

Akses Jaminan Kesehatan Nasional pada Pekerja Seks Perempuan

Access of National Health Insurance among Female Sex Workers

Ni Made Sri Nopiyani, Putu Ayu Indrayathi, Rina Listyowati, I Ketut Suarjana, Pande Putu Januraga

Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

Abstrak

Pekerja seks perempuan (PSP) merupakan kelompok yang termarginalkan secara sosial dan memiliki kerentanan yang tinggi terhadap masalah kesehatan. Upaya perluasan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada PSP masih terbatas sehingga penting dilakukan untuk mendukung pencapaian *universal health coverage*. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai akses JKN pada PSP di Denpasar. Penelitian ini merupakan studi kualitatif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap 15 orang PSP dan empat orang mucikari di Denpasar pada Agustus hingga Oktober 2014. Hasil wawancara diolah dengan analisis tematik. Kerangka analisis yang digunakan adalah *The Health Access Livelihood Framework*. Kepemilikan JKN pada PSP di Denpasar masih rendah, meskipun sebagian PSP memiliki kemauan untuk menjadi peserta JKN dan memiliki kemampuan membayar iuran JKN. Faktor penghambat akses JKN pada PSP adalah rendahnya pengetahuan mengenai prosedur pendaftaran dan portabilitas JKN, kekhawatiran keberlanjutan pembayaran iuran, persepsi buruk mengenai kualitas layanan yang akan diterima jika menggunakan JKN, ketidaklengkapan administrasi kependudukan serta kebijakan yang mengharuskan peserta bukan penerima bantuan iuran (Non-PBI) Mandiri untuk mendaftarkan seluruh anggota keluarga. Akses JKN pada PSP terhambat oleh faktor-faktor individual, layanan dan kebijakan yang perlu diatasi untuk meningkatkan cakupan JKN pada PSP.

Kata kunci: Akses, jaminan kesehatan nasional, pekerja seks perempuan

Abstract

Female sex workers (FSW) is marginalized social group having a high vulnerability of health problems. Effort to expand national health insurance on FSW is still limited, so it is necessarily performed in order to support the achievement of universal health coverage. This study aimed to obtain the depiction of the insurance access among FSW in Denpasar. This study was qualitative. Data was collected through in-depth interview of 15 FSW and four pimps in Denpasar on August - October 2014. The interview result was

analyzed using thematic analysis. The analysis framework used was The Health Access Livelihood Framework. The insurance ownership among FSW in Denpasar was low, even though some FSW were willing to be participants and afford to pay the premium. Factors inhibiting the insurance access were the lack of knowledge regarding registration procedures and portability, fear of premium payment sustainability, negative perceptions regarding quality of services that would be received if using the insurance, incomplete population administration and policy requiring participants of independent non-premium support receiver to register all of their family members. The insurance access among FSW was hindered by individual, service and policy factors that need to be conquered to increase the insurance coverage among FSW.

Keywords: Access, national health insurance, female sex workers

Pendahuluan

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia merupakan salah satu bentuk reformasi pembangunan kesehatan utama yang diimplementasikan sejak 1 Januari 2014.¹ Penyelenggaraan JKN bertujuan untuk memberikan akses universal terhadap layanan kesehatan esensial serta proteksi finansial bagi seluruh penduduk Indonesia (*universal health coverage*) yang ditargetkan tercapai pada tahun 2019.¹ Untuk mewujudkan keadilan sebagai salah satu visi dari reformasi kesehatan, upaya perluasan cakupan perlu menyoar seluruh kelompok di masyarakat dengan tidak mengabaikan kelompok-kelompok minoritas. Pekerja seks perempuan (PSP) merupakan kelompok masyarakat yang sering kali ter-

Korespondensi: Ni Made Sri Nopiyani, Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Gedung PSKM Jl. P.B. Sudirman Denpasar Bali 80252, No.Telp: 0361-222510, e-mail: sri.nopiyani@unud.ac.id

marjinalkan secara hukum maupun sosial.^{2,3} Di sisi lain, populasi PSP memiliki kerentanan yang tinggi untuk terpapar *human immunodeficiency virus* (HIV) dan infeksi menular seksual (IMS), selain penyakit nonseksual reproduksi seperti trauma fisik dan psikologis.²⁻⁵

Bali merupakan provinsi dengan epidemi HIV terkonsentrasi dengan penularan terutama melalui transmisi heteroseksual.⁶ Kelompok PSP diklaim sebagai pusat dari perluasan epidemi HIV di Bali.^{6,7} Hasil pemetaan dan estimasi populasi kunci pada tahun 2014 menunjukkan bahwa terdapat sekitar 5.002 PSP di Bali dan 456 orang (9,1%) berstatus HIV positif.⁷ Pembiayaan kesehatan seksual dan reproduksi untuk PSP di Bali terancam kesinambungannya karena bantuan dari mitra pembangunan internasional sebagai sumber dukungan dana utama akan berhenti pada tahun 2015, sedangkan pembiayaan untuk masalah medis umum masih dibayar oleh PSP dari kantong mereka sendiri (*out of pocket*).^{8,9} Pembiayaan *out of pocket* saat mengakses layanan kesehatan rentan meletakkan PSP pada risiko pengeluaran katastrofik dan kemiskinan.¹⁰⁻¹² JKN merupakan solusi untuk mewujudkan pembiayaan kesehatan yang lebih berkelanjutan, efektif dan adil bagi PSP. Penelitian terkait akses JKN pada populasi PSP di Indonesia masih sangat terbatas dan belum pernah dilakukan di Bali. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk memperoleh gambaran akses JKN pada PSP sehingga diharapkan dapat memberikan bukti ilmiah yang menjadi landasan untuk meningkatkan cakupan JKN pada PSP di Kota Denpasar sebagai kota yang memiliki jumlah PSP terbanyak di Bali.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap 15 orang informan PSP dan empat orang mucikari yang dipilih secara *purposive* dari lokalisasi di Sanur, Padanggalak, Lumintang, dan Ubung. Penelitian berlangsung pada bulan Agustus hingga Oktober 2014. Data yang diperoleh dari hasil wawancara dianalisis dengan analisis tematik. Kerangka analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah *the Livelihood Access Framework*. Kerangka tersebut mengkombinasikan pendekatan layanan kesehatan, perilaku mencari kesehatan dan meletakkan akses dalam konteks yang lebih luas, yaitu ketidakamanan mata pencaharian.¹³ Kerangka kerja ini dipilih karena dianggap sesuai dengan konteks akses JKN pada PSP yang meliputi lima dimensi, yaitu ketersediaan, aksesibilitas, keterjangkauan, kecukupan, dan penerimaan.¹³ Penelitian telah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/RSUP Sanglah dengan Surat Keterangan Kelainan Etik No. 1316/UN.14.2/Litbang/2014.

Hasil

Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini berjumlah 19 orang yang terdiri dari 15 orang PSP dan empat orang mucikari. Usia informan berkisar antara 24 hingga 43 tahun dengan riwayat pendidikan bervariasi dari tidak tamat sekolah dasar (SD) hingga lulus sekolah menengah atas (SMA). Sebagian besar PSP berstatus janda (80%) dan sisanya saat ini masih menikah. Seluruh informan PSP berasal dari luar Bali, yaitu dari Jawa Timur, Jawa Barat, dan Jawa Tengah. Lama bekerja sebagai PSP di Bali berkisar antara satu hingga sembilan tahun. Seluruh informan PSP memiliki penghasilan di atas upah minimum regional (UMR) Kota Denpasar dengan rentang penghasilan Rp 2.000.000,- hingga Rp 20.000.000,-. Kepemilikan jaminan kesehatan masih rendah dengan hanya tiga orang PSP (20%) telah memiliki Asuransi Kesehatan (Askes) dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak sebelum diterapkannya JKN. Namun, ketiga informan PSP tersebut tidak pernah menggunakan Jamkesmas yang mereka miliki saat mengakses layanan kesehatan. Mucikari yang diwawancarai berjumlah empat orang, terdiri dari dua orang laki-laki dan dua orang perempuan dan memiliki penghasilan 3 - 15 juta per bulan dari usaha prostitusi yang mereka kelola. Jumlah PSP yang dimiliki di lokasi mereka berkisar antara 4 - 25 orang. Namun, tidak semua PSP bekerja setiap hari.

Ketersediaan Jaminan Kesehatan Nasional

Pada JKN telah tersedia fasilitas untuk memfasilitasi pendaftaran dan pembayaran peserta JKN. Informasi tentang JKN juga telah disosialisasikan kepada masyarakat melalui media massa dan penyuluhan langsung, namun upaya-upaya tersebut masih terbatas dan baru menasar masyarakat umum. Beberapa PSP mengatakan pernah melihat iklan layanan masyarakat tentang JKN di televisi, namun mereka merasa tidak mendapatkan informasi yang cukup dari iklan tersebut.

"Kan pernah lihat di TV, sering dengar, sering lihat sih tapi belum paham gitu loh. Sebenarnya nggak paham untuk mendapatkan itu bagaimana caranya itu belum paham." (PSFA_26)

Bahkan terdapat di antara mereka yang tidak tertarik dan tidak mempedulikan iklan tentang JKN karena telah memiliki persepsi negatif terhadap jaminan kesehatan.

"Lihat di iklan ya nggak tertarik, cuek aja. Kadang-kadang iklan aja, nanti kenyataannya lempar sana lempar sini gitu. Pikiran saya gitu." (PSYU_34)

Sebagian PSP menyampaikan bahwa mereka belum menjadi peserta JKN karena kekhawatiran jika pesertaaan JKN diurus di Bali, maka tidak akan dapat digunakan setelah mereka pulang ke kampung halaman. Selain itu, sebagian besar PSP mengatakan bahwa pengetahuan mereka tentang JKN masih kurang sehingga mereka

masih belum berani memutuskan untuk mendaftar sebagai peserta JKN. Ketersediaan informasi yang komprehensif mengenai JKN dirasa penting oleh PSP untuk mengambil keputusan terkait dengan keikutsertaan dalam JKN.

Aksesibilitas Jaminan Kesehatan Nasional

Ketersediaan fasilitas dan penyelenggaraan upaya sosialisasi untuk meningkatkan cakupan peserta JKN tidak serta-merta diikuti oleh peningkatan cakupan peserta JKN pada kelompok PSP. Pihak Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Denpasar bekerja sama dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM) di bidang HIV dan AIDS di Kota Denpasar, yaitu Yayasan Kerti Praja, untuk memberikan informasi serta mendistribusikan formulir pendaftaran kepada mucikari dan PSP di lokasi-lokasi di Kota Denpasar.

Tingkat partisipasi PSP dalam penyuluhan JKN yang diinisiasi oleh KPA Kota Denpasar dinilai kurang.

“Kadang sih pas penyuluhan itu banyak yang nggak mau datang sih. Ayo ikut penyuluhan, ah ngantuk aku, tidur. Waktu itu dari tempat saya cuma 3 orang aja yang ikut.” (PSAN_28)

Sebagian besar PSP mengatakan bahwa meskipun mereka telah diberikan informasi mengenai prosedur pendaftaran JKN saat penyuluhan, tetapi mereka belum memahami alur pendaftaran tersebut.

“Nggak tahu juga aku. Dibilangin sih tapi akunya yang nggak paham. Soalnya waktu penyuluhan itu nggak pake salon [pengeras suara]. Salonnya nggak keras, nggak paham.” (PSIN_28)

Sebagian PSP mengaku bahwa mereka telah mengisi formulir pendaftaran JKN, hanya saja mereka tidak tahu apa yang harus mereka lakukan selanjutnya. Para PSP mengatakan bahwa mereka tidak dapat melakukan pendaftaran sendiri. Sebagian besar PSP tidak memiliki kendaraan pribadi sehingga tidak dapat datang sendiri ke kantor BPJS untuk mendaftarkan diri sebagai peserta. Selain itu, sebagian besar PSP berasal dari luar Bali sehingga mereka kurang familiar dengan lokasi di Denpasar.

“Belum pernah sih saya ngurus gitu-gitu. Sama nggak tahu tempatnya. Mesti ada yang nganter dulu. Kalonya pas ada motornya ya nggak berat apalagi kalo tahu tempatnya. Kalo nggak tahu ya sama aja kan. Soalnya nggak paham daerah sini.” (PSIN_28)

Rendahnya pengetahuan mereka juga menyebabkan rasa rendah diri dan membuat mereka merasa takut untuk menghadapi kompleksitas prosedur pendaftaran JKN yang akan dijalani.

Pada saat pertemuan sosialisasi JKN oleh KPA Denpasar, pihak LSM telah menyanggupi untuk memfasilitasi proses pendaftaran. Hanya saja hingga saat wawancara dilakukan, hal tersebut belum ditindaklanjuti

sehingga PSP tersebut belum mendaftar hingga sekarang.

“Temen-temen sudah ngisi tapi belum ada yang bawa ke sana [kantor BPJS]. Disuruh ke yayasan tapi sampai sekarang nggak ada apa-apa, males saya. Ya udah biarin aja, yang penting kan saya sudah ngisi, entah kapan dikumpulin.” (PSCA_24)

Informan mucikari menyebutkan bahwa kemungkinan besar PSP tidak akan melakukan pendaftaran apabila tidak difasilitasi oleh pihak lain karena kesadaran mereka yang masih rendah serta ketakutan akan terungkapnya profesi mereka sebagai PSP jika berada di tempat umum.

“Kemungkinan dia [PSP] tidak mau. Masalahnya ini ya kalo masalah kesehatan saja kalo nggak kita yang gedor-gedor mungkin dia nggak akan bangun kesini untuk periksa. Mungkin malu dia. Iya gimana ya namanya orang malu. Kemungkinan takut identitas aslinya ketahuan.” (MKAG_40)

Persyaratan administratif yang dibutuhkan untuk pengurusan pesertaan JKN seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) disebutkan sebagai penghambat bagi PSP untuk menjadi peserta. Sebagian besar PSP berasal dari luar Bali sehingga mereka terkendala urusan administrasi kependudukan. Persyaratan Kartu Identitas Penduduk Musiman (KIPEM) atau KTP bisa dipenuhi oleh sebagian besar PSP. Namun, seluruh PSP mengalami kesulitan untuk memenuhi persyaratan KK. Seluruh PSP tidak membawa KK, bahkan terdapat beberapa PSP yang mengaku tidak memiliki KK terutama setelah pernikahan mereka berakhir dan status mereka berubah.

“Ya pengen sih tapi belum ngurus [JKN] soalnya kan harus pake KK. Aku kan belum ada. Soalnya waktu aku pulang ke banjarmasin itu kan KK-ku hilang. Sampai sekarang kan nggak ngurus. Sejak suamiku meninggal belum ngurus. Makanya nggak ikut. Sebenarnya sih pingin. Rencananya bulan ini mau pulang ngurus KKnya dulu.” (PSIN_28)

Prosedur pembayaran iuran JKN melalui transaksi bank tidak menyulitkan PSP karena hampir seluruh PSP telah terbiasa melakukan transaksi keuangan lewat bank.

“Saya sudah biasa transfer lewat ATM ke bank ke anaknya. Rekening juga ada jadi nggak sulit.” (PSWI_32)

Peranan mucikari untuk memperluas cakupan JKN bervariasi. Di beberapa lokasi, mucikari cukup bertanggungjawab, peduli, dan bersedia membantu PSP untuk menyebarkan informasi dan membantu pengurusan pesertaan JKN.

“Kalo misalnya kita minta, minta tolong diantarkan mau mungkin. Kalo membayarkan nggak mungkin. Kalo bos saya baik..” (PSWI_32)

“Nggak, kalo saya nggak pernah repot. Kalo disuruh

ngurus kayak gini [pendaftaran JKN] saya siap saja.” (MKAG_40)

Meskipun terdapat juga mucikari yang tidak pernah membicarakan tentang JKN dengan anak buahnya,

“Paling bosnya cuma ngingetin periksa tiap bulan ke yayasan. Tapi kalo masalah asuransi memang sama sekali nggak pernah bahas.” (PSFA_26)

Namun, di sebagian besar lokasi, terutama pada lokasi mucikari dan PSP tidak tinggal di tempat yang sama, hubungan mucikari dengan PSP hanya sebatas hubungan bisnis. Mucikari di lokasi tersebut tidak memiliki kepedulian terhadap urusan pribadi PSP, termasuk urusan kesehatan sehingga mucikari tersebut tidak memiliki peran dalam memperluas cakupan JKN pada kelompok PSP.

“Kayaknya bosnya itu cuek aja dateng, cuma minta uang harian. Datengnya itu satu minggu sekali minta uang harian. Kalo masalah anak buahnya kena apa itu nggak mau tau.” (PSYA_43)

Beberapa mucikari mengatakan bahwa mereka sebenarnya bersedia memfasilitasi pengurusan pesertaaan PSP, namun pengetahuan mereka yang kurang mengenai prosedur pengurusan menjadi penghambat bagi mereka. Pemberian informasi saja dirasakan tidak cukup untuk membuat mucikari dan PSP mampu mengurus pendaftaran JKN secara mandiri. Bantuan dari pihak ketiga untuk mendampingi mereka dan menunjukkan secara langsung cara pendaftaran BPJS dirasa lebih efektif.

Peran mucikari sebagai pemilik usaha untuk ikut mengiur sebagian iuran JKN PSP menurut mucikari tidak mungkin mereka lakukan karena tidak adanya kepastian dalam hubungan kerja mereka. Tidak adanya kontrak kerja yang formal antara mucikari dan PSP dan mobilitas PSP yang cukup tinggi menyebabkan PSP dapat berhenti bekerja kapan saja. Selain itu, kinerja dari PSP juga tidak menentu karena tidak adanya target yang ditetapkan oleh mucikari. Kontribusi mucikari untuk ikut membayar iuran PSP yang hanya mendatangkan penghasilan yang sedikit bagi mucikari, dianggap tidak menguntungkan bagi mucikari.

“Kayaknya nggak mungkin ya. Ya gini, kan tidak ada ikatan pasti soalnya. Mungkin dia itu juga kerjanya nggak dipaksakan kayak kewajibannya gitu nggak. Ditelepon dulu siap kerja baru dia datang. Kalo nggak gitu ya nggak datang. Kadang-kadang satu minggu paling empat kali dia datang.” (MKAG_40)

Keterjangkaun Jaminan Kesehatan Nasional

Besaran iuran BPJS saat ini cukup terjangkau oleh PSP. Penghasilan yang mereka dapatkan setiap bulan cukup besar berkisar Rp 3.000.000,- hingga Rp 20.000.000,-. Hasil wawancara menunjukkan bahwa beberapa PSP sebenarnya mau dan mampu untuk membayar iuran kelas I dengan nominal Rp 59.500,- per bulan.

“Yaaa.. kalau menurut kemampuan kita untuk sekarang sih milih yang kelas 1 aja, soalnya lebih baiklah, orang cuma satu bulan 60.000.” (MKTI_30)

Hanya saja hampir seluruh PSP yang telah memutuskan untuk menjadi peserta JKN memilih kelas III dengan besar iuran Rp 25.500,- per bulan karena mereka khawatir akan kondisi perekonomian mereka di masa mendatang. Mereka mengatakan bahwa dalam bisnis seks, penghasilan mereka tidak menentu. Jumlah klien yang memanfaatkan jasa mereka fluktuatif. Seiring dengan pertambahan usia, maka daya jual mereka akan berkurang dan jumlah klien yang mereka dapatkan menurun sehingga pendapatan mereka pun akan menurun. Selain itu, beberapa PSP menyebutkan bahwa mereka tidak ingin bekerja selamanya sebagai pekerja seks. Mereka memprediksi bahwa setelah mereka berhenti bekerja sebagai pekerja seks, mereka tidak akan dapat lagi mendapatkan penghasilan sebesar penghasilan saat ini.

“Takutnya ya namanya orang ya nanti pas kita dalam keadaan nggak ada rejeki, namanya orang ya. Pas kita lagi jatuh sakit, bayar uang 25 ribu itu berat lho. Namanya orang nggak tahu kita kesandung, kita nggak punya rejeki, itu juga berat uang segitu. Soalnya aku kan bukan orang yang punya kerjaan tetap, kantor gitu.” (PSYA_43)

Kebijakan yang mewajibkan peserta Non-PBI Mandiri untuk mengikutsertakan seluruh anggota keluarga yang tercantum dalam KK menjadi faktor penghambat bagi PSP untuk menjadi peserta JKN. Beberapa PSP meskipun berpenghasilan di atas lima juta rupiah per bulan, namun mereka merasa pesimis dapat membayar iuran JKN secara berkelanjutan dan dapat mengikutsertakan anggota keluarga mereka.

“Saya dari kemarin-kemarin sih rencana mau daftar. Tapi kalo saya daftar kan kasian anak saya jadi saya masih mikir untuk saya daftar sendiri. Anak saya nanti gimana. Kalo misalkan saya ikut 2 orang kan 50 ribu. Apa mungkin nanti terus bisa bayar kalo udah di Jawa, mikir dulu.” (PSSO_38)

Hal tersebut dikarenakan banyaknya pengeluaran per bulan untuk kepentingan nonkesehatan seperti membayar utang serta membiayai kehidupan dan pendidikan anak dan anggota keluarga mereka. Hampir seluruh PSP berstatus janda yang telah memiliki anak sehingga mereka menjadi tulang punggung keluarga.

“Pengeluarannya banyak sekali. Banyak pengeluaran misalkan kita dapat uang segitu sebulannya. Kan pengeluarannya kan bukan hanya untuk makan, untuk cukup anak, kan untuk ini, beban hutang. Kalo misalnya nggak punya utang ya nggak kerja gini.” (PSWI_32)

Kekhawatiran akan ketidakmampuan membayar iuran di masa mendatang serta persepsi yang buruk mengenai jaminan kesehatan membuat beberapa PSP lebih memilih untuk menabung daripada mengikuti asuransi

untuk berjaga-jaga jika suatu saat jatuh sakit. Pembayaran dengan *out of pocket* diasosiasikan oleh PSP dengan kualitas layanan yang lebih baik dibandingkan dengan asuransi kesehatan.

“Makanya daripada gitu kita mendingan kita kalau kita punya uang tabungan kayak orang Jawa kan untuk beli kerbau sapi. Itu dah tabungan kita ada kalau kita ada apa apa. Ya jadi kalau kita udah mampu bayar otomatislah langsung ditangani bener bener. Kalau ga gitu, kalau kita pakai jaminan-jaminan [JKN] gitu dikasinya juga obat yang standar. Disana intinya, mendingan kita punya uang, langsung ditangani. Saya pengalaman saya disana.” (PSAM_35)

“Cuma gitu aja cadangannya tiap hari kita harus bisa naruh entah 20, 25 ribu itu kita tabungin. Kalo sakit, kita nggak kerja ada yang kita pake bayar. Jadi tiap hari tu masukin ke celengan.” (PSID_42)

Kecukupan Jaminan Kesehatan Nasional

Hampir seluruh PSP mengatakan bahwa dalam satu tahun terakhir mereka tidak pernah mengalami masalah kesehatan yang serius. Hanya terdapat sebagian kecil yang mengalami keluhan kesehatan yang ringan, seperti sakit kepala dan demam yang biasanya diatasi dengan berobat ke dokter praktik swasta atau mengobati sendiri keluhan kesehatan mereka.

Biaya yang mereka keluarkan untuk sekali berobat ke dokter praktik swasta berkisar antara Rp 40.000,- sampai Rp 80.000,- untuk biaya jasa dokter dan obat. Jumlah uang tersebut menurut mereka adalah jumlah yang sedikit. Untuk layanan kesehatan seksual dan reproduksi, seperti pemeriksaan IMS dan HIV hingga terapi anti-retroviral (ARV), dapat diakses oleh PSP tanpa biaya.

Secara finansial, besar iuran JKN tidak menjadi penghambat bagi PSP untuk menjadi peserta JKN. Hasil wawancara menunjukkan bahwa beberapa PSP memiliki persepsi yang buruk mengenai istilah ‘jaminan kesehatan’. Hal tersebut disebabkan oleh pengalaman buruk dalam mengakses layanan kesehatan dengan menggunakan jaminan kesehatan, khususnya jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin atau Jamkesmas. Mereka menceritakan bahwa ketika menggunakan Jamkesmas, keluarga mereka tidak mendapat pelayanan yang baik, bahkan tidak dilayani oleh tenaga kesehatan di rumah sakit. Persepsi yang buruk mengenai jaminan kesehatan menjadi penghalang bagi mereka untuk menjadi peserta JKN. Jaminan kesehatan diidentikkan dengan kualitas layanan yang buruk dan prosedur administrasi yang berbelit-belit.

“Tapi aku pernah denger dari salah satu temenku itu punya jamkesmas itu ya. Jamkesmas itu, ada anaknya temanku mau melahirkan di Banyuwangi itu ceritanya, dibilang nggak ada alatnya kek, dilempar sana sini. Nggak ada alat sedangkan keadaan sudah gawat kan.

Anakku bilang, ah jangan dah pake-pake itu bu ntar nggak dihiraukan gitu. Kebanyakan gitu makanya aku takut pake yang kayak-kayak gitu. Nanti disepelekan sama pihak-pihak rumah sakit.” (PSYA_43)

Pembahasan

Penelitian ini mengindikasikan masih rendahnya kepemilikan JKN pada populasi PSP di Denpasar. Penelitian yang dilakukan oleh Sugiyatmi,¹⁴ terhadap 78 PSP di Kota Tarakan, Kalimantan Utara, juga menunjukkan rendahnya jumlah PSP yang sadar asuransi. Ditinjau berdasarkan kerangka *The Livelihood Access Framework*, ketersediaan informasi tentang JKN yang dapat dimengerti oleh PSP masih terbatas. Sosialisasi JKN melalui media televisi dianggap kurang efektif oleh PSP.

Hasil estimasi populasi kunci menunjukkan bahwa terdapat sekitar 2.737 orang PSP di Denpasar.⁷ Sebagian besar PSP di Kota Denpasar berasal dari luar Bali dan tidak memiliki KTP Bali sehingga mereka tidak dapat mengakses Jaminan Kesehatan Bali Mandara saat mereka mengalami permasalahan kesehatan.⁹ Hasil penelitian menunjukkan bahwa status kepemilikan asuransi berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan pada pekerja migran.^{15,16} Salah satu prinsip penyelenggaraan JKN adalah prinsip portabilitas yang dimaksudkan untuk menyediakan jaminan kesehatan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.¹ Portabilitas JKN menjadi solusi yang tepat untuk menyediakan perlindungan kesehatan bagi PSP yang memiliki mobilitas antarprovinsi yang tinggi. Ketidapahaman terhadap prinsip portabilitas JKN menjadi penghambat bagi PSP untuk menjadi peserta JKN.

Dari sisi keterjangkauan, PSP memiliki modal keuangan yang cukup dengan pendapatan rata-rata PSP per bulan berada di atas UMR Kota Denpasar sebesar Rp 1.800.000,- pada tahun 2015. Pendapatan di atas UMR pada PSP juga ditemukan pada penelitian Januraga dkk,⁹ di Denpasar, Badung, dan Buleleng serta penelitian oleh Sugiyatmi,¹⁴ di Tarakan, Kalimantan Utara. PSP memiliki kemauan dan kemampuan membayar iuran JKN, namun mereka mengkhawatirkan keberlanjutan pembayaran iuran karena khawatir akan ketidakmampuan membayar iuran di masa mendatang. Penelitian yang dilakukan di Purbalingga, Jawa Tengah, menunjukkan bahwa keterjangkauan iuran merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan keberlanjutan pembayaran iuran pada peserta JKN Non-PBI Mandiri di Purbalingga.¹⁷ Tidak adanya bentuk ikatan kerja yang formal, ketiadaan jaminan kesehatan serta perlindungan dari pemberhentian kerja sepihak merupakan masalah-masalah umum yang dihadapi oleh para pekerja di luar sektor formal, termasuk PSP.¹⁸ Berbeda dengan pekerja penerima upah sektor formal yang sebagian iurannya dibayar oleh pem-

berkerja, mucikari sebagai pihak pemberi kerja bagi PSP tidak dapat ikut membayar sebagian iuran dari PSP karena tidak adanya bentuk ikatan kerja yang formal. Potensi mucikari untuk memperluas cakupan JKN hanya terbatas pada menyebarluaskan informasi dan memfasilitasi proses pendaftaran.

Faktor terkait kebijakan yang teridentifikasi dalam penelitian ini adalah kebijakan yang mewajibkan pekerja sektor informal untuk mendaftarkan seluruh anggota keluarga yang tercantum dalam KK. Kebijakan ini muncul sebagai respons terhadap fenomena *adverse selection* yang terjadi di awal implementasi JKN.¹⁹ Sejak 1 Januari 2014, diperkirakan terdapat dua juta orang pekerja sektor informal yang mendaftar sebagai peserta JKN dan sebagian besar ada dalam keadaan sakit dan memerlukan perawatan kesehatan, tidak jarang yang berbiaya tinggi.¹⁹ Jumlah peserta JKN yang masih terbatas menyebabkan risiko finansial yang besar untuk BPJS sehingga BPJS mengeluarkan kebijakan tersebut.¹⁹ Permasalahan lain yang menghambat akses JKN pada PSP adalah tidak terpenuhinya persyaratan administrasi kependudukan yang dibutuhkan untuk pendaftaran JKN, khususnya kepemilikan KK. Peningkatan ketertiban dan keterpaduan administrasi kependudukan perlu dilakukan untuk menunjang implementasi JKN dan pelbagai program pembangunan lainnya.

Aksesibilitas JKN terkendala kurangnya pemahaman PSP terhadap prosedur pendaftaran dan kurangnya pendampingan. Studi terhadap PSP di wilayah perkotaan menunjukkan bahwa ketidaktahuan PSP mengenai cara memperoleh asuransi merupakan penghambat akses layanan kesehatan pada PSP.⁴ Dukungan dari mucikari, rekan PSP serta LSM pendamping merupakan bentuk *social capital* yang dianggap sangat perlu untuk mendorong peserta JKN pada PSP. Peran KPA juga cukup besar dalam meningkatkan cakupan peserta JKN pada PSP.

Kecukupan JKN yang menyangkut aspek kualitas layanan kesehatan dipersepsikan kurang oleh PSP. Berdasarkan pengalaman penggunaan Jamkesmas, PSP mengidentikkan istilah 'jaminan kesehatan' dengan layanan kesehatan yang kurang berkualitas. Stigma buruk yang melekat pada jaminan kesehatan juga telah dibuktikan oleh beberapa studi terhadap pengguna Jamkesmas dan asuransi kesehatan untuk orang miskin (Askeskin). Studi di empat kabupaten di Jawa Timur terhadap masyarakat miskin dan hampir miskin dan hasil studi menggunakan data *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) di Indonesia Timur menunjukkan bahwa rendahnya tingkat kepuasan pasien Jamkesmas terhadap layanan kesehatan yang mereka terima serta perbedaan kualitas layanan dengan pasien non-Jamkesmas yang membuat mereka enggan untuk menggunakan Jamkesmas kembali.^{20,21} Studi terhadap implementasi Askeskin di Nusa Tenggara Timur (NTT) juga menun-

jukan bahwa beberapa obat yang tercantum dalam formularium Askeskin tidak tersedia pada saat dibutuhkan.²² Persepsi buruk terhadap 'jaminan kesehatan' memengaruhi penerimaan JKN pada PSP. Meskipun mereka merasa memiliki kerentanan yang tinggi terhadap penyakit khususnya HIV, sebagian PSP lebih memilih pembayaran layanan kesehatan secara *out of pocket* yang sebenarnya meletakkan PSP dalam risiko yang tinggi akan pengeluaran katastrofik dan kemiskinan.¹⁰⁻¹² Kepemilikan asuransi kesehatan dapat menurunkan risiko terjadinya pengeluaran katastrofik pada PSP.^{23,24} Menghapus stigma yang melekat pada 'jaminan kesehatan' merupakan upaya yang penting dilakukan untuk meningkatkan cakupan JKN tidak hanya pada kelompok PSP, tetapi juga pada masyarakat umum.

Pembiayaan kesehatan, terutama kesehatan seksual reproduksi pada PSP saat ini, sebagian besar masih bersumber dari pendanaan mitra pembangunan internasional yang akan terhenti pada tahun 2015.^{8,25} Epidemio HIV di Bali yang terkonsentrasi pada populasi kunci, salah satunya adalah PSP, memerlukan sumber dana yang berkelanjutan untuk pembiayaan program pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan yang saat ini sedang berjalan. Ketiadaan dukungan pembiayaan berpotensi menyebabkan terhambatnya upaya penanggulangan HIV dan meluasnya epidemi HIV.²⁵ Di masa mendatang, pembiayaan HIV diharapkan akan terintegrasi dengan pembiayaan JKN sehingga upaya peningkatan cakupan JKN pada PSP merupakan salah satu upaya mewujudkan sistem pembiayaan yang lebih berkelanjutan bagi penanggulangan HIV di Indonesia. Selain itu, upaya untuk menjangkau PSP dengan JKN penting untuk mewujudkan keadilan serta pencapaian *universal health coverage*.

Kesimpulan

Akses JKN pada PSP di Denpasar masih terbatas. Terdapat faktor-faktor individual serta faktor-faktor terkait layanan dan kebijakan yang menghambat perluasan cakupan kepesertaan JKN pada PSP di Denpasar. Faktor-faktor individual penghambat akses JKN pada PSP adalah rendahnya pengetahuan mengenai prosedur pendaftaran dan portabilitas JKN, kekhawatiran keberlanjutan pembayaran iuran serta ketidaklengkapan administrasi kependudukan. Faktor terkait layanan, yaitu adanya persepsi buruk terhadap kualitas layanan yang akan diterima oleh pengguna JKN. Kebijakan yang mengharuskan peserta Non-PBI Mandiri untuk mendaftarkan seluruh anggota keluarga dalam KK merupakan faktor terkait kebijakan penghambat akses JKN pada PSP.

Saran

Upaya sosialisasi JKN pada PSP perlu menekankan pada prosedur pendaftaran, aspek portabilitas dan diser-

tai upaya menghapus persepsi negatif mengenai kualitas layanan kesehatan yang akan diterima peserta JKN. Potensi mucikari, LSM bidang HIV dan KPA untuk terlibat dalam upaya perluasan cakupan JKN pada PSP perlu dioptimalkan.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jaminan kesehatan nasional (JKN) dalam sistem jaminan sosial nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
2. Ward H, Day S. What happens to women who sell sex? report of a unique occupational cohort. *Sexually Transmitted Infections*. 2006; 82 (5): 413-7.
3. Rekart M. Sex-work harm reduction. *The Lancet*. 2005; 366 (9503): 2125-34.
4. Baker LM, Case P, Policichio DL. General health problems of inner-city sex workers: a pilot study. *Journal of the Medical Library Association*. 2005; 91 (1): 67-71.
5. Baral S, Beyrer C, Muessig K, Poteat T, Wirtz AL, Decker MR, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2012; 12: 538-49.
6. Januraga PP, Wulandari LPL, Muliawan P, Sawitri S, Causer L, Wirawan DN, et al. Sharply rising prevalence of HIV infection in Bali: a critical assessment of the surveillance data. *International Journal of STD & AIDS*. 2015; 24: 633-7.
7. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Bali. Estimasi populasi kunci dan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tahun 2014 di Kabupaten/Kota Provinsi Bali. Denpasar: Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Bali; 2014.
8. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Bali. Strategi dan rencana aksi daerah (SRAD) penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Bali tahun 2013-2018. Denpasar: Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Bali; 2015.
9. Januraga PP, Wulandari LPL, Nopiyan NMS. Pengembangan layanan kesehatan dasar yang komprehensif bagi pekerja seks perempuan di Bali: peninjauan struktur sosial masyarakat dalam pencegahan HIV/AIDS. Denpasar: Ikatan Alumni Kesehatan Masyarakat Indonesia Bali; 2010.
10. Minh HV, Phuong NTK, Saksena P, James CD, Xu K. Financial burden of household out-of-pocket health expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Standard Survey 2002-2010. *Social Science & Medicine*. 2013; 96 (2013): 258-63.
11. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85 (8): 600-6.
12. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*. 2003; 362: 111-7.
13. Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R, et al. Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLoS Medicine*. 2007; 4 (10): 1584-8.
14. Sugiyatmi TA. Gambaran asuransi kesehatan pada era JKN pada wanita pekerja seksual di lokalisasi Kota Tarakan, Kalimantan Utara. *Forum Nasional V Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia*, Bandung, 24-26 September 2014. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran; 2014.
15. Mou J, Cheng J, Zhang D, Jiang H, Lin L, Griffiths SM. Health care utilisation amongst Shenzhen migrant workers: does being insured make a difference? *BMC Health Service Research*. 2009; 9 (214):1-9.
16. Peng Y, Chang W, Zhou H, Hu H, Liang W. Factors associated with health-seeking behavior among migrant workers in Beijing, China. *BMC Health Services Research*. 2010; 10 (69): 1-10.
17. Intiasari AD. Determinan keberlanjutan pembayaran premi non PBI mandiri pada JKN di wilayah pedesaan Kabupaten Purbalingga. *Forum Nasional V Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia*; 24-26 September 2014; Bandung. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran; 2014.
18. Cuevas S, Mina C, Barcenas M, Rosario A. Informal employment in Indonesia. Manila: Asian Development Bank; 2009.
19. Thabrany H. Jaminan kesehatan nasional. Jakarta: Divisi Buku Perguruan Tinggi PT Raja Grafindo; 2014.
20. Jannatul N, Mansur F, Purwaningrum D, Sapardi H. Masyarakat meragukan mutu layanan kesehatan gratis: persepsi masyarakat terhadap pemanfaatan jaminan kesehatan masyarakat di Jawa Timur. *Forum Nasional V Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia*; 24-26 September 2014; Bandung. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran; 2014. p. 36.
21. Radja II. Jaminan kesehatan masyarakat di Indonesia Timur: benarkah bermanfaat? *Forum Nasional V Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 24-26 September 2014; Bandung. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran; 2014.
22. Lestari TRP. Implementasi program asuransi kesehatan masyarakat miskin di Nusa Tenggara Timur. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2009; 3 (6): 264-9.
23. Aji B, Allegri MD, Soares A, Sauerborn R. The impact of health insurance programs on out-of-pocket expenditures in Indonesia: An increase or a decrease? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013; 10: 2995-3013.
24. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*. 2012; 380: 933-43.
25. Katz I, Routh S, Bitran R, Hulme A, Avila C. Where will the money come from? Alternative mechanisms to HIV donor funding. *BioMed Central Pub Health [serial on internet]*. 2014 [cited 2015 Jan];14 (956). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/956>