



International
Labour
Organization



Ringkasan Eksekutif

**Penelitian Perlindungan Sosial
ODHA: Utilisasi Layanan JKN
Pada ODHA dan Kelompok
Populasi Terdampak**

Ringkasan Eksekutif

**Penelitian Perlindungan Sosial
ODHA: Utilisasi Layanan JKN
Pada ODHA dan Kelompok
Populasi Terdampak**

Daftar Isi

Latar Belakang	3
Tujuan Studi	4
Metode	4
Regulasi dan tantangan bagi ODHA untuk akses JKN	6
Potret kondisi ODHA ke JKN	7
Pembahasan	10
Kesimpulan dan Saran	18

Latar Belakang

Salah satu upaya pemerintah untuk menjaga agar jumlah penduduknya tidak jatuh miskin karena sakit akibat ketidakmampuan membayar biaya pengobatan (*catastrophic payment*), adalah diluncurkannya program jaminan kesehatan sejak tahun 1997. Sayangnya program jaminan kesehatan tersebut bervariasi antar tiap daerah dari aspek paket manfaat, aspek kepesertaan, dan cara pengelolaannya ¹. Pada akhirnya, Indonesia meluncurkan program jaminan kesehatan nasional (JKN) pada 1 Januari 2014. Semua program jaminan kesehatan yang ada pada waktu itu dilebur menjadi satu skema dan dikelola oleh BPJS Kesehatan, selaku *single payer*. Skema JKN merupakan asuransi kesehatan sosial yang mewajibkan seluruh penduduk menjadi peserta program, dengan target sekitar 95% penduduk Indonesia telah dicakup skema ini di tahun 2019 ². Pada Februari 2019, hampir 217,5 juta orang atau sekitar 81 persen populasi, telah dicakup oleh JKN ³.

Merujuk pada regulasi yang berlaku, Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa semua warganegara berhak mendapatkan jaminan kesehatan, termasuk ODHA. Akses terhadap layanan kesehatan merupakan hak penduduk dan menjadi target SDGs khususnya untuk Universal Health Coverage. Dalam rangka mewujudkan hak tersebut, maka jumlah jaringan fasilitas pelayanan kesehatan untuk orang yang terinfeksi HIV akan semakin meluas sejalan dengan meluasnya jaringan pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah maupun swasta ⁴. Perlindungan sosial adalah langkah menanggapi masyarakat yang paling rentan. Sementara itu, konsep perlindungan sosial lebih luas dari pada jaminan sosial (yang sebagian besar mengacu pada pekerja formal). Namun menurut rekomendasi ILO tentang Landasan Perlindungan Sosial No. 202, perlindungan sosial dan jaminan sosial merupakan bagian dari konsep kebijakan sosial yang sama. Dalam rangka, tindak lanjut studi ILO 2013-2014 tentang akses dan efek program perlindungan sosial pada pekerja dan rumah tangga yang hidup dengan HIV di ekonomi formal dan informal menemukan bahwa meskipun ada kemajuan signifikan

yang dibuat untuk memperbaiki akses layanan kesehatan, tetap menghadapi tantangan. Oleh karena itu, studi ini merekomendasikan pendekatan terkoordinasi untuk memastikan inklusi ODHA dalam skema JKN. Mendukung cakupan skema ini, ILO dan UNAIDS bekerja dengan Indonesia AIDS Coalition melakukan kajian tentang akses ODHA terhadap BPJS di 3 kota, yaitu Jakarta Selatan, Makasar, dan Denpasar.

Tujuan Studi

Penelitian ini bertujuan untuk memahami tingkat cakupan akses jaminan kesehatan di antara ODHA. Secara khusus tujuan yang ingin dicapai berikut ini: 1) Mengidentifikasi ketentuan hukum dan penerapannya yang mungkin menyebabkan diskriminasi terhadap ODHA; 2) Menilai sejauh mana ODHA dapat mengakses dan memanfaatkan skema jaminan kesehatan; 3) Identifikasi rekomendasi untuk meningkatkan cakupan jaminan kesehatan pada ODHA.

Metode

Desain studi ini menggunakan rancangan penelitian cross sectional. Sampel diambil secara *purposive* karena tidak memberikan peluang yang sama pada seluruh populasi ODHA⁵, dengan kriteria pemilihan sampel berikut: 1) ODHA yang memiliki kartu BPJS Kesehatan; dan 2) ODHA sedang mencari layanan di fasilitas layanan kesehatan pada saat itu. Selain itu, dilakukan kajian kebijakan yang terkait dengan JKN dan akses ODHA. Analisis konten dilakukan untuk mengetahui bagaimana kebijakan JKN yang ada saat ini mempengaruhi ODHA dalam mengakses layanan kesehatan. Berbagai regulasi terkait JKN dan hasil kajian dikumpulkan dari berbagai sumber untuk memperkaya hasil kajian ini. Lokasi studi, dipilih atas dasar dua pertimbangan, yaitu kasus HIV tertinggi dan prioritas daerah program *fast track*, yaitu: 1) Jakarta Selatan; 2) Denpasar; 3) Makassar.

Metode pengumpulan data primer dilakukan dengan dua cara, yaitu: pertama, wawancara tatap muka dengan menggunakan panduan kuesioner terstruktur kepada responden ODHA yang memenuhi kriteria. Responden terpilih diperoleh dari tempat layanan kesehatan. Kedua, diskusi kelompok terarah (DKT) pada perwakilan responden ODHA yang memenuhi kriteria peserta tidak dan atau ikut JKN. Kajian kebijakan lebih banyak diperoleh melalui pengumpulan data sekunder dari berbagai sumber. Dokumen yang dikumpulkan difokuskan pada kebijakan terkait JKN dan hasil dari kajian yang pernah dilakukan tentang akses ODHA terhadap program JKN.

Besar minimal sampel dihitung dengan rumus Slovin (1960) di tiap lokasi studi⁵, sehingga besar sampel tiap lokasi studi berbeda dengan total sampel sebanyak 258 responden. Cara pengambilan sampel dilakukan di tingkat fasyankes, berdasarkan jumlah kunjungan pasien saat itu dan bersedia terlibat studi. Strategi pengumpulan data dengan melibatkan enumerator yang berasal dari jaringan IAC yang dikenal sebagai *ARV Community Support (ACS)*. Sebelum mengambil data dilakukan pelatihan terlebih dahulu. Dengan periode pengambilan data 12 November – 30 November 2018.

Wawancara tatap muka dengan para ODHA menggunakan kuesioner terstruktur. Untuk itu, kuesioner dikembangkan dengan mengacu pada lima isu yaitu: demografi, kepesertaan JKN, Akses JKN, kendala-keuntungan JKN, dan stigma & diskriminasi. Selanjutnya kelima isu tersebut diturunkan menjadi variable pertanyaan yang merupakan proxy indicator. Sedangkan isu diskusi kelompok terpimpin untuk menjawab 4 isu, yaitu kondisi ODHA mengakses JKN, hambatan, kebijakan daerah mengatasi hambatan, dan advokasi serta rekomendasi meningkatkan cakupan ODHA.

Review kebijakan dilakukan dengan cara membuat analisis konten atas berbagai regulasi yang ada terkait JKN, serta melakukan analisis triangulasi dari berbagai sumber data. Data kuantitatif dimasukan dan dianalisis dengan program Microsoft Excel & SPSS versi 20. Analisis data dilakukan dengan distribusi frekuensi dan tabulasi silang antara variabel lokasi dan populasi berisiko dengan seluruh variable. Arah

analisis sesuai dengan isu yang telah tertera pada kuesioner. Data kualitatif digunakan untuk memperkuat dan memperkaya temuan kuantitatif, dengan terlebih dahulu dibuat verbatim dan smatrik analisis berdasarkan isunya. Studi ini sudah mendapatkan ijin kaji etik nomer: 1439/III/LPPM-PM.10.05/11/2018 dari Universitas Katolik Atmajaya.

Regulasi dan tantangan bagi ODHA untuk akses JKN

Setelah satu dekade dari terbitnya payung hukum JKN yang pertama di tahun 2004, akhirnya program Jaminan Kesehatan Nasional secara resmi diluncurkan per 1 Januari 2014. Sementara itu, produk peraturan regulasi telah banyak diterbitkan agar program JKN dapat berjalan optimal terutama oleh pemerintah pusat. Namun, masih diperlukan beberapa kali revisi perpres jaminan kesehatan untuk penyempurnaan program JKN agar semakin harmonis dengan peraturan lainnya. Rujukan regulasi terbaru adalah peraturan presiden No.82/2018 tentang jaminan kesehatan nasional, namun masih perlu dikritisi dari perpektif pekerja/keluarga, ODHA dan pemerintah daerah. Dari perspektif keluarga, adanya dobel pembayaran iuran JKN apabila suami-istri bekerja. Dari perspektif ODHA, isu diantaranya tentang kepesertaan harus punya NIK, portabilitas, kelas perawatan, dsb. Dari pemerintah daerah tidak diperkenankannya lagi jamkesda yang dikelola secara mandiri melainkan harus terintegrasi dengan JKN.

Dalam konteks program HIV ada berbagai jenis layanan dengan sumber pendanaan yang berbeda, bahkan ada yang urun biaya antar sumber pendanaan. Pemahaman yang standar tentang sumber pembiayaan JKN ini penting untuk mengetahui siapa yang menanggung pembiayaannya, apakah program pemerintah, JKN, atau biaya dari kantong sendiri? Peta pembiayaan ini bisa dijadikan pedoman dalam pembagian peran dan tanggungjawab masing-masing tingkatan dari tiap institusi atau yang dikenal sebagai NSPK. Sehingga tidak ada lagi kegiatan program HIV-

AIDS yang sumber pendanaannya seringkali berada di wilayah abu-abu, seperti yang terjadi saat ini di beberapa daerah.

Pada umumnya kegiatan perawatan dan pengobatan kasus HIV-AIDS yang berada di wilayah abu-abu tersebut ditanggung oleh Jamkesda yang dilaksanakan secara mandiri oleh pemda. Sehingga Jamkesda merupakan program komplementer dari JKN yang dilaksanakan oleh daerah. Tujuan daerah menyelenggarakan jamkesda agar seluruh masyarakatnya mendapatkan perlindungan sosial, terutama mereka yang kurang mampu. Contoh kegiatan yang ditanggung Jamkesda adalah program MMT, tes HIV, tes IMS, tesCD4/VL, tes penunjang diagostik, dan untuk obat-obatan yang tidak ditanggung JKN. Bahkan jika ada masyarakat yang sakit tetapi belum terdaftar JKN, maka dapat ditanggung seluruh pembiayaannya oleh jamkesda. Namun program Jamkesda mandiri sudah tidak diperkenankan lagi menurut perpres 82/2018, tetapi harus terintegrasi dengan JKN.

Potret kondisi ODHA ke JKN

Karakteristik ODHA yang terpilih dalam sampel kebanyakan laki-laki di semua lokasi studi. Rerata responden berumur 36 tahun, dengan kisaran umur antara 21 tahun sampai 63 tahun. Rerata umur tertua di kelompok pekerja seks perempuan, sedangkan termuda berada di kelompok LSL. **Sebagian besar ODHA berstatus bekerja, yaitu sebagai pegawai negeri (1%), pegawai swasta (36%), wiraswata (30%), dan pekerja non formal (11%). Mereka yang bekerja sebagai pegawai negeri dan pegawai swasta seharusnya telah terdaftar di JKN oleh institusinya.** Sementara yang tidak bekerja sebagian besar perempuan. Mereka yang mengaku sebagai penasun paling banyak terpilih dalam studi ini, sedangkan yang terendah waria dan pekerja seks perempuan. Proporsi pengeluaran dan pendapatan ODHA terbesar berkisar Rp.1-3 juta per bulan. Hampir seluruh ODHA mengaku telah mengakses obat ARV di rumah sakit.

Hampir semua ODHA memiliki kartu JKN berstatus aktif, yaitu saat ini juga kartu JKN-nya dapat dipergunakan mengakses layanan kesehatan di jaringan fasyakes yang tergabung di JKN. Lebih dari separuh kepesertaan ODHA di JKN bukan PBI (mandiri). Ini mengindikasikan adanya kemandirian di kalangan ODHA untuk terlibat dalam JKN. Di Makassar, paling banyak ODHA yang keanggotaannya berstatus bukan PBI, hampir tiga per empatnya. Lebih dari separuh ODHA patuh membayar iuran BPJS secara rutin. Ini menunjukkan adanya komitmen yang kuat dari ODHA agar bisa terus menggunakan layanan JKN. Sementara itu, ODHA yang memiliki kartu JKN dari PBI, sebagian besar karena didaftarkan oleh perangkat daerah setempat (RT/RW). Yang menarik, ada sebagian kecil ODHA yang memiliki kartu JKN juga memiliki asuransi selain JKN, terutama di Jakarta Selatan. Ini mengindikasikan ada dobel proteksi kesehatan jaminan kesehatan.

Masih ada 5% dari ODHA yang belum mau akses layanan JKN, dengan alasan masih ada klinik yang memberikan layanan gratis, *ribet* prosedur akses JKN, atau ketidaktahuan cara akses layanan JKN. Sedangkan bagi ODHA yang telah mengakses JKN, ternyata belum terlalu banyak (20%) yang mengakses layanan kesehatan secara rutin ke fasyankes, minimal satu bulan sekali untuk mendapatkan obat ARV. ODHA yang bersedia mengakses layanan, kedekatan lokasi akses layanan dengan domisili (84%) paling banyak dipilih oleh ODHA. Ini sesuai dengan regulasi yang diharapkan pihak BPJS, agar fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang dipilih yang dekat dengan tempat tinggalnya. Namun demikian, ada seperempat ODHA yang mengakses fasyankes di luar domisilinya, terutama pekerja seks perempuan. Kondisi ini didorong oleh keterbatasan fasyankes yang mampu menangani kasusnya, tidak ingin diketahui pihak lain, ataupun alasan pekerjaannya.

Sepertiga ODHA pernah akses layanan kesehatan tanpa menggunakan JKN, dengan berbagai alasan, seperti: waktu tunggu yang lama, tidak sempat mengurus surat rujukan, ataupun prosedur administrasi yang ribet. Kebanyakan dari mereka berasal dari kelompok waria. Adanya beragam kendala yang dihadapi ODHA waria ini, khirnya membuat mereka memilih menggunakan sumber pendanaan lain, misalkan membayar dengan uang sendiri. Ada satu diantara delapan ODHA

yang rutin mengakses layanan tanpa menggunakan JKN, bahkan ada menggunakan layanan klinis swasta yang membayar lebih mahal namun pelayanannya lebih ramah terhadap ODHA waria.

Jenis layanan JKN yang pernah diakses ODHA adalah sebagai berikut. Pertama, tes HIV. Rumah sakit paling banyak dipilih sebagai tempat tes HIV. Masih ada biaya tambahan yang dikeluarkan oleh beberapa ODHA (45%) untuk tes HIV, dengan proporsi terbesar biaya tambahan diatas Rp50 ribu. Kedua, tes Laboratorium. Pada umumnya ODHA (84%) telah melakukan tes laboratorium menggunakan akses layanan BPJS di rumah sakit. Hanya sedikit ODHA (3%) yang dipungut biaya tambahan untuk melakukan tes laboratorium, sebagian besar diatas Rp50 ribu. Ketiga, tes IMS. Ada seperlima dari ODHA melakukan tes IMS melalui akses layanan BPJS. Sebagian besar melakukan tes IMS di puskesmas. Namun, masih ditemukan pungutan biaya tambahan untuk tes IMS di puskesmas, sebagian besar berbiaya kurang dari Rp20 ribu. Keempat, tes CD4/VL. Hampir semua ODHA pernah mengakses tes CD4/VL. Lebih dari separuhnya mengakses dari akses layanan dari JKN. Tes CD4/VL masih dikenakan tambahan biaya pada beberapa ODHA ketika tes di rumah sakit.

Satu dari enam ODHA menyatakan pernah mengalami kendala saat mengakses layanan JKN dan proporsinya meningkat dua kali lipat pada mereka yang enggan pakai JKN. Alur layanan dan alur rujukan adalah isu yang paling banyak dikeluhkan sebagai kendala dalam mengakses layanan JKN. Ini mengindikasikan bahwa banyak ODHA yang tidak memahami prosedur yang berlaku untuk mengakses layanan kesehatan JKN, yang tertuang dalam perpres 82/2018. Namun demikian, walau dengan berbagai kendala dan keterbatasan dari sisi layanan JKN, sebagian besar ODHA tetap mengakses JKN karena ODHA berpendapat program JKN tetap memberikan keuntungan bagi ODHA sebagai peserta JKN. Jenis keuntungan yang paling dirasakan oleh mereka terkait dengan finansial. Pihak rumah sakit dan BPJS telah merespon berbagai persoalan di atas dengan mencari solusi dengan membuat sistem pendaftaran secara online sehingga peserta tidak perlu lagi antri lama hanya untuk pendaftaran saja.

Ada satu dari enam ODHA yang merasakan masih mengalami stigma dan diskriminasi ketika akses layanan kesehatan karena status HIV dan atau status populasi berisiko-nya. Bahkan dari mereka yang mengalami diskriminasi, separuhnya merasakan diskriminasi karena kedua status tersebut. Bentuk diskriminasi yang diterima ODHA diantaranya tidak diajak bicara oleh dokter selama di ruang pemeriksaan tetapi langsung tulis resep, melakukan pemeriksaan dari jauh, atau perilaku dokter berbeda antara ODHA dengan pasien umum, misalkan saat dengan ODHA memakai masker dan sarung tangan. Dari hasil FGD, diketahui pembukaan status HIV-AIDS kepada petugas kesehatan masih pro-kontra dikalangan ODHA. Bagi mereka yang tidak setuju berpendapat pembukaan status HIV-AIDS, justru memicu terjadinya perlakuan diskriminasi oleh petugas kesehatan di layanan kesehatan. Sistem rujukan berjenjang memperbesar peluang terbukanya status HIV-AIDS para ODHA. Namun, bagi mereka yang setuju, status HIV-AIDS diberitahukan ke petugas agar tindakan pengobatan dan pemberian obat dapat lebih tepat dan sesuai dengan penyakitnya.

Pembahasan

Dalam pembahasan ini kami akan membagi menjadi 4 topik, yaitu dari aspek regulasi, aspek layanan, dan aspek kepesertaan, lalu ditutup dengan praktik baik yang diterapkan di layanan. Secara rinci dibahas berikut ini.

Aspek Regulasi

Regulasi telah mulai ditata dan diharmonisasi agar tidak tumpang tindih dan lebih efisien, terutama di tingkat nasional. Paling tidak, jumlah regulasi yang telah diterbitkan oleh pemerintah pusat ada dua undang-undang (SJSN dan BPJS), duabelas peraturan presiden, sepuluh peraturan setingkat menteri dan terakhir, dan empat peraturan pelaksana ⁶. Dengan banyaknya regulasi mulai dari tingkat pusat sampai daerah, maka ada peluang regulasi yang kontradiktif sehingga justru melemahkan program itu sendiri. Bahkan mungkin

ada regulasi yang dapat menimbulkan potensi stigma dan diskriminatif pada kelompok tertentu. Misalkan, UU SJSN mengamankan bahwa semua warganegara Indonesia berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan semua warganegara wajib ikut JKN. Namun demikian, Peraturan Presiden (Perpres) No.82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan mengatur adanya paket manfaat yang tidak dijamin dalam program JKN, misalkan pada pengguna narkoba. Fakta ini mengindikasikan bahwa regulasi yang ada di Indonesia masih memposisikan pengguna narkoba sebagai orang yang melakukan kejahatan.

Peraturan Presiden No.82/2018 menjadi acuan terbaru pelaksanaan JKN. Dalam pasal-pasal yang tertuang dalam regulasi tersebut masih perlu dikritisi karena berpotensi menghambat ODHA mengakses layanan JKN. Pasal yang perlu dikritisi diantaranya aspek kepesertaan, portabilitas, regionalisasi rujukan, pembagian kelas perawatan, dan Jamkesda mandiri. Aspek kepesertaan ada 2 hal, yaitu pendaftaran dan dobel iuran bagi suami-istri yang bekerja sehingga tercatat dua kali kepesertaannya. Aspek portabilitas, adanya pembatasan jumlah layanan pada rawat jalan dan rawat inap menyulitkan bagi ODHA yang bekerja di luar kota. Aspek regionalisasi rujukan menjadi hambatan utama karena kebanyakan ODHA akses ARV di rumah sakit yang tidak berada di daerah domisilinya. Sehingga per tiap 3 bulan harus mengurus surat rujukan baru dengan melalui minimal 3-4 fasyankes dan lama waktu antara 3 sampai 4 hari. Aspek pembagian kelas perawatan bertentangan dengan UU SJSN dan kondisi ini memicu terjadinya diskriminasi layanan, terutama bagi ODHA. Salah seorang peserta FGD mengaku tidak dapat mengakses layanan kelas I yang terdaftar di BPJS, karena berstatus ODHA, pihak rumah sakit bersikukuh menaruh di kelas III.

Skema Jamkesda di 2 daerah penelitian dapat menanggung biaya perawatan dan pengobatan para ODHA yang tidak ditanggung JKN. Dengan kebijakan baru, maka secara tegas dinyatakan bahwa pengelolaan Jamkesda harus diintegrasikan dengan JKN. Pengintegrasian tersebut dipandang perlu oleh pemerintah pusat karena beragamnya karakteristik jamkesda dari sisi kemampuan fiskal

daerah, paket manfaat, manajemen pengelolaan, dan kepesertaan penerimaan bantuan iuran⁷ sehingga diperlukan standarisasi. Padahal Jamkesda biasanya menjadi bagian dari janji politik para kepala daerah untuk membujuk warganya pada saat pemilu. Kondisi tersebut yang menyebabkan program HIV-AIDS ataupun program lain dapat masuk ke dalam Jamkesda, karena bagian dari upaya perlindungan sosial bagi masyarakatnya. Dengan penginterasian ke dalam JKN, maka tidak ada lagi fleksibilitas kepesertaan, karena telah terkunci pada awal tahun saat akan berjalannya JKN. Kondisi tersebut amat berbeda dengan Jamkesda, dimana fleksibilitas kepesertaan terbuka, bisa tercatat kapanpun sepanjang memenuhi persyaratan Jamkesda, misalkan memiliki KTP ataupun adanya surat keterangan tidak mampu dari desa/kelurahan setempat. Fakta di lapangan, masih banyak ditemukan masyarakat yang belum terdaftar JKN terutama pada kelompok masyarakat yang termarginalisasi ataupun masih ada layanan program HIV-AIDS yang belum tercover JKN, seperti program metadon, testing (PMS, CD4, Laboratorium), ataupun pemeriksaan penunjang lain, obat-obatan diluar formularium nasional. Dengan demikian, Jamkesda merupakan komplementer dari program JKN. Mengingat program Jamkesda yang masih berjalan justru memberikan cakupan manfaat dan pembiayaan yang lebih luas dan kemudahan dalam persyaratan kepesertaan, untuk itu penting agar tetap diberikan ruang fleksibilitas bagi daerah dalam kebijakan integrasi jamkesda.

Aspek Layanan

Walaupun sudah memiliki JKN, tetapi ada ODHA yang belum mau akses layanan JKN (5%). Bahkan ada sekitar sepertiga ODHA pernah akses tanpa JKN, karena mereka enggan akses dengan alasan prosedur alur layanan/rujukan yang ribet karena prosedur berjenjang dan waktu tunggu layanan lama. Merujuk pada regulasi yang ada, memang sistem layanan kesehatan dibangun dengan sistem berjenjang dari FKTP sampai ke rumah sakit tipe A. Hal yang harus dipahami, pasien HIV-AIDS harus meminum obat sepanjang hidupnya, untuk itu mekanisme mendapatkan obat ARV sebaiknya tidak mengikuti sistem JKN, karena ARV merupakan obat program. Bagi sebagian ODHA yang bekerja, waktu

amat berharga sehingga mereka lebih memilih membayar dari kantong sendiri/pakai asuransi lain untuk akses obat ARV. Situasi layanan makin ironis, sejak pertengahan tahun 2018, dimana BPJS menerapkan sistem rujukan online. Sistem rujukan online ini bermasalah karena a) fasyankes rujukan terkunci pada rumah sakit tipe C dan D, padahal rumah sakit yang memberikan layanan HIV AIDS umumnya di tipe B & A. Akibatnya ODHA, ketika membuat surat rujukan baru, harus melalui 3-4 fasyankes sehingga perlu waktu dan biaya transportasi lebih lama & banyak; b) sistem rujukan online belum mendukung program nasional/global, sehingga mekanisme rujukan mengikuti prosedur semua penyakit yang berlaku di JKN. Implikasi lebih jauh kebijakan ini, status HIV-ODHA berpeluang terbongkar pada beberapa fasyankes sehingga dikuatirkan terjadi diskriminasi ketika ODHA akses layanan yang tidak terkait dengan kasus HIV-nya. Untuk menghindari ini, ada sebagian ODHA yang lebih memilih untuk membayar dari kantong sendiri dengan akses di layanan umum karena dianggap lebih ramah pada ODHA dan status populasi kuncinya.

Ada dua pendapat di kalangan ODHA yang bersedia mengaku membuka status HIV-AIDS kepada petugas kesehatan. Mereka tidak mau membuka status kepada petugas kesehatan karena khawatir akan mendapat perlakuan diskriminasi di layanan kesehatan. Ada sekitar 16% yang mengaku masih mendapatkan perlakuan diskriminasi di layanan kesehatan. Akibat perlakuan diskriminasi tersebut, maka ODHA cenderung memiliki sikap untuk tidak membuka status HIV atau populasi kunci saat mengakses layanan. Ini merupakan upaya mekanisme pertahanan diri ODHA untuk tetap mempertahankan hak layanan kesehatannya dibandingkan membuka status HIV namun berakibat pada perlakuan diskriminasi. Kondisi ini sekaligus mengindikasikan masih belum adekuatnya pemahaman dan pengetahuan HIV-AIDS di kalangan petugas kesehatan di Indonesia, terutama petugas yang biasanya diluar layanan HIV-AIDS. Di sisi lain, sikap pertahanan diri ODHA untuk tidak membuka status HIV untuk dapat mengakses layanan kesehatan ini mengindikasikan bahwa ODHA telah menyadari hak-hak asasi mereka tentang akses layanan kesehatan tetapi masih khawatir terungkap status HIVnya dan mendapat diskriminasi. Kesadaran akan

hak atas akses layanan kesehatan ini harus terus didukung untuk dapat direalisasikan dalam upaya peningkatan layanan kesehatan yang ramah bagi ODHA. Hal ini pula didukung Rekomendasi ILO 200 pasal 20 menyebutkan bahwa tidak boleh ada diskriminasi terhadap pekerja atau orang yang ditanggungannya berdasarkan status HIV yang nyata atau yang diduga dalam akses ke sistem jaminan sosial dan skema asuransi kerja, atau terkait manfaat lain seperti tunjangan perawatan kesehatan, dll.

Sementara itu bagi ODHA pendukung gerakan membuka status HIV-AIDS ke petugas kesehatan agar petugas kesehatan dapat memahami kondisi penyakitnya. Sehingga pasien mendapatkan hak diagnosis penyakit, tindakan pengobatan, dan pemberian obat-obatan sesuai dengan kondisi penyakitnya, bukan *try and error*, sehingga menyebabkan kondisi kesehatannya semakin memburuk karena tidak tertangani sesuai prosedur seharusnya.

Kualitas layanan yang diterima seringkali juga jauh dari harapan ODHA. Dikarenakan status ODHA-nya, terkadang saat di ruang pemeriksaan tidak mendapatkan kesempatan berkonsultasi karena dokter tidak mengajak bicara lalu menuliskan resep atau ada juga yang langsung membuatkan surat rujukan. Kasus lainnya, ada informan yang tercatat di BPJS kelas I tetapi tidak diberikan hak-nya, hanya boleh di kelas III. Hal tersebut tentu melanggar aturan standar kualitas layanan yang seharusnya diterima seorang pasien. Kondisi tersebut seringkali memicu terjadinya ketidakpuasan di kalangan ODHA ketika akses layanan kesehatan. Ada isu kode etik kedokteran dan peran rumah sakit dalam konteks ini. Ikatan profesi kedokteran dan asosiasi rumah sakit kiranya perlu melakukan tindakan bagi anggotanya yang dianggap melanggar dan perlu dilakukan penguatan dan penyegaran kembali tentang program HIV-AIDS dan layanan yang ramah HIV.

Namun demikian, dari hasil FGD terungkap bahwa telah ada upaya perbaikan kualitas layanan dalam beberapa tahun terakhir ini. Saat ini kondisinya semakin membaik untuk mekanisme pendaftaran ketika akses JKN, terutama di fasyankes di Jakarta. Fasyankes sudah menerapkan sistem online, sehingga prosedur pendaftaran bisa

dipersingkat waktunya. Namun, waktu tunggu layanan masih terjadi karena jumlah yang ingin melakukan pengobatan jauh banyak sehingga pasien menumpuk, walaupun telah ada pembatasan jumlah pasien setiap harinya. Ini mengindikasikan sisi *supply-side* masih kurang. Di sisi lain, masih terjadi diskriminasi layanan oleh pihak fasyankes dengan memisahkan tempat pendaftaran dan tempat pelayanan antara pasien umum dengan pasien JKN. Pasien umum biasanya mendapatkan kondisi tempat yang lebih baik dibandingkan JKN. Walaupun pemerintah telah mengupayakan pengurangan stigma dan diskriminasi pada petugas-petugas layanan kesehatan, kekhawatiran masih terjadinya stigma dan diskriminasi masih terjadi karena tidak ada upaya pemantauan dan pendokumentasian program atas kepastian implementasi layanan yang non stigma dan non diskriminatif di layanan kesehatan. Upaya rekomendasi UNAIDS, yaitu tentang peningkatan layanan yang non diskriminatif melalui tujuh program utama dan Referensi WHO tentang 4 strategi dasar lingkungan kondusif perlu terus ditingkatkan karena skala intervensinya masih terbatas.

Aspek Kepesertaan

Seperti diketahui, pada sekitar tahun 2000, jumlah kasus HIV-AIDS sebagian besar dari kelompok penasun. Sejalan dengan studi ini, kebanyakan responden adalah ODHA yang menganggap dirinya penasun. Saat ini mungkin mereka tidak lagi sebagai penasun, karena rerata umur mereka berkisar 36 tahun. Sebagian besar dari responden berstatus bekerja. Oleh karena itu, mereka memiliki kemampuan secara finansial untuk menjadi peserta BPJS bukan PBI (mandiri), dan secara otomatis didaftarkan oleh pihak perusahaan karena regulasi JKN dari pemerintah bersifat wajib bagi seluruh penduduk. Namun demikian, masih ditemukan ada ODHA yang tidak patuh membayar luran JKN, tetapi jumlahnya tidak besar. Mereka ini masuk kategori pekerja bukan penerima upah (PBPUP) atau bukan pekerja (BP).

Hampir semua ODHA (98%) berada dalam usia produktif (15-49 tahun). Dari mereka tersebut, sekitar 79% berstatus bekerja. Mereka yang bekerja di sektor formal (pegawai negeri dan pegawai swasta) sekitar separuhnya (38%). Mereka yang bekerja di sektor swasta secara regulasi

seharusnya secara otomatis didaftarkan oleh pihak perusahaan ke JKN. Faktanya, hanya tiga per empat dari responden yang berstatus non-PBI JKN. Ini mengindikasikan bahwa pihak perusahaan tidak patuh hukum (pelpres 82/2018, pasal 13). Sesuai amanah pelpres tersebut, pihak Kemenaker perlu melakukan pemeriksaan status JKN para pekerja kepada para pemberi kerja secara rutin (pasal 97). Kondisi ini mungkin karena pihak perusahaan tidak mengetahui regulasi JKN ini ataupun karena pihak perusahaan tidak berkeinginan mendaftarkan pekerjanya. Analogi ini sejalan dengan hasil kajian yang dilakukan ILO (2008), bahwa perusahaan yang tahu regulasi HIV-AIDS dari Kepmenakertras No: 68/2004 dan yang menerapkan program HIV-AIDS di tempat kerja masih sangat sedikit (kurang dari 10%).⁸ Tantangan dari BPJS yang terbesar adalah mengajak kepesertaan dari pekerja informal dan memastikan kepatuhan membayar iuran setiap bulannya. Para pekerja informal ini sangat beragam dan cenderung fragmented sehingga sulit dikoordinasikan, misalkan tukang ojek, sopir angkutan umum, tukang becak, buruh lepas, pedagang, dsb. Diperlukan pendekatan khusus dan dukungan sumberdaya yang besar untuk menggarap kelompok ini. Mereka umumnya tidak memiliki perlindungan sosial, bahkan pendapatan setiap bulannya seringkali tidak pasti sehingga kepatuhan membayar iuran JKN menjadi rendah.

Prasyarat harus memiliki kartu identitas mengakibatkan kelompok waria dan pekerja seks perempuan masih termarginalisasi untuk terlibat program JKN. Dalam peraturan BPJS tersebut pada salah satu syarat bahwa kepesertaan BPJS mewajibkan semua orang terdaftar dalam kartu keluarga (KK). Namun kebijakan ini memberikan dampak terhadap besarnya jumlah iuran per bulan yang harus dibayarkan ke BPJS. Beberapa studi menunjukkan populasi kunci seperti waria atau pekerja seks perempuan banyak yang tidak memiliki identitas diri (KTP), apalagi terdaftar dalam kartu keluarga^{9 10}. Kondisi ini dipicu oleh ketidakterimaan masyarakat dan keluarga terhadap pekerjaan maupun identitas jender, sehingga mereka dipaksa atau terpaksa keluar dari rumah¹¹. Dalam konteks JKN bersifat wajib bagi seluruh warganegara, maka perlu dipikirkan mekanisme yang paling sesuai dengan konteks kelompok masyarakat yang termarginilisasi seperti ini. Untuk itu,

diperlukan fleksibilitas dari regulasi yang ada pada saat implementasi di tingkat lapangan, misalkan cukup dengan surat rekomendasi atau surat keterangan dari pihak yang dapat memberikan jaminan atas mereka, misalkan kepala rukun tetangga (RT)/RW atau kepala desa/kelurahan atau pihak LSM. Praktik baik yang telah dilakukan pimpinan RT/RW di tingkat kampung untuk memberikan rekomendasi melalui PBI telah menunjukkan prinsip Universal Coverage dan Akses Sosial Proteksi untuk semua dari Rekomendasi ILO 202, khususnya dari sisi kepesertaan telah dipraktekkan oleh pimpinan RT/RW untuk tetap dapat memenuhi prasyarat kepesertaan JKN. Rekomendasi perangkat daerah, khususnya ketua RT/RW di kampung setempat penting untuk mempermudah kelengkapan persyaratan dengan merekomendasikan sebagai kelompok miskin untuk dikategorikan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) terutama bagi waria yang dan pekerja seks perempuan yang tidak memiliki kartu identitas /kurang mampu sehingga tetap dapat memiliki kartu JKN dengan jenis PBI.

Praktek Baik di Beberapa Layanan

Dari hasil observasi di lapangan dan hasil FGD, maka ada beberapa hal yang patut diangkat untuk praktek baik yang dapat dibagi di tingkat Layanan atau LSM dan di tingkat daerah. Pertama di tingkat LSM/layanan. Para petugas lapangan LSM telah melakukan penjangkauan dan pendampingan di kelompok ODHA mulai dari pemberian KIE, konseling, testing HIV, akses layanan ke fasyankes (bila sakit), akses obat ARV dan pemeriksaan penunjang lain, serta mencari solusi dan menjembatani pendanaan bagi para ODHA yang membutuhkan, termasuk mendorong para ODHA untuk menjadi peserta JKN. Advokasi kepada pihak daerah agar program HIV-AIDS menjadi bagian dari paket manfaat JKN terus didorong dan dipertahankan. Implikasi dari advokasi LSM, saat ini beberapa pemerintah daerah juga meminta agar program HIV-AIDS menjadi bagian dari paket manfaat JKN secara penuh. Semua peran tersebut dimainkan oleh LSM. Mereka harus siap 24 jam untuk mendukung dan memfasilitasi para ODHA yang membutuhkan layanan. Komitmen dan kesadaran petugas untuk saling menolong dan membantu sesama menjadi kunci keberhasilan.

Kedua, peran pemerintah daerah. Jamkesda yang dikelola oleh pemda selama ini telah banyak mendukung program HIV-AIDS di bidang pengobatan dan perawatan bagi para ODHA, terutama paket manfaat yang tidak ditanggung JKN. Inovasi daerah sangat beragam dalam menyalasi aturan main yang kadangkala berbenturan dengan regulasi yang ada. Namun, komitmen yang kuat dari pimpinan dan pejabat terkait dalam memberikan perlindungan sosial bagi seluruh warganya, dan adanya fleksibilitas kepesertaan menjadi kunci penting program HIV-AIDS menjadi bagian dari paket manfaat jamkesda. Dengan dilarangnya jamkesda dikelola secara mandiri, diperlukan inovasi baru atau ruang gerak yang lebih luas agar fungsi jaminan tersebut masih bisa optimal seperti sebelumnya, yaitu dalam rangka mencapai UHC, sekaligus sebagai bagian dari upaya perlindungan bagi masyarakat yang termarginalisasi dimana mereka sering kali luput terdata sehingga tidak tercatat di dalam JKN.

Kesimpulan dan Saran

Secara garis besar, kesimpulan studi ini merujuk pada tujuan studi, yaitu dari aspek ketentuan hukum, cakupan akses dan manfaat JKN bagi ODHA, dan rekomendasi peningkatan cakupan JKN pada ODHA. Pada aspek hukum JKN telah dilakukan 5 kali revisi, dan versi terakhir adalah perpres No.82/2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Walaupun telah ada upaya perbaikan regulasi, namun masih ada peluang yang menyebabkan hambatan dan diskriminasi pada ODHA untuk mengakses layanan kesehatan. Paling tidak ada 5 hal yang berdampak terhadap ODHA, yaitu isu kepesertaan, portabilitas, rujukan berjenjang, paket manfaat, dan kelas perawatan, serta jamkesda mandiri. Program jamkesda lebih mempunyai fleksibilitas untuk mencakup program HIV-AIDS, tetapi ada variasi antar daerah. Jamkesda bersifat komplementer dengan JKN, sehingga saling melengkapi. Tujuan Jamkesda lebih kepada memberikan perlindungan sosial bagi penduduk di suatu wilayah diluar JKN, sekaligus mempercepat capaian UHC dengan sasaran utama masyarakat yang kurang mampu ataupun masyarakat yang

termarginilisasi. Prosedur yang mudah dan fleksibilitas kepesertaan merupakan keunggulan jamkesda. Merujuk regulasi terbaru maka jamkesda harus diintegrasikan dengan JKN.

Dari profil responden, JKN telah dapat diakses ODHA secara umum khususnya ODHA yang bekerja yang mampu memenuhi persyaratan administrasi dan mampu membayar secara rutin, namun akses JKN masih terbatas pada kelompok terdampak, khususnya waria dan pekerja seks. Belum semua pekerja formal mendapatkan haknya terdaftar sebagai peserta JKN oleh pihak perusahaan. Ini mengindikasikan masih ada perusahaan yang belum menjalankan amanah sesuai regulasi.

Cakupan akses layanan belum optimal dirasakan oleh para ODHA, karena masih banyak kendala dan tantangan. Namun demikian, manfaat yang diterima dan dirasakan oleh ODHA masih jauh lebih besar dibandingkan semua hambatan yang dirasakan, karena adanya perlindungan dari sisi finansial. Para ODHA tidak lagi khawatir akses layanan kesehatan karena ketiadaan biaya, ini merupakan contoh dari pencapaian tujuan UHC. Di sisi lain, saat ini cakupan ketersediaan akses fasyankes belum optimal karena Kemenkes masih terfokus pada penguatan fasyankes di 100 kab/kota. Dengan demikian, masih terjadi ketimpangan akses layanan karena belum semua fasyankes mampu menangani kasus ODHA sehingga ODHA terpaksa harus mendatangi fasyankes tertentu, terutama di rumah sakit tipe B atau A. Dengan sistem layanan rujukan berjenjang, menyebabkan prosedur layanan menjadi lebih rumit, karena harus mengurus ke 3 sampai 4 fasyankes sebelum sampai ke rumah sakit terakhir yang memberikan layanan HIV-AIDS. Diperlukan tambahan waktu 3-4 hari, biaya transportasi, dan tenaga. Kondisi tersebut terjadi karena sistem rujukan online telah mengunci dari FKTP ke rumah sakit tipe C dan D dahulu sebelum ke tipe B atau A dimana layanan HIV tersedia. Ketidacukupan sisi suplai (*provider*), menyebabkan terjadinya penumpukan pasien sehingga waktu layanan menjadi lama. Akibat permasalahan di atas, maka ODHA enggan akses layanan JKN. Mereka yang mampu secara finansial akhirnya lebih memilih layanan umum sehingga harus mengeluarkan biaya dari kantong sendiri.

Di tingkat fasyankes, masih ditemukan petugas kesehatan ataupun manajemen fasyankes yang belum paham HIV-AIDS dan hal ini diakui oleh ODHA yang terlibat studi. Indikasi ini terlihat dari masih kuatnya stigma di kalangan petugas kesehatan (selain di layanan HIV-AIDS) sehingga memicu terjadi diskriminasi layanan yang diterima oleh ODHA ketika di ruang pemeriksaan. Bentuk diskriminasi yang dirasakan oleh 17% ODHA antara lain tidak diajak bicara hanya dituliskan resep, diperiksa dari jauh, langsung di kasih surat rujukan, ataupun memakai alat pelindung diri saat memeriksa ODHA sementara perlakuan pada pasien umum tidak mendapat perlakuan khusus seperti yang dialami pasien ODHA. Agar tidak terjadi diskriminasi lagi, akhirnya ODHA lebih memilih untuk tidak membuka status HIV-AIDS kepada setiap petugas kesehatan. Ini merupakan bagian dari mekanisme mempertahankan dirinya. Namun, ada ODHA yang tidak setuju dengan sikap tidak membuka status ini. Pada ODHA yang lebih siap membuka status, sikap ini dipilih karena khawatir diagnosis dan pengobatan yang diterimanya salah dan justru memperburuk kondisi kesehatannya. Telah ada berbagai upaya perbaikan untuk meningkatkan kualitas program JKN, misalkan pendaftaran peserta di rumah sakit sudah menggunakan sistem *online* sehingga tidak perlu antri lama. Selain itu, telah banyak praktik baik yang dapat ditularkan ke berbagai pihak di tingkat LSM maupun pemerintah daerah. Intinya, dibutuhkan komitmen dan kemauan yang kuat dari para pemimpin dan pengelola program untuk membukakan akses layanan melalui mekanisme dan sistem yang lebih ramah kepada ODHA.

Atas dasar berbagai permasalahan di atas, maka studi ini merekomendasikan:

Aspek Regulasi.

- ♦ Apabila perpres memerlukan waktu yang lama untuk diubah, maka pada peraturan turunan di tingkat teknis (Menteri) yang dibuat agar lebih kondusif untuk semua kelompok masyarakat untuk bisa akses layanan JKN, termasuk ODHA. Misalkan, mekanisme pendaftaran kepesertaan yang mewajibkan NIK, kiranya bisa

fleksibel, cukup ada Lembaga/institusi yang memberikan jaminan keberadaan orang tersebut dan bisa perorangan.

- ♦ Jamkesda memang harus terintegrasi dengan JKN, tetapi daerah agar diberikan keleluasaan untuk memberikan perlindungan social terbaik bagi penduduknya. Oleh karena itu, pemerintah daerah dapat diberikan ruang yang lebih fleksible untuk mengelola sumber daya tambahan bagi penduduk yang termarginalisasi sebagai perwujudan dari janji politik kepala daerah. Dengan demikian, semangat pemberian manfaat yang lebih fleksibel dan memberi manfaat lebih luas dari Jamkesda dari sisi pembiayaan dan fleksibilitas persyaratan dapat terus dipertahankan pada proses integrasi Jamkesda ke JKN.
- ♦ Regulasi yang dapat menciptakan ketidak-adilan ataupun diskriminasi kepada pekerja ataupun ODHA agar dicabut dan diperbaiki. Misalkan, pasangan suami-istri yang bekerja sebaiknya tidak diwajibkan membayar iuran JKN keduanya, tetapi cukup satu saja. Contoh lain, ada paket manfaat yang tidak ditanggung salah satunya, menghapus pengecualian penggunaan narkoba dalam JKN. Sebab pengguna narkoba c.q penasun sangat erat dengan probabilitas tertular penyakit HIV-AIDS.

Aspek Layanan.

- ♦ Pemerintah (Kemenkes dan BPJS) perlu segera menambah sisi suplai (*provider*) untuk mengurangi penumpukan pasien, termasuk fasyankes yang mampu menangani kasus HIV-AIDS perlu segera diperluas.
- ♦ Masih kuatnya dobel diskriminasi karena status HIV dan status populasi kunci pada ODHA di tempat layanan kesehatan, maka perlu edukasi dan penguatan kembali tentang pengetahuan HIV-AIDS di semua petugas kesehatan (tidak hanya di layanan HIV). Dengan demikian, para petugas kesehatan dapat lebih sensitif HIV sehingga layanan yang ramah pada ODHA dan kelompok populasi kunci dapat terus ditingkatkan.

- ♦ Untuk melihat efektifitas hasil intervensi KIE diatas, maka perlu dilakukan pendokumentasian data untuk setiap kasus diskriminasi yang terjadi di fasyankes. Mereka yang terbukti melakukan diskriminasi di ruang pelayanan dapat diberikan sanksi oleh fasyankes ataupun ikatan profesi kedokteran.
- ♦ Sistem rujukan berjenjang yang berlaku saat ini perlu dikecualikan untuk kasus HIV-AIDS dan dibuat mekanisme yang lebih pendek. Sebab pasien HIV-AIDS harus rutin mengakses layanan obat ARV sepanjang hidupnya, selain itu ARV adalah obat program. Untuk itu, Kemenkes dan BPJS perlu melakukan dialog dan memperbaiki sistem rujukan online, agar sistem yang diterapkan dapat mengakomodir program nasional atau global, seperti HIV dan TB.
- ♦ Mereview ulang regulasi portabilitas dan jumlah manfaat (terkait pembatasan jumlah penggunaan), dan segera mengatasi hambatan dari setiap simpul yang terjadi agar prinsip portabilitas dan manfaat dapat berjalan optimal untuk seluruh layanan di seluruh Indonesia.

Aspek Kepesertaan.

- ♦ Belum seluruh pekerja formal terdaftar dalam JKN, ini mengindikasikan belum adanya perlindungan jaminan kesehatan bagi semua pekerja formal. Menindaklanjuti amanah perpres 82/2018, kiranya pihak kemenaker dan BPJS perlu segera melakukan sosialisasi program JKN di kalangan perusahaan dan pengecekan kepada pihak perusahaan secara rutin untuk memastikan seluruh pekerja formal mendapatkan haknya sebagai peserta JKN. Perusahaan yang melanggar perlu diberikan sanksi sesuai regulasi.
- ♦ Mengingat kepedulian perusahaan masih rendah terhadap program HIV dan merujuk pada payung hukum kepmenakertrans No:68/2004, maka Kemenaker perlu mendorong dan memastikan agar setiap perusahaan memiliki program HIV-AIDS

di tempat kerja, terutama memberikan KIE HIV-AIDS termasuk juga sosialisasi program JKN bagi pekerjaanya.

- ♦ Pendaftaran kepesertaan JKN ke BPJS agar tidak harus terhubung dengan NIK, tetapi dapat lebih fleksibel sepanjang ada yang memberikan jaminan atau rekomendasi atas orang tersebut. Sasaran utama mekanisme ini bagi masyarakat yang kurang mampu atau terpinggirkan (waria, pekerja seks perempuan, gelandangan, dsb). Mereka ini juga diperbolehkan mendaftar JKN secara individu, tidak dalam satu kartu keluarga. Mereka yang masuk kategori ini sebaiknya secara otomatis penerima PBI, bagi yang tidak mampu, ataupun dapat masuk melalui mekanisme dari regulasi Kemensos.
- ♦ Prosedur dan rujukan yang dipersepsikan ribet untuk akses JKN oleh peserta JKN termasuk ODHA kiranya perlu diluruskan oleh pihak BPJS dan Kemenkes, bahwa itu merupakan bagian dari prosedur layanan. Namun demikian, upaya perbaikan prosedur yang lebih mampu laksana perlu segera diterapkan. Untuk itu, KIE yang lebih intensif tentang tatacara akses layanan JKN melalui berbagai saluran komunikasi perlu segera disosialisasikan kepada seluruh masyarakat.

Usulan Penelitian Lanjutan.

- ♦ Penelitian ini memfokuskan pada ODHA yang telah memiliki JKN. Gambaran secara utuh seluruh ODHA (termasuk yang tidak mempunyai JKN) belum ada. Padahal informasi tentang profil ODHA tersebut diperlukan, baik dari sisi keinginan, kebutuhan, dan kemampuan finansial untuk bergabung ke JKN, agar dapat mendesaian program intervensi yang lebih konkrit dan dibutuhkan para ODHA. Untuk itu, kajian ini perlu diperluas dan dilanjutkan lagi untuk dapat memperkirakan besaran ODHA yang ingin bergabung dan akses ke layanan ke JKN.
- ♦ Kelompok pekerja informal seringkali luput untuk mendapatkan perlindungan sosial oleh pemerintah karena mereka cenderung

bekerja secara mandiri atau pekerja lepas. Telaah yang lebih mendalam terhadap kelompok ini masih jarang dilakukan di Indonesia. Oleh karena itu, potret yang lebih utuh terhadap kelompok pekerja informal ini diperlukan untuk mengembangkan mekanisme perlindungan sosial yang lebih tepat sasaran.

Catatan Kaki

- [1] U. Giedion, E. Andres, and Y. Diaz, "The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence," 2013.
- [2] DJSN, Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 (Edisi Ringkas). Jakarta: DJSN, 2012.
- [3] BPJS Kesehatan, "Peserta Program JKN," Website BPJS Kesehatan, 2019. .
- [4] Kemenkes, "ODHA Berhak Mendapatkan Jaminan Kesehatan," Kemenkes, 2012. .
- [5] T. P. Ryan, Sample size determination and power. John Wiley & Sons, 2013.
- [6] Kemenkes RI & IAC, Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci. Jakarta, 2016.
- [7] Supriyantoro, Harimat Hendarwan, and Youth Savithri, "STUDI KASUS IMPLEMENTASI PAKET MANFAAT JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA)," Bul. Penelit. Sist. Kesehat., vol. 17, no. 4, pp. 327–336, 2014.
- [8] ILO, "HIV and AIDS Education in the World of Work in Indonesia," Jakarta, 2008.
- [9] M. Maimunah, S. Martini, and A. Aribowo, "Pemberdayaan Waria Seniman Ludruk da Penanggulangan HIV/AIDS," Mozaik Hum., vol. 16, no. 1, pp. 54–69, 2016.
- [10] N. M. S. Nopiyani, P. A. Indrayathi, R. Listyowati, I. K. Suarjana, and P. P. Januraga, "Akses Jaminan Kesehatan Nasional pada Pekerja Seks Perempuan," Kesmas Natl. Public Heal. J., vol. 9, no. 4, pp. 308–314, May 2015.
- [11] A. Dea, D. Singgi, Naila, and R. Zakiah, "Kajian Hukum dan Kebijakan HIV di Indonesia Sebuah Tinjauan terhadap Peraturan Perundang-Undangan dan Implementasinya di Enam Kota/Kabupaten," Jakarta, 2017.