

Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Konteks Perlindungan Sosial dan Keamanan Nasional: Tinjauan Kritis Dimensi Keamanan Non Tradisional

Djuni Thamrin

Fakultas Ekonomi Universitas Bhayangkara Jaya

E-mail: juni.thamrin@gmail.com

Abstract

This paper argues that concept of national security is not only consists of traditional dimension, but also its encompasses of non-traditional dimension such as social, economic, and all significant forms that are free from fear, worry, danger and threat. One of the important aspect of national security is health and social security in the form of policy tracking and its implementation of state policies that undertake a major transformation in the public health insurance system which well known as the JKN, whose form in the community is known as BPJS Kesehatan.

Keywords: social security; national health insurance system; target group; transformation; civil society organization.

Abstrak

Tulisan ini mengundang perdebatan untuk melihat kembali konsep keamanan nasional non-tradisional yang meliputi keamanan sosial, ekonomi dan semua aspek yang dimengerti sebagai kondisi bebas dari segala bentuk ketakutan, bahaya dan ancaman. Salah satu aspek penting dari keamanan nasional adalah penelusuran kebijakan dan implementasi kebijakan negara yang melakukan transformasi besar dalam sistem jaminan kesehatan masyarakat, yang dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang wujudnya di masyarakat dikenal dengan BPJS Kesehatan.

Kata kunci: keamanan sosial; sistem asuransi kesehatan nasional; target group; transformasi; organisasi masyarakat sipil.

Pendahuluan

Indonesia telah memasuki era milenium ketiga yang mengalami perubahan cepat dan fundamental dari wacana sosial-politik, keamanan dan pertahanan, dan ini ditandai dengan perubahan lanskap yang bersifat *multi-faceted*.¹ Perubahan tersebut meliputi perkembangan teknologi, komunikasi dan transportasi, gelombang demokratisasi, interdependensi hubungan antar bangsa dan arus globalisasi sebagai pemicu utamanya. Perubahan yang meliputi multi-dimensi dan multi-faset tersebut, mengharuskan setiap negara, termasuk Indonesia untuk menata ulang kembali strategi keamanan nasional mereka. Dalam strategi dan konsepsi yang paling mutakhir itu, aspek kewananan nasional juga diperluas pengertian dan cakupannya tidak hanya meliputi dimensi tradisional, tetapi juga meliputi dimensi non-tradisional meliputi keamanan ekonomi, kesehatan, sosial dan semua situasi yang secara sederhana dapat dimengerti sebagai suasana bebas dari segala bentuk ancaman bahaya, kecemasan, dan ketakutan warga—sebagai kondisi tidak hanya adanya ancaman fisik (bersenjata) yang berasal dari luar—tetapi juga berbagai gangguan dari dalam negeri. Anggoro mengutip pernyataan Walter Lippmann, merangkum pemahaman keamanan yang non-tradisional sebagai:

“Suatu bangsa berada dalam keadaan aman selama bangsa itu tidak dapat dipaksa untuk mengorbankan nilai-nilai yang dianggapnya penting (vital) .., dan jika dapat menghindari perang atau jika terpaksa melakukannya, dapat keluar sebagai pemenang.”

Tulisan ini menyajikan salah satu dimensi dari keamanan nasional yakni keamanan kesehatan dan sosial dalam bentuk penelusuran kebijakan dan implementasi kebijakan negara yang melakukan transformasi besar dalam sistem jaminan kesehatan masyarakat. Jaminan tersebut yang kemudian dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang wujudnya di masyarakat dikenal dengan BPJS Kesehatan.

Setelah lebih dari 70 tahun mendapatkan kemerdekaannya, Indonesia sampai saat ini masih belum selesai mewujudkan ke-

¹ Lihat Kusnanto Anggoro, “Keamanan Nasional, Pertahanan Negara dan Ketertiban Umum,” Paper disampaikan pada Seminar Nasional Pembangunan Hukum ke VIII (Denpasar, Bali, 2013). Dalam paper ini Anggoro menyampaikan pandangannya bahwa strategi keamanan nasional merupakan *resultante* kerja-kerja kolektif dari berbagai segmen *non-security aspect*. Sementara Karnavian dan Sulistyio, 2017 dalam *Democratic Policing* pada bagian pertama bukunya menyatakan bahwa perubahan lanskap internasional dan nasional menjadi pemicu yang mengharuskan skema dan konsep keamanan nasional perlu ditinjau kembali. Lihat: Muhammad Tito Karnavian dan Hermawan Sulistyio, *Democratic Policing* (Jakarta: Pensil-324, 2017).

sejahteraan untuk seluruh rakyatnya. Banyak warga yang hidup di daerah terpencil, di perbatasan antar negara, gugusan kepulauan dan pelosok terisolir lainnya, terutama anak dan perempuan, mereka banyak yang belum merasakan secara optimal kehadiran negara. Mereka bahkan sangat rentan menjadi korban dari ancaman kesehatan yang situasi dan sarana kesehatannya belum banyak menjangkau mereka. Padahal salah satu kewajiban penyelenggara negara yang belum merata adalah tugas mereka untuk memberikan implementasi pelayanan kesehatan dasar pada seluruh rakyat Indonesia. Perempuan dari kelompok miskin, merupakan “kelompok sasaran” (*target group*) yang secara politis selalu diprioritaskan, tetapi dalam implementasinya mereka justru yang paling sering ‘terlempar’ (*excluded*) dari jangkauan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh negara.²

Potret Perjalanan Kebijakan Perlindungan Kesehatan

Pada awal tahun 2014, Pemerintah telah meluncurkan Jaminan Kesehatan Nasional melalui mekanisme BPJS Kesehatan³. Semenjak program JKN-BPJS diluncurkan yang dilaksanakan dengan dana awal dari APBN, telah terjadi perebutan dan perdebatan tentang badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS kesehatan), karena pemerintah daerah tidak lagi mendapatkan dana untuk pengobatan bagi penduduk mereka yang miskin. Padahal, jumlah dana program jaminan kesehatan dari pemerintah pusat untuk penduduk miskin bertambah besar. Melalui sistem terbaru ini, pemerintah membuat mekanisme pelayanan kesehatan menjadi manajemen asuransi yang bersifat tunggal dan berbasis pada iuran (kontribusi wajib).

² Lihat laporan Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP), “Laporan Study Pelaksanaan Skema JKN dalam kaitan dengan Kebutuhan Perempuan dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual. Jaringan Perempuan Peduli Kesehatan (JP2K),” 2015. Jaringan Perempuan Peduli Kesehatan (JP2K), sangat jelas menunjukkan adanya ketimpangan jangkauan dan layanan JKN. Bandingkan dengan tulisan Prof. Tabrani yang meninjau implementasi BPJS secara kritis.

³ Lihat Tabrani 2009 dan Suharto, 2008 tentang jaminan sosial nasional Indonesia. Konsep Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang kita kenal sekarang ini sebenarnya merupakan turunan dari yang pertama kali dicetuskan di Inggris pada tahun 1911 yang didasarkan pada mekanisme asuransi kesehatan sosial yang pertama kali diselenggarakan di Jerman tahun 1883. Setelah itu banyak negara lain menyelenggarakan JKN seperti Kanada (1961), Taiwan (1995), Filipina (1997), dan Korea Selatan (2000). Akan tetapi, di Eropa masih berdasarkan ideologi *welfare state*, dimana negara bertanggungjawab penuh atas kesejahteraan sosial warganya.

Pemerintah menyatakan bahwa penyelenggaraan kesehatan menjadi sistem asuransi sosial, di mana rakyat yang mampu memberikan kontribusi pada rakyat yang tidak mampu; masyarakat yang sehat memberikan bantuan pada mereka yang sakit. Pemerintah kemudian hanya menanggung sebagian rakyat yang miskin yang menerima KIS (Kartu Indonesia Sehat) atau yang masuk dalam pendataan BPS yang kemudian dikenal sebagai penerima bantuan iuran (PBI). Namun pada titik ini justru letak distorsinya yakni, kewajiban negara untuk mendistribusikan pelayanan kesehatan dasar bagi seluruh warga negaranya telah digeser menjadi tanggungjawab masyarakat kaya dan sehat pada masyarakat miskin dan sakit dalam mekanisme iuran wajib.

Persoalan lain yang muncul kemudian dengan mekanisme *targeting* seperti ini, masalah *mis-targeting* tidak pernah dapat diselesaikan. Banyak orang yang tidak layak mendapat PBI justru mendapat kartu tersebut, sementara banyak orang yang seharusnya *eligible* menerima PBI seperti keluarga miskin, perempuan kepala keluarga/janda miskin yang hidup di daerah terpencil banyak yang luput dari pelayanan ini. Banyak aspek non-ekonomis dan non-statistik yang menyebabkan program bantuan sosial yang bersifat *targeting* ditingkat implementasinya menjadi *embedded mis-targeting*. Misalnya, orang miskin yang selalu berupaya *survive* dalam kehidupannya, mereka selalu bergerak mengikuti dan mencari sumber nafkah jangka pendek. Pada saat itulah mereka tidak tercacah akibatnya mereka tidak masuk dalam daftar PBI. Hal yang lain, mereka yang tidak sanggup tinggal dirumah sendiri, seringkali mereka ikut tinggal di rumah saudaranya, sehingga mereka tidak dicacah sebagai kelompok miskin. Masih banyak alasan mengapa mereka terlempar dari pencacahan statistik, seperti lokasi rumah yang sangat terisolir di mana pemerintah desanyapun tidak sanggup untuk mendatangi mereka guna melakukan pencacahan⁴.

BPJS dalam JKN menjadi sangat sentralistik dibanding skema kesehatan sebelumnya yang diselenggarakan bersama oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Skema pelayanan kesehatan yang lama yang dikenal dengan Jamkesmas, Jampersal, Jamkeskin, Jamkesda, Askes dianggap tidak efektif dan rentan dengan kebocoran anggaran. Skema pelayanan kesehatan lama yang bersifat polipolar dalam penyelenggaraan

⁴ Lihat: Puti Marzoeki et al., "Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Indonesia," *World Bank Group* (Washington, DC: World Bank Group, Agustus 2014), <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/20726>. Situasi yang serupa di laporkan oleh Boychuk, GW di Amerika Serikat dan Canada. Lihat: Gerard W. Boychuk, *National Health Insurance in the United States and Canada* (Washington DC: Georgetown University Press, 2008).

kesehatan yang lama itu, salah satu kekuatannya adalah bersifat *'multi-layer'* dalam penjangkauan keluarga miskin. Mereka yang tidak terjangkau dalam skema Jamkeskin masih dapat *discover* oleh skema Jamkesda yang dikelola oleh pemerintah daerah. Skema polipolar itu lebih jauh dapat mengkoreksi sistem sentralisasi pelayanan. Sistem sentralisasi pelayanan akan hanya dapat berfungsi apabila sistem pendataan warga terutama kelompok-kelompok miskin dan marginal telah berjalan dengan baik.

Dalam prakteknya, selama 10 tahun basis data terpadu yang dikelola oleh pemerintah pusat dijalankan, sistem ini belum dapat menjamin adanya bias data baik yang bersifat *exclusion error* maupun *inclusion error*. Bahkan dalam mekanisme *targeting* seperti itu, bias data menjadi bagian yang tidak terpisahkan, *embedded* dalam pendataan berskala luas seperti di Indonesia. Berbagai upaya sudah dilakukan untuk mengkoreksi bias data tersebut, akan tetapi selalu terbukti tidak pernah efektif dan efisien. Berbagai studi tentang sistem *targeting* diberbagai belahan dunia bahkan telah menunjukkan kegagalan sistem *targeting* untuk penghapusan kemiskinan dan kerentanan sosial.⁵

Skema pelayanan polipolar pada masa sebelum BPJS-JKN diterapkan termasuk pula pelayanan kesehatan mandiri yang diberikan oleh dokter-dokter dan bidan praktik telah dapat menjadi pelengkap dan sekaligus lapisan penyelamat bagi kebanyakan kelompok miskin, marginal yang umumnya hidup di wilayah terpencil dan terisolir. Beberapa diantara mereka bahkan dibayar dengan *in-kind* yang antara lain berupa hasil bumi yang dibayarkan oleh para pasien yang berasal dari pedesaan. Mekanisme 'perlindungan dan penjangkauan' yang berlapis itu kemudian dihapuskan dan digantikan dengan sistem tunggal yang saat ini menghadapi berbagai permasalahan, terutama berkenaan dengan kemampuan jangkauan, baik pelayanan maupun pengumpulan dana dari masyarakat.

Saat ini skema pelayanan kesehatan polipolar itu kemudian diubah secara drastis, atas nama *universal health coverage*, di mana negara menghidupkan kelembagaan baru yang bernama BPJS Kesehatan di mana seluruh rakyat Indonesia diwajibkan, menurut undang-undang, untuk berurusan secara rutin. Iuran rutin dari warga itulah yang dimaksud

⁵ Persoalan *inclusion dan exclusion error* dalam targeting rumah tangga miskin telah menjadi persoalan tersendiri baik secara lokal maupun nasional dalam upaya untuk penghapusan kemiskinan. Secara teoritik dan praktis, masalah ini belum dapat dipecahkan secara tuntas. Situasi ini juga berlaku pada program JKN ini. Secara detail bisa dilihat pada Shafiq Dhanani dan Iyanatul Islam, "Poverty, Vulnerability and Social Protection in a Period of Crisis: The Case of Indonesia," *World Development* 30, no. 7 (Juli 2002): 1211-31, [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(02\)00028-1](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(02)00028-1).

sebagai bentuk tanggungjawab gotong royong rakyat agar beban negara “terbagi”. Pada konsep ini negara kemudian hanya bertanggungjawab memberikan bantuan iuran ataupun subsidi hanya untuk warga negara yang dianggap miskin atau warga yang tidak mampu.

Tanggungjawab negara untuk memberikan pelayanan kesehatan pada seluruh warga negara menjadi bergeser hanya diberikan pada kelompok yang tidak mampu yang dikategorikan sebagai PBI- Penerima Bantuan Iuran. Negara seharusnya berkewajiban menyediakan fasilitas dan pelayanan kesehatan untuk seluruh warga negaranya dengan menyediakan fasilitas pelayanan dasar yang lengkap. Warga yang ingin mendapatkan pelayanan yang lebih nyaman dari yang telah disediakan pemerintah, mereka dipersilahkan untuk membayar sendiri untuk kompensasi kenyamanan yang mereka inginkan.⁶

Perubahan drastis khususnya dalam mekanisme pendanaan dalam penyelenggaraan kesehatan nasional ini tidak diikuti dengan prasyarat-prasyarat yang ketat yang seharusnya menjadi landasan untuk melompat pada sistem yang baru. Diantaranya adalah ketimpangan dalam distribusi fasilitas kesehatan, baik yang primer maupun sekunder dan tersier, di berbagai wilayah di Indonesia. Fasilitas kesehatan bertumpuk di pulau Jawa dan lebih banyak lagi di kota-kota besar di Jawa. Kualitas dan ketersediaan alat kesehatan di berbagai faskes tersebut juga sangat tidak berimbang. Ketimpangan tenaga medis dan paramedis antara Indonesia bagian Barat dan Indonesia bagian Timur jauh sangat timpang; dan antara pusat pertumbuhan dan daerah yang masih tertinggal. Apalagi yang menyangkut distribusi dokter spesialis dan dokter umum dan dokter gigi.

Indonesia, negara berpenghasilan rendah-menengah telah mengalami transformasi ekonomi yang memadai dalam beberapa dekade terakhir. Pengentasan kemiskinan telah menunjukkan kemajuan, akan tetapi *gap* kaya dan miskin semakin tajam. Dengan jumlah penduduk sekitar 242 juta orang, kemajuan dibidang kesehatan juga telah cukup menggembirakan, terutama terjadi peningkatan harapan hidup dan pengurangnya angka kematian bayi dan anak. Termasuk kemajuan dalam menurunnya angka kematian ibu dan malnutrisi. Ketidakadilan

⁶ Gejala yang sama telah diantisipasi oleh Rick Mayes, *Universal Coverage: The Elusive Quest for National Health Insurance* (Ann Arbor: The University Michigan Press, 2007). Ambisi JKN untuk menjadi salah satu skema asuransi kesehatan terbesar di dunia, telah menyisakan hasil yang sangat merugikan kelompok miskin. Mereka dapat menjadi tokoh yang harus menanggung risiko bagi kelompok kaya. Laporan *The Economist* tahun 2015 juga memuat cerita yang paralel.

antara wilayah geografis dan perbedaan tingkat pendapatan yang besar, menghadirkan tantangan besar untuk sistem perawatan kesehatan. Penyakit menular telah menurun akan tetapi penyakit akibat gaya hidup baru seperti cerebrovaskular, penyakit kardiovaskular, diabetes, dan kanker paru-paru telah meningkat 80 persen atau lebih selama 1990-2010.

Kondisi itu menuntut biaya tinggi dalam perawatan kesehatan. BPJS Kesehatan ternyata tidak menjalankan prinsip umum asuransi kesehatan yakni melakukan verifikasi terhadap calon peserta. Sehingga seluruh resiko kesakitan anggota tidak terlalu diperhitungkan. Akibatnya, banyak peserta baru yang menginap penyakit degradatif yang banyak menyedot biaya perawatan telah mengambil porsi besar dalam pembayaran kesehatannya. Mereka umumnya berasal dari kelas menengah atas dalam masyarakat yang awalnya kesertaan mereka diharapkan dapat memberikan subsidi silang dalam pembayaran iuran premi. Dalam hal ini upaya pemerintah untuk mengeser kewajiban mereka membayar iuran untuk pembiayaan kesehatan ternyata berbanding terbalik dengan asumsi awalnya.

Dalam implementasi BPJS JKN di lapangan ternyata tidak dapat dihindari terjadinya “kesalahan memilih risiko” kepesertaan BPJS. Terutama bagi mereka yang berada dalam kategori peserta mandiri. Kelompok Non-PBI mandiri mempunyai risiko di mana pesertanya adalah masyarakat yang sakit dan cenderung sakit berada pada masyarakat kelas menengah ke atas. Sementara oleh asuransi komersial mereka harus di *test* dan *screen* terlebih dahulu. Mereka yang mempunyai resiko besar mengidap potensi penyakit berat akan dikenakan premi yang tinggi. Sementara dalam skema BPJS Kesehatan tidak demikian. Mereka semuanya dapat dengan mudah mengambil skema kelas atas. Hal ini merupakan gejala *adverse selection*. Gejala ini sebenarnya berada dalam sistem asuransi kesehatan komersial. Hal ini terjadi karena dalam JKN, BPJS menggunakan mekanisme pembayaran premi yang mirip dengan asuransi kesehatan komersial. Ada 3 level premi dan kemungkinan untuk naik kelas. Gejala *adverse selection* dalam 2 tahun awal ini perlu mendapat perhatian besar karena ada kemungkinan terjadi kebalikan dari tujuan JKN. Seharusnya orang kaya yang sehat akan mensubsidi orang miskin yang sakit (lihat prinsip gotong royong JKN di atas). Akan tetapi dalam implementasi situasi yang terbalik yang terjadi. Mereka yang kaya dengan membayar “sedikit” premi akan mendapatkan layanan kesehatan yang besar dan mahal, karena umumnya kecenderungan penyakit degradatif seperti cuci darah, diabetes, stroke, jantung coroner banyak melekat pada mereka karena gaya hidup yang berbeda dengan orang miskin. Dana

iuran PBI ada yang sisa, akan dipergunakan untuk menutup kerugian di non-PBI mandiri karena *adverse selection*.

Kesiapan manajerial dalam pengelolaan pendanaan baru yang ditarik dari masyarakat secara langsung ini, belum dilengkapi dengan mekanisme manajemen anggaran yang transparan dan perangkat akuntabilitas yang memadai. Sehingga warga tidak dapat mengikuti secara tepat pengelolaan dana mereka di sana. Mekanisme penanganan *complaint* juga belum menunjukkan gambaran yang memadai. Dari mekanisme situs Laporan! Yang ditangani oleh KSP dan KemPan RB, jumlah keluhan tentang BPJS-JKN telah lebih dari 500.000 yang datang dari berbagai *client* dan *stakeholders*, belum termasuk keluhan yang disampaikan melalui media massa dan media sosial lainnya.

Manajemen pengelolaan pembayaran jasa bagi rumah sakit dan fasilitas kesehatan yang masih belum memadai dalam jumlah maupun sebarannya itu, menyebabkan berbagai pemangku kepentingan lainnya seperti dokter dan paramedis merasa tidak diperlakukan secara adil dan profesional. Sistem informasi dan IT yang seharusnya dapat digunakan sebagai dasar untuk memberikan informasi tentang keberadaan dan kesiapan sarana/fasilitas kesehatan di berbagai daerah, juga belum dapat dioptimalkan secara luas.

Perubahan sistem penyelenggaraan kesehatan nasional ini juga tidak menempatkan perspektif hak warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan prima dari penyelenggara negara. UUD dan seluruh undang-undang di bawahnya yang dikutip oleh penyelenggara BPJS secara *de jure* menempatkan persepektif hak warga untuk memberi pelayanan kesehatan prima sebagai bagian tak terpisahkan dari pemenuhan hak asasi manusia oleh negara. Akan tetapi dalam implementasi programnya, perspektif tersebut mengalami distorsi besar, dengan alasan untuk melakukan gotong-royong secara berburai bagi seluruh warga, kecuali mereka yang termasuk dalam kategori PBI. Negara yang seharusnya menanggung pelayanan kesehatan seluruh warga, secara sengaja ataupun tidak, kemudian menggeser kewajiban dan tanggungjawabnya pada sistem gotong-royong warga. Dalam hal ini, negara tidak lagi melihat bahwa warga mempunyai hak untuk dipenuhi jaminan kesehatannya, mereka menjadi ikut mengambil tanggungjawab dan mengambil alih resiko penyelenggaraan keuangan dalam sistem kesehatan nasional.

Indonesia mengalokasikan anggaran negara relatif rendah untuk sektor kesehatan, yang sampai batas tertentu karena persepsi penyelenggara negara terhadap pelayanan di sektor kesehatan dianggap sebagai sektor non-produktif, khususnya oleh Departemen Keuangan.

Sektor ini dipandang sebagai sektor yang menghabiskan anggaran (sektor biaya) dan bukan prioritas investasi jangka pendek. Persepektif yang berbeda dimiliki oleh Vietnam, Thailand, Malaysia, Singapore dan Timor Leste. Mereka memandang sektor kesehatan bagi warganya adalah investasi penting selain sektor pendidikan yang mempunyai perspektif jangka panjang. Itulah sebabnya, mereka memberikan alokasi anggaran kesehatan yang persentasenya lebih besar dibandingkan pemerintah Indonesia.⁷

Di Indonesia sendiri pangsa pengeluaran pemerintah untuk kesehatan lebih rendah dibandingkan dengan sektor lain. Pada tahun 2012 misalnya, sektor kesehatan di alokasikan 10,6 persen dari anggaran pemerintah pusat, jauh lebih rendah dari subsidi bahan bakar (18,2 persen) dan pendidikan (10,8 persen). Sementara di kawasan negara-negara ASEAN, posisi Indonesia dalam alokasi anggaran kesehatan juga sangat rendah, yakni hanya mengalokasikan 3% dari Produk Domestik Bruto (PDB), angka ini masih dibawah standar minimum WHO yang menyarankan agar negara minimal mengalokasikan 5% dari PDBnya untuk belanja di sektor kesehatan. Dalam alokasi yang kecil tersebut pemerintah Indonesia ternyata hanya membelanjakan 39.6% dari total belanja kesehatan di tahun 2015, sisa merupakan belanja warga sendiri dalam menghadapi tantangan biaya pesakitan. Bagaimana dengan kelompok perempuan miskin yang hidup di daerah terisolir dan terpencil?

Peta Advokasi Dari 6 CSO Terhadap JKN

Program perlindungan sosial yang dilihat oleh kelompok *civil society organization* (CSO) meliputi semua bentuk bantuan sosial yang diberikan negara pada kelompok miskin. Mulai dari bantuan sosial yang berupa Raskin (bantuan beras untuk orang miskin), Program Keluarga Harapan (PKH), Jamkesmas/Jamkeskin/Jampersal, Beasiswa anak miskin, Bantuan bedah rumah, dan program pemerintah lainnya yang dikategorikan dalam kluster pertama oleh pemerintah Indonesia yaitu mereka yang berada dalam 40% warga yang termiskin dalam strata ekonomi disuatu wilayah.

Secara kritis kelompok CSO ini berada dalam kelompok perlindungan sosial telah melakukan berbagai “persiapan sosial” bagi kelompok perempuan miskin dan marginal untuk melakukan pemantauan dan monitoring terhadap pelayanan negara terutama dalam berbagai program perlindungan sosial. Mereka juga memberikan perhatian terhadap

⁷ Lihat laporan Bank Dunia tahun 2015.

jangkauan dan capaian pelayanan perlindungan sosial negara, yang tidak hanya memberikan manfaat utama padamereka secara langsung. Setidaknya ada enam lembaga CSO⁸ yang telah melakukan advokasi dan membangun kemampuan perempuan miskin di berbagai daerah untuk melakukan aksi bersama agar dapat mengakses pelayanan perlindungan sosial yang diberikan oleh negara. Fokus pada perlindungan sosial itu, memang masih sangat menyebar antara lain melakukan monitoring terhadap program PKH, Raskin, Bansos, pelayanan Jamkesmas dan Jampersal, maupun berbagai bentuk pelayanan lain untuk kelompok perempuan miskin. Capaian yang menarik dari program keenam CSO ini adalah benar-benar mempersiapkan modal sosial dasar bagi perempuan agar dapat menyuarakan pendapat dan *concerns* mereka pada pemerintah, baik ditingkat nasional maupun di tingkat daerah. Fase ini dapat disebutkan sebagai fase peletakan dasar advokasi warga, terutama kelompok perempuan miskin di daerah terpencil.

Keenam CSO itu telah memberikan tekanan advokasi terhadap **perspektif hak** perempuan miskin (*right-based approach advocacy*) untuk mendapatkan akses terbaik dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Awalnya mereka memberikan perhatian pada perlindungan sosial umum menjadi focus pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), terutama pengelolaan BPJS yang juga merupakan bagian dari spectrum perlindungan sosial yang harus diberikan oleh negara pada seluruh warga negaranya. Pilihan strategi advokasi maupun fokus masing-masing lembaga relatif berbeda, sekalipun ada kesamaan diantara beberapa mitra. Sehingga sangat menarik untuk melihat di mana kesamaan dan irisan kegiatan mereka; komplementari dan pembagian kerja secara menyeluruh dari spektrum advokasi para CSO ini serta kaitan advokasi satu dengan lainnya untuk membangun semesta dan akumulasi perubahan kebijakan yang berkenaan dengan implementasi JKN yang masih dirasakan belum menguntungkan para perempuan miskin di daerah.

Situasi dimana pelayanan kesehatan dasar sudah tidak dapat menjangkau secara layak oleh kelompok perempuan miskin di berbagai daerah di Indonesia, telah membangkitkan kesadaran CSO untuk memperjuangkan keberadaan hal tersebut. Perjuangan itu antara lain upaya mendapatkan dan membuka akses pelayanan kesehatan agar dapat dijangkau oleh para perempuan miskin; negara sungguh-sunggu

⁸ Mereka adalah lembaga-lembaga swadaya masyarakat yang memberikan perhatian pada persoalan kesehatan perempuan miskin, dalam pengamatan ini mereka adalah 'Aisyiyah, KAPAL Perempuan, KPI, PEKKA, PERMAMPU dan YKP yang menjadi mitra program MAMPU, Maju Perempuan Indonesia yang dibiayai oleh paket kerjasama Australian-Indonesia.

memberikan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang memadai; pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas bagi perempuan miskin; mendorong pemerintah daerah untuk berpartisipasi lebih aktif dalam pelayanan kesehatan dasar untuk perempuan dan turut mempersoalkan dimensi kebijakan pelayanan kesehatan yang masih banyak ketimpangan dan problema dalam implementasi dan konseptualisasinya.

Tabel 1. menggambarkan ringkasan atas masalah yang dihadapi oleh perempuan akar rumput yang dipahami dan direkam oleh ke 6 CSO dan kemudian mereka merumuskannya menjadi desain program advokasi JKN di tingkat nasional.

Aspek yang paling menonjol yang ditangkap oleh CSO yang bekerja dalam isu JKN adalah mereka melihat bahwa negara belum menunjukkan kesungguhan dalam menghadirkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat, terutama bagi perempuan miskin. Berbagai skema untuk melayani kesehatan masyarakat miskin telah dijalankan dan sekarang justru diubah atas nama *universal health coverage* yang secara potensial lebih menjauhkan jangkauan perempuan miskin dari pelayanan yang sudah diberikan selama ini dan memberikan beban biaya baru yang harus mereka bayar walaupun mereka tidak sakit.

Seluruh CSO bekerja langsung dengan kelompok komunitas yakni dengan kelompok perempuan akar rumput, baik sebagai anggota dari perkumpulan maupun kelompok dampingan. Kapal Perempuan, LSM yang *concern* dengan isu-isu perempuan, menggunakan mekanisme kelompok komunitas dalam bentuk Sekolah Perempuan untuk melakukan advokasi berupa *gender watch*, negosiasi dan dialog terhadap kebijakan pemerintah ditingkat lokal. PEKKA (memakai istilah kelompok perempuan PEKKA) dan KPI (menggunakan balai perempuan) yang merupakan jaringan keanggotaan mereka di tingkat lokal untuk melakukan berbagai jenis advokasi kebijakan yang menyangkut hak perempuan terhadap pelayanan kesehatan. 'Aisyiyah menggunakan Balai Sakinah Aisyiyah, sementara PERMAMPU mengukuhkan FKPAR (Forum Komunikasi Perempuan Akar Rumput) merupakan ujung tombak perubahan sosial yang mereka dorong. Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) memfasilitasi NGO daerah mitra kerja mereka untuk melakukan penelitian dan sekaligus pemberdayaan pada kelompok perempuan dampingan mereka masing-masing. Untuk melihat jangkauan, focus dan *entrypoint* pemberdayaan perempuan di tingkat akar rumput dari keenam CSO dapat diikuti pada tabel 2.

Tabel 1.
Aktifitas dan Strategi Keberlanjutan program dari 6 CSO yang bekerja pada Perlindungan Sosial di Indonesia

Lembaga	Masalah yang diperjuangkan	Desain program tahap II	Area Fokus Kebijakan (advokasi)	Tujuan Program	Strategi kunci	Strategi Keberlanjutan
'Aisyiyah	Kebutuhan hak Kespro perempuan miskin gagal diperhatikan negara; Mistergeting dalam program perlindungan sosial	Pemenuhan hak-hak kesehatan reproduksi dasar kelompok perempuan miskin	Kontribusi penyusunan SPM Kespro via Kemenkes RI; Advokasi anggaran di kabupaten;	Pemenuhan hak KesPro kelompok Perempuan Miskin	Peningkatan kapasitas kelembagaan lokal ; Memperkuat kepemimpinan perempuan lokal & Peningkatan kapasitas advokasi kebijakan kesehatan;	Integrasi dengan pendekatan kelembagaan 'Aisyiyah; Untuk peningkatan pengaruh bekerjasama dengan seluruh perwakilan 'Aisyiyah;
	Kebutuhan khusus perempuan dalam KesPro tidak terakomodasi		Advokasi anggaran dan SPM ditingkat desa untuk memenuhi kebutuhan perempuan miskin.		Melakukan pendidikan masyarakat;	Membuka tambahan "Intervensi" pelayanan 'Aisyiyah di tingkat lokal di lokasi baru;
	Kurang anggaran dan prioritas terhadap KesPro				Meningkatkan jaringan	Kerjasama dengan mitra-mitra Mampu lainnya
	Kepemimpinan perempuan di tingkat lokal tidak memadai				Mengakses anggaran desa dan pelayanan pemerintah daerah;	
	Fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat lokal tdk memadai				Membangun jaringan untuk mendukung gerakan perempuan.	

Kapal Perempuan	Kelompok perempuan miskin dan marginal belum mendapatkan pelayanan dasar yang memadai ; Investasi program perlindungan sosial belum mampu membantu mengurangi kemiskinan;	Program pemantauan gender dengan fokus pada asuransi kesehatan; Bersama komite tingkat kabupaten, advokasi untuk meningkatkan kualitas hidup dan pemenuhan hak perempuan miskin dan kelompok terpinggirkan	Integrasi pengumpulan data penerima manfaat dan mengembangkan sistem monitoring pelaksanaan program JKN; Monitor akses layanan JKN bagi perempuan miskin di desa, kabupaten dan nasional.	Peningkatan kualitas hidup dan pemenuhan hak-hak perempuan miskin dan kelompok terpinggirkan di wilayah program	Kolaborasi dengan seluruh pemangku kepentingan; Mendorong pemerintah untuk mengadopsi monitoring partisipatif; Penguatan kapasitas kepemimpinan perempuan miskin dan terpinggirkan;	Melibatkan pemimpin perempuan lokal dalam pemantauan dan advokasi; Mengembangkan model pengumpulan data dan pemantauan untuk replikasi pemerintah; Replikasi model sekolah perempuan ; Advokasi kebijakan alokasi anggaran bagi kelompok perempuan miskin dan marginal; Identifikasi 'champion' agen perubahan lokal, mendukung gerakan Gender ; Aplikasi pendekatan holistik pada kapasitas jaringan;

KPI	Program perlindungan sosial & pelayanan dasar pada implementasinya meminggirkan perempuan miskin; Kebutuhan,kepentingan spesifik perempuan miskin tidak terakomodasi;	Meningkatkan kepemimpinan perempuan miskin untuk mendukung akses, partisipasi dan kontrol atas program perlindungan sosial yang inklusif, transformative, berkeadilan gender dalam kerangka penghapusan kemiskinan	RUU Nasional tentang Penyandang cacat; Usulan UU Kesetaraan dan Keadilan Gender; Kebijakan pelaksanaan program JKN bersubsidi	Akses untuk peningkatan kualitas penghidupan perempuan miskin di Indonesia di 5 wilayah tematik	Pelatihan dan ToT bagi anggota KPI ; Pelatihan kepemimpinan bagi perempuan; Pemetaan kebutuhan pemangku kepentingan;	Konsolidasikan jaringan dengan pendekatan koheren untuk advokasi bersama; Advokasi agenda Sosial Perlindungan-JKN;
	Diskriminasi,kemiskinan struktural dan kerentanan perempuan miskin masih ada;			Aksi dan perencanaan strategi bersama;	Aksi dan perencanaan strategi bersama;	Memfasilitasi dialog antara perempuan miskin, Pemda dan penyedia layanan;
	Akses perempuan miskin terhadap informasi terbatas;			Bimbingan teknis mengakses program JKN;	Bimbingan teknis mengakses program JKN;	Pembudayaan hak-hak perempuan miskin;
	Penyadaran hak-hak dasar mereka tidak dilakukan negara;			Penyebaran informasi ;	Penyebaran informasi ;	
	Masih banyak korupsi, penyalahgunaan dan politisasi program; Partisipasi perempuan rendah dalam pengambilan keputusan public.			Advokasi kebijakan dengan pemerintah dan parlemen;	Advokasi kebijakan dengan pemerintah dan parlemen;	Membangun kapasitas perempuan miskin berdialog setara dengan aktor lainnya.
				Penelitian tindak aksi; Bekerja dengan media lokal untuk mendukung advokasi.	Penelitian tindak aksi; Bekerja dengan media lokal untuk mendukung advokasi.	

<p>PEKKA</p>	<p>Perempuan kepala keluarga tidak memiliki akses terhadap program perlindungan sosial dan rentan terhadap guncangan ekonomi;</p> <p>Kebijakan perlindungan sosial gagal memenuhi kebutuhan perempuan, terutama perempuan kepala keluarga, keluar dari kemiskinan;</p> <p>Ketersediaan data di tingkat nasional maupun daerah ternyata berbeda antara BPS dan TNF2K tentang perempuan kepala keluarga miskin</p>	<p>PEKKA akan bekerja di 20 provinsi di Indonesia untuk meningkatkan akses dan kontrol dari perempuan kepala keluarga dan kelompok terpinggirkan (disabilitas, lanjut usia, perempuan miskin dan anak-anak, LGBT dan korban kekerasan) untuk perlindungan sosial-JKN</p>	<p>Pemantauan pelaksanaan program perlindungan sosial pemerintah (JKN) dan mengusulkan akses dan meningkatkan bagi perempuan miskin di desa, kabupaten, provinsi dan tingkat nasional.</p>	<p>Meningkatkan akses dan kontrol perempuan kepala keluarga dan kelompok terpinggirkan (cacat, lanjut usia, perempuan miskin dan anak-anak, LGBT dan korban kekerasan) untuk perlindungan sosial-JKN</p>	<p>Pengorganisasian masyarakat melalui pelatihan dan pendampingan;</p> <p>Pengembangan kader dan pemimpin perempuan melalui peningkatan kapasitas dan mentoring langsung;</p> <p>Peningkatkan mata pencaharian ekonomi;</p> <p>Advokasi anggaran;</p> <p>Membangun pusat data dan informasi JKN yang mudah diakses;</p> <p>Pemantauan Implementasi JKN melalui SMS dan membangun mekanisme jaringan nasional forum masyarakat .</p>	<p>Forum Multi Stakeholders biasa membawa para kunci pemangku kepentingan duduk bersama-sama di semua tingkatan;</p> <p>Pelatihan berjenjang dan berkelanjutan bagi kader lokal;</p> <p>advokasi anggaran;</p> <p>Membina hubungan dan komunikasi antara kader lokal dan pemerintah daerah;</p> <p>Membangun PEKKA yang bersatu; dan memperkuat jaringan nasional dan regional</p>
---------------------	--	--	--	--	---	--

Permampu	<p>Perempuan miskin dan muda mengalami hambatan untuk mendapatkan info yang tepat tentang hak kesehatan reproduksi dan seksual(HKRS) ;</p> <p>Mereka memiliki pengetahuan dan kesadaran terbatas terhadap HKRS demikian pula pelayanan kesehatannya;</p> <p>Kendala yang dihadapi seperti status yang tidak sama dengan laki-laki ; tidak memiliki control atas tubuh mereka sendiri; pandangan yang meremehkan fungsi biologis perempuan; kebiasaan luas permikahan anak perempuan di bawah umur dan kehamilan dini dan diskriminasi gender .</p>	<p>PERMAMPU menargetkan pembentukan peraturan daerah untuk meningkatkan dukungan terhadap kesehatan reproduksi dan seksual perempuan dan menerapkan standar pelayanan minimum. Secara keseluruhan, PERMAMPU meningkatkan hak perempuan miskin perkotaan dan pedesaan di Sumatera untuk kesehatan reproduksi dan seksual di daerah program yang dipilih.</p>	<p>Peraturan Daerah dan Walikota Kota tentang Pelaksanaan PP Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi dan PERMENKES Nomor 741 / MENKES / PER / VII / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan di tingkat Kecamatan.</p>	<p>Pemenuhan hak kesehatan reproduksi dan seksual bagi kelompok perempuan miskin dan marginal di Sumatera</p>	<p>Pemberdayaan ekonomi bagi perempuan miskin; pendididkan dan peningkatan kesadaran perempuan atas hak-hak mereka;</p> <p>Mendirikan organisasi perempuan akar rumput untuk tindakan kolektif; Mengembangkan model pembelajaran satu atap untuk HKRS;</p> <p>Pelatihan untuk 'Pembatras' (penyedia layanan perawatan kesehatan tradisional);</p> <p>Advokasi kebijakan di tingkat desa sampai kabupaten;</p>	<p>pemodelan HKRS dalam pelayanan satu atap;</p> <p>Membangun kemandirian ekonomi perempuan akar rumput melalui berbagai kegiatan;</p> <p>Mendukung penggalangan dana alternatif;</p> <p>Memperluas jaringan melalui kegiatan bersama dan partisipatif.</p>
-----------------	--	---	---	---	---	---

Tabel 2.
Strategi dan Instrumen Pemberdayaan Perempuan, Entry Point dan Tools, Fokus Advokasi BPJS-JKN serta Jangkauan Penerima Manfaat Program dari 6 CSO

Dimensi Lembaga	Strategi dan Instrumen Pemberdayaan di Komunitas	Entry Point dan Tools Pemberdayaan Perempuan	Fokus Advokasi BPJS-JKN	Jangkauan Penerima Manfaat langsung Program
'Aisyiyah	Penguatan Kepemimpinan Perempuan melalui Balai Sakinah 'Aisyiyah	Kesehatan Reproduksi Perempuan (KB, IVA dan ASI)	SPM, Aksesibilitas Perempuan pada Pelayanan Kespro	7983 perempuan dan 910 kader perempuan dari 84 desa, 42 kecamatan dan 14 kabupaten di Indonesia
KAPAL Perempuan	Penguatan Kepemimpinan Perempuan melalui Sekolah Perempuan	<i>Gender Watch Training</i>	Hak PBI dalam pelayanan kesehatan dasar	4265 perempuan dari 154 sekolah perempuan di 6 propinsi di Indonesia
KPI	Penguatan Kepemimpinan Perempuan melalui Balai Perempuan	Mengidentifikasi Problematik Perempuan di tingkat lokal	Masih melakukan riset terhadap akses perempuan akar rumput terhadap pelayanan kesehatan	8851 perempuan dari 2810 balai perempuan di 14 propinsi
PEKKA	Penguatan Kepemimpinan Perempuan melalui Kelompok Perempuan PEKKA	Hak Ekonomi dan Hak sipil perempuan	Jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan dasar untuk ibu dan anak	29000 perempuan dari 1625 kelompok di 20 propinsi di Indonesia
PERMAMPU	Penguatan Kepemimpinan Perempuan melalui Forum Komunikasi Perempuan Akar Rumput (FKPAR)	Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan	Jangkauan pelayanan kesehatan seksualitas dan reproduksi perempuan	1216 perempuan dan 116 laki-laki dari 56 kelompok dan 385 unit usaha perempuan; 37675 perempuan dari FKPAR di 960 desa, 74 kabupaten dan 8 propinsi di Sumatera
YKP	Penguatan Kepemimpinan Perempuan Melalui Proses Penelitian dahulu dengan Melatih Lembaga Mitra untuk melakukan survey BPJS	Penelitian tentang BPJS di 15 Propinsi	Kebijakan kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan	3000 perempuan responden riset dari 15 propinsi di Indonesia

Sumber: FGD dengan masing-masing Lembaga, 2017

Tabel 3.

Target Advokasi JKN; Pengalaman Advokasi; Data yang Sudah Tersedia dan Stakeholder Yang Terlibat Dalam Advokasi JKN dari 6 CSO

Dimensi Lembaga	Target Advokasi JKN	Pengalaman Advokasi	Data Yang Telah Tersedia	Stakeholders yang Terlibat
'Aisyiyah	Perbaikan Kualitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan seksualitas perempuan	Mendorong perubahan standar pelayanan minimum di Puskesmas untuk Kespro	SPM, Aksesibilitas Perempuan pada Pelayanan Kespro	Balai-balai 'Aisyiyah; Muhammadiyah; Dinas Kesehatan; Pemda
KAPAL Perempuan	Akses Perempuan Miskin untuk menerima PBI JKN dengan pelayanan prima	Perubahan kebijakan daerah (kabupaten) dan Nasional tentang perlindungan sosial	Hak PBI dalam pelayanan kesehatan dasar; perubahan kebijakan di beberapa daerah tentang perlindungan sosial	Pemda beberapa lokasi; teman-teman jaringan NGO di beberapa daerah.
KPI	Pelayanan kesehatan untuk perempuan miskin, khususnya anggota KPI di daerah	Advokasi kebijakan anggaran yang pro terhadap perempuan miskin dan perlindungan sosial	Kualitas pelayanan program perlindungan sosial di tingkat lokal	Jaringan KPI; Pemda dan local NGO
PEKKA	Akses Perempuan Miskin anggota PEKKA pada pelayanan JKN di daerah	Pengakuan hak sipil perempuan anggota PEKKA terutama surat kawin/cerai dan akte anak	Data dasar sosial ekonomi keluarga dari desa yang telah disensus oleh PEKKA dimana anggota PEKKA berada	Beberapa Kementerian di Tingkat nasional, Mahkamah Agung; Kemenag; Kemendagri (Capil); Kemendes; Pemerintah daerah, Bank Dunia; TNP2K
PERMAMPU	Akses Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan Miskin di Sumatera	Membangun basis ekonomi perempuan miskin dan mendorong stakeholder yang berbeda untuk mengadvokasikan hak reproduksi perempuan	Informasi mengenai kegiatan ekonomi perempuan miskin dampingan Permampu dan kasus-kasus dimana hak reproduksi dan seksualitas perempuan tidak dipenuhi	FKPAR, pemerintah daerah dan jaringan lokal NGOs
YKP	Sosialisasi dan advokasi hak reproduksi dan seksual perempuan remaja	Jaringan tentang kesehatan reproduksi perempuan	Penelitian tentang kualitas BPJS terutama untuk kesehatan reproduksi di 15 propinsi	Pemerintah pusat, khususnya kementerian kesehatan, BKKBN dan pemerintah daerah serta NGO daerah.

Sumber: FGD dengan masing-masing Lembaga, 2017

Berdasarkan tabel 2 dan 3 tersebut, dapat dilihat jangkauan program yang dijalankan oleh 6 CSO relatif telah cukup tersebar di seluruh Indonesia. Jumlah penerima manfaat langsung dari program ini yakni perempuan miskin yang jumlahnya sangat signifikan untuk menjadi model pergerakan perempuan miskin di akar rumput untuk memonitor dan mempersoalkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Jumlah tersebut juga dapat mendorong perubahan kebijakan pemerintah di tingkat pusat dan di tingkat daerah asalkan pengorganisasian suara mereka dapat dijalankan secara sistematis dan terorganisir. Proses untuk mengorganisasikan para penerima manfaat program sangat strategis sebagai upaya untuk mengekspresikan *concern* mereka terhadap pelayanan kesehatan dasar. Dari sisi dapat di lihat lebih jauh bahwa penerima manfaat tidak langsung akan lebih besar lagi dari yang menerima secara langsung.

Keseluruhan CSO melakukan upaya advokasi di berbagai tingkatan dengan focus praktis dimana perubahan pelayanan di tingkat lokal dapat dirasakan oleh kelompok perempuan miskin, baik yang menjadi dampingan langsung maupun para kerabat, tetangga dan masyarakat miskin lainnya. Upaya perbaikan pelayanan di tingkat akar rumput termasuk juga upaya untuk menekan “kegagalan target” program dilakukan oleh hampir semua CSO secara serius. Langkah tersebut juga dibarengi dengan upaya advokasi perubahan kebijakan public baik ditingkat kabupaten maupun ditingkat nasional.

Setidaknya ada empat pintu masuk bagi para mitra CSO dalam mengkonsolidasikan dan mengadvokasikan isu perlindungan sosial, termasuk pelayanan kesehatan, yaitu: (1) mempersoalkan problem yang menyangkut targetting program dan basis data yang digunakan oleh pemerintah dalam memilih dan menentukan siapa yang berhak mendapatkan bantuan sosial dari pemerintah. Mereka melakukan hal tersebut agar dapat memastikan semua anggota kelompok dampingan mendapatkan pelayanan kesehatan ataupun dapat menjadi anggota PBI; (2) mengembangkan mekanisme pengaduan publik untuk memastikan agar sistem penanganan keluhan dapat dijangkau oleh perempuan, dan efektif baik dalam penyelesaian setiap kasus maupun dalam pengumpulan data keluhan agar dapat mengidentifikasi pola yang muncul yang dapat berdampak pada kebijakan yang lebih luas. Hal-hal tersebut menjadi penting dalam upaya peningkatan jangkauan layanan bagi perempuan miskin; (3) sosialisasi tentang persyaratan dan prosedur pendaftaran untuk dapat menerima program. Perempuan miskin dengan tingkat pendidikan atau kemampuan baca tulis yang rendah, dan sulit

terjangkau media (misalnya, di daerah terpencil) adalah kelompok yang paling rentan; (4) mengawasi dan monitoring terhadap perempuan miskin yang *eligible* menerima program perlindungan sosial, termasuk BPJS tetapi mereka terlempar dari program tersebut karena berbagai alasan.

CSO yang melakukan kegiatan di bidang kesehatan reproduksi dan seksualitas melihat bahwa perempuan dan anak perempuan yang hidup dalam kemiskinan di Indonesia menghadapi berbagai tantangan berat untuk mendapatkan hak kesehatan reproduksi mereka. Faktor sosial yang menentukan untuk mencapai hasil di bidang kesehatan reproduksi adalah sumber daya keuangan, pendidikan, dan kekuatan pengambilan keputusan/status perempuan dalam keluarga. Kerangka hukum dan kebijakan pemerintah di bidang kesehatan dan reproduksi memperkuat stereotip gender tentang perempuan dan ibu dengan adanya undang-undang dan kebijakan yang bersifat tidak adil terutama dalam status pernikahan. Ini juga sekaligus menutup kemungkinan bagi perempuan dan anak-anak perempuan yang tidak menikah mendapatkan layanan kesehatan reproduksi secara penuh. Undang-undang lain mengharuskan adanya izin suami bagi perempuan yang sudah menikah dan anak perempuan dalam mendapatkan layanan kesehatan reproduksi tertentu.

Konsultasi perancangan program dan penelitian menemukan bahwa tanpa adanya tekanan dari luar, reformasi sistem kesehatan tidak akan menghasilkan kemajuan yang memadai dalam memperbaiki kinerja kesehatan di Indonesia, yang sampai saat ini belum memuaskan, khususnya di daerah-daerah miskin di Indonesia. Masih terdapat kesenjangan antara kebutuhan/keinginan perempuan dan layanan kesehatan reproduksi yang tersedia (dan bagaimana layanan tersebut disediakan) serta dukungan apa yang diberikan oleh kelompok masyarakat (serta bagaimana dukungan tersebut diberikan). Hingga saat ini masih sedikit kabupaten atau kota yang telah mulai merencanakan dan mengelola anggaran kesehatan mereka sendiri, terutama untuk mengidentifikasi kebutuhan layanan kesehatan setempat atau untuk menetapkan target dan pengawasan atas kemajuan yang hendak dicapai.

Seluruh CSO melihat dan menempatkan *capacity building* terhadap perempuan miskin sebagai strategi utama dalam program mereka. Khususnya kepemimpinan perempuan adalah bagian sangat penting dalam strategi pendampingan dan penguatan forum komunitas. Dimensi kepemimpinan perempuan miskin merupakan titik tekan pemberdayaan seluruh CSO. Perubahan sosial kelompok perempuan miskin dilakukan melalui berbagai upaya seperti peningkatan kemampuan berorganisasi;

pelatihan dan peningkatan kapasitas individu dan kelompok untuk dapat menyuarakan inspirasi dan pandangan perempuan miskin terhadap aktor dan *stakeholders* yang selama ini dianggap “menekan” perempuan secara kultur maupun struktur. Kemampuan untuk membangun aksi bersama (*collective actions*) diantara kelompok perempuan miskin dampingan CSO merupakan keberhasilan yang menonjol.

‘Aisyiyah yang merupakan lembaga perempuan yang paling tua dari seluruh CSO telah mempunyai kegiatan yang panjang dibidang pelayanan kesehatan dan pendidikan di Indonesia. Sehingga keterlibatan “Aisyiyah dalam advokasi kesehatan reproduksi perempuan telah mempunyai legitimasi yang kuat. Dalam advokasi JKN, khususnya BPJS, ‘Aisyiyah memfokuskan pada pelaksanaan program, khususnya aspek pembiayaan, pelaksanaan di lapangan terutama aspek standar pelayanan, kepesertaan dan manfaat program JKN. Dalam aspek pelayanan JKN, lembaga ini memberikan perhatian pada penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat. Termasuk juga imunisasi dasar, meliputi *Baccile Calmett Guerin (BCG)*, *Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTHB)*, *Polio*, dan Campak.

Dalam hal pelaksanaan JKN di lapangan, ‘Aisyiyah berhasil mengidentifikasi beberapa masalah yang menyangkut pelaksanaan JKN, proses pemilihan PBI, pendaftaran kepesertaan JKN sebagai berikut: (1) adanya perbedaan data kemiskinan dengan kondisi terbaru di lapangan, sehingga banyak warga miskin yang tidak tercover JKN-PBI karena data penerima program jaminan sosial diambil dari data sensus tahun 2011; (2) verifikasi bagi peserta yang mengajukan JKN-PBI, hanya berbasis kondisi rumah kasus di Kota Tegal, petugas verifikasi hanya melihat status keluarga pra sejahtera hanya dengan melihat kondisi rumah (berkeramik)/tidak, padahal keluarga tersebut masih tinggal bersama orang tua. Sehingga banyak calon PBI gugur saat verifikasi; (3) tidak semua masyarakat miskin, terutama perempuan kepala keluarga memiliki Kartu Keluarga (C1) dan KTP, padahal sebagai prasyarat kepesertaan JKN; (4) pendaftaran peserta dihitung berdasar banyaknya anggota dalam satu KK, bagi masyarakat yang rentan dengan kemiskinan, pembayaran JKN untuk satu KK justru memiskinkan masyarakat. Dampaknya mereka memilih tidak berobat ke dokter atau terpaksa menggunakan kartu JKN orang lain; (5) sosialisasi program JKN yang minim, membuat masyarakat tidak mengetahui informasi pendaftaran seperti prasyarat dan lokasi pendaftaran JKN, walaupun masyarakat mengetahui lokasi pendaftaran, belum tentu mudah dijangkau secara geografis. Belum ada mekanisme

yang jelas dan tersosialisasi ke masyarakat terkait usulan pendataan baru (*update*) dari masyarakat; (6) masa aktivasi kartu JKN, akan berlaku setelah 1 bulan sejak peserta mendaftar dan membayar iuran. Pendaftaran dengan sistem *online* dan harus membayar di bank kurang dapat diakses oleh masyarakat miskin, khususnya perempuan miskin yang hidup di daerah terpencil; (7) minimnya peluang untuk menambah kepesertaan PBI; sedangkan pemerintah daerah kurang memiliki komitmen mengintegrasikan jamkesda/ta dalam JKN.

PERMAMPU yang agak mirip dengan 'Aisyiyah dalam mengadvokasikan HKSR bagi perempuan miskin di Sumatera. Dalam kaitan dengan advokasi JKN, mereka mengambil strategi advokasi pada tiga tingkatan. *Pertama*, melakukan penguatan dan pengorganisasian kelompok akar rumput untuk memahami hak-hak dasar, mengkaji dengan seksama apakah hak tersebut sudah mereka dapatkan atau belum dan menyuarkan hak tersebut pada pemegang mandat yang selama ini mengatur alokasi anggaran dan program. *Kedua*, membangun ruang pengaduan warga khususnya perempuan atas otoritas tubuh mereka yang keputusannya tidak dalam kontrol para perempuan sendiri. Ruang pengaduan tersebut sekaligus berfungsi sebagai ruang dialog dan penguatan bagi para perempuan miskin.

Ketiga, merumuskan instrumen pergerakan dan sistem pendukungnya. Mereka menyadari apabila sistem pendukung pergerakan tidak diorganisir dengan baik maka gerakan advokasi mereka akan mengalami kegagalan. Sistem pendukung yang dimaksud adalah berupa pemenuhan ekonomi subsistensi para perempuan sehingga mereka tidak tergantung pada orang lain, terutama laki-laki. Maka kelompok usaha bersama diantara perempuan yang dijalankan dalam bentuk simpan pinjam adalah merupakan instrumen pendukung dan pemberdayaan yang sangat penting. Aspek pendukung kedua adalah basis data perempuan miskin yang selama ini terabaikan. Hal ini harus dibangun dari bawah dan merupakan bukti yang kuat untuk melakukan advokasi kebijakan terhadap pemerintah daerah. T tutur cerita kasus-kasus yang muncul yang dihadapi langsung oleh perempuan miskin diorganisasikan sedemikian rupa sehingga menjadi bahan advokasi yang penting ditambah dengan upaya pendataan yang bisa dilakukan secara lengkap ditingkat akar rumput. Secara kultural upaya advokasi jaringan PERMAMPU adalah mengundang sebanyak mungkin kelompok adat, tokoh masyarakat, asosiasi Pembantra untuk bersama-sama menyuarkan persoalan kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan yang selama ini

diabaikan. Up dating informasi dan data merupakan bagian penting dari sistem dukungan advokasi bagi PERMAMPU ditingkat lapangan.

YKP mengembangkan strategi advokasi untuk melakukan *time-series survey* mengenai penerimaan dan implementasi JKN di lapangan. Proses ini merupakan proses pengumpulan informasi berdasarkan bukti yang kemudian dibawa dalam advokasi di berbagai tingkatan. Hasil survey digunakan sebagai bukti untuk melakukan dialog kebijakan dengan *stakeholders* yang berkaitan langsung dengan pembuatan kebijakan dalam arena JKN. YKP telah mempunyai pengalaman riil dalam mendorong perbaikan UU Kesehatan tahun 2001 yang sebelumnya tidak memasukan pasal tentang aborsi yang aman bagi perempuan yang mengalami tindak kekerasan seksual dan kehamilan yang tidak diinginkan. Proses advokasi tersebut sangat rumit dan melibatkan sebanyak mungkin pihak yang mendukung hal tersebut. Hal lain yang pernah dilakukan oleh YKP adalah mendiskusikan soal distribusi obat yang memadai dan murah untuk masyarakat.

KAPAL Perempuan mengembangkan *gender watch* sebagai sebuah alat bagi perempuan miskin untuk melakukan pengawasan, pemberdayaan dan sekaligus partisipasi perempuan dalam JKN. Melalui sekolah perempuan yang menggunakan *gender watch* itu mereka berhasil membangun kesadaran baru dan keahlian tersendiri terhadap perempuan miskin yang selama ini banyak menjadi objek bisu pembangunan di daerah. Sebagai contoh, KAPAL Perempuan juga berhasil mengangkat berbagai isu yang berkaitan dengan problem perempuan miskin lainnya seperti masalah perkawinan di bawah umur yang kemudian di tangkal dengan Perdes di wilayah Lombok Utara. Jaringan perempuan yang dihasilkan dari sekolah perempuan itulah yang tersebar di berbagai daerah seringkali mendapatkan banyak perempuan miskin yang berusaha mengantri untuk melakukan registrasi yang panjang sejak pukul 04.00 pagi sampai siang hari hanya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar. Selain itu, mereka juga sering menjumpai problema dimana pasien yang memakai kartu JKN sering ditolak dengan alasan tidak ada kamar. Sama halnya ketika pengelola dana (BPJS) mengharuskan pasien perempuan miskin membeli beberapa jenis obat lain.

Gender Watch yang dikembangkan oleh KAPAL Perempuan yaitu berupa pemantauan yang melibatkan 3 pihak yakni masyarakat sipil, pemerintah dari tingkat desa/kelurahan, kabupaten dan provinsi juga penerima manfaat program kesehatan. Ada 4 (empat) aspek yang dipantau dalam program *gender watch* yaitu *aspek input* meliputi kebijakan, penganggaran, serta kelembagaan dan mekanisme

kerja program. *Aspek Proses* mencakup penerapan prinsip-prinsip tata kelola pemerintahan yang baik atau *good governance*, seperti efisiensi, efektifitas, transparansi, akuntabilitas, dan partisipasi dalam pelaksanaan program. *Aspek Hasil* menilai tercapainya hasil kegiatan sebagaimana direncanakan, yaitu (a) Tingkat realisasi program, jumlah perempuan miskin yang menerima bantuan setiap tahun, (b) Tingkat perkembangan kesehatan, pendidikan dan asupan gizi, (c) Tingkat sosial ekonomi penerima sumbangan, (e) Tingkat kepemimpinan dan partisipasi perempuan. *Aspek Dampak* menilai keberhasilan dampak yang direncanakan dalam buku kerja (manual) perlindungan sosial, yaitu dampak terhadap pemberdayaan perempuan dan dampak terhadap kepemimpinan perempuan. Dalam menjalankan program *gender watch* penting adanya dukungan dari berbagai pihak. Pihak yang penting terlibat adalah masyarakat miskin penerima manfaat program kesehatan, bukan penerima manfaat program kesehatan dan pemimpin perempuan lokal, tokoh pemuda, tokoh masyarakat, tokoh agama, kader perempuan, aparat pemerintah seperti RT, RW dan Lurah setempat sebagai Tim Pemantau Komunitas dan Forum Multipihak di tingkat desa/kelurahan. Selain itu keterlibatan akademisi, media, pemerintah dan NGO/LSM sebagai Forum Multipihak pendukung di tingkat kabupaten, provinsi dan nasional.

PEKKA memulai advokasi mereka secara holistik, termasuk hak sosial dan ekonomi yang didalamnya termasuk hak perempuan terhadap pelayanan administrasi kependudukan seperti kepemilikan kartu keluarga (KK), akte nikah, akte kelahiran anak dan pelayanan kesehatan dasar. Perjuangan bagi perempuan kepala keluarga untuk mendapatkan pengakuan formal negara dalam bentuk surat formal tentang status mereka adalah sangat penting untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan negara. Mereka juga memasukan akses pelayanan kesehatan ibu dan anak dan akses ekonomi dalam advokasi mereka, termasuk pelayanan perlindungan sosial lainnya yang masuk di wilayah kerja mereka. Dibeberapa daerah PEKKA berhasil memfasilitasi anggotanya untuk mendapatkan pengakuan formal administrasi kependudukan dan status perkawinan, pengembangan ekonomi bersama dan juga advokasi terhadap pelayanan perlindungan sosial.

KPI sampai dengan *assessment* ini dilakukan, mereka sedang melakukan survai di tiga propinsi yang akan digunakan sebagai wilayah di fase 2 ini. Melalui survai tersebut nantinya diharapkan fokus kegiatan akan dirumuskan. Sementara YKP yang telah selesai melakukan survai yang cukup intensif dan luas, di mana mereka didukung oleh Jaringan

Perempuan Peduli Kesehatan yang merupakan pelaksana penelitian di daerah. Jaringan Perempuan Peduli Kesehatan inilah merupakan aktor yang memainkan peran penting dalam bernegosiasi dan berdialog dengan pemerintah daerah, sehingga komitmen pemerintah daerah untuk memberikan prioritas pelayanan reproduksi dan seksualitas bagi perempuan diwilayahnya dapat diwujudkan. Arena bagi kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan miskin, antara lain mencakup kesehatan reproduksi remaja, penanganan kehamilan, aborsi bagi perempuan yang tidak memungkinkan untuk melanjutkan kehamilannya, problema penggunaan alat kontrasepsi dan KB, melahirkan, nifas, penyakit transmisi seksual seperti HIV/AIDS dan monitoring terhadap serangan penyakit reproduksi seperti kanker rahim dan payudara. Pemantauan dan pemeriksaan secara rutin yang relatif gratis dan terjangkau terhadap test Iva, Papsmeer, seharusnya merupakan paket yang harus tersedia bagi kelompok perempuan miskin di Indonesia.

Laporan dari lapangan dari seluruh CSO yang juga mempunyai mitra kerja di berbagai wilayah di Indonesia, seluruhnya menunjukkan bahwa kelompok perempuan miskin belum mendapat pelayanan kesehatan yang prima di berbagai fasilitas kesehatan yang tersedia untuk mereka; banyak yang seharusnya menerima kartu BPJS dengan kategori PBI tetapi ternyata harus berurusan menjadi peserta BPJS mandiri karena sistem pendataan yang menggunakan basis data terpadu, banyak yang "menyingkirkan" mereka dan tidak masuk dalam kategori orang yang miskin yang berhak mendapatkan subsidi negara.

Secara umum, keberhasilan advokasi kebijakan JKN dari seluruh CSO dan jaringan kerjanya adalah berhasil membangun kesadaran di kalangan perempuan akar rumput terhadap hak-hak dasar yang mereka miliki. Perempuan di tingkat akar rumput juga sudah melakukan berbagai "latihan" berorganisasi khususnya melakukan dialog dengan pemerintah lokal baik ditingkat desa, kecamatan sampai tingkat kabupaten/kota, untuk menyuarakan masalah dan hal-hal pokok yang menjadi perhatian dan kebutuhan mereka. Konsolidasi antar anggota dan juga antar kelompok juga sudah berjalan. Beberapa kebutuhan praktis dari kelompok perempuan miskin ini sudah ada yang terpenuhi, baik dibidang ekonomi maupun pelayanan sosial lainnya.

Disini dapat dilihat bahwa Aisyiyah, Permampu dan YKP mempunyai fokus kegiatan yang sama yang tumpang tindih secara isu tetapi terlihat saling mengisi dilihat dari sebaran geografis yang luas di Indonesia. YKP lebih mengambil pendekatan sedikit berbeda yakni melalui riset terlebih dahulu. Tindakannya kemudian dilakukan oleh

jaringan NGO di daerah yang menjadi mitra kerja YKP yang berdiri secara terpisah. Hal yang sama juga terjadi dengan PEKKA, Kapal Perempuan dan KPI, mereka secara substansi saling tumpang tindih, dengan fokus yang sama yakni membuka akses PBI untuk mendapatkan pelayanan JKN yang prima di lokasi kerja mereka masing-masing.

Secara geografis, ada beberapa diantara mereka yang mempunyai *overlapping* wilayah kerja seperti KPI dengan PERMAMPU di Sumatera; Kapal Perempuan dan 'Aisyiyah di kabupaten Pangkep Kepulauan Sulawesi Selatan; KPI dengan PEKKA di beberapa lokasi. *Overlapping* geografis ini tak terelakan karena masing-masing mitra utama yang mempunyai jaringan masing-masing, mereka tidak merancang lokasi kegiatan secara holistik dan melihat secara rinci di mana lokasi masing-masing mitra berada. Adapula mitra utama MAMPU yang baru menemukan mitra kerja mereka dilapangan dan tidak menyadari bahwa mitra utama MAMPU yang lain juga mempunyai mitra yang bekerja di lokasi yang sama. Daerah yang kosong secara geografis adalah Propinsi Papua dan Papua Barat. Tidak ada satupun mitra utama MAMPU yang mempunyai mitra kerjanya di wilayah ini.

Secara substansi, wilayah advokasi yang kosong dan belum menjadi perhatian ke 6 CSO yang melakukan advokasi JKN adalah dimensi teknis yang menyangkut proses pembentuk kebijakan di sektor *supply side*, seperti dimensi finansial pembayaran BPJS terhadap faskes primer, sekunder dan tersier yang berkenaan langsung dengan kualitas pelayanan yang diterima oleh peserta JKN khususnya kelompok perempuan miskin yang tinggal di wilayah terisolir. Dimensi pengadaan dan distribusi pembangunan sarana rumah sakit daerah, distribusi tenaga dokter, pengadaan dan distribusi obat-obatan dan alat kesehatan; jenis penyakit yang tidak ditanggung dalam skema BPJS-JKN saat ini. Hal lain yang belum menjadi perhatian advokasi CSO adalah mekanisme pertanggungjawaban dan akuntabilitas BPJS dalam mengelola dan menarik uang masyarakat dalam beruran. Bagaimana pertanggungjawaban dan akuntabilitas serta transparansi dari orang-orang yang tidak sakit tetapi terus membayar premi BPJS. Dimensi lain yang masih kosong yang belum diisi oleh advokasi CSO adalah upaya BPJS-JKN menangani keluhan dan komplain yang diberikan oleh para peserta JKN. Bagaimana penanganan dan *feed-back* dapat dijalankan oleh BPJS JKN dalam memberikan penjelasan pada seluruh stakeholders terutama peserta BPJS mengenai mutu pelayanan di lapangan maupun keluhan di berbagai tingkatan lainnya.

Social & gender audit yang dilakukan oleh masyarakat, terutama oleh kelompok perempuan miskin yang terorganisir adalah salah satu strategi yang paling tepat yang bisa dikembangkan dan dijalankan oleh para CSO ke depan. Berdasarkan pemantauan dan laporan dari beberapa daerah, sosial dan gender audit untuk pelaksanaan JKN akan memberikan amunisi yang memadai bagi bangkitnya gerakan sosial yang dapat mengimbangi negara untuk menjalankan fungsinya secara optimal. Secara lebih rinci, peluang advokasi yang dapat dikembangkan oleh 6 CSO dapat diikuti pada pembahasan di bawah ini.

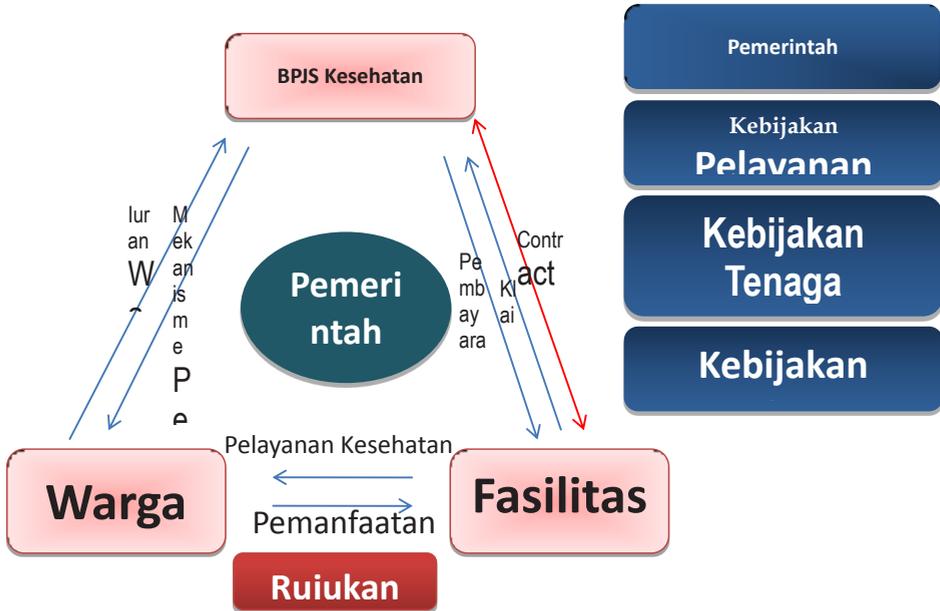
Tantangan yang Perlu Diperhatikan dalam Advokasi JKN

Dengan memperhatikan Gambar 1. Maka tergambar dinamika relasi antara Pemerintah sebagai regulator dengan BPJS Kesehatan sebagai operator pelaksana skema pelayanan kesehatan di Indonesia, dengan warga yang akan dilayani (tetapi harus melakukan kewajibannya untuk beruiur, kecuali mereka yang dikategorikan sebagai penerima bantuan iuran atau PBI) dan Pelaksana di fasilitas kesehatan baik ditingkat primer (Puskesmas atau yang setara), tingkat sekunder (rumah sakit umum daerah atau yang setara) maupun tingkat tersier (rumah sakit khusus atau yang setara). Ada beberapa poin-poin kritis yang perlu mendapatkan perhatian dari para CSO.

Dari gambar 1, kita dapat mengidentifikasi masalah-masalah dasar yang masih belum banyak disentuh dalam advokasi yang telah dijalankan oleh 6 CSO terhadap kebijakan dan program JKN. Berdasarkan dinamika relasional dan mandat yang dimiliki oleh masing-masing aktor yang terpetakan di atas, maka perlu diperhatikan beberapa pokok/isu berikut ini:

- 1. Lemahnya pengawasan publik terhadap fungsi pemerintah sebagai regulator kebijakan.** Bagaimana pemerintah terutama Kementerian Kesehatan RI, BKKBN, DJSN, Kementerian Keuangan RI, Kementerian Sosial RI, OJK dapat duduk bersama dan menghasilkan kebijakan yang pro-rakyat dan pro-gender dalam menjalankan seluruh proses pelayanan kesehatan di Indonesia. Kementerian Kesehatan RI bertanggungjawab atas kebijakan **dalam penyediaan fasilitas kesehatan** di seluruh Indonesia, bagaimana sebaran, kapasitas, kualitas dan sistem manajemen pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan dan dibuat transparan dan akuntabel dalam proses pembuatannya dan

Gambar 1.
Hubungan Kewajiban dan Hak Antara BPJS Kesehatan dengan Warga Masyarakat Dan Penyedia Pelayanan di Fasilitas Kesehatan



Sumber: Kantor Wakil Presiden RI, 2016

implementasinya. Kementerian Kesehatan RI setidaknya harus berkoordinasi dengan pemerintah daerah dalam pengadaan faskes dan rumah sakit daerah di wilayah mereka. Warga harus tahu dan terlibat dalam proses perencanaan dan pengadaan rumah sakit dan faskes di daerah. Kebijakan kedua yang tidak kalah pentingnya dan ini juga berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan pada warga adalah kebijakan mengenai **distribusi tenaga kesehatan (dokter dan paramedis) serta obat-obatan ke seluruh wilayah Indonesia**. Kebijakan ketiga adalah berkaitan **standar pelayanan kesehatan minimum dan tariff**. Kebijakan ini berhubungan dengan Kementerian Keuangan RI dan Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Termasuk dalam jenis penyakit apa yang akan *discover* oleh BPJS kesehatan merupakan kebijakan Kementerian Kesehatan yang kemudian diimplementasikan oleh BPJS Kesehatan. Ini merupakan salah satu hal strategis yang perlu mendapat perhatian dalam advokasi, yakni evaluasi dan *review* kritis terhadap kebijakan pemerintah yang berkaitan issu di atas. Kementerian Sosial RI dan TNP2K adalah institusi

- penting yang **basis data terpadu**. Ini sangat menentukan siapa yang berhak mendapatkan kartu Indonesia sehat ataupun mereka yang masuk dalam kategori PBI. Dalam hal **ketersediaan obat**, bisnis ini merupakan bisnis yang tertutup dalam JKN, dimana peserta BPJS tidak tahu kualitas obat apa yang diberikan pada mereka. Kebanyakan kasus yang ditemui untuk kasus-kasus penyakit kronis, obat yang diberikan justru tidak masuk dalam daftar obat yang ditanggung oleh BPJS.
2. **Masalah dalam BPJS Kesehatan.** Saat ini BPJS Kesehatan merupakan operator asuransi sosial terbesar didunia dengan mengelola ratus juta peserta yang diwajibkan oleh undang-undang. Persoalan terbesar dalam advokasi terhadap BPJS Kesehatan adalah **transparansi dan akuntabilitas**, karena mereka mengambil dana warga secara langsung serta mengelola anggaran APBN untuk PBI. Maka transparansi dan akuntabilitas menjadi kunci sangat penting. BPJS setidaknya mempunyai tugas untuk mengumpulkan dana warga berupa pengumpulan dana iuran warga, mengumpulkan dana iuran PBI dari pemerintah, menjaga kepatuhan pembayaran iuran warga di satu sisi. Di sisi lain BPJS Kesehatan juga membayar seluruh tagihan dari fasilitas kesehatan yang telah memberikan jasa pelayanan kesehatan dan pengobatan. BPJS Kesehatan juga mengelola manajemen kepesertaan, melakukan pendaftaran dan pemberian nomor kepesertaan. Dalam hal ini keseluruhan teknis kepesertaan dan pengelolaan keuangan penyelenggaraan kesehatan di tanah air. Termasuk resiko untuk *adverse selections* yang sangat potensial membuat keuangan BPJS menjadi deficit.
 3. **Masalah di Fasilitas Kesehatan di berbagai daerah.** Persoalan terbesar yang menyangkut fasilitas kesehatan di berbagai tingkatan adalah soal kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada warga serta standar yang mereka tetapkan. Seringkali variasi pelayanan cukup tinggi antar fasilitas kesehatan yang ada dan antar daerah. Mereka juga mempunyai strategi berbeda dalam upaya melakukan penangihan pembayaran pelayanan pada BPJS. Kebanyakan pihak melakukan advokasi hanya pada bagan ini, karena memang menyangkut kualitas pelayanan langsung di *frontline* yang dirasakan oleh kelompok perempuan miskin. Hal itu tidak salah, namun tidak cukup. Karena banyak wewenang kebijakan yang tidak mereka miliki. Kebijakan tentang kualitas pelayanan dan obat yang ada di fasilitas kesehatan primer seperti

di Puskesmas berada di Dinas Kesehatan kabupaten/kota. Memang merubah kebijakan mereka relatif lebih mudah, tetapi dampaknya sangat terbatas hanya pada unit yang bersangkutan saja.

4. **Masalah koordinasi.** Ini merupakan persoalan besar yang belum banyak kemajuan terutama kerja antar kementerian. Sekalipun mudah diucapkan tetapi sangat sulit dilaksanakan. Misalnya dalam hal pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual untuk perempuan, dalam pemeriksaan papsmer ataupun IVA yang sampai sekarang masih menjadi wilayah BKKBN, belum diintegrasikan dengan BPJS. Sehingga hal ini juga menjadi perhatian dari CSO.
5. **Masalah berkenaan dengan evaluasi dan monitoring.** Kedua bagian yang terakhir ini seharusnya menjadi porsi masyarakat atau warga sendiri. Pemerintah dan BPJS belum menjadikan dimensi ini sebagai dimensi yang seharusnya dilakukan dan dijalankan oleh warga secara partisipatoris. Secara kelembagaan, warga sebagai *client* mempunyai hak untuk melakukan monitoring dan evaluasi dari pelaksanaan pelayanan JKN secara keseluruhan

Penutup

Keterkaitan antara pelaksanaan jaminan kesehatan nasional yang secara sektoral menjadi tanggungjawab Kementerian Kesehatan, tetapi dalam kerangka membangun keamanan nasional juga menjadi kewajiban *stakeholders* lain seperti kelompok CSO, Kepolisian dan lembaga negara lainnya. Polri dalam kepemimpinan Jenderal Tito Karnavian kemudian mengeluarkan kebijakan *democratic policing*, yang berupa pembentukan satgas kesehatan adalah salah satu bentuk sumbangsih institusi itu untuk bidang ini, karena adanya keterkaitan erat antara pemeliharaan kesehatan dan pembentukan situasi kondusif keamanan nasional di Tanah Air kita.

Kasus ini merupakan salah satu dari bentuk keamanan yang bersifat non-tradisional, dimana jika persoalan ini tidak muncul sebagai keresahan sosial, maka akan membangun ketahanan nasional. Persoalan siapa yang harus bertanggungjawab untuk menjawab ancaman keamanan tertentu menjadi rumit dan politikal: rumit, karena perkembangan konsep dan saling terkaitnya problema tersebut. Termasuk karena landasan konstitusional, sejarah, maupun realita politik bisa menjadi kekuatan inersia untuk membangun pola pembagian kerja baru. Tidak mengherankan

jika upaya untuk menjamin keamanan nasional di masa-masa yang akan datang, memerlukan penyusunan dan/atau rumusan ulang ketentuan perundangan mengenai, antara lain, keamanan nasional, pertahanan negara, TNI, kepolisian, Polri, intelijen, rahasia negara dan kebebasan informasi, ketentuan darurat, sumberdaya alam, sumberdaya pertahanan, penanggulangan terorisme dan beberapa yang lain. Tidak dapat dihindari, seluruh ketentuan perundangan itu perlu sekaligus memenuhi keharusan untuk mampu menciptakan mekanisme pelaksanaan yang efektif tanpa mengurangi kadar demokrasi dan perlindungan hak-hak asasi manusia.

Referensi

- Anggoro, Kusnanto. "Keamanan Nasional, Pertahanan Negara dan Ketertiban Umum." Paper disampaikan pada Seminar Nasional Pembangunan Hukum ke VIII. Denpasar, Bali, 2013.
- Boyчук, Gerard W. *National Health Insurance in the United States and Canada*. Washington DC: Georgetown University Press, 2008.
- Dhanani, Shafiq, dan Iyanatul Islam. "Poverty, Vulnerability and Social Protection in a Period of Crisis: The Case of Indonesia." *World Development* 30, no. 7 (Juli 2002): 1211-31. [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(02\)00028-1](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(02)00028-1).
- Ellis, F., S. Devereux, dan P. White. *Social Protection in Africa*. Cheltenham, UK: Edward Elger Publishing Limited, 2009.
- ILO. *Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, 2000.
- Indonesia Economic Quarterly. "Perkembangan Triwulan Perekonomian Indonesia: Di Tengah Volatilitas Dunia." *World Bank*, 2015.
- K.D., Henke, dan Schreyögg J. *Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands: A comparative study*. 2 ed. ISSA, 2005.
- Karnavian, Muhammad Tito, dan Hermawan Sulistyono. *Democratic Policing*. Jakarta: Pensil-324, 2017.
- Kementerian Kesehatan RI. *Buku Pegangan Sosialisasi JKN Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan RI, 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. *Mengawal Sustainability Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan RI, 2014.

- Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian*. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan RI, 2015.
- Lippman, Walter. *Public Opinion*. The project Guttenberg eBook, 2004.
- Marzoeki, Puti, Ajay Tandon, Xiaolu Bi, dan Eko Setyo Pambudi. "Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development : Country Summary Report for Indonesia." *World Bank Group*. Washington, DC: World Bank Group, Agustus 2014. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/20726>.
- Mayes, Rick. *Unioversal Coverage: The Elusive Quest for National Health Insurance*. Ann Arbor: The University Michigan Press, 2007.
- Sedyaningsih. *Perbandingan Belanja Kesehatan di Negara ASEAN berdasarkan laporan WHO 2011*. Kementerian Kesehatan RI, 2012.
- The Economist Intelligence Unit. "Universal healthcare coverage in Indonesia – One year on." Diakses 6 Maret 2018. https://www.eiu.com/public/topical_report.aspx?campaignid=indonesiahealthcare.
- TNP2K. *JKN: Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Sekretariat Wakil Presiden RI, 2015.
- Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP). "Laporan Study Pelaksanaan Skema JKN dalam kaitan dengan Kebutuhan Perempuan dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual. Jaringan Perempuan Peduli Kesehatan (JP2K)," 2015.
- Zastrow, Charles H. *The Practice of Social Work*. Pacific Grove: Brooks/Cole, 1999.
- — —. *Introduction to Social Work and Social Welfare*. Pacific Grove: Brooks/Cole, 2000.

