan dijawab yakni:

1. Bagaimana kebijakan pemenuhan kebutuhan dasar dan kebutuhan kesehatan yang ada di Rutan/Lapas di Indonesia?
2. Bagaimana kondisi pemenuhan kebutuhan dasar WBP di Rutan dan Lapas di Provinsi DKI Jakarta?

3. Bagaimana implementasi kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS dalam Lapas dan Rutan di Provinisi DKI, kesesuaiannya dengan standar internasional yang ada, dan dampaknya jika dalam kondisi ini RKUHP disahkan?

1.3. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk beberapa tujuan, yakni:

1. Melihat kondisi pemenuhan hak WBP di Rutan dan Lapas di Provinsi DKI Jakarta
2. Mengkaji aturan dan implementasi kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS dalam Lapas dan Rutan di Provinsi DKI Jakarta
3. Memberikan gambaran dampak RKUHP terhadap penanggulangan HIV-AIDS dalam Lapas dan Rutan di Provinsi DKI Jakarta sebagai masukan untuk perbaikan rumusan RKUHP

1.4. Metode Penelitian

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari studi lapangan yang akan dilakukan dengan beberapa cara yakni *Focus Group Discussion* serta wawancara mendalam dengan narasumber dan ahli terkait. Untuk mengetahui kondisi layanan yang ada di rutan dan lapas maka dilakukan studi lapangan ke 8 UPT Pemasyarakatan di seluruh DKI Jakarta. Studi lapangan dilakukan dengan mewawancarai petugas UPT yang bertanggung jawab untuk menyediakan layanan kesehatan serta WBP.

Sedangkan data sekunder yang digunakan di dalam penelitian ini akan dibagi menjadi bahan hukum primer, sekunder, serta primer. Bahan hukum primer yang digunakan adalah peraturan perundang-undangan yang terkait dengan intervensi terhadap tahanan dan warga binaan untuk mencegah transmisi HIV-AIDS di rutan dan lapas. Bahan hukum sekunder yang digunakan adalah literatur terkait yang menjelaskan regulasi yang ada terkait layanan kesehatan apa sajakah yang seharusnya ada di dalam rutan dan lapas untuk mencegah transmisi HIV-AIDS yang meluas.

BAB II

KEBIJAKAN LAYANAN KESEHATAN DAN PENANGGULANGAN HIV-AIDS DALAM RUMAH TAHANAN NEGARA (RUTAN) DAN LEMBAGA PEMASYARAKATAN (LAPAS)

2.1. Konsep Pemasyarakatan di Indonesia

Kebijakan tentang pelaksanaan pidana penjara saat ini diatur dalam UU No. 12 tahun 1995 tentang Pemasyarakatan. Konsep pemasyarakatan ini merupakan bentuk reformasi dari konsep pemenjaraan yang diperkenalkan pada masa penjajahan kolonial Belanda. Awal mula pemikiran dibentuknya sistem pemasyarakatan berasal dari pidato Sahardjo pada pengangkatan *Doctor Honoris Causa* ilmu hukum Universitas Indonesia tahun 1963. Secara resmi, istilah kepenjaraan diganti dengan pemasyarakatan pada 27 April 1964 melalui amanat tertulis Presiden Republik Indonesia yang diberikan pada Konferensi Dinas Para Pejabat Kepenjaraan.[19] Konsep pemasyarakatan ini ditujukan untuk mengganti konsep penjara peninggalan pemerintah kolonial Belanda[20] yang dianggap telah tidak sesuai lagi dengan kondisi dan norma masyarakat Indonesia pasca kemerdekaan[21].

Konsep pemasyarakatan ini melahirkan 10 prinsip pemasyarakatan[22] yang diberikan oleh Menteri Kehakiman RI dalam pembukaan rapat kerja terbatas Dirjen Bina Tuna Warga tahun 1976.

---

[19] Ditjen Pemasyarakatan, *Kementerian Kehakiman dan Hak Asasi Manusia*, *Sejarah Pemasyarakatan (dari Kepenjaraan ke Pemasyarakatan),* Jakarta:2004, hlm. 3

[20] yang diatur dalam *Ordonantie op de Voorwaardelijke Invrijheodstelling* (Stb 1917-749 tanggal 27 Desember 1917 jo tb 1926-488), *Gestischen Reglement* (Stb 1917-708 tanggal 10 Desember 1917), *Dwangopvoeding Regeling* (Stb 1917-741 tanggal 12 Desemeber 1917) dan *Uitveringordonnantie op de Voorwaardelijke veroordeeling* (Stb 1926-487 tanggal 26 Desember 1926)

[21] Eva Achyani Zulfa, *Pergeseran Paradigma Pemidanaan, (Bandung: Lubuk Agung, 2010),* hlm 126.

[22] 10 prinsip tersebut:

1. Ayomi dan berikan bekal hidup agar mereka dapat menjalani perannya sebagai warga masyarakat yang baik dan berguna
2. Penjatuhan pidana bukan tindakan balas dendam Negara Terhadap narapidana tidak boleh ada penyiksaan baik berupa tindakan, ucapan, cara perawatan ataupun penempatan. Satu-satunya derita adalah dihilangkan kemerdekaan
3. Berikan bimbingan bukan penyiksaan agar mereka bertaubat
4. Negara tidak berhak membuat mereka menjadi lebih buruk atau jahat daripada sebelum dijatuhi pidana, Prinsip ini diartikan sebagai perlunya suatu kebijakan untuk memisahkan beberapa kualifikasi Lembaga Pemsyarakatan berdasarkan:
   Residivis dan bukan residivis
   Kualifikasi tindak pidana berat atau ringan
   Jenis tindak pidana
   Dewasa dan anak-anak
   Jenis Kelamin
5. Selama hilang kemerdekaan bergerak para narapidana dan anak didik harus dikenalkan dengan masyarakat dan tidak boleh diasingkan dari masyarakat, Dalam pengertian ini pemidanaan bukan berarti pengasingan dari masyarakat, mereka secara bertahap dibimbing untuk menjadi bagian dari masyarakat dimana pembinaan *based on community interaction*
6. Pekerjaan yang diberikan kepada narapidana dan anak didik tidak boleh bersifat sekedar pengisi waktu, juga tidak boleh diberikan pekerjaan untuk memenuhi kebutuhan dinas atau kepentingan

Setelah lahirnya pemikiran tersebut, sistem pemasyarakatan tidak secara langsung dikukuhkan dalam peraturan perundang-undangan. Usaha-usaha yang dilakukan untuk mengubah sistem kepenjaraan menjadi sistem pemasyarakat pada saat itu hanya dilakukan melalui upaya yang tidak cukup komprehensif dan bersifat "*ad-hoc"*. Dimulai dari mengubah nama penjara menjadi lembaga pemsyarakatan,[23] dilanjutkan dengan dilakukannya berbagai kerjasama antar lembaga Negara untuk melaksanakan sistem pemasyarakatan,[24] hingga pada akhirnya diajukanlah RUU Pemasyarakatan oleh pemerintah ke DPR pada 30 Maret 1995.

Pemerintah merasa perlu untuk mengukuhkan sistem pemasyarakatan tersebut dalam undang-undang, karena upaya-upaya yang bersifat *ad hoc* dianggap belum mampu memberikan landasan yang kuat dan konseptual bagi usaha pembaharuan sistem kepenjaraan menjadi sistem pemsyarakatan, usulan tersebut pun disahkan menjadi UU No 12 tahun 1995 tentang Pemasyarakatan (UU Pemasyarakatan).

Pada pembahasan UU Pemasyarakatan, Pemerintah dan DPR menyepakati bahwa pemidanaan adalah upaya untuk mengembalikan narapidana menjadi warga masyarakat yang berguna dan bertanggung jawab, taat hukum, menjunjung tinggi nilai

---

Negara sewaktu-waktu saja, pekerjaan yang diberikan harus satu dengan pekerjaan di masyarakat dan menunjang usaha peningkatan produksi

7. Bimbingan dan didikan yang diberikan kepada narapidana dan anak didik harus berlandasakan Pancasila
8. Narapidana dan anak didik sebagai orang-orang yang tersesat adalah manusia dan mereka harus diperlakukan sebagai manusia, Proses dehumanisasi sebagaimana menjadi kritik di masa lalu tidak lagi diperlukan dalam lembaga pemasyarakatan. Narapidana harus diperlakukan sebagai manusia seutuhnya
9. Narapidana dan anak didik hanya dijatuhi pidana hilang kemerdekaan sebagai salah satu derita yang dialaminya
10. Disediakan dan dipupuk sarana-sarana yang dapat mendukung fungsi rehabilitatif korektif dan edukatif dalam sistem pemasyarakatan

[23] Melalui Instruksi Kepala Direktorat Pemasyarakatan Nomor J.H.G 8/506, tanggal 17-6-1964, Rumah Penjara diubah menjadi Lembaga Pemasyarakatan, dalam Sekretariat Jenderal DPR RI, *Proses Pembahasan Undang-undang tentang Pemasyarakatan,* (Jakarta:DPR RI), 2013, hlm 52.

[24] Dibentuknya:

- Keputusan Bersama Menteri Kehakiman, Menteri Tenaga Kerja, dan Menteri Sosial No M.01-PK.03.01 tahun 1984 No Kep 354/MEN/84, dan No 63/Huk/X/1984 tentang Kerjasama dalam Penyelenggaraan Program Latihan Kerja Bagi Narapidana serta Rehabilitasi Sosial dan Resosialisasi Bekas Narapidana dan Anak Negara
- Keputusan Menteri Kehakiman No M.01-HN.02.01 tahun 1987 tentang Pelaksanaan Keputusan Presiden No 5 tahun 1987 tentang Pengurangan Masa Menjalani Pidana (Remisi)
- Keputusan Menteri Kehakiman No M.03-UM.02.01 tahun 1988 tentang Tata Cara Permohonan Perubahan Pidana Penjara Seumur Hidup Menjadi Pidana Penjara Sementara, berdasarkan Keputusan Presiden No 5 tahun 1987 tentang Pengurangan Masa Menjalani Pidana (Remisi)
- Instruksi Menteri Kehamikan Nomor M.01-PS. 02 08 tahun 1993 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pendidikan Kepramukaan Bagi Anak Didik Lembaga Pemasyarakatan., *dalam Sekretariat Jenderal DPR RI, Proses Pembahasan Undang-undang tentang Pemasyarakatan, (Jakarta:DPR RI), 2013*hlm 52-53.

moral, sosial demi tercapainya kehidupan masyarakat yang aman dan damai sesuai dengan nilai yang terkandung dalam Pancasila sila ke-1 dan sila ke-2.[25]

Upaya ini dilakukan untuk menyesuaikan dengan *standard minimum Rules for the Treatment of Prisoners* yang diakui pertama kali pada 1955.[26] Dalam pembahasan UU tersebut pun telah disepakati bahwa dari berbagai jenis aliran pemidanaan yang ada, pemidanaan yang sesuai dengan falsafah pancasila adalah **reintegrasi social,**[27] yaitu suatu konsepsi yang berusaha mencapai kesatuan hubungan hidup, kehidupan dan penghidupan yang terjalin antar pelanggar hukum dengan pribadinya sebagai manusia, antara pelanggar hukum dengan masyarakat serta alamnya kesemuanya dalam lindungan Tuhan.

Dalam kerangka Pemasyarakatan yang diatur dalam UU Pemasyarakatan tersebut terdapat dua jenis pranata untuk melakukan upaya mengembalikan terpidana kembali kepada masyarakat, yaitu proses pembinaan dalam Lembaga Pemasyarakatan (LAPAS) dan proses pembimbingan dalam Balai Pemasyrakatan (BAPAS).[28] Program pembinaan dilakukan di dalam lembaga yang disebut LAPAS, sedangkan pembimbingan merupakan proses mengembalikan terpidana ke masyarakat di luar lembaga untuk terpidana tertentu.[29]

2.1.1. Pembinaan di Lapas

Titik dimulainya proses pembinaan ditandai dengan didaftarkannya terpidana[30] dalam proses penerimaan Lapas oleh perwakilan Kepala Lapas. Pendaftaran ini mengubah status terpidana menjadi narapidana, dalam proses pendaftaran tersebut dilakukan pemeriksaan dan pencatatan berupa: pencatatan putusan pengadilan; jati diri; dan barang dan uang yang dibawa. Kemudian juga dilakukan pemeriksaan kesehatan.

---

[25] *Ibid,* hlm 54

[26] United Nations, *Nelson Mandela International Day 18 July,* http://www.un.org/en/events/mandeladay/mandela_rules.shtml, diakses 6 Mei 2019

[27] *Op.Cit.,* hlm 261.

[28] Pasal 6 ayat (1) UU Pemasyarakatan

[29] Yaitu untuk

1. Terpidana bersyarat;
2. Narapidana,Anak Pidana dan Anak Negara yang mendapat pembebasan bersyarat atau cuti menjelang bebas;
3. Anak Negara yang berdasarkan putusan pengadilan, pembinaannya diserahkan kepada orang tua asuh atau badan sosial;
4. Anak Negara yang berdasarkan Keputusan Menteri atau pejabat di lingkungan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan yang ditunjuk, bimbingannya diserahkan kepada orang tua asuh atau badan sosia
5. Anak yang berdasarkan penetapan pengadilan, bimbingannya dikembalikan kepada orang tua atau walinya. Dalam Pasal 6 ayat (3)

[30] adalah *Seseorang yang dipidana berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap*, Pasal 1 angka 6 UU No. 12 tahun 1995

Kemudian dilakukan pembuatan pasfoto, pengambilan sidik jari dan pembuatan berita acara serah terima Terpidana.[31]

Berdasarkan Pasal 5 UU No 12 tahun 1995, Sistem pembinaan pemasyarakatan dilaksanakan berdasarkan asas:

1. pengayoman;
2. persamaan perlakuan dan pelayanan;
3. pendidikan;
4. pembimbingan;
5. penghormatan harkat dan martabat manusia;
6. kehilangan kemerdekaan merupakan satu-satunya penderitaan; dan
7. terjaminnya hak untuk tetap berhubungan dengan keluarga dan orang-orang tertentu.

Sedangkan pengertian pembinaan secara lebih jelas sendiri diatur dalam ketentuan lebih lanjut dalam PP No 31 tahun 1999 tentang Pembinaan dan Pembimbingan WBP. Menurut Pasal 1 angka 1 PP No 31 tahun 1999 pembinaan adalah kegiatan untuk meningkatkan kualitas ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa, intelektual, sikap dan perilaku, profesional, kesehatan jasmani dan rohani Narapidana dan Anak Didik Pemasyarakatan.

Perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian atas kegiatan program pembinaan merupakan tanggung jawab dari Kepala Lapas[32] yang dilaksanakan oleh wali narapidana[33], bentuk pembinaan diarahkan pada kemampuan Narapidana untuk berintegrasi secara sehat dengan masyarakat[34].

Proses pembinaan dilakukan menjadi 3 tahap: tahap awal (sampai dengan 1/3 masa pemidanaan), tahap lanjutan (dibagi dua: tahap lanjutan pertama sampai dengan ½ masa pemidanaan, tahap lanjutan kedua sampai dengan 2/3 masa pidana dan tahap akhir (sejak berakhirnya tahap lanjutan sampai dengan selesai pemidanaan[35] yang dilakukan dengan koordinasi Lapas dan Bapas.

Tahapan tersebut terdiri dari[36]:

Tahap awal (Lapas):
a. masa pengamatan, pengenalan dan penelitian lingkungan paling lama 1 (satu) bulan;
b. perencanaan program pembinaan kepribadian dan kemandirian;
c. pelaksanaan program pembinaan kepribadian dan kemandirian; dan

[31] Pasal 11 UU No. 12 tahun 1995
[32] Pasal 6 ayat (1) jo ayat (2) PP No. 31 tahun 1999
[33] Pasal 4 ayat (2) PP No. 31 tahun 1999
[34] Pasal 6 ayat (3) PP No. 31 tahun 1999
[35] Pasal 9 ayat (1), (2), (3) PP No 31 tahun 1999
[36] Pasal 10 ayat (1), (2), (3) PP No 31 tahun 1999

d. penilaian pelaksanaan program pembinaan tahap awal.

Tahap lanjutan (Lapas):
a. perencanaan program pembinaan lanjutan;
b. pelaksanaan program pembinaan lanjutan;
c. penilaian pelaksanaan program pembinaan lanjutan; dan
d. perencanaan dan pelaksanaan program asimilasi.

Tahap akhir (Lapas berkoordinasi dengan Bapas):
a. perencanaan program integrasi;
b. pelaksanaan program integrasi; dan
c. pengakhiran pelaksanaan pembinaan tahap akhir.

Setiap perubahan tingkatan pembinaan tersebut, selain karena alasan masa pemidanaan, juga berdasarkan sidang Tim Pengamat Kemasyarakatan.[37]

2.2. Hak Narapidana terkait Kesehatan dalam Lembaga Pemasyarakatan

Dalam Pasal 14 ayat (1) UU No 12 tahun 1995 tentang pemasyarakatan dijelaskan bahwa hak-hak narapidana terdiri dari:

a) melakukan ibadah sesuai dengan agama atau kepercayaannya;
b) mendapat perawatan, baik perawatan rohani maupun jasmani;
c) mendapatkan pendidikan dan pengajaran;
d) mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak;
e) menyampaikan keluhan;
f) mendapatkan bahan bacaan dan mengikuti siaran media massa lainnya yang tidak dilarang;
g) mendapatkan upah atau premi atas pekerjaan yang dilakukan;
h) menerima kunjungan keluarga, penasihat hukum, atau orang tertentu lainnya;
i) mendapatkan pengurangan masa pidana (remisi);
j) mendapatkan kesempatan berasimilasi termasuk cuti mengunjungi keluarga;
k) mendapatkan pembebasan bersyarat;
l) mendapatkan cuti menjelang bebas; dan
m) mendapatkan hak-hak lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Adapun ketentuan lebih lanjut mengenai hak-hak narapidana diatur dalam PP No. 32 tahun 1999 tentang Syarat dan Tata Cara Pelaksanaan Hak WBP. Peraturan Pemerintah ini telah mengalami perubahan sebanyak dua kali, pertama dengan PP No 28 tahun 2006 dan kedua dengan PP No. 99 tahun 2012 namun kedua perubahan hanya terkait

[37] Pasal 10 ayat (4) PP No. 31 tahun 1999

dengan perubahan materi mengenai Remisi, Asimilasi, dan Pembebasan Bersyarat, sedangkan materi tentang hak-hak lainnya, khususnya hak-hak dasar dalam bidang kesehatan tidak mengalami perubahan.

2.2.1. Perawatan Jasmani

Dalam Pasal 7 ayat (1) PP No. 32 tahun 1999, dinyatakan bahwa Setiap Narapidana berhak mendapat perawatan jasmani berupa:

a) pemberian kesempatan melakukan olah raga dan rekreasi;
b) pemberian perlengkapan pakaian; dan
c) pemberian perlengkapan tidur dan mandi.

Jenis kegiatan olahraga dan rekreasi yang berhak diberikan kepada narapidana sesuai dengan penjelasan Pasal 7 ayat (1) PP No. 32 tahun 1999 yaitu: Jenis olah raga antara lain sepak bola, tenis meja, bola voley, bulu tangkis, catur, atau senam. Sedangkan jenis rekreasi yang diadakan antara lain berupa penayangan televisi, penyelenggaraan kesenian yang dilakukan oleh Narapidana, anak didik atau petugas Pemasyarakatan, atau pertunjukan kesenian yang didatangkan dari luar Lapas.

Dalam Pasal 7 ayat (2) PP No. 32 tahun 1999 selanjutnya dijelaskan bahwa Pemberian perlengkapan berupa pakaian dan perlengkapan tidur dan mandi dilaksanakan segera setelah Terpidana didaftar. Pada ketentuan Pasal 7 ayat (3) PP No. 32 tahun 1999 ini diatur bahwa Narapidana wajib memakai pakaian seragam yang telah ditetapkan.

Setiap narapidana berhak mendapatkan perlengkapan pakaian, Penjelasan Pasal 7 ayat (1) PP No. 32 tahun 1999 memberikan penjelasan mengenai pakaian yang akan didapat oleh narapidana, yang dibedakan antara narapidana perempuan, narapidana laki-laki dan anak didik pemasyarakatan.

Dalam pengaturan lebih lanjut, Keputusan Direktur Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor: Pas-981.Pk.01.06.07 Tahun 2018 Tentang Standar Penyelenggaraan Kebutuhan Dasar Tahanan, Narapidana Dan Anak menguraikan pemenuhan hak perlengkapan pakaian ini. Bahwa penghitungan hak tersebut dilakukan per tahun dengan pemenuhan yang berbeda-beda:

Untuk perempuan:

- 2 (dua) stel pakaian seragam; 8 stel untuk 1 tahun
- 1 (satu) stel pakaian kerja; 2 stel untuk 1 tahun
- 1 (satu) stel mukena; 4 stel untuk 1 tahun
- 2 (dua) buah BH; 8 buah BH untuk 1 tahun
- 2 (dua) buah celana dalam; 8 buah untuk 1 tahun
- 1 (satu) unit pembalut wanita; 12 buah untuk 1 tahun

- 1 (satu) pasang sandal jepit.; 4 pasang untuk 1 tahun

Untuk laki-laki:
- 2 (dua) stel pakaian seragam; 8 stel untuk 1 tahun
- 1 (satu) stel pakaian kerja; 2 stel untuk 1 tahun
- 2 (dua) buah celana dalam; 8 buah untuk 1 tahun
- 1 (satu) lembar kain sarung; 4 buah untuk 1 tahun
- 1 (satu) pasang sandal jepit; 4 buah untuk 1 tahun

Sedangkan untuk perlengkapan tidur dan mandi, penjelasan Pasal 7 ayat (1) huruf c PP No. 32 tahun 1999 menjelaskan bahwa yang perlengkapan tidur dan mandi meliputi a sabun mandi, handuk, sikat dan pasta gigi.

2.2.2. Pelayanan Makanan

PP No. 32 tahun 1999 mengatur Setiap Narapidana dan Anak Didik Pemasyarakatan berhak mendapatkan makanan dan minuman sesuai dengan jumlah kalori yang memenuhi syarat kesehatan. Untuk narpidana asing dapat diberikan makanan jenis lain sesuai dengan kebiasaannya, dengan syarat tidak melebihi 1,5 kali harga makanan untuk narapidana lainnya.

Pasal 20 (1) mengatur bahwa Narapidana dan Anak Didik Pemasyarakatan yang sakit, hamil atau menyusui, berhak mendapatkan makanan tambahan sesuai dengan petunjuk dokter. Dalam Pasal 20 ayat (3) dijelaskan bahwa Anak dari Narapidana wanita yang dibawa ke dalam Lapas ataupun yang lahir di Lapas dapat diberi makanan tambahan atas petunjuk dokter, paling lama sampai anak berumur 2 (dua) tahun. Ketika telah mencapai umur 2 (dua) tahun, anak tersebut harus diserahkan kepada bapaknya atau sanak keluarga, atau pihak lain atas persetujuan ibunya dan dibuat dalam satu Berita Acara. Pasal 23 menjelaskan bagi Narapidana yang berpuasa, diberikan makanan tambahan.

Kepala LAPAS bertanggungjawab atas pengelolaan makanan, yang meliputi : a. pengadaan, penyimpanan, dan penyiapan makanan; b. kebersihan makanan dan dipenuhinya syarat-syarat kesehatan dan gizi; dan c. pemeliharaan peralatan masak, makan, dan minum.

Selanjutnya, ketentuan mengenai penyelenggaraan bahan makanan diatur dalam Peraturan Menteri Hukum dan HAM No. 40 tahun 2017 tentang Pedoman Penyelenggaraan Makanan Bagi Tahanan, Anak, dan Narapidana. Dalam lampiran Permenkumham tersebut dimuat latar belakang pengaturan dalam Pasal 20 ayat (1) Standard Minimal Rules Treatment for Offenders (SMR) tentang makanan yang harus diberikan ketika jam makan biasa.

Dalam Permenkumham ini dimuat standar angka kecukupan gizi yang merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2013, yang menjelaskan pemenuhan kecukupan gizi bagi beberapa kategori, yaitu penggolongan berdasarkan jenis kelamin: yaitu: Laki-laki dewasa: 2,345 kkal, perempuan dewasa: 1,995 kkal dan anak: 2,240 kkal.

Permenkumham ini mengatur standar kecukupan gizi perempuan dan laki-laki yang berbeda, untuk asupan selama 10 hari. Perempuan selama 10 hari dengan jumlah total asupan gizi berjumlah 1.995kkal (dengan rincian: protein 78gram, lemak: 50,5 gram, karbohidrat: 311,25 gram), sedangkan untuk laki-laki, asupan setiap 10 hari sebesar 2.345 kkal (dengan rincian: protein: 86gram, lemak: 50,5gram, karbohidrat: 391, 25gram).
Dalam permenkumham ini diatur mengenai ketentuan pemberian makanan ekstra dalam kondisi tertentu yang terdiri dari kondisi: puasa di bulan Ramadhan, anak, sakit, lansia, perempuan hamil, melahirkan dan menyusui. Kemudian diatur mengenai tambahan kecukupan energi ibu hamil dan menyusui, yaitu: untuk ibu hamil pada tri semester I tambahan kalori 180 kkal, tri semester II: 300 kkal, trisemester III: 300 kkal. Sedangkan untuk ibu menyusui, tambahan kalori hanya tersedia selama 1 tahun, 6 bulan pertama: tambahan 330 kkal, 6 bulan kedua: tambahan 400 kkal. Bahan makanan tambahan tersebut terdiri dari: Roti putih, susu sapi, gula pasir atau biskuit, susu sapi, gula pasir atau kue bakwan atau onde-onde atau kue apem, susu sapi, gula pasir.

Untuk ibu menyusui ditambahkan setiap porsi yaitu satu macam kue atau segelas susu. Dan untuk bayi atau anak yang ikut dengan ibu narapidana perempuan sampai dengan usia 2 tahun dianjurkan untuk ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan, jika tidak memungkinkan dapat diberikan tambahan 1-2 gelas susu per hari dan 1-2 makanan selingan.

Dalam permenkumham ini juga diatur mengenai frekuensi siklus menu 10 hari yang menjabarkan dalam 10 hari[38]:

1. Makanan pokok nasi[39] 30 kali
2. Lauk hewani: daging sapi 5 kali, daging ayam 8 kali, ikan kering 5 kali, ikan segar 6 kali, telur 6 kali
3. Lauk nabati: tempe 7 kali, tahu 7 kali, kacang-kacangan 6 kali
4. Sayuran 30 kali
5. Buah 10 kali
6. Snack: ubi 10 kali, kacang ijo 5 kali

[38] Frekuensi makan per hari: 3 kali makan, pagi: 2/5 kalori, siang: 2/5 kalori, malam: 1/5 kalori, atau masing-masing 1/3 kalori
[39] Untuk menganisipasi ketersedian bahan tertentu di daerah tertentu, maka juga diatur mekanisme konversi bahan makanan yang tidak memngubah nilai gizi

2.2.3. Pelayanan Kesehatan

Dalam Pasal 14 ayat (1) PP No 32 tahun 1999 dijelaskan Setiap Narapidana berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Pelayanan kesehatan yang layak diatur dalam ayat (2) dengan tersedianya poliklinik beserta fasilitasnya di setiap lapas, di setiap poliklinik tersebut disediakan paling tidak seorang dokter dan seorang tenaga kesehatan lainnya. Dengan adanya dokter atau tenaga kesehatan lainnya, apabila dokter berhalangan maka pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab tenaga kesehatan lainnya tersebut.

Pasal 16 (1) PP No 32 tahun 1999 menjelaskan Pemeriksaan kesehatan dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dan dicatat dalam kartu kesehatan. Dalam hal Narapidana atau Anak Didik Pemasyarakatan ada keluhan mengenai kesehatannya, maka dokter atau tenaga kesehatan lainnya di Lapas wajib melakukan pemeriksaan. Apabila dari hasil pemeriksaan kesehatan tersebut ditemukan adanya penyakit menular atau membahayakan, maka penderita tersebut dirawat secara khusus, perawatan khusus tersebut dilakukan di rumah sakit umum pemerintah di luar lapas yang ditanggung oleh negara, atas izin kepala lapas dan jika diperlukan dapat menyertakan petugas kepolisian. Sakitnya narapidana harus diberitahukan kepada keluarga.[40]

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan diatur dalam Keputusan Direktur Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor Pas-32.Pk.01.07.01 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Dasar Perawatan Kesehatan Di Lapas, Rutan, Bapas, LPKA dan LPAS. Dalam Standar tersebut telah dimuat bahwa Direktorat Bina Kesehatan dan Perawatan Narapidana dan Tahanan, Dirjen PAS telah menyusun beberapa pedoman terkait pelayanan kesehatan[41].

Dalam standar tersebut dimuat aturan mengenai sumber daya manusia di setiap Rutan/Lapas terdiri dari:

1. Dokter minimal 1 orang;
2. Dokter gigi minimal 1 orang;
3. Perawat minimal 2 orang, Bidan (khusus yang memiliki WBP perempuan) minimal 1 orang
4. Asisten Apoteker minimal 1 orang

[40] Pasal 17 PP No.32 tahun 1999

[41] Yaitu 1) Pedoman Umum Pelayanan Kesehatan Narapidana, Tahanan dan Anak Didik Pemasyarakatan di Lapas, Rutan 2) Pedoman Penyelenggaraan Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan di Lapas dan Rutan. 3) Pedoman Therapeutic Community bagi Narapidana dan Tahanan di Lapas dan Rutan 4) Pedoman Pelayanan Kesehatan pada Anak, Wanita, Lansia dan Sakit Permanen 5)Pedoman Penyelenggaraan Bahan Makanan 6) Rencana Aksi Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Lapas, Rutan dan Bapas 7) Petunjuk Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TB di Lapas dan Rutan 8) Pedoman layanan komprehensif HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas.

5. Analis laboratorium minimal 1 orang
6. Ahli gizi minimal 1 orang
7. Psikolog minimal 1 orang
8. Sanitarian minimal 1 orang
9. Petugas administrasi pencatatan dan pelaporan minimal 2 orang.

Standar ini juga mengatur pentingnya pelatihan bagi petugas kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yang terdiri dari pelatihan:

- kegawatdaruratan (ACLS, ATLS, BCLS),
- pelatihan TB DOTS,
- pelatihan HIV dan IMS (KTS, PITC, CST, PMTCT),
- pelatihan napza (PTRM, penanggulangan napza),
- pelatihan Ante Natal Care (ANC)

Uraian layanan kesehatan bagi WBP baru dapat dilihat di tabel berikut:

No	Layanan	Uraian Kegiatan
1	Pemeriksaan kesehatan awal	1. Pemeriksaan dasar dan pencatatan status kesehatan dalam BAP 2. Pemeriksaan tanda-tanda resiko dan HIV 3. Menerima rujukan dari Rutan/Lapas sebelumnya apabila ada 4. Menyeleksi siapa yang harus lanjut ke layanan medis selanjutnya dan KT HIV
2	Skrining faktor resiko	5. Dilakukan sesuai ceklist pada pemeriksaan awal 6. Dilakukan pula saat pemeriksaan lanjut di klinik 7. Semua yang diduga memiliki faktor resiko (riwayat adiksi, penasun, sex tidak aman, TB, IMS) dianjurkan KTIP HIV
3	KT/KTIP	8. Melaksanakan KT/KTIP sesuai prosedur 9. Menawarkan test HIV setelah memberikan penjelasan singkat 10. WBP dan tahanan yang setuju langsung dilakukan KTTP 11. WBP dan tahanan yang tidak setuju akan diarahkan pada program mapenaling (termasuk program KEI) untuk KT sukarela
4	Pemeriksaan kesehatan lanjut & pemeriksaan konfirmasi TB, IMS, IO-HIV	12. Melakukan pemeriksaan lanjut berdasarkan keluhan dan memberikan pengobatan 13. Melakukan pemeriksaan kesehatan untuk konfirmasi TB, IMS, adiksi, dan IO 14. Menindaklanjuti keluhan ke layanan selanjutnya
5	Layanan kefarmasian	15. Monitoring terapi obat

		16. Layanan informasi dan konseling obat 17. Pengelolaan obat
6	Mapenaling (KIE)	18. Pemberian KIE melalui TC, MB, PE, konseling kelompok, dll (dapat diarahkan untuk menawarkan KTS atau skrining adiksi layanan PTRM)

Tabel 2. Layanan Kesehatan Bagi WBP Baru

2.3. Kebijakan Penanggulangan HIV Rutan dan Lapas

Sesuai dengan Pasal 10 ayat (7) huruf e Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV, dijelaskan bahwa warga binaan Lapas dan Rutan merupakan populasi kunci transmisi HIV-AIDS. Populasi kunci sendiri berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan didefinisikan sebagai populasi yang menjadi sasaran program promosi kesehatan yang dilakukan secara terintegrasi dengan pelayanan kesehatan maupun program promosi kesehatan lainnya untuk mencegah adanya transmisi HIV-AIDS.

Pelayanan kesehatan di lingkungan Lapas secara umum dilaksanakan berdasarkan pedoman yang tertuang di dalam Peraturan Menteri Hukum dan HAM RI Nomor M.HH.02.UM.06.04 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan di Lingkungan Kementerian Hukum dan HAM. Pedoman tersebut berlaku di lingkungan Kemenkumham baik bagi pegawai di lingkungan Kemenkumham maupun juga bagi WBP secara khusus di tiap-tiap UPT. Beberapa bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan kepada WBP yang berkaitan dengan penanggulangan HIV-AIDS diantaranya adalah program pelayanan kesehatan umum dan program peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit menular HIV-AIDS.[42]

Berkaitan dengan program pengendalian HIV-AIDS, dalam pemeriksaan kesehatan umum, Petugas berkewajiban untuk memperhatikan adanya perilaku beresiko (adiksi, penggunaan Narkoba suntik, dan perilaku seks tidak aman) serta adanya keluhan atau tanda terkait HIV (adiksi, skar jarum, tatto, IO, TB atau IMS). Penilaian risiko HIV dan AIDS harus dilakukan dengan menggunakan checklist yang tepat.[43] Jika Petugas menemukan adanya hal-hal tersebut di atas, maka Petugas perlu untuk merujuk WBP melakukan konseling dan test HIV serta pemeriksaan kesehatan lanjutan.

Dalam hal WBP merupakan ODHIV atau sebelumnya telah membawa rujukan dari Rutan/Lapas, maka dapat diberikan perawatan khusus HIV. Idealnya, test HIV secara sukarela dapat ditawarkan kepada semua narapidana dan tahanan baru sebagai paket

[42] Peraturan Menteri Hukum dan HAM RI Nomor M.HH.02.UM.06.04 Tahun 2011, hal. 22.
[43] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Pedoman Layanan HIV-AIDS dan IMS di Lapas*, Jakarta, 2012, hal 50.

awal masuk program pengendalian HIV-AIDS komprehensif.[44] Perkenalan pada layanan konseling dan test HIV selain dilakukan pada saat kunjungan pemeriksaan awal saat masuk ke dalam Lapas, juga dapat dilakukan pada saat program KIE, program *pre-release* atau kunjungan pemeriksaan di klinik Rutan/Lapas.[45] Test HIV dilakukan dengan metode *rapid diagnose test* (RDT) menggunakan strategi tiga serial dengan sensitivitas dan spesifisitas yang berbeda.[46]

Pelayanan konseling dan testing harus dilakukan terintegrasi dengan layanan klinik, agar tidak mengundang stigma dan diskriminasi bagi WBP. Dalam melaksanakan konseling dan test HIV, terdapat beberapa pendekatan yang dapat digunakan. Beberapa pendekatan dalam konseling dan tes HIV adalah: [47]

a. *Routine offer* (menawarkan pada semua tahanan)
   Pada pendekatan penawaran rutin, konseling dan tes ditawarkan secara rutin kepada semua WBP dan tahanan sebagai bagian dari paket layanan kesehatan. Meskipun pendekatan yang dilakukan adalah penawaran rutin, namun demikian klien tetap harus mendapatkan informasi lengkap, memberikan persetujuan tertulis dan mempunyai hak untuk menolak.[48] Keuntungan yang dapat diperoleh dari *routine offer* adalah bahwa besar kemungkinan penerimaan dari WBP baik karena ditawarkan kepada semua.[49]
b. Konseling dan test sukarela
   Terdapat beberapa prinsip yang harus diperhatikan di dalam pelayanan konseling dan test HIV-AIDS sukarela, yakni: **Pertama,** pemeriksaan HIV hanya dilaksanakan atas kemauan klien, tanpa paksaan, dan tekanan; **Kedua,** semua informasi yang diberikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan tenaga kesehatan. **Ketiga,** hubungan antara konselor dan klien yang efektif. Dalam konseling sukarela, WBP diberikan dukungan psikologis, informasi, dan pengetahuan HIV-AIDS, langkah untuk mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV, dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait HIV-AIDS.[50]
c. Konseling dan test atas inisiasi petugas.
   Pada pendekatan ini, petugas kesehatan secara langsung meminta pasien untuk ditest HIV atas dasar indikasi medis yang jelas. Test yang diinisiasi oleh petugas kesehatan perlu dilakukan karena pada kondisi ini kecepatan petugas kesehatan mengetahui status HIV seorang pasien akan sangat mempercepat pengelolaan medis selanjutnya. Hal yang perlu diperhatikan, meskipun perlu dilakukan, dalam proses test ini tidak boleh ada unsur paksaan. Bila klien dalam kondisi

[44] *Ibid.*, hal 42.
[45] *Ibid.*, hal 54.
[46] *Ibid.*, hal. 33.
[47] *Ibid.*, hal 43.
[48] *Ibid.*, hal 52.
[49] *Ibid.*, hal 55.
[50] *Ibid.*, hal 51.

sadar dan mampu menilai, Ia harus diberikan kesempatan untuk memberikan persetujuan dan mempunyai hak untuk menolak. Konseling lengkap pre-test tidak perlu dilakukan pada pendekatan ini, namun informasi singkat mengenai HIV-AIDS, alasan perlunya tes dan jaminan kerahasiaan harus disampaikan.[51]

Terdapat beberapa prosedur yang harus diperhatikan dalam melaksanakan konseling dan test HIV. **Pertama,** konseling untuk test harus dilakukan oleh konselor yang merupakan petugas pembinaan yang sudah dilatih dan mempunyai sertifikat dari Departemen Kesehatan. Dalam hal Rutan/Lapas belum mempunyai petugas yang terlatih, maka dapat menggunakan konselor atau petugas terlatih dari organisasi luar Rutan/Lapas. **Kedua,** spesimen darah diambil di dalam ruang klinik Rutan/Lapas oleh petugas kesehatan dan dikirim ke laboratorium guna dilakukan test HIV. **Ketiga,** klien harus memberikan persetujuan *(informed consent)* sebelum test HIV. **Keempat,** hanya klien yang memiliki hak untuk membuka status HIV-nya, baik negatif maupun positif, kepada pihak lain selain konselor dan dokter. **Kelima,** klien dengan hasil positif terinfeksi HIV akan didampingi oleh manajer kasus. **Keenam,** layanan konseling dan test HIV harus ditindaklanjuti oleh layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV-AIDS yang dapat bekerja sama dengan RSUD setempat dan LSM.[52] WBP dengan hasil test HIV negatif tetapi masih dalam masa periode jendela dan/atau memiliki perilaku beresiko di dalam Rutan/Lapas sebaiknya ditawarkan kembali untuk test HIV ulang.[53]

Selain program pelayanan kesehatan umum yang hanya mencakup screening dan pelayanan laboratorium, program lain yang berkaitan dengan penanggulangan HIV-AIDS di Rutan/Lapas adalah program peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit menular HIV-AIDS. Program ini dilaksanakan dengan tujuan untuk mencegah dan mengurangi adanya penyebaran HIV-AIDS serta mengurangi penderitaan dan dampak sosial ekonomi ODHIV.[54] Unsur-unsur utama dalam program ini diantaranya adalah: 1) Melaksanakan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) untuk tidak melakukan hubungan seks yang beresiko, 2) Setiap orang melindungi dirinya bila melakukan hubungan seks yang beresiko agar tidak tertular IMS dan HIV-AIDS, 3) Tersedianya tempat pengobatan dan perawatan serta dukungan bagi setiap penderita AIDS yang membutuhkan.

Dalam pelayanan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit menular HIV-AIDS, beberapa bentuk program yang dilakukan diantaranya adalah:

a. Program gaya hidup sehat,
b. Program pengurangan dampak buruk,
c. Program pengobatan dan perawatan ODHIV dengan konseling,
d. Program pelatihan,

---

[51] *Ibid.*, hal 52.
[52] *Ibid.*, hal 50.
[53] *Ibid.*, hal 54.
[54] Peraturan Menteri Hukum dan HAM RI Nomor M.HH.02.UM.06.04 Tahun 2011, hal. 23.

e. Monitor kesehatan petugas,
f. Penganjuran prosedur isolasi dan konsultasi pencegahan dan pengendalian infeksi,
g. Pencegahan dan pengendalian infeksi terhadap limbah, laundry, gizi, dll dengan daftar tilik.[55]

Dalam program-program yang diberikan label sebagai program prioritas ini, beberapa kegiatan yang termasuk di dalamnya adalah peningkatan KIE tentang HIV-AIDS, penyediaan sarana kesehatan dan laboratorium terintegrasi dengan sistem pelayanan kesehatan di seluruh provinsi dan kabupaten, penyediaaan dan pelaksanaan konseling dan testing secara sukarela untuk dapat menemukan dan mengobati penderita, pemberian pengobatan preventif kepada ibu hamil dengan HIV untuk mencegah penularan dari ibu ke anak, serta penyediaan secara berkesinambungan obat anti retroviral dan obat infeksi oportunistik yang terjangkau.

Secara khusus pada 2012, Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, Kementerian Hukum dan HAM RI bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan pedoman layanan komprehensif HIV-AIDS & IMS di Lapas, Rutan, dan Bapas. Dalam buku pedoman layanan ini, terdapat beberapa hal yang dapat dirujuk sebagai standar pelayanan untuk pengendalian HIV-AIDS yang lebih spesifik di Rutan, Lapas, dan Bapas. Beberapa jenis layanan komprehensif HIV yang ada di Rutan/Lapas juga disampaikan sebagai berikut:

Promosi dan Pencegahan	Tatalaksana Klinis HIV	Dukungan Psikososial, Ekonomi, dan Legal
• Promosi Kesehatan (KIE) • Ketersediaan dan akses alat pencegahan (kondom, alat suntik steril) • PTRM, PTRB, PABM • Penapisan darah donor • Life skills education • Dukungan kepatuhan berobat • PPIA • Layanan IMS, KIA, KB dan kesehatan reproduksi remaja	• Tatalaksana medis dasar • Terapi ARV • Diagnosis IO dan komorbid terkait HIV serta pengobatannya, termasuk TB • Profilaksis IO • Tatalaksana Hep B dan C • Perawatan paliatif, termasuk tatalaksana nyeri • Dukungan gizi	• Dukungan psikososial • Dukungan sebaya • Dukungan spiritual • Dukungan sosial • Dukungan ekonomi: latihan kerja, kredit mikro, kegiatan peningkatan pendapatan, dsb • Dukungan legal

[55] Lampiran permenkumham Nomor M.HH.02.UM.06.04 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan di Lingkungan Kementerian Hukum dan HAM, hal. 22-25.

• Tatalaksanaan IMS • Vaksinasi Hep-B bagi bagi dan para penasun (bila tersedia) • Pencegahan pasca pajanan		

Tabel 3. Jenis Layanan Komprehensif HIV di Rutan/Lapas

2.3.1. Konseling dan Test Sukarela (KTS)

Dalam hal setelah dilakukan KTS hasil negatif, maka pemeriksaan ulang dilakukan selama 12 bulan setelah test. Apabila hasilnya positif, maka dilanjutkan dengan konseling. Penawaran rutin juga diberikan kepada WBP sebulan menjelang bebas untuk mengetahui status HIV nya dengan pasti.

2.3.2. Pengelolaan kasus HIV-AIDS

Pengelolaan kasus dilakukan terhadap WBP dengan HIV yang datang atau terdaftar di klinik Rutan/Lapas. Setelah dilakukan test, maka langkah pertama yang dilakukan adalah pengkajian awal berupa analisa riwayat penyakit dan pemeriksaan penunjang termasuk pemeriksaan CD4.[56] Pemeriksaan CD4 adalah salah satu pemeriksaan penunjang yang penting dalam penatalaksanaan awal HIV-AIDS untuk menentukan kondisi awal saat inisiasi terapi ART dan kemudian bisa menilai perbaikan akibat pengobatannya. Jika jumlah pemeriksaan yang bisa dilakukan terbatas, maka prioritas diberikan kepada pasien yang mengalami kegagalan pengobatan dan diagnosis klinis pada beberapa penyakit berat.[57] Setelah dilakukan pemeriksaan awal dan pemeriksaan penunjang, maka dilakukan penetapan stadium klinis dan penilaian status fungsional untuk menentukan apakah pasien bisa berobat jalan atau harus dirawat. Pasien yang bisa berobat jalan berarti dapat tinggal di ruang tahanan dan mengunjungi klinik di waktu yang telah ditentukan. Pasien dengan kondisi fisik yang terbatas atau hanya bisa berbaring perlu dipertimbangkan untuk dirawat di fasilitas rawat inap klinik atau dirujuk ke rumah sakit.[58]

2.3.3. Terapi ARV (Antiretroviral)

Setelah dilakukan pemeriksaan dan evaluasi, maka langkah selanjutnya adalah pemberian obat ARV kepada pasien. ARV dianjurkan pada semua pasien dengan TB aktif, ibu hamil, dan koinfeksi Hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4. Syarat untuk

[56] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Op.Cit.,* hal. 55.
[57] *Ibid.*, hal. 58.
[58] *Ibid.*, hal. 60.

persiapan pemberian ARV adalah: 1) Test HIV positif, 2) Indikasi medis, 3) Tidak memerlukan rujukan ke RS atau kasus yang memerlukan penanganan ahli, 4) IO sudah diobati dan stabil, 5) Pasien setuju dan siap memulai ARV, 6) Ada tim CST di Rutan/Lapas dan ada jejaring kerja dengan RS setempat, 7) Ketersediaan ARV yang berkesinambungan. Informasi sebelum memulai ARV harus diberikan kepada WBP dan keluarganya sebelum memulai ARV.[59]

Setelah memulai ARV, monitoring respon harus dilakukan dengan melakukan penilaian klinis dan lab untuk mencari tanda atau gejala toksisitas, mencari infeksi, menilai kepatuhan, dan melihat respon terhadap terapi.[60] Mengevaluasi hasil terapi dan mengawasi adanya efek samping yang timbul dilakukan oleh dokter, dan pencatatan serta pelaporan dilakukan oleh petugas kesehatan.[61] Bersamaan dengan mulainya program pengobatan ARV, dilakukan pula konseling kepatuhan berobat ARV yang dilakukan oleh perawat atau konselor yang sudah terlatih.[62] Pemberian ARV dilaporkan oleh Kepala Rutan/Lapas per bulan kepada Ditjenpas melalui Direktorat Bina Kesehatan dan Perawatan Narapidana dan Tahanan.

[59] *Ibid.*, hal. 62.
[60] *Ibid.*, hal. 63.
[61] Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Standar Semua Pelayanan Lapas*, Jakarta, 2014, hal. 113.
[62] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Op.Cit.*, hal. 64.

BAB III

ANALISIS SITUASI PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR WBP DI RUTAN/LAPAS

Salah satu aspek paling penting dalam penanggulangan HIV-AIDS di Lapas adalah mengenai pemenuhan kebutuhan dasar yang tersedia. Pemenuhan kebutuhan dasar selain sebagai hak, juga harus terpenuhi untuk mendukung pelaksanaan upaya penanggulangan HIV. Dalam bab sebelumnya, telah dibahas mengenai standar pelayanan kebutuhan dasar yang wajib diberikan oleh Rutan/Lapas terhadap WBP. Bab ini, akan menjelaskan lebih lanjut mengenai bagaimana standar-standar tersebut dilaksanakan di lapangan.

Deskripsi yang diberikan di dalam bab ini, merupakan hasil penelitian yang dilakukan oleh ICJR di 8 (delapan) UPT Pemasyarakatan di DKI Jakarta yakni Lapas Kelas I Cipinang (Lapas Cipinang), Lapas Kelas IIA Salemba (Lapas Salemba), Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta (Lapas Narkotika), Lapas Perempuan Kelas IIA Jakarta (Lapas Pondok Bambu), Lembaga Pembinaan Khusus Anak Kelas II Jakarta (LPKA Jakarta), Rutan Kelas I Cipinang (Rutan Cipinang), Rutan Kelas I Jakarta Pusat (Rutan Salemba), dan Rutan Kelas I Pondok Bambu (Rutan Pondok Bambu). Penelitian dilakukan terhadap Petugas UPT yang bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan WBP serta WBP di masing-masing UPT.

3.1. Situasi Pelayanan Jasmani di Rutan/Lapas

Komponen pelayanan jasmani yang menjadi obyek dalam penelitian ini antara lain adalah olahraga, pakaian, serta perlengkapan tidur dan mandi, serta makanan. Pertama, mengenai kegiatan olahraga, pada dasarnya pelayanan jasmani pada aspek ini terpenuhi, pada setiap UPT Pemasyarakatan ditemui memiliki kegiatan olahraga seperti senam yang dilakukan setiap hari atau setiap hari tertentu. Selain kegiatan olahraga yang waktunya telah ditentukan, WBP juga diberikan waktu luang di luar sel untuk melakukan kegiatan olahraga lain yang tersedia alatnya seperti sepak bola ataupun voli. Kegiatan ini sifatnya opsional sehingga WBP memiliki keleluasaan untuk mengikuti ataupun tidak.[63]

Kedua, mengenai pakaian. Dalam Keputusan Direktur Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor: Pas-981.Pk.01.06.07 Tahun 2018 Tentang Standar Penyelenggaraan Kebutuhan Dasar Tahanan, Narapidana Dan Anak, WBP setidaknya diberikan beberapa pakaian yakni pakaian seragam, pakaian kerja, pakaian untuk melakukan ibadah, pakaian dalam, serta sandal. Pengadaan pakaian untuk WBP ini dalam praktiknya tidak terlaksana sesuai dengan yang ditetapan di dalam pedoman di setiap UPT secara merata. Setiap UPT memiliki kebijakan yang berbeda-beda berkaitan dengan pakaian. Dari 8 UPT, terdapat 4 UPT yang memberikan pakaian, yaitu Lapas Cipinang, LPKA, Lapas Salemba, dan

[63] Hasil wawancara ICJR dengan WBP di UPT Pemasyarakatan seluruh DKI Jakarta

Lapas Narkotika dimana ditemukan adanya pemberian pakaian, namun hanya 1 (satu) setel pakaian dinas berupa atasan dan celana yang digunakan untuk kegiatan tertentu. Sedangkan 4 UPT lainnya tidak ditemukan adanya pemberian pakaian dinas sama sekali kepada WBP, seperti Rutan Salemba, Rutan Pondok Bambu, Lapas Pondok Bambu, serta Rutan Cipinang, sehingga WBP seluruhnya menggunakan pakaian milik sendiri, kecuali jika WBP merupakan tamping (tahanan pendamping) yang kemudian diberikan pakaian seragam untuk membedakan dari WBP lain. Seragam kerja, hanya diberikan utamanya kepada WBP yang menjadi tamping. Kondisi ini ditemukan di Rutan Pondok Bambu. Sedangkan untuk pakaian dalam, tidak ditemukan sama sekali adanya UPT dalam penelitian ini yang memberikannya kepada WBP. Khusus untuk WBP Perempuan dengan hak untuk disediakan pembalut, memberikan layanan pembalut.

Kasus yang serupa juga ditemui pada alat mandi, cuci, dan perlengkapan tidur. Untuk alat mandi dan cuci, dalam Standar Pelayanan Pemasyarakatan disampaikan bahwa WBP baru masuk Rutan/Lapas wajib untuk diberikan perlengkapan mandi dan cuci. Sabun, shampoo, pasta gigi, dan sabun cuci diberikan secara rutin setiap bulan.[64] Namun, dalam praktiknya hal ini tidak terjadi. Informasi mengenai pembagian ini hanya diperoleh di 3 UPT yakni Rutan Cipinang, Lapas Cipinang, dan LPKA. Pada 5 UPT lain, berdasarkan informasi yang diperoleh dari WBP setiap Rutan/Lapas, kebutuhan berupa sabun, shampoo, pasta gigi, dan sabun cuci tidak diberikan secara gratis.

Ditemukan di Rutan Cipinang, pembagian sabun, shampoo, pasta gigi, dan sabun cuci pernah terjadi, namun ini tidak dilakukan setiap bulan, hanya ketika pertama kali WBP masuk saja. Sedangkan di LPKA Jakarta, sabun mandi, shampoo, pasta gigi, dan sabun cuci pernah diberikan, namun tidak ada periodenya, dan bukan diberikan pada waktu WBP pertama kali masuk. Jika sebelum pembagian selanjutnya WBP sudah kehabisan maka seringkali WBP harus membeli sendiri di kantin atau meminta keluarga untuk membawakan. WBP yang tidak dapat membeli karena keterbatasan dana dan tidak memiliki keluarga yang dapat membawakan, biasanya harus meminta kepada sesama WBP lain, hal ini ditemukan di Rutan Pondok Bambu.

Sedangkan perlengkapan tidur berupa alas tidur, bantal, dan selimut, jika merujuk pada standar pelayanan pemasyarakatan harus diberikan kepada WBP baru pada saat masuk. Namun, praktiknya, berdasarkan keterangan seluruh WBP yang diwawancarai dalam penelitian ini, alas tidur berupa matras tanpa seprai menjadi inventaris dari kamar, sehingga tidak selalu setiap WBP mendapatkan matras baru ketika masuk. Di Lapas Salemba misalnya, juga ditemukan adanya WBP yang harus membeli bantal dan selimut jika ingin memilikinya. Pada Lapas Salemba, ditemukan adanya kondisi dimana pada minggu-minggu pertama WBP tiba di UPT Pemasyarakatan, WBP tidak menggunakan peralatan tidur apapun dan tidur di lantai sel. Berdasarkan temuan dalam penelitian ini, diketahui bahwa hal tersebut terjadi dikarenakan WBP belum dikunjungi keluarga sehingga belum memiliki uang untuk membeli atau belum dapat

[64] Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Op.Cit*, hal 141.

membawa peralatan tidur dari luar. Lebih lanjut, ditemukan normalnya praktik jual beli terjadi di antara WBP yang akan keluar dengan WBP baru untuk memindahtangankan peralatan tidur ini. Ditemukan pula di UPT Lapas Narkotika pembagian perlengkapan tidur yang seharusnya wajib untuk seluruh WBP hanya kepada WBP tertentu sebagai bentuk penghargaan karena mengikuti program rehabilitasi.

Khusus untuk WBP laki-laki, dalam *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (SMR) poin 16 dijelaskan bahwa fasilitas yang memadai untuk perawatan rambut, janggut harus disediakan, WBP laki-laki harus dapat bercukur secara regular. Dalam penelitian ini ditemukan, pada 2 UPT disediakan layanan untuk mencukur, dalam bentuk gratis maupun berbayar swadaya dari sesama WBP yang telah memperoleh keterampilan. Di Rutan Cipinang, biaya yang dikenakan adalah sebesar Rp 10.000 sampai dengan Rp 15.000. Sedangkan, di Rutan Salemba, mencukur ini dapat dilakukan secara gratis. Sehingga, WBP bisa mengakses sesuai dengan kebutuhannya masing-masing.

Secara keseluruhan, standar pelayanan berkaitan dengan kebutuhan sandang dan papan WBP belum sepenuhnya terpenuhi. Terlebih, jika kondisi yang ada saat ini dibandingkan dengan standar internasional yang tertuang dalam *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (SMR). Beberapa poin dalam SMR yang tidak dipenuhi dalam implementasi terkait pemenuhan kebutuhan sandang dan papan ini antara lain adalah: ruang untuk tidur[65], peralatan mandi[66], serta pakaian dan seprai yang layak.[67]

3.1.1. Situasi Pelayanan Makanan

Mengenai standar pelayanan makanan untuk WBP, hal ini merupakan kebutuhan pokok yang berkaitan dengan hak WBP. Secara umum, pada 8 (delapan) UPT Pemasyarakatan yang dijadikan obyek dalam penelitian ini, penyediaan makanan telah sesuai dengan standar yang ada, utamanya apabila berkaitan dengan variasi dan siklus menu yang diamanatkan untuk diatur siklusnya per 10 hari.

Berdasarkan keterangan yang diberikan oleh petugas UPT, setidaknya di UPT Rutan Cipinang, Rutan Salemba, dan Lapas Pondok Bambu terdapat dokter yang bertugas memantau gizi dari tiap-tiap menu makanan yang diberikan kepada WBP. Ahli gizi atau dokter yang bertugas memantau gizi tersebut kemudian menyerahkan takaran kepada pengada makanan di dapur. Adapun di UPT lain, yakni Lapas Cipinang, menu makanan telah mengikuti pedoman menu yang dikeluarkan oleh Dirjen Pemasyarakatan sehingga

[65] Pasal 9(1) Standart Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (SMR) megharuskan adanya ruang tidur individual bagi setiap WBP, yang jika dalam keadaan overcrowding, dapat dilakukan perubahan.
[66] Pasal 15 SMR mengharuskan WBP untuk diberikan peralatan mandi yang dibutuhkan untuk kesehatan dan kebersihan dirinya
[67] Pasal 19 SMR mengharuskan setiap WBP untuk diberikan kasur masing-masing dan dengan seprai yang terpisah dan cukup dan bersih ketika diberikan dan diganti secara berkala untuk memastikan kebersihannya.

untuk gizinya dinilai telah disesuaikan. Temuan lain, terdapat pula di Lapas Salemba, dahulunya pernah melakukan kerja sama dengan BPOM dan Kementerian Kesehatan untuk mengecek gizi pada saat pengadaan bahan makanan, namun sudah tidak berlanjut lagi walaupun tetap mengikuti pedoman yang dahulu telah ditentukan.

Pilihan menu yang tersedia pun, siklusnya sesuai dengan standar yang ditentukan oleh Permenkumham tentang Pedoman Penyelenggaraan Makanan yakni per 10 hari, yang masing-masing hari terdiri dari jenis makanan berikut:

1. Beras
2. Ubi/ketela/ singkong
3. Daging sapi/kerbau sehat
4. Ayam boiler
5. Ikan kering
6. Ikan segar
7. Telur ayam
8. Tempe
9. Tahu
10. Kacang-kacangan (kacang tanah, kacang merah/ lainnya)
11. Kacang hijau
12. Kelapa daging
13. Sayuran segar
14. Buah-buahan
15. Gula kelapa/aren
16. Gula pasir
17. Minyak goreng kelapa
18. Bumbu dapur
19. Racikan sambel
20. Garam dapur
21. Kecap

Berdasarkan keterangan yang diperoleh dari WBP di masing-masing UPT, jenis-jenis makanan ini selalu tersedia dalam siklus 10 hari tersebut. Untuk buah-buahan biasanya yang disediakan adalah salak dan pisang. Pada Rutan Pondok Bambu, misalnya ditemukan bahwa buah, ubi, dan kacang hijau diberikan secara berganti-gantian setiap harinya dalam siklus 10 hari tersebut. Namun, pada setiap waktu makan tiap harinya selalu ada menu makanan yang terdiri makanan pokok, sayur-sayuran, dan lauk pauk yang berupa protein nabati seperti tahu/tempe serta protein hewani seperti ikan, ayam, atau daging.

Khusus di UPT yang diperuntukkan untuk WBP perempuan, terdapat standar tambahan yang wajib dipenuhi terkait penyediaan makanan, yakni berkaitan dengan makanan tambahan untuk ibu hamil dan ibu yang membawa anak. Pada 2 UPT Pemasyarakatan yang diperuntukkan bagi WBP perempuan di Jakarta yakni Rutan Pondok Bambu dan Lapas Pondok Bambu, sayangnya, pemenuhan terhadap hal ini masih dapat dikatakan belum terpenuhi. Sebab, keterbatasan dana untuk pengadaan bahan makanan menyebabkan keberadaan makanan tambahan untuk bayi, seperti bubur dan biskuit, sangatlah terbatas dan tidak dapat selalu tersedia.[68] Pengadaan makanan tambahan untuk bayi di Rutan Pondok Bambu, sebagai contoh, seringkali bertumpu pada sumbangan dana dari pihak luar. Sedangkan untuk ibu hamil, makanan tambahan tersedia, namun untuk takaran gizi tidak dipastikan, karena pada prinsipnya menurut keterangan petugas, ibu hamil serta manula dan anak-anak memperoleh makanan tambahan. Petugas klinik di Rutan Pondok Bambu, sebagai contoh, akan memberikan

[68] Hasil wawancara ICJR dengan Petugas Rutan Pondok Bambu

rekomendasi berkaitan dengan makanan tambahan ini, namun tidak kemudian bisa memastikan keberadaannya.

Mengenai waktu makan, ditentukan di dalam pedoman layanan bahwa makan diberikan 3 (tiga) kali dalam 1 (satu) hari dengan jadwal makan pagi pukul 07.00 - 08.00, makan siang pukul 10.00 - 11.00, dan makan malam pukul 15.00 - 16.00. Jadwal tersebut menurut keterangan WBP di masing-masing UPT Pemasyarakatan yang menjadi obyek penelitian ini diikuti dengan baik dan sesuai setiap harinya. Kegiatan makan ini dilakukan oleh seluruh WBP secara bersama-sama di masing-masing sel, dikarenakan waktu makan biasanya disamakan dengan waktu ketika sel dikunci. Makanan akan didistribusikan oleh petugas ataupun tamping yang membantu di dapur secara langsung atau dapat diambil secara berkelompok, dan kemudian didistribusikan di sel. Temuan dalam penelitian ini, di setiap UPT, WBP memiliki alat makan masing-masing yang terdiri dari tempat makan, sendok, garpu, serta gelas yang merupakan inventaris kamar dan terbuat dari melamin.

Hal yang perlu diperhatikan lebih dalam pelayanan makanan adalah ketersediaan air minum. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada WBP di masing-masing UPT Pemasyarakatan, diketahui bahwa ketersediaan air minum ini masih belum cukup baik dan masih belum memenuhi standar yang ada. Pada LPKA Jakarta dan LAPAS Salemba, suplai air minum diberikan dengan menggunakan keran air siap minum, namun, di UPT tersebut juga ditemukan bahwa air minum dari keran air siap minum tersebut memiliki rasa yang aneh, sehingga pada akhirnya WBP harus membeli air minum kemasan di kantin untuk memenuhi kebutuhan air setiap harinya. Keluhan terhadap rasa air yang tidak normal, tidak hanya ditemukan di LPKA Jakarta dan Lapas Salemba, namun di Lapas Pondok Bambu yang pembagian airnya menggunakan galon untuk air minum biasa dan ember untuk air panas.

Tidak hanya rasa yang aneh, temuan lain dalam penelitian ini, di Rutan Pondok Bambu, jumlah air minum yang diberikan kepada masing-masing WBP sangat terbatas dan cenderung tidak mencukupi yakni 4 termos air panas untuk 1 sel yang berisi 17 orang. WBP yang ingin meminum air biasa (tidak panas) harus mendinginkan air panas tersebut atau membeli di kantin. Pembagian air minum ini berbeda-beda praktiknya di setiap UPT. Praktik di Rutan Cipinang, air minum diberikan per galon ke setiap sel dan minum dapat diambil ketika waktu makan saja.

Secara umum dapat dikatakan bahwa ketersediaan air minum untuk WBP di UPT Pemasyarakatan di Jakarta belum memenuhi standar yang ada. Akses yang tidak diberikan secara menerus dan hanya disediakan pada waktu tertentu, serta jumlah yang sangat terbatas yang diberikan, dan kualitas air yang kurang baik, pada akhirnya mengharuskan WBP membeli air minum kemasan sendiri dengan biaya mandiri.

3.2. Situasi Pemenuhan Ruang Akomodasi di Rutan/Lapas

Salah satu aspek penting pemenuhan kebutuhan WBP adalah ruang akomodasi yang layak. Dalam *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (SMR) poin 10 sampai dengan 13 dijelaskan aspek-aspek apa saja yang harus dipenuhi terkait dengan akomodasi. Ruang akomodasi harus memenuhi semua persyaratan kesehatan, dengan memperhatikan kondisi iklim dan khususnya untuk ruang minimum, pencahayaan, pemanas ruangan dan ventilasi. Jendela di ruang akomodasi harus cukup besar untuk memungkinkan para WBP membaca atau bekerja dengan cahaya alami, dan harus dibangun sedemikian rupa sehingga memungkinkan masuknya udara segar terlepas dari ada atau tidaknya ventilasi buatan; Cahaya buatan harus disediakan cukup bagi WBP untuk membaca atau bekerja tanpa cedera penglihatan. Terkait akomodasi, instalasi sanitasi harus memadai untuk memungkinkan setiap WBP memenuhi kebutuhan alamiahnya bila diperlukan dan dengan cara yang bersih dan layak. Instalasi mandi yang memadai harus disediakan pada suhu yang sesuai dengan iklim, sesering yang diperlukan untuk kebersihan umum sesuai dengan musim dan wilayah geografis, tetapi pada setidaknya sekali seminggu di iklim sedang.

Terkait dengan ruang untuk akomodasi ICRC berdasarkan banyak pengalaman dan penelitian di berbagai negara telah mengembangkan spesifikasi berupa rekomendasi ruang yang dibutuhkan seorang WBP untuk dapat hidup dan beristirahat dengan ideal.[69] Secara umum ruang yang dibutuhkan perorang adalah 3,4 – 5,4m2 tergantung spesifikasi ruangan per orang atau tipe bangsal yang dihuni lebih dari 1 orang, ruang ini tidak termasuk toilet.[70] Spesifikasi ini adalah spesifikasi minimal agar terpidana bisa istirahat, menyimpan barang pribadi dan bergerak.[71]

Kondisi overcrowding yang ada di Rutan/Lapas ternyata sangat memengaruhi ketersediaan ruang sebagai akomodasi. Ditemukan dalam penelitian ini di Rutan Cipinang, ruangan sel yang digunakan oleh WBP sehari-hari ukuran ruangan yang ditempati adalah sekitar 3x4 meter tidak termasuk kamar mandi yang ditempati oleh kurang lebih 11 orang di blok Narkotika dan 3-4 orang di blok Korupsi. Meskipun WBP yang menempati sel di blok untuk TP Korupsi memiliki ruang yang cukup untuk masing-masing, namun kondisi tersebut tidak terjadi di sel blok TP Narkotika yang terlalu sempit, bahkan mengharuskan WBP tidur di lorong, karena sel tidak cukup untuk digunakan tidur di malam hari. Sedangkan temuan di Lapas Pondok Bambu, sel yang ditempati WBP memiliki luas sekitar 7x3 meter untuk ditempati 23 orang. Di UPT lain dimana penelitian ini dilaksanakan, WBP tidak dapat memberikan gambaran pasti ukuran sel atau aula yang ditempati.

Pembagian blok sel berdasarkan kategori tindak pidana WBP, juga mempengaruhi tidak seimbangnya jumlah WBP di setiap blok. Ditemukan di Rutan Cipinang, blok tindak pidana korupsi kondisinya lebih kosong dibandingkan blok narkotika. Sel untuk WBP

[69] *International Committee of the Red Cross* (ICRC), *Water, Sanitation, Hygiene and Habitat in Prisons: Supplementary Guidance*, (Jenewa : ICRC,2012) hlm. 31-36
[70] *Ibid.*
[71] *Ibid.*

korupsi untuk kapasitas 4 orang, ditempati oleh 3 orang. Sedangkan di blok narkotika, WBP harus menempati sel dengan kapasitas sama bersama 11 orang, yang mengharuskan 4 orang tidur di lorong.

Di seluruh UPT yang dijadikan obyek dalam penelitian ini diketahui bahwa tiap sel dilengkapi dengan minimal 1 kamar mandi yang tertutup sebagian dengan tembok. Kamar mandi ini dapat digunakan untuk mandi serta buang air kecil dan besar ketika WBP sedang berada di dalam sel dan tidak diperbolehkan keluar. Meskipun air tersedia di kamar mandi dalam sel, namun ketersediaan air ini tidak 24 jam penuh, melainkan hanya di jam-jam tertentu, sehingga WBP harus menyesuaikan.

Mengenai pencahayaan di dalam sel ditemukan kondisinya cukup baik di semua UPT menurut keterangan WBP di masing-masing UPT, sehingga di pagi hingga sore hari WBP tidak perlu menyalakan lampu, meskipun waktu setiap sel memperoleh sinar matahari seringkali berbeda-beda tergantung dengan posisi sel dan ventilasi. Setiap sel juga disampaikan memiliki ventilasi yang cukup sehingga sinar matahari bisa masuk dan udara dapat berganti setiap harinya. Ventilasi ini selain berada di depan (pintu sel) juga berada di tembok yang menghadap ke luar.

Kondisi akomodasi di Rutan/Lapas yang demikian, perlu diingat salah satunya disebabkan oleh *overcrowding* yang terjadi di seluruh UPT Pemasyarakatan yang menjadi obyek dalam penelitian ini. Apabila kondisi ini dibiarkan terus terjadi, maka terdapat kerentanan yang tinggi akan penyebaran penyakit menular. WHO dalam penelitiannya menyebut bahwa *overcrowding,* keterbatasan akses air bersih, disertai dengan lambatnya diagnosis terdapat gejala dapat berkontribusi pada tingginya tingkat transmisi penyakit menular.[72]

Jika melihat pada data penyakit yang paling banyak dialami oleh WBP di beberapa UPT Pemasyarakatan seperti Lapas Salemba, LPKA Jakarta, Rutan Cipinang, Lapas Narkotika Jakarta, maka penyakit terbanyak yang dialami adalah berupa penyakit kulit dan disusul oeh penyakit pernafasan. Kecenderungkuan tingginya angka penyakit kulit dan penyakit pernafasan memiliki keterkaitan erat dengan kondisi lingkungan yang ada di Rutan/Lapas. Hal ini, seharusnya dapat diminimalisir apabila layanan akomodasi yang ada di Rutan/Lapas diberikan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

3.3. Situasi Pelayanan Kesehatan Secara Umum

Pelayanan kesehatan secara umum merupakan salah satu hak WBP yang harus dipenuhi dalam kondisi apapun. Dalam kerangka hukum yang tersedia, telah ditentukan standar-standar mengenai pelayanan kesehatan yang harus tersedia, baik secara umum maupun secara khusus untuk beberapa kelompok WBP tertentu saja, seperti WBP baru atau WBP yang memerlukan perawatan khusus.

[72] WHO Europe, *Prisons and Health,* WHO, Denmark, 2014, hal 73.

Dalam pelaksanaannya, pada saat WBP baru masuk ke dalam Rutan/Lapas, terdapat beberapa kondisi yang perlu diperhatikan. Terdapat kemungkinan bahwa WBP baru tersebut merupakan WBP transfer dari fasilitas yang sebelumnya, sehingga sudah memiliki rekam medis dari fasilitas dimana dirinya ditempatkan sebelumnya. Meskipun demikian, ketika pertama kali WBP tiba di Rutan/Lapas, seluruh WBP tersebut wajib malalui skrining kesehatan umum dan juga skrining kesehatan khusus penyakit menular seperti HIV dan TB, serta Hepatitis C.

Skrining kesehatan dimulai dengan pendataan awal berupa: pengukuran tinggi, berat badan, riwayat penyakit, riwayat penggunaan narkotika dan kemudian dilanjutkan dengan skrining untuk mengetahui apakah WBP baru memiliki faktor-faktor resiko penyakit menular seperti HIV dan TB. Skrining tersebut dilakukan selain untuk melengkapi data klien sebelum test HIV/TB dilakukan, sekaligus menjadi penilaian awal apakah WBP perlu untuk ditest TB, sebab di beberapa UPT, test TB dilaksanakan berdasarkan indikasi medis yang diperoleh dari skrining. Skrining untuk faktor resiko penyakit menular sendiri dilakukan dengan metode wawancara singkat dengan berpedoman pada formulir skrining gejala.

Berdasarkan temuan di lapangan, beberapa pertanyaan yang disampaikan berkaitan dengan HIV/TB yang ditanyakan kepada WBP baru antara lain adalah:

a) Apakah WBP memiliki suami/istri
b) Apakah WBP aktif berhubungan seksual dengan suami/istri
c) Kapan terakhir WBP berhubungan seksual
d) Apakah WBP berhubungan seksual dengan orang selain suami/istri
e) Apakah WBP pernah menggunakan narkotika jarum suntik
f) Apakah WBP pernah transfusi darah, jika iya, kapan terakhir kali melakukan transfusi darah
g) Apakah WBP pernah test HIV, jika iya, kapan.
h) Apakah WBP batuk selama 2-3 minggu atau lebih
i) Apakah WBP demam hilang timbul lebih dari 1 bulan
j) Apakah WBP keringat malam tanpa aktivitas
k) Apakah WBP mengalami penurunan berat badan tanpa penyebab yang jelas

Apabila dalam pertanyaan huruf h sampai dengan huruf k WBP baru menjawab iya, maka WBP akan diminta untuk melakukan pemeriksaan dahak. Sedangkan untuk pengambilan darah untuk test HIV akan tetap dilakukan terlepas dari jawaban yang diberikan oleh WBP baru. Pertanyaan ini diajukan dengan merujuk kepada formulir yang digunakan oleh Petugas UPT untuk melakukan assessment awal.

Selain test darah untuk HIV, test dahak untuk TB bagi pasien suspek, ditemukan di Rutan Pondok Bambu yang memberlakukan adanya test urine untuk narkotika sesuai dengan riwayat penggunaan narkotika atau untuk WBP yang masuk karena kasus narkotika pengguna. Khusus untuk Rutan/Lapas Perempuan, dilakukan pula tes kehamilan kepada WBP baru.

Pada saat penelitian ini dilaksanakan, di wilayah DKI Jakarta sedang dilaksanakan program baru untuk pencegahan Hepatitis C. Selama periode program baru dilaksanakan ini, seluruh WBP, baik yang baru masuk maupun yang lama. Menurut keterangan petugas kesehatan di salah satu UPT, bersamaan dengan screening Hepatitis C ini, dilakukan pula screening ulang HIV untuk semua WBP.

Secara umum, seluruh UPT Pemasyarakatan di DKI Jakarta memiliki klinik yang memberikan pelayanan kesehatan secara umum berupa pemeriksaan kesehatan yang dapat diakses oleh WBP. Dalam penelitian ini, hanya ditemukan 1 (satu) UPT yang tidak memiliki klinik sendiri di dalam UPT, yakni LPKA Jakarta, yang fasilitas kliniknya bergabung dengan Lapas Kelas II A Salemba. Jenis klinik yang ditemukan di seluruh UPT Pemasyarakatan di DKI Jakarta adalah klinik pratama, yang dilengkapi dengan fasilitas untuk observasi untuk WBP dengan penyakit yang harus diawasi, namun belum cukup serius untuk dirujuk ke rumah sakit. Klinik yang terdapat di UPT Pemasyarakatan dimana penelitian ini dilakukan, juga disertai dengan farmasi, sehingga untuk beberapa obat yang tersedia, dapat langsung diperoleh WBP di klinik. Apabila obat tersebut tidak tersedia di klinik, WBP akan diberikan resep yang kemudian dapat dimintakan untuk ditebus oleh keluarga di luar UPT.

UPT Pemasyarakatan	Jenis Poliklinik yang Tersedia
Lapas IIA Salemba	• Poli Umum • Poli Gigi
Lapas Narkotika IIA Jakarta	• Poli Umum • Poli Gigi
Lapas Cipinang	• Poli Umum • Poli Gigi
Lapas Pondok Bambu	• Poli Umum • Poli Gigi
Rutan Salemba	• Poli Umum • Poli Gigi
Rutan Cipinang	• Poli Umum • Poli Gigi
Rutan Pondok Bambu	• Poli Umum • Poli Gigi
LPKA	Tidak ada, bersama-sama dengan Lapas IIA Salemba

Tabel 4. Ketersediaan Poli

UPT Pemasyarakatan	Jumlah Bed untuk Observasi
Lapas IIA Salemba	3
Lapas Narkotika IIA Jakarta	6
Lapas Cipinang	2
Lapas Pondok Bambu	1
Rutan Salemba	10
Rutan Cipinang	6
Rutan Pondok Bambu	3
LPKA	Tidak ada

Tabel 5. Jumlah Bed untuk Observasi

Dalam hal penyakit yang diderita oleh WBP tidak dapat ditangani oleh klinik yang ada karena peralatan tidak tersedia, maka WBP dapat diberikan rujukan untuk dirawat di rumah sakit dengan izin dari Kepala Rutan/Lapas. Jumlah WBP yang dirawat ini dicatat setiap bulannya dan dipantau terus kondisinya oleh petugas kesehatan.

Pelayanan yang ada di klinik pada dasarnya dapat diakses oleh WBP 24 jam secara bebas. Namun perlu juga diperhatikan bahwa terdapat waktu-waktu tertentu dimana WBP dilarang untuk keluar sel (siang dan malam hari), sehingga untuk mengakses klinik WBP perlu izin dari Petugas Pengamanan atau dapat memberi tahu kepada rekan yang menjadi Tamping Kesehatan[73], untuk kemudian dibawa ke klinik. Dalam penelitian ini ditemukan pula di salah satu UPT, yakni UPT Rutan Pondok Bambu, terdapat kebijakan yang mengharuskan WBP yang ingin datang ke klinik harus diberikan izin dalam bentuk bon, sehingga klinik tidak diakses secara bebas seperti di UPT lain.

Jenis pelayanan yang diberikan adalah pengobatan, baik umum maupun gigi di beberapa UPT. Dari 8 UPT yang dikunjungi, tercatat seluruh UPT memiliki pelayanan untuk kesehatan gigi, meskipun di 2 UPT ditemukan dokter gigi yang bertugas adalah dokter yang diperbantukan dari RS Pengayoman Jakarta. Untuk itu pelayanan gigi di 2 UPT ini, tidak selalu tersedia setiap hari, namun hanya pada hari-hari tertentu dimana dokter hadir di UPT. Pelayanan kesehatan lain yang diberikan adalah pelayanan laboratorium, farmasi, dan juga pelayanan konseling psikologi. Untuk pelayanan psikologi, di UPT Lapas Narkotika misalnya, juga berlaku hal yang sama dengan pelayanan kesehatan gigi, yakni pelayanan hanya bisa diakses di hari-hari tertentu jika psikolog ada di tempat.

UPT Pemasyarakatan	Jumlah dan Komposisi Tenaga Kesehatan	Standar minimal yang Harus dipenuhi
Lapas IIA Salemba	• Dokter umum: 4 orang • Dokter gigi: 1 orang	1 UPT:

[73] WBP yang diangkat menjadi Tamping Kesehatan memiliki tugas untuk membantu Petugas Kesehatan dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan. Pada beberapa UPT, misalnya UPT Rutan Salemba, Tamping bertugas 24 jam sehingga selalu *stand-by* jika ada WBP yang sakit. Berbeda dengan UPT Lapas Salemba, yang setiap harinya ada dokter yang bertugas 24 jaga malam.

	• Perawat: 7 orang	1. Dokter 1 orang; 2. Dokter gigi 1 orang; 3. Perawat 2 orang, Bidan (khusus yang memiliki WBP perempuan) minimal 1 orang 4. Asisten Apoteker 1 orang 5. Analis laboratorium 1 orang 6. Ahli gizi 1 orang 7. Psikolog 1 orang 8. Sanitarian 1 orang 9. Petugas administrasi pencatatan dan pelaporan 2 orang.
Lapas Narkotika IIA Jakarta	• Dokter umum: 4 orang • Dokter gigi: 1 orang (diperbantukan) • Perawat: 9 orang • Petugas administrasi: 2 orang • Psikolog: 1 orang	
Lapas Cipinang	• Dokter umum: 1 orang • Dokter spesialis paru: 1 orang • Dokter gigi: 3 orang • Perawat: 13 orang • Psikolog: 1 orang	
Lapas Pondok Bambu	• Dokter umum: 2 orang • Dokter gigi: 1 orang (diperbantukan) • Perawat: 2 orang • Asisten apoteker: 1 orang	
Rutan Salemba	• Dokter umum: 4 orang • Dokter gigi: 2 orang • Perawat: 8 orang	
Rutan Cipinang	• Dokter umum: 4 orang • Dokter gigi: 2 orang • Perawat: 6 orang	
Rutan Pondok Bambu	• Dokter umum: 3 orang • Dokter spesialis radiologi: 1 orang • Dokter gigi: 1 orang • Perawat: 4 orang	
LPKA	• Dokter umum: 2 orang • Dokter gigi: 1 orang • Perawat: 3 orang	

Tabel 6. Komposisi Tenaga Kesehatan

Secara umum terkait dengan kebutuhan tenaga kesehatan, tidak ada satu pun UPT di DKI Jakarta yang memiliki kelengkapan tenaga kesehatan sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor Pas-32.Pk.01.07.01 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Dasar Perawatan Kesehatan Di Lapas, Rutan, Bapas, LPKA dan LPAS.

Tenaga kesehatan yang ada di Rutan/Lapas, secara umum sudah memperoleh pelatihan-pelatihan dasar untuk tenaga kesehatan seperti TB DOTS, kegawatdaruratan, dan juga HIV, serta adiksi. Sayangnya petugas dari 3 UPT yang menjadi narasumber pada penelitian ini menyampaikan bahwa beberapa pelatihan kesehatan yang telah diikuti tersebut, menggunakan biaya pribadi. Dalam beberapa kesempatan, pelatihan diberikan secara tidak berbayar oleh Kementerian terkait, namun untuk memperoleh kesempatan pelatihan yang diberikan secara cuma-cuma tersebut, waktu tunggunya cukup lama dan tidak pasti kapan tersedianya karena harus bersaing dengan tenaga kesehatan lain.

Mengenai pencatatan, hanya 1 UPT Pemasyarakatan, yakni Lapas Narkotika Jakarta, yang memiliki tenaga pencatatan yang terpisah (non-dokter atau perawat), sedangkan pada 7 UPT lain yang menjadi obyek penelitian, pencatatan dilakukan sendiri oleh tenaga kesehatan yang merupakan dokter atau perawat. Sistem pelaporan yang sudah hampir seluruhnya dilakukan secara online, mengharuskan tenaga kesehatan untuk menginput ulang seluruh data yang bentuk awalnya adalah data mentah yang ditulis secara manual. Namun, di seluruh UPT, seluruh WBP memiliki rekam medisnya masing-masing yang disimpan dan bisa dibawa ketika berobat.

Secara khusus di UPT yang memiliki WBP perempuan, yakni Lapas Pondok Bambu dan Rutan Pondok Bambu,[74] terdapat beberapa pelayanan yang khusus diadakan di UPT tersebut seperti pelayanan untuk pemeriksaan rutin kehamilan, layanan melahirkan, serta imunisasi untuk ibu yang membawa anak. Imunisasi bayi dan pemeriksaan rutin kehamilan di UPT Rutan Pondok Bambu dilaksanakan secara rutin setiap bulan, namun untuk ibu hamil, jika ada keluhan di luar waktu pemeriksaan rutin juga diizinkan untuk datang langsung ke klinik. Pemeriksaan ini secara rutin dilaksanakan oleh Puskemas setempat. Untuk layanan melahirkan, terdapat perbedaan keterangan antara yang disampaikan oleh petugas kesehatan dengan WBP, dikarenakan menurut petugas kesehatan biaya melahirkan ini ditanggung oleh negara, namun menurut WBP terdapat pengenaan biaya sebesar Rp1.500.000 (satu juta lima ratus ribu rupiah) untuk biaya persalinan.

[74] Ketika penelitian ini dilakukan, petugas kesehatan di UPT Lapas Pondok Bambu yang diwawancarai menyatakan bahwa selama dirinya bertugas di UPT belum pernah menemukan adanya ibu hamil yang masuk ke Lapas Pondok Bambu, sehingga tidak ada yang bisa disampaikan berkaitan dengan pelayanan ibu hamil.

BAB IV

ANALISIS SITUASI PENANGGULANGAN HIV DI RUTAN/LAPAS

4.1. Standar Layanan Kesehatan dan Penanggulangan HIV-AIDS dalam Instrumen Internasional

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, bahwa berdasarkan Pasal 10 ayat (7) huruf e Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 21 tahun 2013 warga binaan Rutan/Lapas merupakan populasi kunci HIV. Sehingga, terdapat beberapa standar intervensi khusus untuk penanggulangan HIV-AIDS yang harus diberlakukan di Rutan/Lapas.

Secara umum, juga terdapat acuan internasional yang mengatur penanggulangan HIV dalam pemasyarakatan. *United Nations Office and Drugs and Crimes* menerbitkan *toolkit* tentang HIV dalam Penjara: Situasi dan Kebutuhan Asesmen untuk memberikan informasi dan panduan kepada pemerintah nasional.[75]

Yang penting untuk diperhatikan adalah bahwa penilaian terhadap kebutuhan dan situasi serta upaya-upaya intervensi harus sejalan dengan prinsip hak asasi manusia dan *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, toolkit* ini juga dibangun berdasarkan standar dan panduan yang dibentuk oleh WHO.[76] Terdapat prinsip umum dalam penanggulangan HIV-AIDs dalam Lapas, yang terdiri[77]:

1. Setiap penghuni Lapas dan Rutan memiliki hak untuk memperoleh layanan kesehatan, termasuk layanan pencegahan yang sama seperti diterima oleh masyarakat di luar Rutan/Lapas yang menghormati status hukum dan kewarganegarannya;
2. Setiap program AIDS nasional harus diaplikasikan sama antara Warga Binaan Rutan/Lapas dengan masyarakat;
3. Di setiap negara, kebijakan spesifik untuk pencegahan HIV / AIDS dan perawatan bagi Orang Dengan HIV (ODHIV) di Rutan/Lapas harus diatur. Kebijakan dan strategi yang diterapkan di Rutan/Lapas harus dikembangkan melalui kolaborasi erat antara otoritas kesehatan nasional, administrasi penjara, dan perwakilan masyarakat yang relevan, termasuk organisasi non pemerintah. Strategi-strategi ini harus dimasukkan ke dalam program yang lebih luas untuk mempromosikan kesehatan di antara para Warga Binaan Rutan/Lapas;
4. Langkah-langkah pencegahan untuk HIV-AIDS di Rutan/Lapas harus saling melengkapi dan kompatibel dengan pencegahan di komunitas. Tindakan pencegahan harus juga didasarkan pada perilaku berisiko yang sebenarnya

[75] Caren Weilandt and Robert Greifinger, *HIV in Prison: Situation and Needs Assessment Toolkit,* UN, 2010 hal. 5
[76] UNAIDS, *WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons,* WHO, Geneva, 1993, hal. 4.
[77] *Ibid.*

terjadi di Rutan/Lapas, terutama praktik berbagi jarum di antara pengguna narkoba suntik dan hubungan seksual tanpa kondom. Informasi dan pendidikan yang diberikan kepada Warga Binaan Rutan/Lapas harus bertujuan untuk mempromosikan perubahan yang dapat dicapai secara realistis pada perubahan perilaku berisiko, baik saat di Rutan/Lapas dan setelah dibebaskan;

5. Kebutuhan Warga Binaan Rutan/Lapas dan orang lain di lingkungan penjara harus diperhitungkan dalam perencanaan program AIDS nasional dan kesehatan masyarakat dan layanan perawatan kesehatan primer, dan dalam distribusi sumber daya, terutama untuk negara-negara berkembang;
6. Keterlibatan aktif organisasi nonpemerintah, keterlibatan Warga Binaan Rutan/Lapas, dan perawatan non-diskriminatif dan manusiawi untuk penghuni ODHIV yang adalah prasyarat untuk mencapai strategi yang kredibel untuk mencegah penularan HIV;
7. Penting untuk mengetahui bahwa lingkungan Rutan/Lapas sangat dipengaruhi oleh staf Rutan/Lapas dan Penghuninya. Oleh karena itu, kedua kelompok harus berpartisipasi aktif dalam mengembangkan dan menerapkan langkah-langkah pencegahan yang efektif, dalam menyebarluaskan informasi yang relevan, dan menghindari terjadinya diskriminasi;
8. Administrasi penjara memiliki tanggung jawab untuk menetapkan dan menerapkan kebijakan dan praktik untuk menciptakan lingkungan yang lebih aman dan mengurangi risiko penularan HIV ke tahanan dan staf;
9. Penelitian independen di bidang HIV-AIDS di antara populasi Rutan/Lapas harus didorong untuk menjelaskan - antara lain - intervensi yang berhasil di penjara. Pemeriksaan independen oleh seorang komite peninjau etik harus dilakukan untuk semua prosedur dan etika penelitian di Rutan/Lapas. Prinsip-prinsip harus dipatuhi dengan ketat. Hasil dari penelitian semacam itu harus digunakan untuk memberi manfaat bagi para peghuni Rutan/Lapas misalnya dengan meningkatkan rejimen pengobatan atau kebijakan HIV-AIDS di Rutan/Lapas. Administrasi penjara seharusnya tidak berusaha mempengaruhi aspek ilmiah dalam prosedur penelitian, interpretasi peneltian atau publikasinya.

Berdasarkan panduan oleh WHO dan juga pada beberapa panduan lainnya, terdapat beberapa aspek yang harus dipenuhi:

Test HIV	Pencegahan	Management ODHIV	Perawatan dan Dukungan terhadap ODHIV
1. Test HIV secara wajib harus dihindarkan[78] 2. Tes secara sukarela harus tersedia disertai dengan konseling sebelum dan sesudah[79][80] 3. Hasil tes harus dirahasiakan[81] 4. Pengujian secara anonim hanya berlaku apalagi metode tersebut digunakan oleh negara[82]	1. Harus tersedia informasi tentang pencegahan HIV dan resiko transmisinya baik di dalam atau diluar Lapas (informasi harus sama dengan masyarakat umum)[83] 2. Petugas Lapas harus dibekali informasi pencegahan HIV pada pelatihan awal dan pelaksanaan regular[84] 3. Tersedia mekanisme konsultasi antar	1. Keputusan tentang isolasi untuk kondisi kesehatan harus berdasarkan pertimbangan petugas medis. ODHIV harus memiliki akses yang sama pada tempat pelatihan kerja, dapur, dan area kerja lainya[97] 2. Isolasi untuk waktu tertentu mungkin diperlukan pada saat ODHIV terinfeksi TB, ataupun pada kondisi AIDS, proses	1. Setiap ODHIV harus mendapatkan perawatan medis dan psikologis yang sama dengan ODHIV umum[101] 2. Pemeriksaan dan konseling tingkat lanjut harus tersedia[102] 3. Akses untuk mendapatkan perawatan dan informasi setara dengan hak untuk menolak perawatan[103] 4. Perawatan terkait penyakit berkaitan harus tersedia[104]

[78] *Ibid.,* Pasal 10
[79] *Ibid,* Pasal 11
[80] UNODC, WHO, dan UNAIDS, *The 2006 Framework for an Effective National Response to HIV in prison*s, WHO, Geneva, 2006 , Pasal 62, Pasal 64
[81] *Ibid,* Pasal 12
[82] *Ibid,* Pasal 13
[83] *Ibid,* Pasal 14
[84] *Ibid,* Pasal 15

	petugas dan Warga Binaan Rutan/Lapas[85] 4. Petugas dan Warga Binaan Rutan/Lapas terlibat dalam diseminasi informasi[86] 5. Kurangnya resiko transmisi HIV pada interaksi normal harus ditekankan, bukan tindakan pencegahan yang berlebihan[87] 6. Ketersediaan kondom[88] 7. Lapas bertanggungjawab	pengisolasian berdasarkan pertimbangan medis, bukan administrasi Lapas[98] 3. Keputusan tentang hukuman disiplin dan ancaman lainnya tidak boleh dikarenakan status HIV[99] 4. Rutan/Lapas harus mendorong Warga Binaan Rutan/Lapas untuk bersikap suportif[100]	5. WBP tidak dibawah tekanan untuk wajib ikut serta dalam uji klinis[105] 6. Keputusan untuk merawatinapkan ODHIV harus berdasarkan petimbangan medis[106] 7. Layanan medis Lapas harus berkolaborasi dengan layanan kesehatan masyarakat untuk memastikan tindak lanjut perawatan medis dan psikologis setelah bebas, jika ODHIV setuju, mereka seharusnya

[97] *Ibid,* Pasal 27
[101] *Ibid,* Pasal 34
[102] *Ibid,* Pasal 35
[103] *Ibid,* Pasal 36
[104] *Ibid,* Pasal 37
[85] *Ibid,* Pasal 16
[86] *Ibid,* Pasal 16
[87] *Ibid,* Pasal 19
[88] *Ibid,* Pasal 20
[98] *Ibid,* Pasal 28
[99] *Ibid,* Pasal 29
[100] *Ibid,* Pasal 30
[105] *Ibid,* Pasal 38
[106] *Ibid,* Pasal 39

	untuk mencegah terjadinya perilaku seks agresif seperti perkosaan, eksploitasi (dengan menyediakan petugas yang cukup, pengawasan efektif, hukuman disiplin, edukasi, program kerja dan rekreasi[89] 8. Pencegahan kekerasan seksual[90] 9. Tersedia informasi mengenai transmisi akibat penggunaan jarum suntik, pecandu narkotika harus didorong untuk menjalankan perawatan[91] 10. Pasien metadon harus tetap bisa melanjutkan perawatannya[92]		didorong untuk menggunakan layanan ini[107] 8. Pencegahan transmisi HIV ibu-ke-anak[108] 9. Vaksinasi, diagnosis dan perawatan virus hepatitis[109]

[89] *Ibid,* Pasal 21
[90] UNODC, *Fast Track to End Aids by 2030: For People in Prisons, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/Factsheet_-_HIV_in_Prisons.pdf,,* diakses pada September 2019
[91] UNODC, WHO, UNAIDS, *Op.Cit.,* Pasal 22
[92] *Ibid,* Pasal 23

	11. Di negara yang menggunakan metode "bleaching" atau ketika ada praktik pembuatan tato atau tindik peralatan pembersihan jarum suntik harus tersedia. Jika tersedia, negara bisa menyediakan alat injeksi narkotika[9394] 12. Pelayanan kesehatan harus menyediakan materi dan sumber daya untuk memastikan transmisi HIV lewat alat medis tidak steril tidak terjadi[95]		

[107] *Ibid,* Pasal 40
[108] UNODC, *Fast Track to End Aids by 2030: For People in Prisons, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/Factsheet_-_HIV_in_Prisons.pdf,,* diakses pada September 2019
[109] UNODC, WHO, UNAIDS, *Loc.Cit.*
[93] *Ibid,* Pasal 24
[94] Sedangkan menjelaskan PNSP terdiri dari: *1) Needle and syringe programmes (NSP) 2. Opioid substitution therapy (OST) and other evidence-based drug dependence treatment 3. HIV testing and counselling (HTC) 4. Antiretroviral therapy (ART) 5. Prevention and treatment of sexually transmitted infections (STIs) 6. Condom programmes for people who inject drugs and their sexual partners 7. Targeted information, education and communication (IEC) for people who inject drugs and their sexual partners 8. Prevention, vaccination, diagnosis and treatment for viral hepatitis 9. Prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis (TB).*
[95] *Ibid,* Pasal 25

	13. Penggunaan narkotika oral dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dalam pencegahan HIV, sehingga pengguna atau potensial pengguna harus memahami resiko penggunaan narkotikanya[96]		

Tabel 7. Aspek dalam Layanan Penanggulangan HIV-AIDS

[96] *Ibid,* Pasal 26

4.2. Analisis Kesesuaian Instrumen Internasional dengan Kebijakan Nasional dan Implementasi di Lapangan

Dalam bagian ini, akan dijelaskan bagaimana kerangka regulasi baik di tingkat internasional maupun tingkat nasional terkait dengan penanggulangan di Rutan/Lapas dilaksanakan di lapangan. Analisis dalam bagian ini, dilakukan dengan membandingkan kerangka hukum nasional dengan kesesuainya dengan instrumen internasional, dan juga memeriksa dalam tataran implementasi. Implementasi diuji berbasis data lapangan yang diperoleh dari hasil wawancara yang dilakukan terhadap WBP dan petugas kesehatan di 8 (delapan) UPT Pemasyarakatan di DKI Jakarta yakni (Rutan Salemba), (Rutan Cipinang), Rutan Pondok Bambu, Lapas Salemba, Lapas Cipinang, Lapas Pondok Bambu, Lapas Narkotika, dan LPKA Jakarta.

Indonesia dalam kerangka regulasi telah memiliki standar-standar mengenai penanggulangan HIV-AIDS di Rutan/Lapas yang telah ditetapkan di dalam berbagai petunjuk dan pedoman yang sifatnya teknis, baik dikeluarkan oleh Kementerian Hukum dan HAM maupun Kementerian Kesehatan. Petunjuk dan pedoman ini, menjadi dasar pelaksanaan seluruh layanan untuk penanggulangan HIV-AIDS di Rutan/Lapas. Dalam bagian ini, akan dianalisis apakah petunjuk dan pedoman yang digunakan dalam implementasi ini, telah sesuai dengan instrumen internasional yang ada dan bagaimana implementasinya.

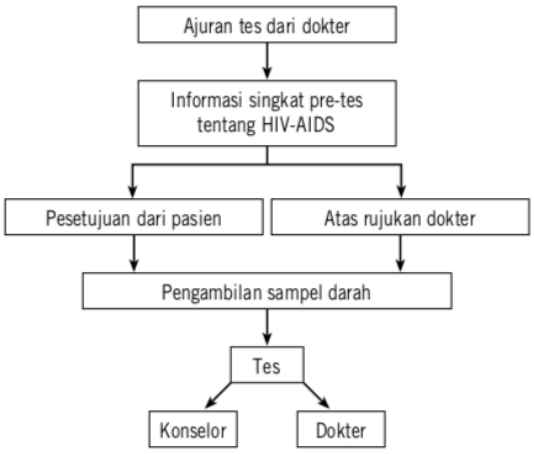
4.2.1. Konseling dan Test HIV

Konseling dan test HIV merupakan bagian pertama dalam kerangka pencegahan dan penanganan HIV-AIDS di Rutan dan Lapas. Beberapa standar yang harus diperhatikan berkaitan dengan test HIV. Sebagaimana telah disampaikan sebelumnya, WHO dan UNODC telah menetapkan standar berkaitan dengan metode konseling dan test HIV di dalam Rutan dan Lapas. Metode test HIV untuk semua orang yang sifatnya wajib harus dihindarkan. Test HIV ini harus pula disertai dengan konseling sebelum dan sesudah dilaksanakan test, dan hasil dari test harus dirahasiakan, dalam artian hanya dapat diberikan kepada subjek yang ditest dan petugas kesehatan tidak memiliki kewenangan untuk memberitahukan kepada orang lain kecuali jika sudah disetujui oleh subjek test.

Tidak terdapat perbedaan ketentuan instrumen internasional dan nasional terkait dengan metode pelaksanaan tes HIV. Dalam ketentuan di tingkat nasional, mengacu pada Pedoman Layanan Komprehensif HIV-AIDS & IMS di Lapas, Rutan, dan Bapas, tes HIV dapat dilaksanakan dengan 3 metode yakni metode konseling dan test sukarela (KTS) atau *Voluntary Counseling and Testing*, penawaran rutin *(routine offer)*, serta konseling dan test diinisiasi oleh petugas kesehatan (KTIP). Meskipun terdapat 3 metode yang berbeda, namun seluruh metode ini menekankan bahwa tidak boleh ada paksaan dalam pelaksanaannya. Test HIV bisa ditawarkan pada semua WBP yang

masuk ke dalam Rutan/Lapas atau yang mengikuti program *pre-release*. Sebelum tes HIV dilaksanakan, klien harus pula memberikan persetujuan *(informed consent)*.

Sedangkan berkaitan dengan konseling, standar yang berlaku di tingkat nasional juga serupa dengan standar yang ada di tingkat internasional. Dalam pedoman layanan dinyatakan bahwa konseling untuk test HIV dilakukan oleh konselor, yakni petugas pembinaan terlatih dan tersertifikat.[110] Berdasarkan pedoman layanan, disampaikan bahwa konseling di dalam KTS adalah konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi, dan pengetahuan HIV-AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait HIV-AIDS.[111] WBP dengan hasil test positif, setelah tes akan dirujuk kepada manajer kasus dan apabila diperlukan dirujuk pada layanan *care, support, treatment* (CST).[112] Namun sayangnya, dalam pendekatan KTIP, konseling lengkap pre-tes dalam pedoman layanan tidak perlu dilakukan. Klien hanya diberikan informasi ringkas mengenai HIV-AIDS, alasan perlunya tes dan jaminan kerahasian harus disampaikan. Konseling kemudian dilakukan pada saat pembacaan hasil.[113]



Gambar 9. Tahapan KTIP[27]

Tahapan KTIP adalah[24]:

- Langkah 1 : sarankan untuk menjalani tes
- Langkah 2 : berikan informasi ringkas mengennai HIV AIDS dan jaminan kerahasiaan (*confidentiality*)
- Langkah 3 : minta persetujuan untuk dilakukan tes (*informed consent*)
- Langkah 4 : pengambilan contoh darah untuk dilakukan tes
- Langkah 5 : menyampaikan hasil test dengan cara 1) Disampaikan oleh petugas medis, selanjutnya petugas medis merujuk ke konselor apabila masih memerlukan dukungan atau 2) hasil tes disampaikan oleh konselor, kemudian monselor memberikan hasil kepada petugas medis yang meminta

Gambar 1. Tahapan KTIP

[110] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Op.Cit.*, hal 49.
[111] *Ibid.*, hal 50.
[112] *Ibid.*, hal. 54.
[113] *Ibid.*, hal. 52.

Kerahasiaan dari hasil test pun, menurut standar pelayanan di Rutan/Lapas di Indonesia keberadaannya dijamin. Dalam pelayanan konseling dan test HIV-AIDS sukarela, disampaikan bahwa salah satu prinsip dalam pelaksanaan konseling dan test sukarela adalah saling memercayai dan jaminan kerahasiaan. Semua informasi yang diberikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan tenaga kesehatan.[114] Jaminan kerahasiaan ini, diberitahukan kepada klien sebelum dirinya memberikan persetujuan. Dalam Pedoman Layanan HIV//AIDS yang ada pula, terdapat formulir yang harus ditandatangani oleh petugas kesehatan di Rutan/Lapas, yang pada pokoknya berisi sumpah tenaga kesehatan untuk:[115]

a. Melindungi kerahasiaan dari para klien dengan tidak mendiskusikan atau membuka identitas klien dan status HIV dirinya dengan rekan di tempat kerja.
b. Tidak menggunakan identitas klien dan tetap dalam pengawasan apabila mendiskusikan kasus di dalam forum yang formal.
c. Memahami bahwa hasil tes HIV klien harus ditangani dengan amat sangat rahasia.
   Mengerti bahwa kesengajaan membuka informasi apapun mengenai klien di dalam pelayanan dapat menyebabkan pemutusan hubungan kerja atau tuntutan kepada diri tenaga kesehatan.

Dalam tataran implementasi berdasarkan penelitian di 8 UPT di DKI Jakarta, ditemukan bahwa terkait dengan pemeriksaan HIV, Lapas di Indonesia terdapat standar mengenai 3 (tiga) metode deteksi HIV, yaitu 3 metode yakni metode konseling dan test sukarela (KTS) atau *Voluntary Counseling and Testing*, penawaran rutin *(routine offer)*, serta konseling dan test diinisiasi oleh petugas kesehatan (KTIP). Berdasarkan temuan ICJR, di seluruh UPT tidak terlampau jelas metode apa yang digunakan. Sebab, petugas kesehatan di seluruh UPT menyatakan bahwa metode yang digunakan adalah KTS, namun pada praktiknya ketika pertama kali masuk seluruh WBP akan dilakukan screening resiko dan dari penilaian resiko tersebut jika jumlah jawaban yang mengarah pada perilaku beresiko sampai pada tingkat tertentu, test akan dijadwalkan. Jika melihat dari pelaksanaannya, metode tersebut lebih sesuai disebut dengan metode KTIP karena test disarankan oleh petugas berdasarkan tingkat resiko penularan.

Temuan menarik didapati ketika pertanyaan mengenai persetujuan ditanyakan kepada petugas. Petugas di seluruh UPT menyampaikan bahwa selama ini tidak ada penandatanganan persetujuan untuk melakukan test, namun metode yang digunakan adalah kebalikan dari persetujuan yaitu ketika WBP tidak mau melakukan test, maka WBP akan diminta menandatangani surat pernyataan penolakan. Memang tidak ada kewajiban untuk mengikuti test setelah *screening* resiko, namun selama ini dari keterangan petugas dalam penelitian ini, belum ada penolakan yang pernah dilakukan. Berbeda kasus, jika setelah melakukan test, WBP menolak untuk membuka hasil atau mengetahui hasilnya.

---

[114] *Ibid.*, hal. 51.
[115] *Ibid.*, hal. 135.

Terkait dengan kerahabisaan, di seluruh UPT kerahasiaan hasil test dijamin oleh Petugas Klinik yang bertanggung jawab terhadap test ini. Praktik yang ada pun, status HIV hanya diketahui oleh Petugas Klinik, kecuali jika WBP sendiri yang membuka identitasnya kepada pihak-pihak lain. Konseling serta pengambilan obat pun dilangsungkan secara hati-hati dan rahasia, dimana WBP dipanggil tanpa menyebutkan untuk kepentingan apa untuk menghindari adanya stigma. Namun, meskipun Petugas Klinik di seluruh UPT dalam penelitian ini telah menjamin kerahasiaan pemeriksaan maupun hasil test dengan baik untuk menghindari adanya stigma terhadap WBP, ditemukan di UPT Rutan Pondok Bambu bahwa stigma justru dihadirkan oleh Petugas Keamanan yang belum memiliki pengetahuan cukup berkaitan dengan kerahasiaan status WBP dan mengumumkan status WBP di hadapan WBP lain. Hal ini, disayangkan oleh Petugas Kesehatan di UPT Rutan Pondok Bambu, sebab seharusnya seluruh petugas yang ada di tiap UPT dapat secara sinergis menjaga privasi dari WBP.

4.2.2. Pencegahan HIV di dalam Rutan/Lapas

4.2.2.1. Informasi Komprehensif mengenai HIV dalam Rutan/Lapas

Dalam upaya pencegahan penularan HIV-AIDS di Rutan dan Lapas, terdapat beberapa aspek penting yang perlu diperhatikan, diantaranya adalah akses terhadap informasi yang komprehensif mengenai infeksi HIV-AIDS dan upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah transmisi, ketersediaan alat pencegahan penularan seperti kondom dan alat suntik steril, serta jaminan atas lingkungan yang aman dari kekerasan seksual dan perilaku seks agresif yang dapat meningkatkan resiko penularan.

WHO dalam pedomannya menyampaikan bahwa baik WBP maupun petugas di Rutan/Lapas harus menerima informasi mengenai HIV-AIDS dan cara pencegahannya.[116] Dalam pedoman nasional, akses terhadap informasi mengenai HIV-AIDS dalam pedoman layanan HIV-AIDS di Rutan dan Lapas, diwujudkan dalam program layanan kesehatan promotif. Program layanan kesehatan promotif ini dilaksanakan sepanjang WBP berada di Rutan/Lapas. Namun, secara spesifik dalam standar nasional disampaikan bahwa Komunikasi, Informasi, dan Kesehatan (KIE) mengenai masalah kesehatan secara umum dan yang berkaitan dengan HIV-AIDS diberikan di dalam masa mapenaling.[117] KIE ini dapat dilaksanakan oleh beberapa pihak, diantaranya adalah petugas pemasyarakatan, petugas kesehatan, petugas pembinaan, WBP, dan juga LSM.[118] Untuk dapat memastikan bahwa program KIE ini dapat berjalan komprehensif dan berkesinambungan, maka penguatan kapasitas petugas UPT Pemasyarakatan dilakukan melalui pelatihan-pelatihan.[119]

---

[116] WHO, *Op.Cit.*, hal. 5.
[117] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM,*Op.Cit.,* hal. 43.
[118] *Ibid.*
[119] *Ibid.*, hal. 92.

Informasi yang disediakan pada saat KIE salah satunya adalah mengenai pengenalan terhadap layanan konseling dan tes HIV, dengan harapan agar setelah KIE selesai dilaksanakan, maka WBP yang mengikuti program KIE akan mengikuti layanan konseling dan test HIV secara sukarela (KTS).[120] Tujuan KIE ini selain untuk menyediakan dan memberikan informasi yang benar dan tepat guna, juga sebagai upaya peningkatan pengetahuan dan sikap agar WBP dapat menerapkan pola hidup sehat dan memiliki risiko rendah terhadap penularan HIV, TB, IMS, infeksi oportunistik, dan penyalahgunaan narkotika.[121] Menarik apabila dibandingkan dengan standar internasional yang ada mengenai akses terhadap informasi tentang pencegahan HIV dan resiko transmisinya, standar nasional mengatur secara lebih spesifik pemberian informasi antar WBP melalui adanya pendidikan sebaya/kader kesehatan guna adanya peningkatan partisipasi.[122]

Jika diperhatikan, secara umum standar nasional mengenai akses informasi ini telah sesuai dengan instrumen internasional yang ditentukan oleh WHO. Secara internasional, penyediaan informasi mengenai pencegahan HIV dan resiko penularannya diwajibkan untuk tersedia di Rutan/Lapas dan diberikan oleh Petugas yang telah memperoleh pelatihan. Sedangkan secara nasional, penyediaan informasi tersebut telah tersedia melalui program KIE yang diberikan di masa mapenaling oleh petugas kesehatan dan juga tersedia melalui mekanisme *peer educator/ pendidik sebaya* yang dilakukan oleh sesama WBP yang telah menjadi kader kesehatan dan telah dibina oleh petugas kesehatan.

Standar nasional mengenai kapasitas dari petugas Rutan/Lapas juga telah disesuaikan dengan standar yang dikeluarkan oleh WHO, dimana diwajibkan bagi petugas untuk dibekali informasi pencegahan HIV pada pelatihan awal dan pelaksanaan regular. Di tingkat nasional, penguatan kapasitas petugas UPT Pemasyarakatan dilakukan melalui pelatihan.

Mengenai mekanisme konsultasi antara petugas dan WBP terdapat kewajiban untuk menyediakan apabila merujuk pada standar yang diberikan oleh WHO. Dalam standar nasional, hal ini juga dijamin sebagai bentuk layanan, yang dapat juga diakses apabila WBP merasa perlu melakukan tes HIV atau memiliki keluhan atau kebingungan terhadap pengobatan atau program yang sedang dijalankan. Rutan/Lapas juga memiliki layanan IMS yang membuka adanya ruang konsultasi.

4.2.2.2. Pencegahan HIV Melalui Hubungan Seks di Rutan/Lapas

Hal lain yang menjadi indikator penting di dalam pencegahan HIV-AIDS di Rutan dan Lapas, adalah akses atau ketersediaan terhadap alat atau program yang dapat memperkecil resiko penularan, diantaranya adalah kondom, jarum suntik yang steril untuk pengguna narkotika suntik, serta terapi metadon. Dalam standar nasional,

[120] *Ibid.*, hal. 54.
[121] *Ibid.*, hal 91.
[122] *Ibid.*, hal. 92.

ketersediaan terhadap alat-alat ini telah dijamin dalam kerangka promosi dan pencegahan, yang salah satu jenis layanannya adalah ketersediaan dan akses alat pencegahan seperti kondom dan alat suntik steril. Penyediaan dan anjuran untuk menggunakan kondom di Rutan/Lapas, termasuk di dalam komponen penanganan kasus IMS,[123] dan penggunaan kondom sendiri termasuk di dalam tindakan intervensi khusus untuk mengendalikan IMS di Rutan/Lapas.[124]

Dalam praktiknya, ketersediaan kondom dan jarum suntik cukup sulit untuk ditemui di dalam Rutan/Lapas. Temuan dalam penelitian ini, hanya pada 1 (satu) UPT yakni Rutan Cipinang yang menyediakan kondom bagi WBP di klinik dan dapat diakses oleh WBP namun harus tercatat dan sebelumnya melakukan konsultasi dengan petugas kesehatan di klinik. Di 7 (tujuh) UPT lain, kondom tidak tersedia. Menurut keterangan dari Petugas di LAPAS Narkotika, kondom tidak tersedia untuk WBP dengan alasan bahwa di Rutan/Lapas, WBP tidak diperbolehkan melakukan hubungan seksual. Sehingga, dengan adanya larangan untuk melakukan hubungan seksual, diasumsikan tidak ada kebutuhan terhadap alat kontrasepsi berupa kondom.

Padahal, adanya perilaku seksual di Rutan/Lapas sudah menjadi topik pembicaraan baik oleh mantan WBP, maupun petugas. Bahkan pada Juli 2019, Kepala Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan HAM Jawa Barat pernah mengatakan bahwa pihak penjaga Lapas menemukan WBP yang melakukan oral seks di dalam Lapas. Pada saat itu, dirinya berpendapat hal ini merupakan sebuah penyimpangan seksual.[125] Namun, terlepas dari tuduhan yang disampaikan oleh Kepala Kanwil Kumham Jawa Barat tersebut, artinya diakui bahwa praktik-praktik hubungan seksual memang terjadi di dalam Rutan/Lapas, terlepas dari telah adanya pemisahan UPT laki-laki dan perempuan. Tidak hanya itu, dalam penelitian ini ada temuan dimana WBP menyatakan pernah mendengar adanya hubungan seksual yang dilakukan di dalam UPT, meskipun ini hanya menjadi perbincangan antar WBP saja dan tidak pernah ditindaklanjuti. Dari kondisi ini, artinya sebenarnya hubungan seksual bisa saja terjadidi dalam Rutan/Lapas, dan selama hal tersebut bukan kekerasan seksual hal tersebut diperbolehkan, sehingga seharusnya sudah menjadi kewajiban bagi Rutan/Lapas untuk menyediakan alat kontrasepsi yang aman.

Namun demikian, langkah tersebut nampaknya sulit dilakukan dengan pemahamam tentang pencegahan HIV yang belum mumpuni, berdasarkan keterangan petugas di Rutan Salemba, masih dinyatakan ketidaktersediaan kondom di Rutan disebabkan oleh tidak adanya payung hukum yang jelas tentang penyediaannya. Suku Dinas Kesehatan DKI Jakarta sebelumnya juga sudah pernah menghimbau Rutan/Lapas untuk menyediakan. Namun, untuk menyediakan kondom di Rutan, perlu ada kejelasan SOP

[123] *Ibid.*, hal 82.
[124] *Ibid.*, hal. 96.
[125] Harian Jogja, Kanwil Kemenkumham Jabar Beberkan Perubahan Orientasi Seksual Napi, Banyak yang Memilih Jadi Gay atau Lesbi, https://news.harianjogja.com/read/2019/07/09/500/1004328/kanwil-kemenkumham-jabar-beberkan-perubahan-orientasi-seksual-napi-banyak-yang-memilih-jadi-gay-atau-lesbi, diakses pada Januari 2020.

dari Kementerian Hukum dan HAM yang sayangnya hingga saat ini belum juga tersedia. Padahal instrumen hukum penanggulangan HIV di Rutan dan Lapas telah menyatakan bahwa ketersedian kondom merupakan salah satu upaya penanggulangan HIV.

4.2.2.3. Pencegahan Transmisi HIV dengan Penggunaan Jarum Suntik di Rutan/Lapas

Berkaitan dengan program penukaran jarum suntik, di seluruh UPT Pemasyarakatan dimana penelitian ini dilakukan, tidak ditemukan adanya UPT yang menyediakan jarum suntik steril untuk penggunaan narkotika. Tidak adanya program penukaran jarum suntik ini, dilatarbelakangi dari semakin menurunnya tren penggunaan narkotika jarum suntik di masyarakat, dan saat ini pun menurut keterangan petugas UPT pemasyarakatan, WBP yang masuk ke Rutan/Lapas yang merupakan pengguna narkotika jarum suntik juga semakin sedikit, mendekati tidak ada sama sekali. Sehingga, Petugas UPT meyakini bahwa sudah tidak ada penggunaan jarum suntik lagi di dalam Rutan/Lapas yang akan menimbulkan resiko. Namun, hal ini patut dipertanyakan dan diwaspadai oleh Lapas. Dalam beberapa pemberitaan setahun terkahir, terdapat *tren* kembali digunakannya narkotika suntik seperti heroin, Rumah Cemara melaporkan adanya kasus overdosis narkotika suntik di Bali[126], putau atau heroin yang nama generiknya *diacetylmorphine* kembali marak di pasar gelap narkoba Bandung. Kondisi serupa bisa dipastikan terjadi juga di kota-kota Indonesia lainnya[127], penggunaan heroin pun juga terjadi di Jakarta, dengan adanya fakta polisi melakukan penangkapan terhadap sindikat peredaran gelap heroin pada Januari 2020 lalu[128] dengan dugaan operasi pasar gelap telah berlangsung selama 5 tahun. Itu berarti penggunaan narkotika dengan jarum suntik masih harus terus diwaspadai dengan menjamin penyediaan jarum suntik steril termasuk di Lapas. Terlebih, dalam penelitian yang dilakukan oleh Rumah Cemara di Lapas Banceuy terhadap 307 responden pada 2014, ditemukan bahwa terhadap seluruh penasun yang diwawancarai, mengatakan pernah menggunakan alat suntik bekas pakai atau tidak steril. Mereka juga mengakui bahwa penggunaan alat suntik yang berganti-gantian pernah dilakukan dan bahkan penggunaan alat suntik bergantian dengan ODHIV pernah dilakukan.[129]

4.2.2.4. Pencegahan Transmisi HIV pada Pengguna Narkotika di Rutan/Lapas

Tidak hanya narkotika suntik, instrumen internasional juga menjelaskan bahwa Penggunaan narkotika oral dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dalam pencegahan HIV, sehingga pengguna atau potensial pengguna harus memahami resiko

---

[126] Rumah Cemara, *Masalah Putau Hari Ini,* https://rumahcemara.or.id/masalah-putau-hari-ini/, diakses Desember 2019.
[127] *Ibid.*
[128] Warta Kota, *Sindikat Heroin Jaksel Lima Tahun Jual Heroin Rp3 Juta Per Gram dengan Satu Pelaku Positif HIV-AIDS,* https://wartakota.tribunnews.com/2020/02/03/sindikat-heroin-jaksel-lima-tahun-jual-heroin-rp-3-juta-per-gram-dengan-satu-pelaku-positif-hiv-aids?page=all, diakses Desember 2019.
[129] Nisaa Nur Alam, dkk, *Penelitian Telaah Perilaku Beresiko Terkait Penggunaan Narkoba Suntik dan Seks Tidak Aman Pada Warga Binaan, http://www.rumahcemara.or.id/rumahcemara.or.id/perpustakaan/Assessment%20Report%20RC%20indonesia%20version.pdf,* diakses Desember 2019.

penggunaan narkotikanya. Lapas harus mempunyai program yang mendukung penanggulangan HIV pada pengguna narkotika oral. Lapas harus menjamin pemenuhan akses kesehatan terhadap pengguna narotika yang memiliki resiko transmisi HIV.

Untuk pengguna narkotika, beberapa pelayanan kesehatan yang tersedia di dalam Rutan/Lapas antara lain adalah pelayanan berupa rehabilitasi baik medis maupun sosial. Rehabilitasi medis yang disediakan di dalam Rutan/Lapas dan menjadi objek dari penelitian ini adalah terapi metadon yang merupakan bentuk dari terapi rumatan medis. Terapi metadon diperuntukkan bagi pecandu narkotika jenis suntik, yang diberikan sebagai pengganti narkotika jenis *opiad*.

Dalam Juklak Rehabilitasi Narkotika yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, disampaikan bahwa jenis layanan rehabilitasi medis yang mutlak tersedia di Rutan/Lapas/LKPA/RS Pengayoman adalah berupa terapi simtomatik dan intervensi psikosial, serta layanan pendukung rehabilitasi medis berupa terapi rumatan, terapi kondisi medis penyulit atau penyerta, serta terapi komorbiditas psikiatri.[130] Rehabilitasi medis, dapat dilakukan di klinik yang ditunjuk oleh Dirjen Pemasyarakatan, dimana klinik tersebut telah memiliki izin operasional dan memiliki dokter dan perawat yang telah mendapat pelatihan di bidang gangguan NAPZA.[131]

Penyelenggaraan rehabilitasi medis apabila merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2415/MENKES/PER/XII/2011 tentang Rehabilitasi Medis Pecandu, Penyalahguna, dan Korban Penyalahgunaan Narkotika dilakukan dengan beberapa tahapan. Tahap pertama adalah asesmen yang dilakukan di awal, selama, dan setelah proses rehabilitasi.[132] Asesmen ini dalam praktiknya dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan kesehatan awal terhadap WBP baru, dan selanjutnya dilakukan pada saat kontrol yang dilakukan pada waktu pelaksanaan terapi.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa terapi metadon tidak tersedia di seluruh UPT Pemasyarakatan di DKI Jakarta. Narapidana yang menjalani terapi metadon ditemukan tersebar di 4 (empat) UPT Pemasyarakatan.[133] Sementara di 4 (empat) UPT lain, tidak terdapat layanan terapi metadon. Di Lapas Salemba, misalnya terapi metadon tidak tersedia sebab klinik UPT Lapas Salemba merupakan klinik gabungan yang dipergunakan bersama-sama dengan UPT LPKA Jakarta, sehingga tidak dimungkinkan adanya penyediaan terapi metadon di klinik. Kondisi yang sama juga terjadi di Lapas Pondok Bambu, yang tidak menyediakan intervensi khusus bagi pengguna narkotika jenis apapun. Sedangkan, di UPT Rutan Pondok Bambu, terapi adiksi dilakukan dengan

---

[130] Direktorat Perawatan Kesehatan dan Rehabilitasi Subdit Perawatan Kesehatan Khusus dan Rehabilitasi, *Petunjuk Pelaksanaan Layanan Rehabilitasi Narkotika Bagi Tahanan Dan Warga Binaan Pemasyarakatan di UPT Pemasyarakatan*, Dirjenpas, Jakarta, 2018, hal 14 – 16.
[131] *Ibid.,* hal. 14.
[132] Pasal 9 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2415/MENKES/PER/XII/2011
[133] UPT Pemasyarakatan tersebut adalah Lapas Narkotika, Lapas Cipinang, Rutan Salemba, serta Rutan Cipinang (metadon dari luar).

memberikan pengguna narkotika, sesuai kebutuhannya, obat-obatan yang menurut petugas sesuai dengan keluhan yang dialami.

Dalam penelitian ini ditemukan pula bahwa terdapat penurunan tren pengguna narkotika yang memperoleh terapi substitusi jenis metadon. Berdasarkan keterangan salah satu petugas kesehatan, di 2019, pengguna narkotika jenis opiad sudah sangat menurun, sehingga yang menerima rehabilitasi jenis metadon juga semakin menurun. Saat ini, WBP yang menerima terapi substitusi metadon adalah mereka yang sudah memperoleh metadon sejak lama.[134] Ditemui di beberapa UPT Pemasyarakatan, WBP yang menjalani rehabilitasi medis memperoleh metadon dari luar, bukan dari UPT Pemasyarakatan sendiri. Meskipun demikian, pemberian metadon tetap dilakukan oleh petugas kesehatan di klinik UPT. [135]

Sedangkan untuk pelayanan rehabilitasi berupa rehabilitasi sosial, hanya tersedia ditemukan di 1 (satu) UPT saja saat penelitian ini dilakukan. Sebagai contoh, di Rutan Pondok Bambu, pelayanan berupa rehabilitasi sosial sudah tidak lagi tersedia. Dahulunya, pelayanan rehabilitasi sosial berupa *Theurapetic Community* (TC) tersedia namun kemudian dihentikan setelah berlangsung selama 1 (satu) tahun dan belum terdapat kelanjutan lagi dari program tersebut. UPT Lapas yang memiliki baik rehabilitasi medis maupun sosial secara lengkap dalam cakupan penelitian ini hanyalah UPT Lapas Narkotika.

Lapas Narkotika memiliki program terapi metadon serta rehabilitasi sosial TC dan Criminon. Sesuai dengan standar yang tercantum dalam Juklak Rehabilitasi Narkotika Dirjen Pemasyarakatan, Lapas Narkotika telah memiliki ruangan khusus untuk kegiatan rehabilitasi sosial, berupa gedung terpisah yang digunakan oleh narapidana yang dalam program rehabilitasi berkegiatan setiap harinya. Berdasarkan keterangan narapidana program rehabilitasi yang diwawancarai dalam penelitian ini, narapidana yang memperoleh program rehabilitasi juga ditempatkan secara berkelompok di blok tertentu, dimana dalam 1 (satu) sel dihuni oleh 15 orang, dengan kapasitas 20–25 orang. Tidak semua WBP yang ada di Lapas Narkotika secara otomatis dapat mengikuti program rehabilitasi sosial ini. WBP diharuskan untuk melakukan registrasi dan nantinya WBP akan dimasukkan ke dalam program sesuai dengan kuota kelas yang tersedia. Berdasarkan wawancara yang dilakukan terhadap WBP yang mengikuti program rehabilitasi sosial, program ini memberikan keuntungan tersendiri, dengan adanya kegiatan untuk mengisi waktu luang dan juga fasilitas yang diberikan seperti kasur dan juga sel yang berbeda dengan WBP non-program.

Hal terakhir yang menjadi penting dalam pencegahan penularan HIV-AIDS di Rutan/Lapas adalah jaminan terhadap lingkungan yang aman. Pencegahan terhadap terjadinya kekerasan seksual, eksploitasi, serta perilaku seks agresif lainnya harus dilaksanakan oleh Rutan/Lapas dengan menyediakan petugas yang cukup, pengawasan

[134] Hasil wawancara dengan N14
[135] Hasil wawancara dengan N10

efektif, hukuman disiplin, edukasi, program kerja, dan rekreasi.[136] Saat ini, belum ditemukan adanya pedoman mengenai pencegahan dan penanganan kekerasan seksual di Rutan/Lapas di Indonesia. Dalam penelitian yang dilakukan UNODC berjudul "Hak dan Kesehatan Perempuan di Rutan/Lapas Indonesia: Tinjauan Situasi Saat Ini", disampaikan bahwa upaya yang berkaitan dengan pencegahan kekerasan seksual di Rutan/Lapas di Indonesia masih sangat terbatas, dan hanya sekitar setengah responden dalam penelitian tersebut yang menyatakan bahwa upaya demikian telah tercakup dalam kebijakan yang ada.[137] Hal ini menunjukkan bahwa hingga saat ini, masalah pencegahan kekerasan seksual di Rutan/Lapas belum menjadi perhatian utama, instrumen untuk pencegahan dan penanganan kekerasan seksual pun belum tersedia.

4.2.3. Management ODHIV

Beberapa aspek penting dalam manajemen ODHIV oleh WHO di dalam pedomannya adalah mengenai penempatan ODHIV serta perlakuan terhadap ODHIV WHO menyatakan bahwa pemisahan, isolasi, dan pelarangan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, olahraga, dan hiburan tidaklah perlu dan tidak relevan untuk dilakukan. Keputusan untuk melakukan isolasi berdasarkan kondisi kesehatan hanya dapat diambil oleh petugas kesehatan, sesuai dengan pertimbangan kesehatan saja. ODHIV di dalam Rutan/Lapas tidak boleh memperoleh pembedaan perlakuan di dalam Rutan/Lapas dan upaya-upaya untuk mencegah stigmatisasi dan diskriminasi harus dilakukan.[138]

Dalam pedoman layanan kesehatan yang terkait dengan HIV-AIDS dan IMS nasional, tidak ditemukan adanya standar tertentu mengenai penempatan ODHIV apakah terpisah atau tidak. Namun demikian secara umum tidak ada standar yang mengatur bahwa ODHIV harus ditempatkan secara terpisah. Penempatan secara terpisah hanya dilakukan berdasarkan usia (anak atau orang dewasa), jenis kelamin, serta dalam beberapa kondisi jenis tindak pidana (umum, korupsi, narkotika).[139] Penempatan terpisah lain yang dilakukan hanyalah terhadap pasien TB, yang merupakan bentuk

[136] Pasal 21 The 2006 Framework for an Effective National Response to HIV in prisons

[137] Hasil akhir penelitian ini memberikan rekomendasi bahwa Pemerintah harus segera menindaklanjuti Bangkok Rules dengan membentuk Rencana Tindakan yang komprehensif, khususnya mengenai hal-hal yang berkaitan dengan standar kesetaraan gender serta menciptakan platform untuk pengaduan terkait kesehatan perempuan di Rutan/Lapas. Penelitian ini dapat diakses melalui https://angsamerah.com/pdf/Angsamerah-Hak_dan_Kesehatan_Perempuan_di_Lapas-Rutan_Indonesia.pdf

[138] WHO, *Op.Cit.*, hal. 6.

[139] Berdasarkan ketentuan Pasal 12 UU Nomor 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan, penggolongan narapidana untuk kepentingan pembinaan dilakukan berdasarkan umur, jenis kelamin, lama pidana yang dijatuhkan, jenis kejahatan, serta kriteria lain sesuai dengan kebutuhan atau perkembangan pembinaan.

infeksi oportunistik dari HIV-AIDS.[140] Hal ini dilakukan untuk mencegah adanya penularan kepada WBP lain.

Berkaitan dengan upaya untuk mengurangi diskriminasi antar WBP dan stigmatisasi terhadap ODHIV, dalam pedoman nasional, dimunculkan adanya program Kelompok Dukungan Sebaya (KDS). KDS memiliki tujuan utama untuk meningkatkan kualitas hidup bagi ODHIV, serta untuk membantu menurunkan stigma, baik stigma dari diri sendiri maupun stigma dari lingkungan, sehingga ODHIV menjadi lebih percaya diri, dan membantu menurunkan diskriminasi dari lingkungannya.[141]

4.2.4. Perawatan dan dukungan untuk ODHIV

WHO menerapkan beberapa aturan standar berkaitan dengan perawatan dan dukungan untuk ODHIV di Rutan/Lapas. Pertama, dalam setiap tahapan, perawatan medis dan psikologis yang layak harus tersedia beserta pula dengan *peer-support* bagi ODHIV. Kedua, *medical follow-up* serta konseling harus pula tersedia untuk dapat diakses ketika waktu penahanan atau pemenjaraan. Ketiga, WBP harus memiliki akses kepada informasi mengenai pilihan perawatan yang dapat dilakukan dan juga opsi untuk tidak melakukan suatu perawatan. Keempat, perawatan terhadap infeksi HIV dan penyakit yang terkait harus tersedia di dalam Rutan/Lapas, dengan standar yang sama dengan apa yang ada di luar Rutan/Lapas. Kelima, WBP harus memiliki akses yang sama untuk melakukan uji coba klinis pengobatan seluruh penyakit yang terkait dengan HIV-AIDS. WBP tidak boleh dipaksa untuk mengikuti uji coba klinis, kecuali WBP yang bersangkutan bersedia dan uji klinis tersebut diharapkan dapat memperbaiki kondisi kesehatannya. Keenam, keputusan untuk melakukan rawat inap terhadap WBP ODHIV harus diambil dengan pertimbangan medis oleh petugas kesehatan. Ketujuh, kewajiban antara petugas kesehatan di Rutan/Lapas untuk bekerja sama dengan pengada layanan kesehatan masyarakat untuk memastikan terselenggaranya *follow-up* medis dan konseling tersedia setelah WBP keluar.[142]

Dalam pedoman nasional, perawatan baik yang bersifat medis maupun psikologis dapat diakses oleh WBP kapan saja mulai dari awal WBP masuk ke dalam fasilitas hingga keluarnya. Perawatan ini dapat berupa terapi maupun perawatan terhadap infeksi oportunistik lain. Layanan ini dinamakan sebagai layanan *care, support, and treatment (CST)*. WBP dengan kasus sulit yang tidak dapat ditangani di dalam Rutan/Lapas akan dirujuk ke rumah sakit atau klinik penyedia layanan terkait HIV, TB, dan IMS.[143] Dalam kerangka pelayanan kesehatan yang komprehensif, layanan kesehatan di Rutan/Lapas

[140] Berdasarkan temuan di dalam penelitian ini, di 8 UPT Pemasyarakatan yang menjadi obyek penelitian, seluruhnya melakukan pemisahan penempatan terhadap WBP yang menderita TBC dan sedang dalam masa pengobatan.
[141] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Op.Cit.,* hal. 107.
[142] WHO*, OP.Cit.,* hal. 7.
[143] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Op.Cit.*, hal. 27.

bekerja sama dengan berbagai organisasi pelaksana lain di luar Rutan/Lapas untuk menjamin keberlangsungan layanan komprehensif pasca keluar dari Rutan/Lapas dengan menggunakan metode rujukan.[144]

Dalam tataran implementasi, Pelayanan kesehatan yang disediakan untuk ODHIV di Lapas, antara lain adalah pelayanan berkaitan dengan pengobatan, yakni terapi ARV, pemeriksaan CD4 berkala, konseling, serta pelayanan kesehatan umum lainnya. Pelayanan ini dapat diberikan secara langsung oleh klinik yang ada di dalam Rutan/Lapas atau dirujuk kepada pelayanan kesehatan terdekat.

Terapi ARV pada prinsipnya wajib disediakan sebagai salah satu jenis layanan komprehensif HIV di Rutan/Lapas. Dalam pedoman yang dimiliki oleh Ditjenpas dan Kemenkes, disampaikan bahwa untuk memulai terapi ARV perlu dilakukan pemeriksaan jumlah CD4 apabila tersedia dan penentuan stadium klinik infeksi HIV klien.[145] Pada praktiknya, berdasarkan temuan di 4 UPT sudah beberapa waktu tidak dilakukan pemeriksaan CD4[146] sebab dari Suku Dinas Kesehatan DKI Jakarta, *catridge* sudah lama tidak tersedia. Sehingga, untuk dapat memulai ARV, klien di Rutan/Lapas tidak perlu lagi untuk mengetahui jumlah CD4, namun secepatnya setelah hasil KTS keluar, dapat langsung diberikan penawaran untuk memulai program.[147] Dalam praktik, penawaran untuk memulai program dilakukan setelah klien membuka hasil KTS, dan petugas kesehatan telah memberitahukan inf

ormasi-informasi dasar mengenai ARV. Klien memiliki hak untuk menolak maupun menerima terapi ini, namun untuk melakukan pengawasan, petugas kesehatan secara berkala melakukan pemanggilan klien yang tidak langsung menerima pengobatan ARV secara berkala ke klinik.[148] Bagi klien yang sudah dalam terapi ARV sebelumnya, maka akan langsung dilanjutkan terapinya berdasarkan data awal yang sudah diperoleh saat BAP.

Kepatuhan merupakan komponen penting untuk menentukan keberhasian terapi ARV. Kepatuhan menjadi penting sebab obat ARV apabila tidak dikonsumsi secara rutin akan dapat menyebabkan virus cepat menjadi resisten dan mengakibatkan obat tidak efektif lagi. Padahal, ARV harus dikonsumsi seumur hidup untuk dapat menekan angka replikasi virus.

Pedoman layanan HIV-AIDS dan IMS di Lapas Indonesia menyampaikan bahwa konseling kepatuhan / *adherence* harus dilakukan setiap kali akan memulai program

---

[144] Sebagai contoh, ODHIV dengan ART yang telah selesai menjalani masa hukuman akan diberikan rujukan ke RS/Puskesmas/klinik yang menyediakan ARV untuk terapi lanjutan. Lihat *Ibid.,* hal 39.
[145] *Ibid.*, hal. 61.
[146] Jika dilakukan dengan pemeriksaan CD4, berdasarkan pedoman layanan, pasien dengan jumlah CD4 <350 sel/mm^3 tanpa memandang stadium klinis direkomendasikan untuk memulai terapi.
[147] Hasil wawancara ICJR dengan N9
[148] Hasil wawancara ICJR dengan N9

pengobatan ARV.[149] Dalam pedoman layanan juga disediakan 2 (dua) formulir terkait dengan terapi ARV, pertama, kuesioner pre-ARV serta form kepatuhan ARV.[150] Sebelum terapi dimulai, tenaga kesehatan harus berkonsultasi dengan pasien untuk menjelaskan berapa jumlah obat yang harus diminum dan aturan pakai. Pada praktik, hal ini dilakukan ketika narapidana sudah menyetujui untuk memulai terapi ARV, sebab tidak semua narapidana langsung menyetujui terapi ARV setelah diberitahukan tentang status HIV nya. Beberapa narapidana yang diwawancarai dalam penelitian ini, bahkan baru memulai ARV setelah waktu yang cukup lama. Salah satu alasan yang mengemuka dalam penelitian ini berkaitan dengan penundaan penerimaan ARV adalah karena adanya kekhawatiran dari Klien, utamanya yang masih berstatus tahanan, jika memulai ARV di Rutan, terapi akan berhenti pada saat proses pemindahan ke Lapas.[151]

Jika Klien sudah memulai ARV, hal yang harus adalah monitoring respon ARV. Monitoring respon ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada tanda atau gejala toksisitas, mencari infeksi oportunistik atau penyerta penyakit lain, menilai kepatuhan obat, serta melihat respons terhadap terapi.[152] Tidak disampaikan dalam pedoman layanan dalam rentang waktu berapa lama monitoring respon ini harus dilakukan. Pada praktik pun ditemukan bahwa monitoring respon dilakukan tergantung daripada masing-masing UPT. UPT Lapas Narkotika Jakarta dan Rutan Cipinang misalnya, menetapkan adanya monitoring per minggu, bersamaan dengan waktu klien/WBP mengambil persediaan obat untuk satu minggu ke depan. Sedangkan di Lapas Salemba, monitoring dilakukan setiap 2 (dua) minggu. Dalam monitoring ini, terhadap klien/WBP akan dilakukan *assessment* serta konseling apabila terdapat efek samping atau masalah kesehatan lain yang timbul setelah ART dilakukan.

Mengenai persediaan ARV, pada setiap Rutan/Lapas terdapat perbedaan jenis obat yang tersedia tergantung stock yang tersedia di DKI Jakarta. Pada saat penelitian ini dilakukan, di Rutan Cipinang misalnya, obat yang diberikan kepada klien bukan merupakan *fixed dosed combination* (FDC), melainkan obat pecahan. Obat pecahan ini diberikan sudah selama 1 (satu) bulan di Rutan Cipinang. Sedangkan di Lapas Salemba, persediaan FDC sudah habis sejak 3 sampai 4 bulan sebelum penelitian ini dilaksanakan, sehingga saat ini obat yang diberikan kepada klien adalah obat pecahan. Kondisi yang sama juga terjadi di Lapas Pondok Bambu. Persediaan obat ini memiliki pengaruh pada monitoring respon yang harus dilakukan, sebab dalam beberapa kasus mungkin terjadi klien tidak cocok dengan obat pecahan. Monitoring kepatuhan terhadap obat pecahan juga lebih sulit sebab setiap obat memiliki waktunya masing-masing kapan dapat diminum.

---

[149] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Op.Cit.,* hal 64.
[150] *Ibid.,* Lampiran 5 dan 6.
[151] Hasil wawancara ICJR dengan N10
[152] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Op.Cit.*, hal 63.

Selanjutnya mengenai pemeriksaan CD4, disampaikan dalam pedoman layanan bahwa pemeriksaan jumlah CD4 merupakan salah satu pemeriksaan penunjang yang penting untuk menentukan kondisi awal pasien saat inisiasi terapi ART dan kemudian bisa menilai perbaikan akibat pengobatannya kelak.[153] Tidak ada kewajiban dalam pedoman ini yang bahwa setiap UPT harus menyediakan layanan pemeriksaan CD4. Namun, pemeriksaan minimal dikatakan perlu dilakukan, dan bila tidak tersedia, pengidap atau specimen darah dapat dirujuk ke sarana kesehatan yang mampu.[154] Setidaknya dalam penelitian ini ditemukan di Lapas Narkotika, Rutan Pondok Bambu, Lapas Cipinang, dan Rutan Cipinang, pemeriksaan CD4 disampaikan belum dapat dilaksanakan untuk tahun 2019 sebab sudah lama tidak tersedia *catridge* dari RS Pengayoman.[155] Namun, di Rutan Cipinang ditemukan adanya praktik dimana meskipun tidak tersedia *catridge* dari RS Pengayoman, jika ada klien/WBP yang meminta untuk dilakukan pemeriksaan CD4, klinik akan melakukan kerja sama dengan laboratorium luar untuk pemeriksaan CD4. Berdasarkan pengalaman WBP pula, ditemukan ada yang melakukan pemeriksaan CD4 rutin secara mandiri.[156] Selain CD4, test penunjang lain yang dapat dilakukan adalah viral load RNA, yang sebenarnya dalam pedoman tidak mutlak diperlukan, namun bila mampu akan sangat bermanfaat untuk pengelolaan klinis. Pada beberapa UPT, disampaikan bahwa pemeriksaan viraload beberapa kali dilakukan dikarenakan saat ini program yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan adalah pemeriksaan Viral Load dan bukan lagi pemeriksaan CD4.[157] Lapas Narkotika Jakarta, misalnya, menerima perbantuan dari Kementerian Kesehatan dan dari Suku Dinas Kesehatan DKI Jakarta pun memberikan bantuan untuk melakukan test Viral Load, namun dalam jumlah yang terbatas.[158]

4.3. Analisis Dampak RKUHP terhadap Penanggulangan HIV-AIDS di Rutan/Lapas

Pengesahan RKUHP yang saat ini pembahasannya masih bergulir di Pemerintah dan DPR, sudah dipastikan dapat membawa perubahan dalam kondisi Rutan/Lapas di Indonesia. Munculnya tindak pidana baru dan adanya perubahan terhadap ancaman pidana, menjadi lebih tinggi dan cenderung lebih represif dan punitif, meletakkan hukum pidana sebagai solusi primer atas permasalahan sosial di masyarakat.

Tidak hanya berpotensi mengirimkan semakin banyak orang ke dalam Rutan/Lapas dengan proposal kebijakan yang lebih punitif, ICJR juga memetakan setidaknya ada beberapa pasal di dalam RKUHP yang mengkriminalisasi perilaku beresiko transmisi HIV. Kriminalisasi ini berpotensi menimbulkan dampak lain yang memengaruhi upaya upaya penanggulangan HIV-AIDS yang selama ini telah dilakukan. Tidak hanya

[153] *Ibid.*, hal 58.
[154] *Ibid.*, hal. 58.
[155] Hasil wawancara dengan N11
[156] Hasil wawancara dengan N8
[157] Hasil wawancara dengan N14
[158] Hasil wawancara dengan N14

kontraproduktif, kriminalisasi perilaku beresiko justru akan menghambat akses layanan pencegahan penularan berulang dan pengobatan HIV.

Dalam kerangka instrumen internasional pencegahan HIV di Lapas dan Rutan dijelaskan bahwa usaha untuk mengurangi resiko transmisi HIV pada interaksi normal harus ditekankan, bukan tindakan pencegahan yang berlebihan. Pencegahan transmisi HIV di Lapas dalam kerangka hukum nasional pun juga sudah menjamin bahwa penanggulangan HIV harus diselenggarakan secara komprehensif mulai dari tes konseling HIV, pencegahan HIV lewat hubungan seks tidak aman dengan jaminan penyediaan alat kontrasepsi seperti kondom, pengecegahan HIV lewat jarum suntik melalui adanya aturan mengenai program penyediaan jarum suntik steril, dan pencegahan transmisi HIV melalui pengelolaan pengguna narkotika oral melalui program rehabilitasi termasuk penyediaan terapi subtitusi metadon dan rehabilitasi medis dan sosial.

Namun sayangnya, berdasarkan hasil penelitian yang sudah dipaparkan sebelumnya, banyak upaya-upaya pencegahan transimisi HIV tidak diselenggarakan di dalam Rutan/Lapas di Indonesia. Terdapat alasan berbasis stigma terhadap perilaku beresiko, misalnya tidak disediakannya kondom sebagai alat pencegahan transmisi HIV dan IMS di Rutan dan Lapas. Hanya 1 UPT yang ditemukan menyediakan kondom, dengan pengambilan yang dilakuan secara tercatat di klinik. Berdasarkan keterangan beberapa petugas serta WBP yang diwawancarai dalam penelitian ini, banyak responden yang menjelaskan terkait dengan hubungan seksual, pihak Lapas melarang hal tersebut dilakukan dengan menyatakan bahwa hal tersebut melanggar aturan dan dianggap semua WBP sebagai pelaku tindak pidana tidak perlu dipenuhi hak nya atas hubungan seksual, padahal prinsip pemasyarakatan menyatakan bahwa satu-satunya pembatasan hak adalah kehilangan kemerdekaan. Lapas juga tidak memiliki protokol pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, dengan jargon yang dipropagandakan lapas bahwa di dalam Lapas tidak mungkin terjadi hubungan seksual, sehingga jika terjadi pemaksaan hubungan seksual, jelas sulit bagi WBP untuk melaporkan kasusnya dalam mekanisme di Lapas.

Secara lebih buruk, RKUHP justru meneruskan stigma yang masih terus berlanjut terkait dengan perilaku beresiko transmisi HIV, yang juga akan menyasar populasi kunci HIV sebagai populasi sasaran program HIV. Dalam penelitian ICJR berjudul "Penanggulangan HIV dalam Ancaman RKUHP" telah dipetakan beberapa pasal di dalam RKUHP yang berpotensi mengkriminalisasi perilaku beresiko ini. Pasal ini antara lain adalah kriminalisasi hubungan seksual konsensual di luar perkawinan serta kriminalisasi pengguna narkotika. Kedua pasal ini, apabila disahkan tentu saja akan kontraproduktif dengan upaya penanggulangan HIV yang selama ini dilakukan oleh Pemerintah.

Kriminalisasi terhadap hubungan seksual konsensual di luar perkawinan, mengindikasikan Pemerintah menggunakan pendekatan abstinensia / tidak melakukan

hubungan seksual bagi yang belum menikah guna melakukan intervensi penanggulangan HIV untuk hubungan seksual. Hal yang dipropagandakan RKUHP dan juga diimplementasi lapas saat ini, penyediaan alat kontrasepsi tidak diizinkan, seseorang dilarang melakukan hubungan seksual, dengan demikian hubungan seksual tidak aman tidak akan terjadi.

Pada praktiknya, beberapa pendekatan *abstinence-only* atau pendekatan larangan berhubungan seksual di luar perkawinan, justru gagal mencapai hasil secara komprehensif mencegah terjadinya perilaku yang memberikan resiko transmisi HIV.[159] Asumsi perumus RKUHP yang menyatakan bahwa hubungan seksual hanya dapat dilakukan dalam perkawinan dipertanyakan. Ikatan perkawinan tidak dapat menjamin bahwa perilaku beresiko tidak dilakukan. Terbukti, bahwa salah satu populasi yang banyak tertransmisi HIV adalah kelompok Ibu Rumah Tangga, yang diketahui terikat dalam perkawinan, namun perilaku beresiko dapat terus terjadi, salah satunya dilakukan pasangan Ibu Rumah Tangga. Dalam Permenkes 21/2013 tentang Penanggulangan HIV-AIDS juga telah dikomitmenkan bahwa terdapat kondisi dimana terjadi hubungan seksual walaupun pada orang yang tidak terikat perkawinan, maka ketika hal tersebut terjadi, yang diupayakan adalah mendorong supaya dilakukan penggunaan kondom secara konsisten dalam kondisi hubungan seksual tidak aman.[160]

Adanya pemahaman bahwa pemisahan Lapas sesuai dengan jenis kelamin sama dengan tidak adanya hubungan seksual jelas tidak dapat dibenarkan. Dalam banyak laporan yang juga diamini oleh pihak Lapas, hubungan seksual di dalam Lapas terus terjadi, maka menjadi penting untuk menjamin perilaku tersebut dilakukan secara aman dan tidak beresiko. Dalam Surat Edaran Kementerian Kesehatan HK.02.02/I/1564/2018 10 Juli 2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHIV) untuk Eleminasi HIV AIDS 2030 pun telah diamini bahwa intervensi terhadap hubugan seksual sesama jenis harus dilakukan, dengan adanya kewajiban pemeriksaan HIV pada laki-laki berhubungan seksual dengan laki-laki secara rutin setiap 6 bulan sekali dan skrining IMS 6 bulan sekali.[161] Keberadaan LSL jelas tidak dihilangkan di dalam Rutan/Lapas sebagai salah satu populasi kunci HIV. Maka dari itu, pemisahan penempatan sesuai dengan jenis kelamin tidak sepenuhnya mendukung upaya penanggulangan HIV-AIDS. Propaganda tidak melakukan hubungan seksual di dalam Lapas jelas menghadirkan stigma, melanggar hak, dan memberikan resiko yakni, perilaku beresiko tidak akan dilaporkan dan tidak dapat diintervensi untuk mencegah transmisi HIV.

RKUHP tidak hanya mengancam penanggulangan HIV dalam Lapas terkait dengan pencegahan transmisi HIV, namun juga berdampak buruk terhadap penanganan HIV di dalam lapas, terkait dengan skrining HIV dan perawatan ODHIV. Seperti yang diketahui

---

[159] 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 dalam ICJR, *Penanggulangan HIV dalam Ancaman RKUHP*, ICJR, Jakarta, 2019, hal. 54.
[160] *Ibid.*, hal 54.
[161] *Ibid.*, hal 63.

bahwa dalam penanggulangan HIV dilakukan proses skirining melalui pertanyaan-pertanyaan yang diberikan kepada WBP untuk memeriksa apakah WBP beresiko transimisi HIV, dengan pertanyaan berikut:

a) Apakah WBP memiliki suami/istri
b) Apakah WBP aktif berhubungan seksual dengan suami/istri
c) Kapan terakhir WBP berhubungan seksual
d) Apakah WBP berhubungan seksual dengan orang selain suami/istri

Apabila berhubungan seksual di luar perkawinan dikriminalisasi lewat RKUHP maka jelas hal ini akan mempersulit lapas untuk melakukan skrining terhadap resiko transmisi HIV, formulir ini jelas tidak akan berfungsi, karena tidak akan ada yang melaporkan perilaku beresiko nya jika dibayangi ketakutan ancaman pidana. Pemidanaan perilaku beresiko kontraproduktif dengan upaya penanggulagan HIV.

Jika proposal pemidanaan ini ditetapkan, maka proses skrining HIV di Lapas tidak akan berjalan efektif, Lapas akan kesulitan untuk mendeteksi apabila terdapat seseorang yang memerlukan tes HIV ataupun terdapat ODHIV. Di dalam Lapas pun tidak ada fasilitas yang mumpuni untuk mencegah terjadinya transmisi HIV, kebutuhan mendasar Lapas untuk mencegah transmisi penyakit menular pun tidak terpenuhi, WBP rentan terkena penyakit menular karena ruang akomodasi yang tersedia tidak memenuhi kebutuhan minimal, yaitu 3,4 – 5,4m2, akses air juga terbatas, dan layanan kesehatan tidak selalu tersedia bagi WBP. Biaya perawatan kesehatan yang diberikan kepada klinik di UPT Rutan/Lapas setiap tahunnya yang diklaim salah satu narasumber hanya mencapai Rp5.000.000/bulan/unit,[162] WHO telah menyatakan keterbatasan akses air bersih, disertai dengan lambatnya diagnosis terdapat gejala dapat berkontribusi pada tingginya tingkat transmisi penyakit menular.

Lapas juga tidak melaksanakan dan tidak menyediakan akses terhadap jarum suntik steril dengan alasan tidak ada penggunaan narkotika suntik padahal pengguna narkotika suntik masih ditemukan, termasuk di dalam Lapas. Hal ini jelas akan membahayakan lapas, pertukaran cairan akan terjadi.

Lapas juga tidak menyelenggarakan program pemberian terapi substitusi terapi metadon secara memadai, rehabilitasi pengguna narkotika pun minim. Pemberian rehabilitasi pun dijadikan sebagai komoditas untuk mendapatkan pemenuhan kebutuhan dasar lebih baik. Sebagai gambaran terhadap kondisi ini, di Lapas Narkotika Jakarta, WBP menyatakan bahwa narapidana yang terdaftar di dalam program rehabilitasi, menempati sel yang berbeda dengan mereka yang tidak terdaftar di dalam program rehabilitasi. Mereka diberikan fasilitas yang menurut keterangan WBP yang diwawancarai dan berada di dalam program rehabilitasi lebih baik dan memadai dibandingkan pada saat mereka belum masuk ke dalam program rehabilitasi. Pelayanan

[162] Hasil wawancara ICJR dengan N11

yang berbeda misalnya diberikan berkaitan dengan matras tidur. Apabila mereka yang tidak berada di program rehabilitasi harus mengusahakan sendiri matras tidur atau menggunakan bersama-sama dengan WBP lain di selnya, WBP yang berada di dalam program rehabilitasi dapat menggunakan matras sendiri yang digunakan secara pribadi per orang. Mereka juga ditempatkan di sel yang berbeda dengan WBP lain.[163] Rehabilitasi tidak dianggap sebagai hak yang harus dipenuhi pada pengguna narkotika di dalam lapas, tidak ada akses kesehatan khusus yang mempuni diberikan kepada pengguna narkotika di dalam lapas.

RKUHP juga terus memperburuk stigma terhadap penggunaan narkotika, dengan tidak memperbaiki keadaan permasalahan norma yang diatur dalam UU No. 35 tahun 2009. RKUHP masih mengkriminalisasi penguasaan dan kepemilikan narkotika secara karet tanpa memperkuat jaminan rehabilitasi bagi pengguna dan pecandu narkotika. Kondisi yang sekarang dihadapi lapas, yaitu jumlah penggunaan narkotika memenuhi lapas tanpa intervensi yang memadai akan terus terjadi. Hal ini akan berdampak terus menerus terhadap peredaran gelap narkotika. Adanya kebutuhan yang kemudian coba dipenuhi menyebabkan praktik peredaran gelap narkotika di dalam Rutan/Lapas ini tidak dapat begitu saja dihilangkan tanpa adanya intervensi dari pendekatan kesehatan yang dilakukan untuk merawat pengguna dan menjamin ketersediaan narkotika secara aman.

Dari pemetaan ini, dapat dilihat bahwa kriminalisasi terhadap perilako beresiko HIV-AIDS berupa hubungan seksual konsensual di luar perkawinan dan pengunaan narkotika, dengan memuat ancaman pidana penjara mendatangkan resiko peningkatan jumlah populasi kunci ke dalam Lapas. Lapas akan diisi dengan populasi yang terkait dengan perilaku beresiko, sayangnya, saat ini pun upaya penanggulangan HIV di Lapas tidak dijalankan sepenuhanya sesuai dengan standar yang diberlakukan, masih terdapat layanan yang tidak diberikan berbasis stigma. RKUHP kembali meneruskan stigma tersebut, dengan mengancam perilaku beresiko dengan pemidanaan, upaya-upaya menghilangkan stigma dalam penanggulangan HIV di dalam tidak akan berjalan efektif. Pemidanaan terhadap periilaku beresiko juga akan menghambat kerja Lapas untuk mendeteksi perilaku beresiko di dalam Lapas, apabila perilaku beresiko diancam pidana, maka jelas tidak ada yang melaporkan perilaku beresiko tersebut, Lapas tidak dapat mendeteksi resiko HIV, alat pencegah transmisi tidak tersedia, kondisi pemenuhan kebutuhan dasar tidak memadai karena *overcrowding,* jelas membuat transmisi HIV mudah untuk terjadi di dalam Lapas.

[163] Hasil wawancara ICJR dengan N16

BAB IV

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

1. Di tengah kondisi *overcrowing* Rutan dan Lapas di Indonesia, **Pemenuhan hak dasar warga binaan pemasyarakatan (WBP) sayangnya masih belum terpenuhi sepenuhnya.** Hal ini tergambar dari penelitian pada 8 UPT di DKI Jakarta sebagai Ibu Kota Negara dengan tingkat *overcrowding* ke-2 terbesar di Indonesia, dengan jumlah penghuni sebanyak 18,366 orang (4 tertinggi di Indonesia) per Februari 2020 (7% dari total penghuni Rutan dan Lapas)

    - Aturan menjelaskan hak WBP untuk mendapatkan pakaian lengkap mulai dari pakaian seragam, pakaian kerja, pakaian dalam, pembalut (untuk perempuan) hingga sendal jepit. Namun pada praktiknya, hak ini tidak terpenuhi dari 8 UPT di DKI Jakarta hanya 4 UPT yang pernah memberikan pakaian, itu pun hanya pakaian seragam.

    - Aturan dan Standar Pelayanan Pemasyarakatan menjelaskan WBP wajib untuk diberikan perlengkapan mandi dan cuci secara rutin setiap bulan, namun, dalam praktiknya hanya 3 UPT di DKI Jakarta yang diketahui pernah memberikan perlengkapan mandi dan cuci namun itu pun tidak secara rutin. WBP harus membeli sendiri kebutuhan bersih diri di kantin ataupun meminta keluarga membawakan ataupun meminta pada WBP lain.

    - Pada 8 (delapan) UPT Pemasyarakatan di DKI Jakarta, penyediaan makanan telah sesuai dengan standar. Namun, ketersediaan air minum untuk WBP belum memenuhi standar yang ada. Akses yang tidak diberikan secara menerus, jumlah sangat terbatas yang diberikan, dan kualitas air yang kurang baik, mengharuskan WBP membeli air minum kemasan sendiri dengan biaya mandiri. Khusus di UPT yang diperuntukkan untuk WBP perempuan, pemenuhan makanan untuk ibu hamil dan ibu dengan anak belum terpenuhi. Keterbatasan dana menyebabkan pemenuhan hak ini bertumpu pada sumbangan dari pihak luar.

    - Berdasarkan Standar Pelayanan Pemasyarakatan WBP harus diberikan alas tidur, bantal dan selimut. Namun, praktiknya, alas tidur berupa matras tanpa seprai menjadi inventaris dari kamar, sehingga tidak diberikan kepada WBP Di salah satu UPT untuk mendapatkan bantal dan selimut WBP harus membeli, bahkan pada masa awal pembinaan WBP tidur di lantai sel tanpa menggunakan peralatan tidur apapun. Praktik jual beli perlengkapan tidur antara WBP juga terjadi. Dalam 1 UPT ditemukan pembagian perlengkapan tidur hanya kepada WBP tertentu sebagai bentuk penghargaan karena

mengikuti program rehabilitasi.

- Berdasarkan PP No. 31 tahun 1999 dan Keputusan Direktur Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor: Pas-981.Pk.01.06.07 Tahun 2018 Tentang Standar Penyelenggaraan Kebutuhan Dasar Tahanan, Narapidana Dan Anak juga dijelaskan bahwa WBP perempuan berhak mendapatkan pembalut, namun 2 UPT dengan WBP perempuan di DKI Jakarat sama sekali tidak memberikan layanan pembalut.

- Terkait dengan ruang akomodasi direkomendasikan ruang yang dibutuhkan seorang WBP untuk dapat hidup dan beristirahat dengan ideal adalah 3,4 – 5,4m2, tidak termasuk toilet. Namun pada praktiknya, pada salah satu UPT di DKI Jakrta ruang akomodasi WBP 3x4 meter tidak termasuk kamar mandi yang ditempati oleh kurang lebih 3-4 orang sampai dengan 11 orang. Bahkan WBP sering harus tidur di lorong, karena sel tidak cukup untuk digunakan tidur di malam hari. Salah satu UPT lainnya ditemukan sel berukuran 7x3 meter untuk ditempati 23 orang.

- Tiap sel dilengkapi dengan minimal 1 kamar mandi yang tertutup sebagian dengan tembok. Kamar mandi ini digunakan untuk mandi serta buang air kecil dan besar ketika WBP berada di dalam sel dan tidak diperbolehkan keluar sehingga tidak layak. Ketersediaan air ini tidak 24 jam penuh, melainkan hanya di jam-jam tertentu, sehingga kebutuhan alamiah WBP harus menyesuaikan

- Terkait dengan pelayanan kesehatan, ditemukan 1 (satu) UPT di DKI Jakarta tidak memiliki klinik sendiri. Selain itu, tidak ada satu pun UPT di DKI Jakarta yang memiliki kelengkapan tenaga kesehatan sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor Pas-32.Pk.01.07.01 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Dasar Perawatan Kesehatan Di Lapas, Rutan, Bapas, LPKA dan LPAS.

- Pemeriksaan kesehatan tidak dilaksanakan secara rutin sesuai dengan aturan dalam PP No. 32 tahun 1999 tentang Syarat dan Tata Cara Pelaksanaan WBP, dimana pemeriksaan kesehatan dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dan dicatat dalam kartu kesehatan. Dalam praktiknya, WBP sendiri yang memeriksakan kesehatan berdasarkan keluhan. Terdapat 1 UPT yang mengatur WBP mengakses layanan klinik berbasis izin, klinik tidak diakses secara bebas.

- Secara khusus di UPT WBP perempuan, masih ditemukan penarikkan biaya sebesar Rp1.500.000 (satu juta lima ratus ribu rupiah) untuk biaya persalinan.

2. Berkaitan dengan kebijakan penanggulangan dan pencegahan HIV-AIDS di Rutan/Lapas kebijakan hanya baik dalam tataran pengaturan. Dalam implementasi, **Penanggulangan HIV-AIDS di Rutan/Lapas masih dilaksanakan berbasis stigma dengan pendekatan dititikberatkan pada pencegahan perilaku beresiko yang berlebihan (abstinent only) yang tidak efektif, selain itu perawatan dan management ODHIV tidak sepenuhnya dijalankan.**

   - Terkait dengan konseling dan test HIV. Dalam pengaturan, model pelaksanaan konseling dan test boleh dilakukan dengan 3 cara: KTS, Routine Offer, dan KTIP. Meskipun keterangan Petugas Kesehatan menyatakan bahwa selama ini testing dan konseling dilakukan dengan metode KTS, namun pada dasarnya dalam pelaksanaan lebih cocok disebut sebagai KTIP, sebab pada saat penerimaan WBP baru, screening resiko telah dilakukan dan test dilaksanakan apabila WBP ditemukan memiliki resiko berdasarkan riwayat perilaku. Tidak ada penandatanganan surat persetujuan, namun jika WBP menolak maka penandatanganan surat penolakan harus dilakukan untuk menunjukkan hal tersebut.

   - Terkait dengan management ODHIV. Dalam pengaturan, pelayanan kesehatan yang disediakan untuk ODHIV di Lapas, antara lain adalah pelayanan berkaitan dengan pengobatan, yakni terapi ARV, pemeriksaan CD4 berkala, konseling, serta pelayanan kesehatan umum lainnya. Pada praktiknya seluruh Rutan/Lapas se-DKI Jakarta sudah tidak dilakukan pemeriksaan CD4, terapi ARV tidak dilaksanakan secara disiplin untuk semua ODHIV bergantung pada masing-masing ODHIV. Monitoring penggunaan ARV pun bergantung pada masing-masing UPT tidak terstandar.

   - Terkait dengan pencegahan HIV melalui hubungan seksual upaya yang dilakukan adalah pencegahan yang berlebihan justru melanggar hak kesehatan dan hak asasi WBP. Dalam standar nasional penanggulangan HIV di Lapas/Rutan ketersediaan alat-alat untuk mendukung pencegahan melalui hubungan seksual telah diatur yaitu jaminan ketersedian kondom. Pada praktiknya, ketersediaan kondom dan tidak ditemui di dalam Rutan/Lapas. Hanya pada 1 (satu) UPT di DKI Jakarta menyediakan kondom bagi WBP di klinik, namun berbasis pencatatan yang melanggar hak atas privasi, padahal tidak ada kepentingan kesehatan untuk mencatat orang yang mengakses kondom, hal ini akan menimbulkan stigma.

- Terkait dengan pencegahan HIV melalui penggunaan jarum suntik, seluruh UPT Pemasyarakatan di DKI Jakarta, tidak menyediakan jarum suntik steril untuk penggunaan narkotika dengan alasan tidak adanya penasun dalam Lapas. Hal ini patut dipertanyakan dan diwaspadai oleh Lapas. Dalam beberapa pemberitaan setahun terkahir, terdapat *tren* kembali digunakannya narkotika suntik.

- Terkait dengan pencegahan HIV melalui pengelolaan pengguna narkotika di dalam Rutan/Lapas, hal ini minum sekali dilakukan. Terapi metadon tidak tersedia di seluruh UPT Pemasyarakatan di DKI Jakarta. WBP yang menjalani terapi metadon ditemukan hanya di 4 (empat) UPT Pemasyarakatan. Di 1 UPT terapi metadon tidak tersedia sebab klinik UPT tersebut dengan alasan klinik UPT tersebut bergabung dengan LPKA. Salah satu UPT tidak menyediakan intervensi apapun bagi pengguna narkotika. Untuk pelayanan rehabilitasi sosial, hanya tersedia ditemukan di 1 UPT. Satu-satunya UPT yang memiliki baik rehabilitasi medis maupun sosial secara lengkap hanya UPT Lapas Narkotika padahal disetiap UPT terdapat pengguna narkotika

3. Lewat bukti kondisi pemenuhan hak dasar WBP dan penanggulangan HIV di Rutan/Lapas yang masih bermasalah dan aturan tidak dijalankan, maka Rutan/Lapas belum mampu mencegah adanya transmisi HIV di dalam Rutan/Lapas. **Dengan adanya RKUHP yang juga berpendekatan propaganda pencegahan berlebihan dan menstigma perilaku beresiko, maka akan menyulitkan penanggulangan HIV-AIDS di Lapas.**

   - Terdapat beberapa pasal di dalam RKUHP yang mengkriminalisasi perilaku beresiko transmisi HIV, beberapa diantaranya menyertakan ancaman pidana penjara

   - Kriminalisasi ini berpotensi menimbulkan dampak yang memengaruhi upaya penanggulangan HIV-AIDS yang telah dilakukan. Tidak hanya kontraproduktif, kriminalisasi perilaku beresiko justru akan menghambat akses layanan pencegahan penularan berulang dan pengobatan HIV.

   - Instrumen nasional dan internasional menguraikan bahwa yang terpenting dalam pencegahan HIV di Lapas dan Rutan adalah mengurangi resiko transmisi, bukan tindakan pencegahan yang berlebihan. Namun sayangnya, , upaya ini tidak dilakukan di dalam Rutan/Lapas. Terdapat alasan berbasis stigma terhadap perilaku beresiko, misalnya tidak disediakannya kondom sebagai alat pencegahan transmisi HIV dan IMS di Rutan/Lapas dengan dalih melanggar aturan.

- Hal yang dipropagandakan RKUHP juga diimplementasi lapas saat ini, penyediaan alat kontrasepsi tidak diizinkan, seseorang dilarang melakukan hubungan seksual. Pada praktiknya, pendekatan *abstinence-only* atau pendekatan larangan berhubungan seksual di luar perkawinan, justru gagal mencapai hasil secara komprehensif mencegah perilaku beresiko. Termasuk kriminalisasi pengguna narkotika yang kembali diperkenalkan RKUHP, jelas tidak berdampak positif pada penggulangan HIV-AIDS.

- RKUHP juga berdampak buruk terhadap penanganan HIV di dalam lapas, dalam hal skrining HIV dan perawatan ODHIV. Jika RKUHP nanti disahkan, maka perilaku beresiko akan dipidana, proses skrining/ mencari tahu perilaku beresiko akan sulit dilakukan, tidak akan ada WBP yang melaporkan perilaku beresikonya jika diancam pidana. Perilaku beresiko tidak terdeteksi di saat yang sama WBP rentan terkena penyakit menular karena ruang akomodasi tidak memenuhi kebutuhan minimal dan pelayanan kesehatan minim, sehingga upaya mendeteksi ODHIV dan mencegah transmisi berulang akan terancam.

5.2. Rekomendasi

1. Pemerintah dan DPR dalam pembahasan RKUHP harus menghapus pasal-pasal yang mengkriminalisasi perilaku beresiko HIV yang kontraproduktif dengan upaya penanggulangan HIV-AIDS di Rutan/Lapas

2. Pemerintah dan DPR dalam proses pembahasan RKUHP harus juga melihat Lapas sebagai korban dari sistem peradilan pidana yang punitif, bahwa pendekatan kriminalisasi perilaku beresiko ataupun mengkriminalisasi populasi kunci HIV membebani Lapas untuk melaksanakan pembinaan.

3. Pemerintah harus memperbaiki kebijakan dan implementasi pemenuhan kebutuhan dasar WBP. Termasuk memperbaiki implementasi penanggulangan HIV-AIDS di dalam Lapas.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku

Caren Weilandt and Robert Greifinger, *HIV in Prison: Situation and Needs Assessment Toolkit,* UN, 2010.

Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Standar Semua Pelayanan Lapas*, Jakarta, 2014.

Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, *Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV-AIDS bagi Warga Binaan Pemasyarakatan dan Tahanan di Indonesia tahun 2017-2019.*

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM, *Pedoman Layanan HIV-AIDS dan IMS di Lapas*, Jakarta, 2012.

Direktorat Perawatan Kesehatan dan Rehabilitasi Subdit Perawatan Kesehatan Khusus dan Rehabilitasi, *Petunjuk Pelaksanaan Layanan Rehabilitasi Narkotika Bagi Tahanan Dan Warga Binaan Pemasyarakatan di UPT Pemasyarakatan*, Dirjenpas, Jakarta, 2018.

Dirjen Pas, Lampiran Keputusan DIrektur Jenderal Pemasayarakatan Kementerian Hukum dan HAM Nomor PAS-129.PK.01.07.01 tahun 2017 tentang Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV-AIDS bagi Warga BInaan Pemasyarakatan dan Tahanan di Indonesia.

Ditjen Pemasyarakatan, *Kementerian Kehakiman dan Hak Asasi Manusia*, *Sejarah Pemasyarakatan (dari Kepenjaraan ke Pemasyarakatan),* Jakarta, 2004.

Eva Achyani Zulfa, *Pergeseran Paradigma Pemidanaan,* Lubuk Agung, Bandung, 2010.

ICJR, *Penanggulangan HIV dalam Ancaman RKUHP*, ICJR, Jakarta, 2019.

International Committee of the Red Cross (ICRC), *Water, Sanitation, Hygiene and Habitat in Prisons: Supplementary Guidance*, ICRC, Jenewa, 2012.

Sekretariat Jenderal DPR RI, Proses Pembahasan Undang-undang tentang Pemasyarakatan, DPR RI, Jakarta, 2013.

UNAIDS, *WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons,* WHO, Geneva, 1993.

UNODC, *Handbook on Strategies to Reduce Overcrowding in Prisons,* 2010.

UNODC, WHO, dan UNAIDS, *The 2006 Framework for an Effective National Response to HIV in prisons*, WHO, Geneva, 2006.

WHO Europe, *Prisons and Health,* WHO, Denmark, 2014.

B. Jurnal, Penelitian Lain

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.

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.

Santelli JS dkk, *Abstinence-only-until-marriage: an updated review of U.S. policies and programs and their impact,* Journal of Adolescent Health, 2017.

Sukma Lestari Cahyaningati, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Warga Binaan Pemasyarakatan Wanita di Rumah Tahanan Kelas IIA Jakarta Timur Tahun 2012,* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2013.

C. Website

Caroline Rumble, dkk, *Routine testing for blood-borne viruses in prisons: a systematic review*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668329/.

Gen Sanders, *Preventing infectious diseases in prisons: a public health and human rights imperative,* 2015, https://www.penalreform.org/blog/preventing-infectious-diseases-in-prisons-a-public-health/

Harian Jogja, Kanwil Kemenkumham Jabar Beberkan Perubahan Orientasi Seksual Napi, Banyak yang Memilih Jadi Gay atau Lesbi, https://news.harianjogja.com/read/2019/07/09/500/1004328/kanwil-kemenkumham-jabar-beberkan-perubahan-orientasi-seksual-napi-banyak-yang-memilih-jadi-gay-atau-lesbi.

Merdeka.com, *Kisah Napi di Rutan Manggarai Dicabuli Sipir Hingga Pingsan,* https://www.merdeka.com/peristiwa/kisah-napi-di-rutan-manggarai-dicabuli-sipir-hingga-pingsan.html

Nisaa Nur Alam, dkk, *Penelitian Telaah Perilaku Beresiko Terkait Penggunaan Narkoba Suntik dan Seks Tidak Aman Pada Warga Binaan, http://www.rumahcemara.or.id/rumahcemara.or.id/perpustakaan/Assessment%20Report%20RC%20indonesia%20version.pdf,* diakses Desember 2019.

OkeZone, *Narkoba Marak Beredar di Lapas, Buwas: Sistem Harus Diperbaiki,* https://news.okezone.com/read/2017/03/24/340/1650601/narkoba-marak-beredar-di-lapas-buwas-sistem-harus-diperbaiki.

Penal Reform International, *Overcrowding* key facts (https://www.penalreform.org/issues/prison-conditions/key-facts/overcrowding/).

Rafl Jurgens, dkk, *HIV and incarceration: prisons and detention,* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123257/

Rumah Cemara, *Masalah Putau Hari Ini,* https://rumahcemara.or.id/masalah-putau-hari-ini/, diakses Desember 2019.

Tribun Jambi, *Ia Menarik Tangan Saya Bilang ke Kamar Yuk Saya Mau Minta Jatah,* http://jambi.tribunnews.com/2017/07/10/ia-menarik-tangan-saya-bilang-ke-kamar-yuk-saya-mau-minta-jatah,

Tribun Meda, *Akui Narkoba Beredar di Dalam Lapas, Kalapas Ini Pernah Temukan Sabu Diselipkan dalam HP,* http://medan.tribunnews.com/2018/09/24/akui-narkoba-beredar-di-dalam-lapas-kalapas-ini-pernah-temukan-sabu-diselipkan-dalam-hp,

United Nations, *Nelson Mandela International Day 18 July,* http://www.un.org/en/events/mandeladay/mandela_rules.shtml, diakses 6 Mei 2019

UNODC, *Fast Track to End Aids by 2030: For People in Prisons, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/Factsheet_-_HIV_in_Prisons.pdf*

UNODC, *Hak dan Kesehatan Perempuan di Rutan/Lapas Indonesia: Tinjauan Situasi Saat Ini,* https://angsamerah.com/pdf/Angsamerah-Hak_dan_Kesehatan_Perempuan_di_Lapas-Rutan_Indonesia.pdf

Warta Kota, *Sindikat Heroin Jaksel Lima Tahun Jual Heroin Rp3 Juta Per Gram dengan Satu Pelaku Positif HIV-AIDS,* https://wartakota.tribunnews.com/2020/02/03/sindikat-heroin-jaksel-lima-tahun-jual-heroin-rp-3-juta-per-gram-dengan-satu-pelaku-positif-hiv-aids?page=all, diakses Desember 2019.

WHO Prison and Health https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128603/Prisons%20and%20Health.pdf;jsessionid=B9CAEA03BCF636A64EBDE02E68A14D6B?sequence=1

PROFIL PENULIS

Genoveva Alicia K. S. Maya, lulusan Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada, sempat berkarya sebagai volunteer di Rifka Annisa Women Crisis Center Yogyakarta, dan saat ini berkarya di ICJR sebagai researcher.

Maidina Rahmawati, lulusan Fakultas Hukum Universitas Indonesia tahun 2016 yang saat ini berkarya sebagai Peneliti di Institute for Criminal Justice Reform (ICJR).

PROFIL LEMBAGA

Institute for Criminal Justice Reform, disingkat ICJR, merupakan lembaga kajian independen yang memfokuskan diri pada reformasi hukum pidana, reformasi sistem peradilan pidana, dan reformasi hukum pada umumnya di Indonesia. Salah satu masalah krusial yang dihadapi Indonesia pada masa transisi saat ini adalah mereformasi hukum dan sistem peradilan pidananya ke arah yang demokratis. Di masa lalu hukum pidana dan peradilan pidana lebih digunakan sebagai alat penompang kekuasaan yang otoriter, selain digunakan juga untuk kepentingan rekayasa sosial. Kini saatnya orientasi dan instrumentasi hukum pidana sebagai alat kekuasaan itu dirubah ke arah penopang bagi bekerjanya sistem politik yang demokratis dan menghormati hak asasi manusia. Inilah tantangan yang dihadapi dalam rangka penataan kembali hukum pidana dan peradilan pidana di masa transisi saat ini. Dalam rangka menjawab tantangan tersebut, maka diperlukan usaha yang terencana dan sistematis guna menjawab tantangan baru itu. Suatu grand design bagi reformasi sistem peradilan pidana dan hukum pada umumnya harus mulai diprakarsai. Sistem peradilan pidana seperti diketahui menduduki tempat yang sangat strategis dalam kerangka membangun the Rule of Law, dan penghormatan terhadap hak asasi manusia. Sebab demokrasi hanya dapat berfungsi dengan benar apabila ada pelembagaan terhadap konsep the Rule of Law. Reformasi sistem peradilan pidana yang berorientasi pada perlindungan hak asasi manusia dengan demikian merupakan “conditio sine quo non” dengan proses pelembagaan demokratisasi di masa transisi saat ini. Langkah-langkah dalam melakukan transformasi hukum dan sistem peradilan pidana agar menjadi lebih efektif memang sedang berjalan saat ini. Tetapi usaha itu perlu mendapat dukungan yang lebih luas. Institute for Criminal Justice Reform (ICJR) berusaha mengambil prakarsa mendukung langkahlangkah tersebut. Memberi dukungan dalam konteks membangun penghormatan terhadap the Rule of Law dan secara bersamaan membangun budaya hak asasi manusia dalam sistem peradilan pidana. Inilah alasan kehadiran ICJR.

Sekretariat:
Jl. Kompleks Departemen Kesehatan Blok B4, Pasar Minggu, Jakarta Selatan - 12520
Phone/Fax : 021 27807065 Email : infoicjr@icjr.or.id

http://icjr.or.id infoicjr@icjr.or.id ICJRID