



AKSES LAYANAN
KESEHATAN
PADA ORANG DENGAN
HIV/AIDS (ODHA)
PESERTA JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL
DI DENPASAR, JAKARTA
SELATAN DAN
MAKASSAR



LAPORAN STUDI

Indonesia Aids Coalition (IAC)
Disampaikan ke
International Labour Organization (ILO)

Jakarta, Maret 2019

Copyright © International Labour Organization 2019

Diterbitkan pertama 2019

Publikasi Kantor Perburuhan Internasional memiliki hak cipta berdasarkan Protokol 2 Konvensi Hak Cipta Universal. Namun demikian, potongan pendek darinya boleh direproduksi tanpa izin, dengan syarat sumbernya disebutkan. Untuk hak reproduksi atau terjemahan, permohonan hendaknya diajukan kepada ILO Publications (Rights and Licensing), International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland, atau melalui email: rights@ilo.org. Kantor Perburuhan Internasional menyambut baik permohonan semacam itu.

Perpustakaan, lembaga dan pengguna lain yang terdaftar pada organisasi hak reproduksi diperbolehkan membuat salinan sesuai dengan izin yang diterbitkan untuk mereka untuk tujuan ini. Kunjungi www.ifrro.org untuk mendapatkan hak reproduksi di negara Anda.

Akses Layanan Kesehatan pada ODHA Peserta JKN di Denpasar, Jakarta Selatan dan Makassar

ISBN : 978-92-2-133391-3 (print)

978-92-2-133392-0 (web pdf)

Penyebutan yang dipergunakan di dalam publikasi ILO, yang sesuai dengan praktik Perserikatan Bangsa-Bangsa, dan penyajian materi di dalamnya tidak mengisyaratkan penyampaian pendapat apapun dari pihak Kantor Perburuhan Internasional mengenai status hukum suatu negara, daerah atau wilayah atau otoritasnya, atau mengenai garis perbatasannya.

Tanggung-jawab atas pendapat yang disampaikan di dalam artikel, studi dan kontribusi lain yang bertandatangan semata-mata berada di tangan pengarangnya, dan publikasi bukan merupakan dukungan dari Kantor Perburuhan Internasional terhadap pendapat yang disampaikan di dalamnya.

Penyebutan nama perusahaan dan produk dan proses komersil tidak mengisyaratkan dukungan dari Kantor Perburuhan Internasional, dan tidak disebutkannya suatu perusahaan, produk atau proses komersil tertentu bukan merupakan tanda ketidaksetujuan.

Informasi tentang publikasi dan produk digital ILO bisa didapatkan di: www.ilo.org/publns

Dicetak di Indonesia

Tim Penulis:

Purwa Kurnia Sucahya

Early Dewi Nuriana

Putri Sindi

Tim Pengumpul Data:

Putri Sindi

Hilman Panji Utama

Sabam Manulu

Pengantar UNAIDS

Estimasi kasus HIV di Indonesia pada 2018 mencapai 640.000 orang hidup dengan HIV di mana prevalensi HIV pada usia dewasa (15-49 tahun) sebesar 0,4 persen dan terdapat 46.000 orang yang baru terinfeksi HIV. UNAIDS menargetkan pencapaian pada 2020 dengan upaya 90-90-90, yaitu 90 persen orang dengan HIV/AIDS (ODHA) mengetahui status HIV, 81 persen ODHA mengakses ARV, dan 73 persen ODHA mengalami supresi jumlah virus dalam tubuh. Tantangan saat ini, Indonesia berada dalam situasi di mana 51 persen ODHA di Indonesia mengetahui status HIV, namun baru 17 persen yang mengakses ARV.

UNAIDS mendukung penelitian tentang Akses Layanan Kesehatan ODHA Peserta Jaminan Kesehatan Nasional agar dapat memberikan kontribusi pada peningkatan utilisasi para ODHA dan kelompok kunci terdampak, terutama dalam meningkatkan persentase ODHA dalam mengakses ARV dan persentase ODHA yang mengalami supresi jumlah virus.

Penelitian ini telah menunjukkan pentingnya keberadaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam membantu ODHA memastikan pemenuhan haknya terhadap layanan tersebut. Untuk itu, upaya perbaikan akses dan utilisasi JKN harus terus ditingkatkan agar dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA dan kelompok terdampak. Penelitian ini diharapkan juga dapat berkontribusi pada capaian Cakupan Kesehatan Universal, yaitu memastikan tak ada orang yang tertinggal dengan perhatian diberikan kepada kelompok masyarakat miskin serta kelompok rentan dan terpinggirkan, serta menghilangkan kesulitan keuangan di antara para pengguna layanan perawatan kesehatan.

UNAIDS mengapresiasi kerjasama ILO dan Indonesia Aids Coalition (IAC) dalam penelitian ini dan mendukung keterlibatan organisasi masyarakat sipil dan komunitas ODHA untuk meningkatkan hak-hak dasar perlindungan sosial yang menjadi bagian dari upaya pemenuhan hak-hak kemanusiaan secara umum

Krittayawan Boonto

Direktur UNAIDS di Indonesia

Prakata IAC

Indonesia sedang melakukan akselerasi program penanggulangan AIDS. Tercatat sudah 30 tahun pasca kasus HIV pertama ditemukan di Indonesia dan saat ini infeksi HIV telah berkembang menjadi *chronic manageable disease*, sehingga upaya mengintegrasikan respons program ke dalam sistem kesehatan nasional menjadi penting, termasuk pembiayaannya.

Dana penanggulangan AIDS saat ini sudah banyak dikontribusikan oleh dana domestik, kendati kami mencatat bahwa bagian terbesar dari alokasi ini digunakan untuk memenuhi kebutuhan penyediaan logistik, terutama bagi pembelian harga obat ARV yang harganya jauh lebih mahal di Indonesia dibandingkan negara lain. National AIDS Spending Assesment (NASA) yang dikeluarkan pada 2017, sebagai sebuah instrumen yang memotret proporsi pembelanjaan program penanggulangan AIDS, mengetengahkan data bahwa kontribusi dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap keseluruhan pembelanjaan program penanggulangan AIDS masih tergolong rendah, hanya sekitar 5 persen dari total seluruh pembelanjaan yang tersedia.

Indonesia AIDS Coalition percaya bahwa JKN merupakan sebuah alat yang dapat mengurangi kesenjangan dan mencapai keadilan dalam program kesehatan. Dalam konteks mendukung program penanggulangan AIDS, JKN harus mampu sensitif terhadap kebutuhan dan karakteristik orang dengan HIV (ODHA) dan kelompok terdampak AIDS lainnya. Hal ini demi memastikan prinsip tidak ada seorang pun yang tertinggal (*no one left behind*).

Penelitian ini dimaksudkan untuk mendapatkan pembelajaran dari situasi pemanfaatan JKN guna mendukung layanan HIV di tiga kota besar di Indonesia dengan prevalensi HIV yang tinggi, sehingga dapat memotret penggunaan, hambatan dan kebutuhan program yang berorientasi kepada pasien. IAC berharap, hasil studi ini dapat digunakan sebagai salah satu alat guna menyusun peta jalan yang bisa memandu integrasi program penanggulangan AIDS ke dalam JKN.

Akhir kata, kami mengucapkan apresiasi yang besar kepada ILO dan UNAIDS yang telah mendukung pelaksanaan studi ini. Kami berharap kerjasama ini dapat berlangsung terus dan dapat membawa dampak yang terbaik bagi percepatan pengendalian epidemi AIDS di negara yang kita cintai ini.

Demi Indonesia yang lebih sehat

Aditya Wardhana
Direktur Eksekutif

Pengantar ILO

Perlindungan sosial adalah prioritas strategis dalam respons HIV global karena perannya dalam mendukung dan mengurangi dampak pada masyarakat, rumah tangga dan individu. ILO memperkirakan bahwa 80 persen orang di seluruh dunia tidak memiliki akses ke jaminan sosial yang komprehensif, terutama mereka yang berada dalam perekonomian informal dan daerah pedesaan.

HIV dan AIDS semakin mengurangi sumber daya rumah tangga yang tersedia, mengganggu ketahanan individu, keluarga, masyarakat dan negara. Sistem jaminan sosial dapat bertindak sebagai penstabil sosial dan ekonomi serta membantu menjaga martabat dan pendapatan para pekerja yang terkena dampak HIV dan keluarga mereka seraya di saat yang sama mengurangi kerentanan orang terhadap HIV sehingga dapat berkontribusi pada pencapaian tujuan global program HIV (90- 90-90).

Konferensi Perburuhan Internasional pada 2012 mengadopsi Rekomendasi Landasan Perlindungan Sosial No. 202 yang menegaskan kembali jaminan sosial sebagai hak asasi manusia. Indonesia telah menerapkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), di mana semua warga negara berhak atas asuransi kesehatan (termasuk orang dengan HIV/AIDS (ODHA)). Akses ke layanan kesehatan merupakan hak penduduk dan merupakan target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs), terutama target Cakupan Kesehatan Universal.

Untuk mewujudkan hak ini, jumlah jaringan fasilitas layanan kesehatan bagi orang yang terinfeksi HIV akan diperluas sejalan dengan perluasan jaringan layanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah dan sektor swasta. Perlindungan sosial menjadi langkah yang bermanfaat bagi orang-orang yang paling rentan.

Sebuah studi tentang peningkatan perlindungan sosial di antara orang yang hidup dengan HIV dan populasi kunci terdampak, dilakukan oleh Indonesia Aids Coalition (IAC), telah menunjukkan situasi saat ini bagaimana ODHA dan populasi kunci terdampak dapat mengakses layanan kesehatan untuk perawatan dengan memanfaatkan asuransi kesehatan nasional. Hasil temuan penelitian ini sangat menarik dan diharapkan dapat memberikan masukan serta rekomendasi strategis guna meningkatkan akses layanan kesehatan dan pengobatan HIV/ AIDS serta memenuhi hak cakupan kesehatan universal.

ILO mengucapkan terima kasih kepada IAC dalam mengelola penelitian ini dengan keterlibatan komunitas dukungan ARV di tingkat provinsi dan kabupaten, layanan kesehatan serta mitra terkait lainnya. ILO pun mengucapkan terima kasih kepada UNAIDS atas dukungan berkelanjutan pada peningkatan akses kesehatan bagi ODHA dan populasi kunci terdampak di Indonesia untuk meningkatkan hak atas kesehatan bagi semua warga negara dan mengurangi kematian terkait AIDS

Michiko Miyamoto

Direktur ILO Indonesia dan Timor Leste

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	viii
Daftar Grafik	viii
Daftar Singkatan	ix
Ringkasan Eksekutif	xi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi	3
BAB II. METODE	5
2.1 Desain Studi	5
2.2 Lokasi Studi	5
2.3 Metode Pengumpulan Data	5
2.4 Besar Sampel	6
2.5 Cara Pengambilan Sampel	7
2.6 Strategi Pengumpulan Data	7
2.7 Indikator Studi	8
2.8 Analisis	9
2.9 Persetujuan Penelitian	10
2.10 Keterbatasan Studi	10
BAB III. Regulasi dan tantangan bagi Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) untuk akses JKN	11
3.1 Regulasi terkait ODHA dan JKN	11
3.2 Hambatan ODHA akses JKN terkait regulasi	17
3.3 Peta Layanan program HIV yang ditanggung JKN	19
3.4 Jamkesda Lebih Menerima Program HIV-AIDS	20
3.5 Pengalaman ODHA saat akses JKN di tingkat lapangan	21
BAB IV. Potret Kondisi ODHA Akses JKN	23
4.1 Karakteristik para ODHA	23
4.2 Potret Kepesertaan JKN	25
4.3. Pengalaman ODHA Akses Jaminan Kesehatan Nasional	28
4.4 ODHA mengakses Layanan Tanpa Memanfaatkan JKN	31
4.5 Jenis layanan yang diakses pada JKN	33
4.6 Kendala Akses JKN	36
4.7 Stigma dan Diskriminasi	37

BAB V. PEMBAHASAN	41
4.1 Aspek Regulasi	41
4.2 Aspek layanan	43
4.3 Aspek kepesertaan	46
4.4 Praktek pembelajaran baik di layanan	49
BAB VI. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	51
6.1 Kesimpulan	51
6.2 Rekomendasi	53
Referensi	56
Lampiran Tabel	58

Daftar Grafik

Grafik 1. Proporsi distribusi sampel terpilih di tiap lokasi studi	7
Grafik 2. Jumlah produk perundang-undangan dan kebijakan terkait HIV dan AIDS, 2006-2015	11
Grafik 3. Proporsi Laki-laki terbanyak dibandingkan lainnya	23
Grafik 4. Proporsi mereka yang bekerja di swasta dan wiraswasta paling besar	24
Grafik 5. Proporsi tingkat pengeluaran dan pendapatan per bulan di kalangan ODHA yang disurvei	24
Grafik 6. Proporsi tempat yang paling sering dikunjungi ke fasilitas layanan kesehatan adalah rumah sakit	25
Grafik 7. Status kepesertaan dan keaktifan kartu JKN di lokasi studi	26
Grafik 8. Proporsi kepatuhan membayar iuran JKN di kalangan peserta non PBI/mandiri	27
Grafik 9. Proporsi ODHA mandiri yang terlambat membayar iuran JKN menurut kota	27
Grafik 10. Proporsi yang pernah mengakses layanan JKN dan yang rutin menggunakan layanan tersebut	28
Grafik 11. Proporsi mereka yang pernah mengakses JKN menurut tempat tinggal	30
Grafik 12. Proporsi yang pernah mengakses tanpa JKN dan frekuensi penggunaan tanpa JKN menurut lokasi studi	32
Grafik 13. Tempat tes HIV, tes laboratorium, tempat dan adanya biaya tes	33
Grafik 14. Proporsi mereka yang pernah tes IMS dan CD4/VL	35
Grafik 15. Proporsi yang pernah alami kendala akses JKN dan jenis kendalanya menurut lokasi	37
Grafik 16. Proporsi yang pernah mengalami diskriminasi saat mengakses layanan JKN	39
Grafik 17. Proporsi jenis diskriminasi karena faktor status ODHA dan atau populasi kunci di layanan	39

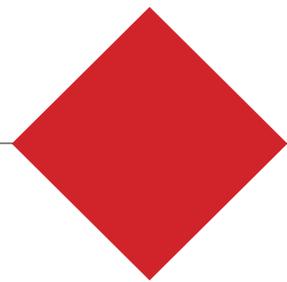
Daftar Tabel

Tabel 1. Distribusi besar sampel per lokasi studi	6
Tabel 2. Isu dan indikator pada instrumen studi	8
Tabel 3. Regulasi yang terkait dengan JKN	12
Tabel 4. Regulasi dari Perpres 82/2018 yang berimplikasi terhadap pekerja dan ODHA	13
Tabel 5. Cakupan program dan mekanisme pembiayaan program HIV di JKN	19

Daftar Istilah

ACS	: ARV Community Support
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome atau Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARV	: Antiretroviral
BPJS	: Badan Pengelola Jaminan Kesehatan
DJSN	: Dewan Jaminan Sosial Nasional
DKT	: Diskusi Kelompok Terpimpin
DPDR	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
Fasyankes	: Fasilitas Pelayanan Kesehatan
FKTL	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
HIV	: Human Immuno Deficiency Virus
IAC	: Indonesia Aids Coalition
ILO	: International Labour Organisation
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IO	: Infeksi Oportunistik
JKBM	: Jaminan Kesehatan Bali Mandara
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
Kemendes	: Kementerian Kesehatan
KIS	: Kartu Indonesia Sehat
KK	: Kartu Keluarga
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
LSL	: Lelaki Suka Lelaki
NIK	: Nomer Induk Kependudukan
NSPK	: Norma, Standar, Prosedur, Kegiatan
ODHA	: Orang dengan HIV AIDS
PBPU	: Peserta Bukan Penerima Upah
Penasun	: Pengguna Jarum Suntik
Permenkes	: Peraturan Kementrian Kesehatan
Perpres	: Peraturan Presiden
PPU	: Peserta Penerima Upah
PSP	: Pekerja Seks Perempuan
RS	: Rumah Sakit
RT/RW	: Rukun Tetangga/Rukun Warga

SE	:	Surat Edaran
SJSN	:	Sistem Jaminan Sosial Nasional
STBP	:	Surveillance Terpadu Biologis & Perilaku
UHC	:	Universal Health Coverage atau Jaminan Kesehatan Semesta
UNAIDS	:	United Nations Programme on HIV and AIDS
UU	:	Undang-undang
VL	:	<i>Viral Load</i>
WHO	:	World Health Organization



Latar Belakang

Salah satu upaya pemerintah untuk menjaga agar jumlah penduduknya tidak jatuh miskin karena sakit akibat ketidakmampuan membayar biaya pengobatan (*catastrophic payment*), adalah dengan meluncurkan 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, sesuai dengan amanat Undang-Undang (UU) No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, 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 persen 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, UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), semua warga negara berhak mendapatkan jaminan kesehatan termasuk orang dengan HIV/ADIS (ODHA). Akses terhadap layanan kesehatan merupakan hak penduduk dan menjadi target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) khususnya target Cakupan Kesehatan Universal (UHC). Untuk mewujudkan hak tersebut, 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 merupakan langkah untuk menangani masyarakat yang paling rentan. Konsep perlindungan sosial lebih luas daripada jaminan sosial (yang umumnya 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. Sebagai tindak lanjut studi ILO 2013-2014 tentang akses dan efek program perlindungan sosial pada pekerja dan rumah tangga yang hidup dengan HIV di kalangan ekonomi formal dan informal, didapatkan bahwa meskipun ada kemajuan signifikan yang dibuat untuk memperbaiki akses layanan kesehatan, tantangan masih dihadapi. 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 peserta JKN terhadap layanan kesehatan di tiga kota, yaitu Jakarta Selatan, Makassar, dan Denpasar.

Tujuan Studi

Penelitian ini bertujuan untuk memahami tingkat akses jaminan kesehatan di antara ODHA yang memiliki kartu BPJS. 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) Mengidentifikasi rekomendasi untuk meningkatkan cakupan jaminan kesehatan pada ODHA.

Metode

Studi ini menggunakan rancangan penelitian *cross sectional*. Sampel diambil secara purposif karena tidak memberikan peluang yang sama pada seluruh populasi ODHA [5], dengan kriteria pemilihan sampel berikut: 1) ODHA yang memiliki kartu BPJS Kesehatan atau telah terdaftar sebagai peserta JKN; 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 memengaruhi ODHA dalam mengakses layanan kesehatan. Berbagai regulasi terkait JKN dan hasil kajian dikumpulkan dari berbagai sumber untuk memperkaya hasil kajian. Lokasi studi dipilih atas dasar dua pertimbangan, yaitu kasus HIV tertinggi dan prioritas daerah program jalur cepat (*fast-track*), yaitu: Jakarta Selatan, Denpasar, dan 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 menggunakan rumus Slovin (1960) di tiap lokasi studi [5], sehingga besar sampel tiap lokasi studi berbeda dengan total sampel sebanyak 258 responden. Cara pengambilan sampel dilakukan di tingkat fasilitas layanan kesehatan, berdasarkan jumlah kunjungan pasien saat itu dan bersedia terlibat studi. Strategi pengumpulan data dilaksanakan dengan melibatkan enumerator yang berasal dari jaringan IAC yang dikenal sebagai *ARV Community Support* (ACS). Sebelum mengambil data, dilakukan pelatihan kepada para pengumpul data terlebih dahulu. Periode pengambilan data dilakukan antara 12 November-30 November 2018.

Wawancara tatap muka dengan para ODHA menggunakan kuesioner terstruktur, yang dikembangkan dengan mengacu kepada lima isu, yaitu: demografi, kepesertaan JKN, akses JKN, kendala-keuntungan JKN, dan stigma dan diskriminasi. Selanjutnya kelima isu tersebut diturunkan menjadi variabel pertanyaan yang merupakan *proxy indicator*. Sedangkan DKT untuk menjawab empat isu, yaitu kondisi ODHA mengakses JKN, hambatan, kebijakan daerah mengatasi hambatan, dan advokasi serta rekomendasi meningkatkan cakupan ODHA.

Kajian kebijakan dilakukan dengan cara membuat analisis konten atas berbagai regulasi yang ada terkait JKN dan melakukan triangulasi dari berbagai sumber data. Data kuantitatif dimasukkan 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 variabel. Arah analisis sesuai dengan isu yang tertera pada kuesioner. Data kualitatif digunakan untuk memperkuat dan memperkaya temuan kuantitatif, dengan terlebih dahulu dibuat verbatim dan matrik analisis berdasarkan isunya. Studi ini sudah mendapatkan izin kaji etik nomor 1439/III/LPPM-PM.10.05/11/2018 dari Universitas Katolik Atmajaya.

Regulasi dan tantangan bagi ODHA untuk akses JKN

Setelah satu dekade sejak 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. Sebagai contoh, regulasi terbaru adalah Peraturan Presiden (Perpres) No. 82/2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), tetapi masih perlu dikritisi dari perpektif pekerja/keluarga, ODHA dan pemerintah daerah. Dari perspektif keluarga, adanya double pembayaran iuran JKN apabila suami-istri bekerja. Dari perspektif ODHA, isu di antaranya tentang kepesertaan yang harus mempunyai NIK, isu portabilitas, kelas perawatan, dan lain sebagainya. Dari sisi pemerintah daerah (Pemda), isu tidak diperkenalkannya lagi Jaminan Kesehatan Daerah (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 ODHA? 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, 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 adalah 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 diagnostik, dan 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. Memang tidak semua Jamkesda memberikan layanan yang sama di seluruh Indonesia.

Potret kondisi ODHA dalam JKN

Karakteristik ODHA yang terpilih dalam sampel kebanyakan laki-laki di semua lokasi studi. Rata-rata responden berumur 36 tahun, dengan kisaran antara 21 tahun sampai 63 tahun. Sementara umur tertua di kelompok pekerja seks perempuan, sedangkan termuda berada di kelompok gay. Sebagian besar ODHA berstatus bekerja, yaitu sebagai pegawai swasta (36 persen), wiraswata (30 persen), pekerja non formal (11 persen), dan pegawai negeri (1 persen). Mereka yang bekerja sebagai pegawai negeri dan pegawai swasta seharusnya telah terdaftar di JKN oleh institusinya. Sementara yang tidak bekerja sebagian besar adalah perempuan. Mereka yang mengaku sebagai penasun paling banyak terpilih dalam studi ini, sedangkan yang terendah waria dan pekerja seks perempuan. Hal yang perlu menjadi catatan, proporsi ODHA peserta JKN yang terpilih pada sampel mencerminkan kondisi hari itu saat di layanan kesehatan pada pengumpulan data, karena bersifat purposif. 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 sehingga dapat dipergunakan mengakses layanan kesehatan di jaringan fasilitas layanan kesehatan 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, hampir 3/4 ODHA berstatus keanggotaan non PBI. Lebih dari separuh ODHA patuh membayar iuran BPJS secara rutin, yang 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 memiliki asuransi selain JKN, terutama di Jakarta

Selatan. Ini mengindikasikan ada double proteksi kesehatan jaminan kesehatan.

Masih ada lima persen dari ODHA yang belum mau mengakses layanan JKN, dengan alasan masih ada klinik yang memberikan layanan gratis, kesulitan dalam mengurus prosedur akses JKN, atau ketidaktahuan cara akses layanan JKN. Sedangkan bagi ODHA yang telah mengakses JKN, ternyata belum terlalu banyak (20 persen) yang mengakses layanan kesehatan secara rutin ke fasilitas layanan kesehatan, minimal satu bulan sekali untuk mendapatkan obat ARV. ODHA yang mengakses layanan memilih lokasi akses layanan yang dekat dengan tempat tinggalnya (84 persen). 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 fasilitas layanan kesehatan di luar alamat tempat tinggalnya, terutama pekerja seks perempuan. Kondisi ini didorong oleh keterbatasan fasilitas layanan kesehatan yang mampu menangani kasusnya, tidak ingin diketahui pihak lain, ataupun karena alasan pekerjaannya.

Sepertiga ODHA pernah mengakses layanan kesehatan tanpa menggunakan JKN dengan berbagai alasan, seperti: waktu tunggu yang lama, tidak sempat mengurus surat rujukan, serta prosedur administrasi yang merepotkan. Kebanyakan dari mereka berasal dari kelompok waria. Adanya beragam kendala yang dihadapi ODHA waria ini, membuat mereka memilih menggunakan sumber pendanaan lain, misalkan dengan membayar sendiri. Ada satu di antara delapan ODHA yang rutin mengakses layanan tanpa menggunakan JKN bahkan ada yang menggunakan layanan klinis swasta yang berbayar 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 persen) untuk tes HIV, dengan proporsi terbesar biaya tambahan di atas Rp 50 ribu. Kedua, tes laboratorium. Pada umumnya ODHA (84 persen) telah melakukan tes laboratorium menggunakan akses layanan BPJS di rumah sakit. Hanya sedikit ODHA (3 persen) yang dipungut biaya tambahan untuk melakukan tes laboratorium, sebagian besar di atas Rp 50 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 Rp 20 ribu. Keempat, tes CD4/VL. Hampir semua ODHA pernah mengakses tes CD4/VL. Lebih dari separuhnya mengakses dari akses layanan dari manfaat 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 menggunakan 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, dengan berbagai kendala dan keterbatasan dari sisi layanan JKN, sebagian besar ODHA tetap mengakses JKN karena ODHA berpendapat program JKN tetap memberikan keuntungan lebih bagi ODHA sebagai peserta JKN. Jenis keuntungan ini yang paling dirasakan oleh mereka terkait dengan finansial. Rumah sakit dan BPJS telah merespons berbagai persoalan di atas dengan mencari solusi dengan membuat sistem pendaftaran secara daring 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. Bahkan dari mereka yang mengalami diskriminasi, separuhnya merasakan diskriminasi karena kedua status tersebut. Bentuk diskriminasi yang diterima ODHA di antaranya 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 DKT

diketahui pembukaan status HIV/AIDS kepada petugas kesehatan masih pro-kontra di kalangan 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.

Diskusi

Pembahasan dibagi menjadi empat 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 UU (SJSN dan BPJS), 12 peraturan presiden, 10 peraturan setingkat menteri dan terakhir, dan empat peraturan pelaksana [6]. Dengan banyaknya regulasi mulai dari tingkat pusat hingga 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 mengamanahkan bahwa semua warga negara Indonesia berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan semua warga negara wajib ikut JKN. Namun demikian, Perpres No.82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan mengatur adanya paket manfaat yang tidak dijamin dalam program JKN, misalnya pada pengguna narkoba. Fakta ini mengindikasikan bahwa regulasi yang ada di Indonesia masih memposisikan pengguna narkoba sebagai orang yang melakukan kejahatan.

Perpres 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 di antaranya aspek kepesertaan, portabilitas, regionalisasi rujukan, pembagian kelas perawatan dan Jamkesda mandiri. Aspek kepesertaan ada dua hal, yaitu pendaftaran dan double 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. Akibatnya setiap tiga bulan harus mengurus surat rujukan baru dengan melalui minimal 3-4 fasilitas layanan kesehatan 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 DKT mengaku tidak dapat mengakses layanan kamar kelas I yang terdaftar di BPJS, karena berstatus ODHA. Pihak rumah sakit bersikukuh menaruh di kamar kelas III.

Skema Jamkesda di dua daerah penelitian dapat menanggung biaya perawatan dan pengobatan para ODHA yang tidak ditanggung JKN. Dengan kebijakan baru, 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 iuran [7] sehingga diperlukan standarisasi. Padahal Jamkesda biasanya menjadi bagian dari janji politik para kepala daerah untuk membujuk warganya 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 pengintegrasian ke dalam JKN, tidak ada lagi fleksibilitas kepesertaan karena telah terkunci pada awal tahun saat akan berjalannya

JKN. Kondisi tersebut sangat berbeda dengan Jamkesda, di mana fleksibilitas kepesertaan terbuka, bisa tercatat kapanpun sepanjang memenuhi persyaratan Jamkesda, misalnya 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 tercakup JKN, seperti program metadon, testing (PMS, CD4, Laboratorium), ataupun pemeriksaan penunjang lain, obat-obatan di luar 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, ada ODHA yang belum bersedia mengakses layanan JKN (5 persen). Bahkan ada sekitar sepertiga ODHA tidak memiliki akses terhadap JKN dengan alasan prosedur alur layanan/ rujukan yang rumit akibat prosedur berjenjang dan waktu tunggu layanan lama. Merujuk pada regulasi yang ada, memang sistem layanan kesehatan dibangun dengan sistem berjenjang dari FKTP hingga 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. Dari hasil lokakarya diketahui ada mekanisme rujuk balik bagi pasien HIV/AIDS yang telah dibangun oleh BPJS, tetapi belum tersosialisasi dan terimplementasi di seluruh fasilitas layanan kesehatan. Informan dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Sulawesi Selatan menyatakan jika pasien lama kasus HIV/AIDS pada fasilitas layanan kesehatan di RS tipe A atau B, maka pengurusan surat rujukan ulangan tidak harus diurus secara berjenjang sesuai mekanisme rujukan JKN tetapi cukup dari fasilitas layanan kesehatan tingkat pertama bisa langsung ke RS yang biasa memberikan layanan HIV/AIDS.

Bagi sebagian ODHA yang bekerja, kebijakan tersebut sangat menguntungkan. Sayangnya kebijakan tersebut belum berlaku di semua lokasi. Karena waktu dianggap sangat berharga bagi mereka yang bekerja sehingga mereka lebih memilih membayar dari kantong sendiri/menggunakan asuransi lain untuk akses obat ARV. Situasi layanan makin ironis, sejak pertengahan tahun 2018, di mana BPJS menerapkan sistem rujukan daring. Sistem rujukan daring ini bermasalah karena a) Fasilitas layanan kesehatan rujukan terkunci pada rumah sakit tipe C dan D, padahal rumah sakit yang memberikan layanan HIV/AIDS umumnya di tipe B dan A. Akibatnya, ketika membuat surat rujukan baru, ODHA harus melalui 3-4 fasilitas layanan kesehatan sehingga perlu waktu dan biaya transportasi lebih lama dan banyak; b) Sistem rujukan daring belum mendukung program nasional/global sehingga mekanisme rujukan mengikuti prosedur semua penyakit yang berlaku di JKN. Implikasi lebih jauh kebijakan ini, status HIV/ODHA menjadi terbuka pada beberapa fasilitas layanan kesehatan sehingga dikhawatirkan terjadi diskriminasi ketika ODHA mengakses layanan yang tidak terkait dengan kasus HIV-nya. Untuk menghindari ini, ada sebagian ODHA yang lebih memilih untuk membayar dari kantong sendiri dengan mempergunakan di layanan umum karena dianggap lebih ramah pada ODHA dan status populasi kuncinya.

Ada dua pendapat di kalangan ODHA tentang pembukaan status HIV/AIDS kepada petugas kesehatan. Pendapat pertama, mereka yang tidak mau membuka status kepada petugas kesehatan karena khawatir akan mendapat perlakuan diskriminasi di layanan kesehatan. Ada sekitar 16 persen yang mengaku masih mendapatkan perlakuan diskriminasi di layanan kesehatan. Akibat perlakuan diskriminasi tersebut, 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, tetapi berakibat pada perlakuan diskriminasi. Kondisi ini sekaligus mengindikasikan masih belum kuatnya pemahaman dan pengetahuan HIV/AIDS di kalangan petugas kesehatan di Indonesia, terutama petugas yang biasanya berada di luar 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 HIV-nya 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 didukung Rekomendasi ILO No. 200 Pasal 20 yang menyebutkan bahwa tidak boleh ada diskriminasi terhadap pekerja atau orang yang ditanggungnya 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, dan sebagainya.

Pendapat kedua, 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 *trial and error*, yang dapat menyebabkan kondisi kesehatannya semakin memburuk karena tidak tertangani sesuai prosedur yang 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 membuat surat rujukan. Kasus lainnya, ada informan yang tercatat di BPJS kelas rawat I tetapi tidak diberikan haknya, 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 atas akses layanan kesehatan. Ada isu kode etik kedokteran dan peran rumah sakit dalam konteks ini. Ikatan profesi kedokteran dan asosiasi rumah sakit 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, hasil DKT mengungkapkan adanya upaya perbaikan kualitas layanan dalam beberapa tahun terakhir ini. Saat ini terlihat adanya perbaikan mekanisme pendaftaran ketika akses JKN, terutama di fasilitas layanan kesehatan di Jakarta. Fasilitas layanan kesehatan sudah menerapkan sistem daring, sehingga prosedur pendaftaran dapat dipersingkat waktunya. Namun, waktu tunggu layanan masih terjadi karena jumlah yang ingin melakukan pengobatan jauh lebih banyak dan mengakibatkan pasien menumpuk, kendati telah ada pembatasan jumlah pasien setiap harinya. Ini mengindikasikan sisi *supply-side* masih kurang. Di sisi lain, masih terjadi diskriminasi layanan oleh fasilitas layanan kesehatan 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 para 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 empat strategi dasar lingkungan kondusif perlu terus ditingkatkan karena skala intervensinya masih terbatas.

Aspek Kepesertaan

Seperti diketahui, pada tahun 2000-an, 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 di rerata umur mereka yang 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 iuran JKN, tetapi jumlahnya tidak besar. Mereka ini masuk kategori pekerja bukan penerima upah (PBPU) atau bukan pekerja (BP).

Hampir semua ODHA (98 persen) berada dalam usia produktif (15-49 tahun). Dari proporsi tersebut, sekitar 79 persen berstatus bekerja. Mereka yang bekerja di sektor formal (pegawai negeri dan pegawai swasta) sekitar separuhnya (38 persen). Mereka yang bekerja di sektor swasta secara regulasi seharusnya secara otomatis didaftarkan oleh pihak perusahaan ke JKN. Faktanya, hanya tiga perempat dari responden yang berstatus non-PBI JKN. Ini mengindikasikan bahwa pihak perusahaan tidak patuh hukum (Perpres 82/2018, Pasal 13). Sesuai amanah Perpres tersebut, pihak Kementerian Ketenagakerjaan (Kemnaker) perlu melakukan pemeriksaan status JKN para pekerja kepada para pemberi kerja secara rutin (Pasal 97). Kondisi ini mungkin terjadi karena pihak perusahaan tidak mengetahui regulasi JKN ini atau karena pihak perusahaan tidak berkeinginan mendaftarkan pekerjanya. Permasalahan tersebut, sejalan dengan hasil kajian yang dilakukan ILO (2008), bahwa perusahaan yang mengetahui regulasi HIV/AIDS dari Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Kepmenakertrans) No. 68/2004 dan yang menerapkan program HIV/AIDS di tempat kerja masih sangat sedikit (kurang dari 10 persen).[8] Di sisi lain, terkait pada kelompok pekerja, tantangan BPJS yang terbesar adalah mengajak kepesertaan dari pekerja informal dan memastikan kepatuhan membayar iuran setiap bulannya. Para pekerja informal ini sangat beragam dan cenderung terbagi sehingga sulit dikoordinasikan, misalnya tukang ojek, sopir angkutan umum, tukang becak, buruh lepas, pedagang dan lain sebagainya. Diperlukan pendekatan khusus dan dukungan sumber daya 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.

Dari hasil DKT diketahui bahwa prasyarat harus memiliki kartu identitas mengakibatkan kelompok waria dan pekerja seks perempuan masih termarginalisasi untuk terlibat program JKN. Dalam peraturan BPJS tersebut salah satu syarat adalah 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 tidak terimanya masyarakat dan keluarga terhadap pekerjaan maupun identitas jender, sehingga mereka dipaksa atau terpaksa keluar dari rumah [11]. Dalam konteks JKN bersifat wajib bagi seluruh warga negara, perlu dipikirkan mekanisme yang paling sesuai dengan konteks kelompok masyarakat yang termarginalisasi seperti ini. Untuk itu, mungkin diperlukan fleksibilitas dari regulasi yang ada saat implementasi di tingkat lapangan, misalnya cukup dengan surat rekomendasi atau surat keterangan dari pihak yang dapat memberikan jaminan atas mereka, seperti ketua rukun tetangga (RT/RW) atau kepala desa/kelurahan atau LSM. Sebagai contoh, praktik baik telah dilakukan pimpinan RT/RW di tingkat desa yang bersedia untuk memberikan surat rekomendasi kepada warganya yang kurang mampu untuk menjadi peserta JKN melalui jalur PBI telah menunjukkan prinsip cakupan universal dan Akses Sosial Proteksi untuk semua, yang sejalan dengan Rekomendasi ILO 202.

Praktik Baik di Beberapa Layanan

Dari hasil observasi di lapangan dan hasil DKT, ada beberapa hal yang patut diangkat untuk praktik 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 informasi dan edukasi, konseling, testing HIV, akses layanan hingga ke fasilitas layanan kesehatan (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 Pemda 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 Pemda. 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 menyiasati 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 termarginilisasi di mana mereka kerap kali luput terdata sehingga tidak tercatat di dalam JKN.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan studi ini merujuk pada tujuan studi, yaitu dari aspek ketentuan hukum, cakupan akses dan manfaat JKN bagi ODHA serta rekomendasi peningkatan cakupan JKN pada ODHA. Pada aspek hukum JKN telah dilakukan lima kali revisi, dan versi terakhir adalah Perpres No.82/2018 tentang JKN. Walaupun telah ada upaya perbaikan regulasi, namun masih ada peluang yang menyebabkan hambatan dan diskriminasi pada ODHA untuk mengakses layanan kesehatan. Paling tidak ada lima 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 di luar 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 untuk 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 yang tidak lagi khawatir akses layanan kesehatan karena ketiadaan biaya, ini merupakan contoh dari pencapaian tujuan UHC. Di sisi lain, saat ini cakupan ketersediaan akses fasilitas layanan kesehatan belum optimal karena Kementerian Kesehatan (Kemenkes) masih terfokus pada penguatan fasilitas layanan kesehatan di 100 kabupaten/kota. Dengan demikian, masih terjadi ketimpangan akses layanan karena belum semua fasilitas layanan kesehatan mampu menangani kasus ODHA sehingga mereka terpaksa harus mendatangi fasilitas layanan kesehatan tertentu, terutama di rumah sakit tipe B atau A. Dengan sistem layanan rujukan berjenjang, menyebabkan prosedur layanan menjadi lebih rumit, karena harus mengurus tiga hingga empat fasilitas layanan kesehatan 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 daring telah mengunci dari FKTP ke rumah sakit tipe C dan D dahulu sebelum ke tipe B atau A di mana layanan HIV tersedia. Ketidacukupan sisi suplai (*provider*), menyebabkan terjadinya antrean pasien sehingga waktu layanan menjadi lama. Akibat permasalahan di atas, ODHA enggan mengakses layanan JKN. Mereka yang mampu secara finansial akhirnya lebih memilih layanan umum sehingga harus mengeluarkan biaya dari kantong sendiri.

Di tingkat fasilitas layanan kesehatan, masih ditemukan petugas kesehatan ataupun manajemen fasilitas layanan kesehatan 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 terjadinya diskriminasi layanan yang diterima oleh ODHA ketika di ruang pemeriksaan. Bentuk diskriminasi yang dirasakan oleh 17 persen ODHA antara lain tidak diajak bicara hanya dituliskan resep, diperiksa dari jauh, langsung dikasih surat rujukan, 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, misalnya pendaftaran peserta di rumah sakit sudah menggunakan sistem daring sehingga tidak perlu antre 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) dibuat agar lebih kondusif untuk semua kelompok masyarakat agar dapat mengakses layanan JKN, termasuk ODHA. Misalnya, mekanisme pendaftaran kepesertaan yang mewajibkan NIK, dapat fleksibel, cukup ada lembaga/institusi yang memberikan jaminan keberadaan orang tersebut dan bisa perorangan.
- Jamkesda memang harus terintegrasi dengan JKN, tetapi daerah sebaiknya diberikan keleluasaan untuk memberikan perlindungan sosial terbaik bagi penduduknya. Oleh karena itu, Pemda dapat diberikan ruang yang lebih fleksibel untuk mengelola sumber daya tambahan (dari sisi manfaat, prasyarat

kepesertaan, dan pembiayaan) bagi penduduk yang termarginalisasi sebagai perwujudan dari janji politik kepala daerah. Dengan demikian, semangat perlindungan sosial ini dapat terus dipertahankan pada proses integrasi Jamkesda ke JKN.

- Regulasi yang dapat menciptakan ketidakadilan ataupun diskriminasi kepada pekerja ataupun ODHA agar dicabut dan diperbaiki. Misalnya, pasangan suami-istri yang bekerja sebaiknya keduanya tidak diwajibkan membayar iuran JKN, tetapi cukup satu saja. Contoh lain, ada paket manfaat yang tidak ditanggung salah satunya, menghapus pengecualian penggunaan narkoba dalam JKN. Sebab pengguna narkoba dan 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 memperluas fasilitas layanan kesehatan yang mampu menangani kasus HIV/AIDS.
- Mendorong dan mengadvokasi kepada Kemenkes agar melakukan percepatan penguatan dan perluasan layanan HIV (terutama akses ART dan pemberian VL) di layanan primer (puskesmas), rumah sakit tipe C dan D untuk mengurangi rujukan ke rumah sakit tipe B dan A.
- Pemanfaatan layanan JKN untuk 90-90-90 perlu ditingkatkan, sebagai *exit strategy* mengantisipasi berkurangnya atau berhentinya dukungan hibah dari luar negeri.
- Dengan masih kuatnya dobel diskriminasi karena status HIV dan status populasi kunci pada ODHA di tempat layanan kesehatan, perlu adanya 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.
- Pihak Kemenkes dan BPJS Kesehatan perlu melakukan pengurangan upaya diskriminasi di kalangan petugas kesehatan. Upaya tersebut dapat dilakukan melalui pertemuan dan lokakarya, serta memasukkan dalam kurikulum di sekolah kedokteran/ kesehatan.
- Perlu ditingkatkan efektifitas dan frekuensi komunikasi informasi dan advokasi tentang stigma dan diskriminasi antara Kemenkes, LSM pendukung ODHA (IAC, Spiritia), dengan fasilitas layanan kesehatan.
- Mekanisme rujukan berjenjang perlu disosialisasikan oleh BPJS dan Kemenkes, misal Dinkes, kepada seluruh fasilitas layanan kesehatan agar tercipta kesamaan standar implementasinya di seluruh Indonesia. Berdasarkan hasil lokakarya studi ini diketahui, untuk program HIV/AIDS, sistem rujukan yang berlaku bila telah mengakses pada rumah sakit tipe A dan B (pasien lama) maka proses pengurusan rujukan ulang tidak harus dilakukan secara berjenjang, tetapi bisa langsung dari layanan tingkat pertama ke rumah sakit tipe A dan B, kecuali bagi pasien baru.
- Mengkaji 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 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, pihak Kemnaker, serikat pekerja, dan BPJS perlu segera melakukan sosialisasi program JKN di kalangan

perusahaan serta melakukan pengecekan kepada pihak perusahaan secara rutin untuk memastikan seluruh pekerja formal mendapatkan hak-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 Kemnaker dan serikat pekerja perlu mendorong dan memastikan agar setiap perusahaan memiliki program HIV/AIDS di tempat kerja, terutama memberikan informasi dan edukasi HIV/AIDS, termasuk juga sosialisasi program JKN bagi pekerjanya.
- Patuh pada aturan main yang berlaku di program JKN wajib dilaksanakan oleh seluruh warga negara Indonesia, tanpa ada pengecualian. Untuk itu, semua pihak (Kemenkes, Dinkes, LSM) perlu mendorong dan memperkuat para populasi kunci agar wajib memiliki NIK dan KTP. Pertama sebagai wujud dari tanggungjawab sebagai warganegara Indonesia yang baik; Kedua, agar bisa mendaftar dan tercatat sebagai peserta BPJS Kesehatan; Ketiga, mempermudah dalam berbagai urusan administrasi layanan kependudukan ataupun akses ke program perlindungan sosial lainnya. Untuk itu, sosialisasi dan komunikasi yang intens agar mengurus NIK dan KTP perlu dilakukan kepada para populasi kunci oleh Kemenkes, BPJS, dan LSM.
- Prosedur dan rujukan yang dinilai rumit untuk akses JKN oleh peserta JKN termasuk ODHA perlu diluruskan oleh pihak BPJS dan Kemenkes, bahwa itu merupakan bagian dari prosedur layanan. Namun demikian, upaya perbaikan prosedur yang lebih mampu melaksanakan perlu segera diterapkan. Untuk itu, informasi dan edukasi yang lebih intensif tentang tata cara 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 merancang program intervensi yang lebih konkrit yang dibutuhkan ODHA. Untuk itu, kajian ini perlu diperluas dan dilanjutkan lagi agar dapat memperkirakan besaran ODHA yang ingin bergabung dan akses ke layanan JKN, serta alasan ODHA yang belum dapat layanan dan atau tidak ingin bergabung 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.
- Dalam upaya percepatan strategi menuju pencapaian 90-90-90, maka perlu dilakukan kajian mengapa ODHA/populasi kunci mengalami kesulitan untuk dites, diobati dan diperiksa. Sekaligus mencari strategi untuk meningkatkan pemanfaatan JKN untuk 90-90-90 sebagai *exit strategy* guna mengantisipasi berkurangnya atau berhentinya dukungan hibah dari luar negeri.

1.1 Latar Belakang

Indonesia telah mengalami peningkatan dari sisi ekonomi yang cukup cepat setelah ditimpa krisis keuangan Asia pada tahun 1997-1998. Pertumbuhan ekonomi Indonesia relatif kuat dengan kisaran 5,5 persen per tahun sejak tahun 2000. Sementara itu, tingkat kemiskinan yang terjadi juga semakin mengecil [12]. Jika pada tahun 1970, tingkat kemiskinan mencapai 60 persen dari total populasi penduduk, maka di tahun 2018 hanya sekitar 9,82 persen [13]. Walaupun cukup berhasil mengurangi tingkat kemiskinan, namun terjadi ketimpangan pendapatan dan tingkat informalitas di pasar tenaga kerja. Pada kelompok 40 persen populasi terbawah tingkat pertumbuhan rata-rata konsumsi riil per kapita hanya 1-2 persen per tahun selama periode 2003-2010. Sebaliknya, 20 persen teratas meningkatkan konsumsi mereka sebesar 5-6 persen per tahun. Kondisi ini menghasilkan ketimpangan pendapatan yang dramatis, bahkan ketimpangan yang terbesar di antara kawasan negara di Asia Timur dan Pasifik. Dengan menurunnya tingkat kemiskinan, menunjukkan bagian yang tumbuh dari sektor informal yang tidak miskin dalam populasi [12].

Salah satu upaya pemerintah untuk menjaga agar jumlah penduduknya tidak jatuh miskin karena sakit akibat ketidakmampuan membayar biaya pengobatan (*catastrophic payment*), sejak tahun 1997 telah diluncurkan program jaminan kesehatan dengan skala kecil untuk merespons dampak krisis ekonomi. Semakin lama program tersebut semakin diperluas. Hal ini misalnya sejak tahun 2004 dibuat program asuransi kesehatan nasional bagi masyarakat miskin yang dikenal sebagai Askeskin, yang kemudian dimodifikasi dan diganti namanya menjadi Jamkesmas. Program ini semakin berkembang, tidak hanya melibatkan peran pemerintah pusat, tetapi juga melibatkan pemerintah daerah baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, yang dikenal dengan nama Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Selain itu, berkembang pula asuransi berbasis masyarakat, asuransi kesehatan swasta, dan skema lokal untuk orang miskin yang beroperasi secara mandiri [13]. Sayangnya program jaminan kesehatan tersebut bervariasi antar daerah, baik dari aspek paket manfaat, aspek kepesertaan dan cara pengelolaannya.

Meskipun telah ada kemajuan yang signifikan dalam perluasan asuransi perlindungan sosial di banyak bagian dunia, pemenuhan hak manusia atas jaminan sosial belum menjadi kenyataan bagi mayoritas populasi dunia. Dalam laporan ILO (2017) disebutkan, hanya 45 persen dari populasi global yang dilindungi secara efektif oleh satu manfaat perlindungan sosial, sedangkan sisanya 55 persen (sekitar 4 miliar orang) tidak terlindungi. Namun, hanya 29 persen dari total populasi global yang dilindungi oleh asuransi sosial yang komprehensif yang mencakup berbagai manfaat, dari tunjangan anak dan keluarga hingga pensiun hari tua. Namun mayoritas paling besar (71 persen, atau 5,2 miliar orang) tidak, atau hanya sebagian, yang dilindungi [14].

Konferensi Perbutuhan Internasional, pada tahun 2012 mengadopsi Rekomendasi Landasan Perlindungan Sosial No. 202 yang menegaskan kembali mengenai jaminan sosial sebagai hak asasi manusia.

Rekomendasi ini memberikan panduan untuk membantu negara-negara menetapkan atau memperbarui program jaminan sosial mereka guna mencegah atau mengurangi kemiskinan, ketidaksetaraan, pengucilan sosial dan ketidakamanan sosial. Negara harus memberikan jaminan sosial mendasar kepada semua penduduk dan anak-anak, termasuk orang yang hidup dengan HIV dan populasi kunci yang rentan, sebagaimana didefinisikan oleh undang-undang dan peraturan nasional.

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 institusi yang dikelola oleh BPJS, selaku *single payer*. Lembaga yang masih ada waktu itu, hanya Jamkesda dan diberi tenggat waktu hingga akhir tahun 2016 untuk terintegrasi ke dalam sistem JKN [2]. Program JKN merupakan asuransi kesehatan sosial yang mewajibkan seluruh penduduk menjadi peserta program, dengan target sekitar 95 persen penduduk Indonesia telah tercakup program ini di tahun 2019 [2]. Saat ini, Indonesia membuat langkah penting menuju pencapaian Cakupan Kesehatan Universal (UHC) dalam hal cakupan populasi. Pada Februari 2019, hampir 217,5 juta orang atau sekitar 81 persen populasi, telah ditanggung oleh JKN [3]. Namun demikian, Indonesia menghadapi tantangan utama untuk memenuhi target cakupan populasi 2019 serta dimensi UHC lain yang bisa dibilang lebih penting, termasuk cakupan layanan dan perlindungan finansial serta beban penyakit [12] [15].

Merujuk pada regulasi yang berlaku, UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa semua warga negara berhak mendapatkan jaminan kesehatan, termasuk ODHA. Dalam undang-undang diamanatkan bahwa jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Pasal 1). Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Pasal 19 Ayat 2). Selain itu, peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar pemerintah (Pasal 20 Ayat 1). ODHA adalah bagian dari masyarakat yang berhak mendapatkan manfaat jaminan kesehatan sesuai SJSN, namun demikian tiada hak tanpa kewajiban dan tanggungjawab. Oleh karena itu, seperti tercantum dalam UU No. 36 Tahun 2009 Pasal 11 tentang Kesehatan, setiap orang berkewajiban berperilaku hidup sehat untuk mewujudkan, mempertahankan, dan memajukan kesehatan yang setinggi-tingginya. Dalam rangka mewujudkan hak tersebut, maka jaringan fasilitas pelayanan kesehatan untuk orang yang terinfeksi HIV akan semakin meluas sejalan dengan meluasnya jaringan pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah maupun swasta [4].

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, akan tetap ada tantangan. Oleh karena itu, studi ini merekomendasikan pendekatan terkoordinasi untuk memastikan inklusi ODHA dalam skema perlindungan sosial nasional yang baru, khususnya pada hal berikut:

- (1) Menetapkan payung hukum tentang penyediaan perlindungan sosial untuk ODHA di bawah BPJS I dan II sebagai bagian dari UU SJSN untuk mengurangi hambatan akses sehingga memastikan cakupan universal.
- (2) Meningkatkan kesadaran perlindungan sosial ODHA dan populasi kunci untuk memfasilitasi akses mereka.
- (3) Meningkatkan kemitraan kolaboratif melalui identifikasi, penghargaan, dan promosi mengenai praktik yang baik, termasuk praktik yang sensitif terhadap HIV.

Ketika Indonesia mulai menerapkan skema perlindungan sosial yang baru mulai Januari 2014 sebagai bagian dari pengembangan dasar perlindungan sosial nasional, pemerintah menargetkan semua warga

negara untuk dimasukkan dalam skema nasional, termasuk ODHA dan populasi kunci lainnya. Ada berbagai praktik baik yang dialami oleh ODHA di provinsi/kabupaten, komunitas, atau lembaga tertentu yang dapat mengakses manfaat skema nasional, namun persentasenya masih rendah setelah dibandingkan dengan jumlah ODHA di tingkat nasional. Mendukung cakupan skema baru ini untuk semua, ILO bekerja dengan Indonesia AIDS Coalition (IAC) melakukan kajian tentang akses BPJS terhadap ODHA di tiga kota, yaitu Jakarta Selatan, Makassar, dan Denpasar.

1.2 Tujuan Studi

Penelitian ini bertujuan untuk memahami tingkat cakupan akses jaminan sosial di antara ODHA yang memiliki kartu BPJS. Secara khusus tujuan yang ingin dicapai adalah:

1. Mengidentifikasi ketentuan hukum dan penerapannya yang mungkin menyebabkan diskriminasi terhadap ODHA.
2. Menilai sejauh mana ODHA dapat mengakses dan memanfaatkan skema jaminan sosial (cakupan kesehatan universal).
3. Identifikasi rekomendasi untuk meningkatkan cakupan jaminan sosial pada ODHA.

2.1 Desain Studi

Desain studi ini menggunakan metode *purposive sampling* dan kajian kebijakan. *Purposive sampling* adalah salah satu teknik sampling *non-random sampling* di mana peneliti menentukan pengambilan sampel dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian. Metode *purposive sampling* dipilih karena tidak memberikan peluang sama pada seluruh populasi ODHA [5]. Pembatasan populasi ODHA diperlukan melalui kriteria tertentu sesuai dengan tujuan penelitian ini. Kriteria pemilihan sampel adalah: 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 memengaruhi ODHA dalam mengakses layanan kesehatan. Berbagai regulasi terkait JKN dan hasil kajian dikumpulkan dari berbagai sumber untuk memperkaya hasil kajian ini.

2.2 Lokasi Studi

Pemilihan lokasi studi berdasarkan angka Laporan Kasus Triwulan HIV Kemenkes untuk triwulan I Tahun 2017. Sepuluh provinsi yang paling tinggi melaporkan kasus HIV adalah Jawa Timur, Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Papua, Bali, Sumatera Utara, Sulawesi Selatan, Banten dan Kalimantan Timur. Sementara itu, Kemenkes menerapkan program jalur cepat (*fast track*) dari program global penanggulangan HIV pada 23 area prioritas.

Atas dasar dua pertimbangan di atas, yaitu kasus HIV tertinggi dan prioritas daerah program *fast track*, maka tim peneliti memilih tiga lokasi studi pengumpulan data, yaitu: Jakarta Selatan, Denpasar dan Makasar.

2.3 Metode Pengumpulan Data

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 di tempat layanan kesehatan, ketika ODHA mengakses layanan kesehatan. Tujuannya untuk mendapatkan besaran permasalahan yang terjadi terkait akses layanan kesehatan terkait program JKN. Kedua, diskusi kelompok terarah (DKT) pada perwakilan responden yang memenuhi kriteria, di antaranya ODHA yang tercatat sebagai peserta BPJS dan ODHA yang bukan peserta BPJS. Tujuannya untuk mendapatkan klarifikasi dan pendalaman isu yang tidak diperoleh dari wawancara terstruktur.

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. Sebagai dasar pijakan regulasi maka yang menjadi acuan utama adalah: a) UU 40/2004; b) UU 24/2011; c) Perpres 82/2018; dan Permenkes 28/2014.

2.4 Besar Sampel

Dalam rangka memenuhi kebutuhan besaran minimal sampel yang dijadikan subyek penelitian, maka diterapkan rumus Slovin (1960) di tiap lokasi studi [5]. Dengan demikian, besaran sampel ODHA dari tiap lokasi studi berbeda yang dipengaruhi besaran populasi ODHA di wilayah tersebut. Secara umum, formula perhitungannya sebagai berikut:

$$n = N / (1 + N e^2)$$

Keterangan:

N : Jumlah Estimasi Populasi ODHA di lokasi penelitian

e : tingkat kesalahan yang dapat ditolerir (α : 10%)

n : Jumlah sampel

Berdasarkan perhitungan rumus di atas dengan tingkat kesalahan 10 persen, jumlah sampel yang dibutuhkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi besar sampel per lokasi studi

Lokasi Studi	N (HIV positif) *	e	Besar sampel
Jakarta Selatan	463	10%	84
Denpasar	527	10%	84
Makasar	934	10%	90
Total			258

*) data diambil dari Kemenkes Proposal Global Fund 2018-2020, tidak dipublikasikan.

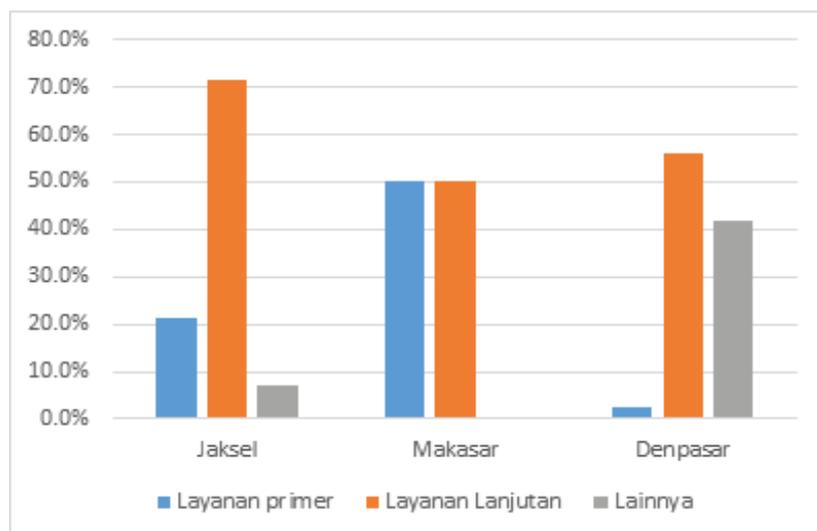
Berdasarkan tabel di atas terlihat perkiraan jumlah populasi studi dalam hal ini adalah jumlah populasi HIV berkisar antara 463 orang sampai 934 orang. Dengan tingkat kesalahan yang dapat ditolerir sebesar 10 persen. Maka total jumlah sampel yang diambil minimal sebanyak 258 orang yang tersebar di tiga kota, dengan kisaran antara 84 sampai 90 orang per lokasi studi.

2.5 Cara Pengambilan Sampel

Dari jumlah sampel yang sudah ditentukan di setiap lokasi studi, cara pengambilan sampel yang dilakukan melalui tahapan yang dilakukan sebagai berikut:

- Data dikumpulkan dari fasilitas layanan di tingkat puskesmas, klinik dan rumah sakit. Jenis layanan yang dipilih disesuaikan dengan kondisi masing-masing daerah, di mana petugas ACS biasa melakukan tugasnya.
- Responden terpilih adalah mereka yang sedang mencari layanan ke fasilitas tersebut pada hari saat survei.
- Mereka yang datang ke layanan akan ditanyakan kesediaan terlibat dalam studi, jika bersedia maka akan langsung diwawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Bila telah selesai wawancara, maka enumerator akan mencari responden berikutnya yang masih ada di fasilitas kesehatan tersebut.
- Proses perizinan dan kesediaan akan ditanyakan terlebih dahulu ke setiap responden yang baru. Enumerator akan selesai melakukan tugas wawancara pada hari itu, bila jumlah pasien yang datang ke fasilitas layanan telah tidak ada lagi pada hari itu.

Grafik 1. Isu dan indikator pada instrumen studi



Jumlah seluruh sampel studi ada sebanyak 258 orang yang tersebar di tiga kota. Jakarta Selatan dan Denpasar masing-masing dipilih sebanyak 84 orang, sedangkan Makasar 90 orang. Lebih dari separuh responden diambil di layanan tingkat lanjut atau rumah sakit. Di Jakarta Selatan dan Denpasar paling banyak sampel diambil dari rumah sakit, sementara di Makasar relatif berimbang antara rumah sakit dan puskesmas. Di Denpasar, yang juga banyak dipilih menjadi responden berasal dari layanan klinik.

2.6 Strategi Pengumpulan Data

Strategi pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini dilakukan adalah sebagai berikut:

- (1) Indonesia AIDS Coalition (IAC) memiliki *ARV Community Support (ACS)* di 23 distrik yang bertugas memantau ketersediaan obat ARV di layanan. Ketiga lokasi studi ini termasuk ke dalam intervensi ACS, sehingga dalam studi menggunakan petugas ACS sebagai enumerator untuk pengumpulan data.

- (2) ACS dipilih sebagai enumerator karena memiliki koneksi dengan layanan rujukan ARV di ketiga lokasi studi agar lebih mudah untuk akses para ODHA di tingkat layanan. Ada tiga orang yang terlibat menjadi enumerator.
- (3) Sebelum mereka mengambil data, maka dilakukan penyamaan persepsi dan pengetahuan terkait studi yang dilaksanakan. Oleh karena itu, dilakukan pelatihan selama dua hari untuk membahas metodologi dan kuesioner studi di Yogyakarta pada awal November 2018.
- (4) Periode pengambilan oleh para enumerator dilaksanakan pada rentang waktu 12 November-30 November 2018. Petugas tiba terlebih dahulu di fasilitas pelayanan kesehatan, menunggu ODHA yang akses layanan kesehatan dan meminta kesediaan waktunya untuk terlibat dalam studi ini.

2.7 Indikator Studi

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 dan diskriminasi. Selanjutnya kelima isu tersebut diturunkan menjadi variabel pertanyaan yang merupakan *proxy indicator*. Secara ringkas dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2. Isu dan indikator pada instrumen studi

Topik/isu	Indikator
Demografi	Jenis kelamin Rata-rata umur Jenis pekerjaan Tingkat pendapatan dan pengeluaran Kategori populasi kunci
Kepesertaan JKN	Memiliki jaminan kesehatan dan lama kepesertaan Status kepesertaan JKN Kepatuhan membayar iuran JKN Kartu JKN dapat digunakan saat ini
Akses JKN	Pernah menggunakan JKN Frekuensi penggunaan JKN Tempat mengakses JKN Akses layanan tanpa menggunakan JKN Tempat tes HIV dan diminta membayar Tes laboratorium dasar dan diminta membayar, apa pakai JKN Tes IMS dan diminta membayar Tes CD4 dan diminta membayar, apa pakai JKN
Kendala-Keuntungan JKN	JKN saat ini memenuhi kebutuhan ODHA Ada kendala akses layanan HIV pakai JKN JKN memberikan keuntungan bagi ODHA Ada asuransi diluar JKN
Stigma dan Diskriminasi	Pernah mengalami diskriminasi terkait status HIV ketika memakai akses layanan dengan JKN

Sedangkan isu yang digali pada diskusi kelompok terpimpin lebih banyak untuk menjawab pertanyaan berikut ini:

1. Bagaimana kondisi terkini terkait akses BPJS bagi ODHA?
2. Apa yang menjadi hambatan dalam mengakses BPJS bagi ODHA?
3. Apakah terdapat kebijakan lokal untuk dapat membantu permasalahan akses BPJS bagi ODHA di masing-masing wilayah?
4. Apakah telah terdapat upaya konkret berupa advokasi dan rekomendasi guna meningkatkan cakupan akses BPJS bagi ODHA, dengan merujuk kepada ketentuan hukum yang telah tersedia?

2.8 Analisis

Kajian kebijakan dilakukan dengan cara membuat analisis konten atas berbagai regulasi yang ada terkait JKN. Untuk memudahkan dalam melakukan kompilasi dan pengorganisasian data yang ditemukan dari berbagai sumber, seperti artikel, buku, jurnal, dan lain sebagainya, maka digunakan aplikasi program Mendeley. Aplikasi tersebut sangat membantu ketika membuat sitasi dari hasil kajian yang ditemukan.

Pada data kuantitatif, semua kuesioner yang telah terkumpul lalu dimasukkan datanya dengan menggunakan program Microsoft Excel, namun saat analisis data dibantu dengan menggunakan program SPSS versi 20. Sebelum dilakukan analisis, dilakukan pembersihan data dengan melihat data-data yang dianggap aneh atau *outlier*. Caranya dengan melakukan distribusi frekuensi dan atau tabulasi silang. Saat analisis data juga dengan membuat tabulasi silang antara variabel lokasi studi dan populasi berisiko dengan seluruh variabel yang ada pada kuesioner. Selanjutnya, bila diperlukan dilakukan pengecekan data yang lebih mendalam maka dibuat tabulasi silang yang baru dengan variabel lain yang saling terkait. Arah analisis sesuai dengan isu yang telah tertera pada kuesioner.

Sementara itu, proses DKT direkam secara audio. Selanjutnya, hasil rekaman tersebut dibuat verbatim, lalu dibuat matrik sesuai dengan isu/tema. Hasil matrik dari verbatim dari DKT dipergunakan untuk memperkuat hasil temuan studi kuantitatif. Analisis triangulasi juga dilakukan saat melakukan pembahasan. Berbagai sumber data dikumpulkan dan dianalisis sehingga bisa ditarik benang merahnya.

2.9 Persetujuan Penelitian

Studi ini sudah mendapatkan izin kaji etik nomor 1439/III/LPPM-PM.10.05/11/2018 dari Universitas Katolik Atmajaya, sebelum pengumpulan data untuk memastikan tidak ada hak yang dilanggar selama keseluruhan proses studi.

2.10 Keterbatasan Studi

Studi ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu:

- Pemilihan responden tidak secara acak (*non-probability sampling*), sehingga temuan studi ini tidak bisa digeneralisir ke tingkat populasi.
- Pintu masuk ke responden melalui petugas ACS. Ada kemungkinan terjadi bias dari petugas saat proses

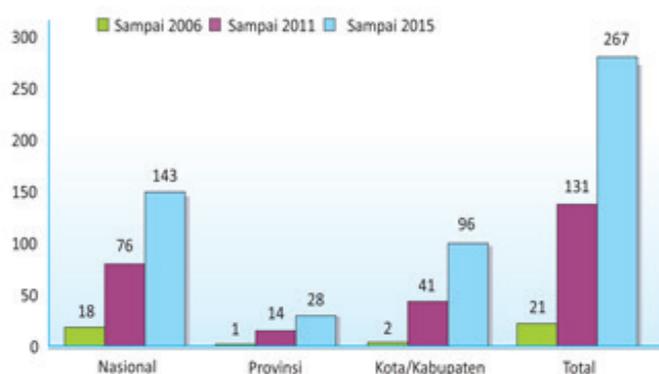
pengumpulan data, misalnya kedekatan enumerator dengan tempat biasanya bekerja, kedekatan dengan lingkungan teman-temannya, serta adanya kemudahan masuk dari institusi saat menangkap responden.

Regulasi dan tantangan bagi ODHA untuk akses JKN

3.1 Regulasi terkait ODHA dan JKN

Setelah satu dekade dari terbitnya payung hukum JKN pertama, akhirnya program Jaminan Kesehatan Nasional secara resmi diluncurkan pada 1 Januari 2014. Dengan diterbitkannya UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan tonggak sejarah untuk dapat berkembangnya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Diperlukan waktu satu dekade untuk bisa mewujudkan program JKN menjadi seperti sekarang ini. Ada banyak tantangan dan kepentingan dari masing-masing pihak. Namun, pada akhirnya mulai 1 Januari 2014, program ini secara resmi diluncurkan oleh pemerintah dengan berbagai keterbatasan dan kendala di sana-sini. Jalan menuju upaya cakupan kesehatan universal bagi seluruh masyarakat Indonesia telah ditetapkan dengan merujuk pada indikator yang tertuang di dalam peta jalan JKN [2]. Walaupun hingga saat ini, masih banyak target indikator dalam peta jalan JKN yang belum bisa dipenuhi [16].

Grafik 2. Jumlah produk perundang-undangan dan kebijakan terkait HIV dan AIDS, 2006-2015



Produk peraturan regulasi telah banyak diterbitkan agar program JKN dapat berjalan optimal terutama oleh pemerintah pusat. Telah banyak regulasi dibuat dan diterbitkan, dengan jumlah terbanyak di tingkat pemerintah pusat/nasional. Ini dapat dimaklumi, karena peran pemerintah pusat selaku regulator yang lebih banyak membuat kebijakan bagi para pelaksana di tingkat lapangan. Apalagi semenjak era JKN, jumlah regulasi yang diterbitkan semakin melonjak. Di tingkat nasional, hingga tahun 2006 hanya ada 18 regulasi yang terbit, tetapi melonjak menjadi 143 regulasi pada 2015. Pelonjakan jumlah regulasi ini terjadi pula di daerah. Jumlah regulasi yang diterbitkan pada kabupaten/kota jauh lebih banyak dibandingkan di provinsi. Secara detail dapat dilihat pada grafik 2 [17].

Diperlukan revisi beberapa kali untuk penyempurnaan program dan agar semakin harmonis dengan peraturan lainnya. Salah satu kebijakan penting di tingkat nasional yang merupakan turunan dari undang-undang, yaitu Perpres tentang Jaminan Kesehatan, telah dilakukan lima kali revisi. Awalnya Perpres tersebut tertuang pada No.12 Tahun 2013, lalu direvisi pada tahun yang sama dengan No. 111/2013, lalu direvisi dua kali pada 2016, dan terakhir direvisi kembali menjadi No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (lihat Tabel 3). Pada revisi kedua yang tertuang pada No. 111/2013 perubahan yang terjadi berimplikasi pada pemangku kepentingan, terutama peserta. Beberapa isu ditambahkan misalnya terkait kecurangan JKN, memasukkan DPRD sebagai peserta penerima upah (PPU), menegaskan maksimal PPU yang ditanggung lima orang per keluarga, pekerja yang belum didaftarkan boleh mendaftar sendiri, pemberi kerja wajib mendaftarkan pekerjanya serta aturan sanksinya, identitas peserta adalah kartu Indonesia sehat (nama & NIK), iuran JKN & besarnya, layanan yang dihapus dan ditambahkan, penilaian teknologi kesehatan, kelas perawatan, dan sebagainya [18]. Sementara itu, di tahun 2016 dilakukan revisi kembali antara lain kenaikan iuran Penerima Bantuan Iuran (PBI), pelayanan untuk peserta yang mengalami gangguan kesehatan karena hobi perlu dibenahi. Selain itu, bayi dari orangtua peserta PBI akan otomatis menjadi peserta PBI. Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) dimasukkan dalam revisi Perpres. Memperjelas peran BPJS Kesehatan dalam kendali mutu dan biaya. Selama ini kendali mutu dan biaya jadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan. Sistem rujukan dibagi per region, di mana rujukan regional dibentuk, setidaknya di tingkat provinsi [19].

Tabel 3. Regulasi yang terkait dengan JKN

Undang-Undang
<ul style="list-style-type: none"> • UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional • UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial
Peraturan Presiden
<ul style="list-style-type: none"> • Perpres RI No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan • Perpres RI No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan • Perpres RI No. 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan • Perpres RI No. 108 Tahun 2013 tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial • Perpres RI No. 109 Tahun 2013 tentang Penahapan Kebersertaan Program Jaminan Sosial • Perpres RI No. 107 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan dengan Kegiatan • Perpres RI No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN • Perpres RI No. 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Perpres No. 12 Tahun 2013 • Perpres RI No. 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Perpres No. 12 Tahun 2013 • Perpres RI No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
Setingkat Kementerian
<ul style="list-style-type: none"> • Keputusan Menteri Kesehatan No. 326 Tahun 2013 tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional • Peraturan Menteri Keuangan RI No. 206 Tahun 2013 tentang Tatacara Penyediaan, Pencairan dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan • Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

- Peraturan Menteri Keuangan No. 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Keuangan RI No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN
- Peraturan Menteri Keuangan RI No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis INA- CBGs
- Peraturan Menteri Keuangan RI No. 59 Tahun 2014 tentang Tarif JKN
- Keputusan Menteri Sosial RI No. 170/HUK/2015 tentang Penerima Bantuan Iuran 2016
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/Menkes/523/2015 tentang Formularium Nasional
- Peraturan Menteri Keuangan No. 99 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

Setingkat Badan Pelaksana

- Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu dan Penanganan Pengaduan Peserta
- Peraturan BPJS Kesehatan No. 3 Tahun 2014 tentang Kepatuhan
- Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2015 tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Bagi Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja
- Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 32 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Tatacara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Bagi PPU dan BP

Sumber: [6]

Peraturan Presiden No. 82/2018 masih perlu dikritisi terutama dari perpektif pekerja, ODHA, dan pemerintah daerah. Walaupun telah dilakukan revisi beberapa kali, namun Perpres terbaru (No.82/2018) tentang jaminan kesehatan masih perlu dilakukan kritisi terutama yang berdampak pada kelompok ODHA dan pekerja. Kami membahas faktor pekerja, karena ODHA yang berstatus mandiri umumnya berstatus bekerja. Secara detail implikasi yang mungkin terjadi dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4. Regulasi dari Perpres 82/2018 yang berimplikasi terhadap pekerja dan ODHA

Regulasi pada Perpres No: 82/2018	Implikasi terhadap pekerja / ODHA
<p>1) Pasangan suami-istri yang masing-masing merupakan pekerja, keduanya wajib didaftarkan sebagai peserta pekerja penerima upah (PPU) oleh masing-masing pemberi kerja dan membayar iuran. Pasal 14 (1));</p>	<p>Pekerja yang berstatus suami-istri akan dikenakan dua kali pembayaran JKN. Kebijakan ini akan mengurangi <i>take-home pay</i> yang akan diterima di tingkat keluarga. Selain itu, jumlah keanggotaan di BPJS akan terdaftar dua kali, terkesan seolah-olah jumlahnya akan melebihi jumlah populasi Indonesia. Padahal mungkin ada masyarakat yang belum tercakup dalam JKN.</p>
<p>2) Adanya pengenaan sanksi juga akan dilakukan jika peserta kategori pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan bukan pekerja (BP) belum mendaftarkan dirinya paling lambat 1 Januari 2019. Pasal 17);</p>	<p>Kebijakan ini akan merugikan populasi kunci pada kelompok gay dan waria karena mereka kebanyakan tidak memiliki identitas, sehingga sulit mendaftarkan diri. Jika kebijakan sanksi ini diterapkan, mereka yang akan terkena dampak besar.</p>

Regulasi pada Perpres No: 82/2018	Implikasi terhadap pekerja / ODHA
<p>3) Jenis pelayanan penapisan atau screening kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud ayat (8) ditetapkan oleh menteri. Pasal 48 (9));</p>	<p>Ada peluang program HIV dapat masuk ke BPJS untuk layanan <i>screening</i>. Untuk itu diperlukan upaya advokasi dari berbagai pihak.</p>
<p>4) Ada pelayanan kesehatan yang tidak dijamin program JKN antara lain: a) gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol; b) pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang. Pasal 52 (i) dan (r);</p>	<p>Salah satu program HIV terkait dengan populasi kuncinya yang berhubungan dengan penggunaan narkoba, yaitu kelompok penasun. Dengan adanya peraturan ini maka para penasun tidak bisa mengakses layanan JKN. Dengan demikian, peraturan ini diskriminasi terutama pada kelompok penasun.</p>
<p>5) Pelayanan kesehatan bagi peserta dilakukan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi fasilitas kesehatan, dimulai dari FKTP terdaftar, kecuali dalam keadaan darurat medis. Pasal 55 (4);</p>	<p>ODHA akan mengalami kesulitan akses, karena umumnya akses layanan ke rumah sakit. Disisi lain tidak semua fasilitas layanan kesehatan memiliki kemampuan menanggapi kasus HIV/AIDS. Sehingga ODHA harus mengurus beberapa kali surat rujukan untuk bisa ke akses layanan yang mampu memberikan layanan HIV/AIDS, sehingga berimplikasi terhadap waktu dan biaya transportasi yang menjadi lebih banyak.</p>
<p>6) Untuk peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) wajib merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) sesuai dengan kasus dan kompetensi fasilitas kesehatan serta sistem rujukan. Pelayanan yang diberikan kepada peserta yang dirujuk ke FKRTL itu dilakukan paling lama tiga bulan. Pasal 55 (4) (5);</p>	<p>ODHA harus mengakses obat ARV setiap bulannya, sehingga ODHA harus mengurus surat rujukan yang baru dari FKTP untuk mendapatkan obat ARV per tiga bulan. Sayangnya surat rujukan harus diurus ke beberapa fasilitas kesehatan dan memerlukan waktu minimal empat hari (hasil DKT). Kondisi ini yang dikeluhkan para ODHA.</p>
<p>7) Peserta yang berada di luar FKTP tempat peserta terdaftar dapat mengakses layanan rawat jalan tingkat pertama pada FKTP lain, paling banyak tiga kali kunjungan dalam waktu paling lama satu bulan di FKTP yang sama. Pasal 55 (3);</p>	<p>Kebijakan ini menyulitkan bagi ODHA untuk akses layanan kesehatan secara optimal yang memiliki migrasi yang tinggi karena alasan pekerjaan, misalnya pada gay atau MSM. Tingginya migrasi kelompok ini karena alasan pekerjaan.</p>
<p>8) Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada peserta</p>	<p>Implementasi di lapangan seringkali tidak berjalan, karena dalam studi ini masih ditemukan adanya ODHA yang diminta membayar. Bahkan</p>

Regulasi pada Perpres No: 82/2018**Implikasi terhadap pekerja / ODHA**

selama peserta yang bersangkutan mendapatkan pelayanan sesuai dengan haknya. Pasal 68 (2);

- 9) Fasilitas kesehatan wajib menjamin peserta mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis. Pasal 56;

Peraturan di atas juga berkontraindikasi dengan Pasal 58, karena ketidakjelasan kewenangan untuk konteks program HIV:

Pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan fasilitas kesehatan bertanggungjawab atas ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan habis pakai dalam penyelenggaraan JKN sesuai dengan kewenangannya. Pasal 58;

- 10) Untuk jenis pelayanan tertentu yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dapat dikenakan urun biaya, kecuali PBI. Pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan merupakan pelayanan yang dipengaruhi selera dan perilaku peserta. Pasal 80;

- 11) Kontribusi daerah untuk mendanai program jaminan kesehatan dapat dianggarkan sebagai belanja bantuan social fungsi kesehatan pada anggaran pendapatan dan belanja daerah provinsi/kabupaten/kota. Pasal 101 (1);

ada beberapa obat yang tidak ditanggung karena di luar formulasi nasional atau jumlah obat dibatasi, sisanya harus membeli sendiri (hasil DKT).

Peraturan ini seringkali tidak bisa diimplentasikan di lapangan karena adanya pembagian peran pada program HIV AIDS, misalnya untuk obat ARV disediakan oleh program, atau tes HIV untuk reagensinya lebih banyak disediakan program. Permasalahannya, seringkali obat atau reagen dari program jumlahnya terbatas, sehingga ada daerah yang mengalami kekurangan, terutama bahan habis pakai (reagen) tes HIV. Regulasi ini memberikan dampak besar bagi ODHA untuk mendapatkan layanan secara komprehensif.

Oleh karena itu seringkali, para ODHA bersedia melakukan pemeriksaan tes HIV atau pemeriksaan penunjang lain bila telah ada bantuan dari program pemerintah, karena bersifat gratis (hasil DKT).

Peraturan ini merupakan pasal karet, dan sangat tergantung dari pemahaman para pelaksana di lapangan, terutama rumah sakit dan BPJS. Bila pemahaman tidak utuh, maka ada kemungkinan kasus-kasus HIV/AIDS akan dikenakan urun-biaya karena berada di area abu-abu, misalnya beberapa fasilitas kesehatan ada yang tidak berani menginput kode B-20 pada INA-DRG karena takut tidak dibayarkan BPJS.

Daerah memiliki peluang untuk tetap menyelenggarakan Jamkesda, terutama fungsinya sebagai komplementer dari program JKN. Namun, dalam implementasinya harus disesuaikan dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri yang mengatur mengenai pedoman penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Regulasi pada Pelpes No: 82/2018	Implikasi terhadap pekerja / ODHA
<p>12) Pemerintah daerah yang menyelenggarakan jaminan kesehatan daerah wajib mengintegrasikannya ke dalam program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Pasal 102;</p>	<p>Regulasi ini menutup peluang bagi daerah untuk menyelenggarakan Jamkesda secara mandiri. Ide awalnya Jamkesda merupakan komplementer dari JKN. Tidak bisa dipungkiri bahwa masih ada masyarakat yang belum bisa dicakup oleh program JKN, karena belum terdaftar ataupun karena di luar paket manfaat JKN. Untuk itu, bila daerah masih perlu menanggung hal tersebut, maka perlu mengembangkan mekanisme yang tidak berbenturan dengan regulasi yang ada di mana fungsinya lebih untuk memberikan perlindungan sosial bagi masyarakatnya, terutama mereka yang miskin atau termarginalisasi, seperti bagi kelompok gay, waria, ataupun gelandangan. Sebagai informasi, program HIV AIDS yang tidak dicakup JKN, maka menjadi tanggungan Jamkesda.</p>

Dengan melihat tabel, maka Perpres 82/2018 masih memberikan implikasi terhadap kelompok pekerja/keluarga, ODHA, dan pemerintah daerah. Pada tingkat pekerja/keluarga maka bagi mereka yang keduanya bekerja di satu keluarga maka harus membayar double iuran JKN, sehingga mengurangi pendapatan di keluarga tersebut. Implikasi yang lebih jauh, terkesan program JKN telah mencakup seluruh masyarakat Indonesia (bahkan lebih), namun pada kenyataannya hanya semu, karena ada dua kali yang tercatat pada mereka yang keduanya bekerja.

Dampak bagi ODHA dapat terhadap dirinya dan layanan kesehatan yang diterimanya. Pertama, dampak pada dirinya, dengan adanya pemberian sanksi bagi mereka yang belum terdaftar JKN (terutama bagi PBPU dan BP) maka akan menyulitkan bagi mereka yang tidak memiliki Nomor Induk Kependudukan (NIK) terutama pada waria dan pekerja seks perempuan, sebab salah satu prasyarat ketika mendaftar ke JKN harus terintegrasi dengan NIK. Kedua, dampak pada layanan kesehatan. Adanya peraturan rujukan mengakibatkan akses layanan kesehatan secara rutin yang harus diakses ODHA (obat ARV) menjadi lebih lama bahkan mungkin terjadi putus obat. Untuk mendapatkan akses obat ARV maka per tiga bulan ODHA harus mengurus surat rujukan. Ketika mengurus surat rujukan diperlukan biaya dan waktu yang lebih lama karena harus mengurus dari e-KTP dan beberapa fasilitas layanan kesehatan untuk bisa sampai ke rumah sakit yang menyediakan ARV. Kondisi ini menyulitkan ODHA yang berstatus bekerja. Hal yang sangat dikhawatirkan ODHA adalah terbukanya status HIV mereka karena harus melewati beberapa fasilitas layanan kesehatan, dan bila statusnya diketahui dikhawatirkan akan terjadi diskriminasi di layanan. Demikian pula, para ODHA yang sering migrasi dalam waktu yang lama ada kemungkinan akan mengalami kesulitan akses layanan karena adanya pembatasan jumlah maksimal jumlah kunjungan pada rawat jalan setiap bulannya.

Bagi Pemda juga mendapatkan imbas dari regulasi tersebut. Pemda tidak lagi diperkenankan mengoperasikan Jamkesda secara mandiri, tetapi harus diintegrasikan dengan JKN di mana sumber dananya bisa diambilkan dari dana bantuan sosial. Faktanya, masih ditemukan masyarakat yang belum terdaftar JKN ataupun adanya hal-hal yang tidak dicakup oleh JKN. Hal-hal tersebut biasanya ditanggung oleh Jamkesda. Dengan demikian, Jamkesda merupakan komplementer dari program JKN. Program pengobatan HIV/AIDS di daerah banyak yang ditanggung Jamkesda, seperti untuk tes viral load, tes laboratorium, ataupun tes penunjang medis lainnya yang bersifat rutin ataupun bagi ODHA yang belum ikut program JKN. Apabila Pemda masih menginginkan menanggung permasalahan tersebut, maka perlu mencari strategi lain dengan konteks untuk perlindungan sosial bagi masyarakat yang kurang mampu atau termarjinalisasi.

3.2 Hambatan ODHA akses JKN terkait regulasi

Secara khusus, kami akan membahas lebih lanjut terkait regulasi dengan ODHA, yang mungkin berimplikasi terhadap hambatan akses ODHA ke JKN.

Regulasi yang menghambat akses ODHA ke JKN di antaranya aspek kepesertaan, portabilitas, regionalisasi rujukan, pembagian kelas perawatan, dan pengadaan obat. Berdasarkan hasil temuan lapangan dan kajian pustaka, ada beberapa hal yang menghambat akses ke JKN terutama bagi para ODHA. Beberapa isu tantangan yang diangkat sebagai berikut:

Aspek kesepertaan. NIK merupakan prasyarat pendaftaran peserta JKN/KIS bila merujuk pada Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 dan Surat Edaran BPJS Kesehatan No. 17 Tahun 2016. Untungnya, Perpres No. 19 Tahun 2016 yang telah diubah menjadi Perpres No. 28 Tahun 2016 menyebut NIK bukan syarat wajib kepesertaan. Syarat kepesertaan adalah identitas. Jika NIK belum bisa disediakan oleh instansi yang bertanggung jawab, BPJS Kesehatan seharusnya menyediakan identitas sementara untuk peserta yang belum memiliki NIK. Merujuk pada Perpres No. 82/2018 Pasal 8, disebutkan bahwa BPJS harus mengeluarkan identitas peserta, di mana identitas peserta tersebut harus termuat nama dan nomor identitas peserta yang terintegrasi dengan NIK, kecuali bagi bayi baru lahir. Dengan demikian, prasyarat peserta mendaftar BPJS untuk memiliki NIK menjadi wajib. Kebijakan penggunaan NIK akan menyulitkan kelompok ODHA, terutama bagi kelompok waria dan pekerja seks perempuan. Hal menarik untuk disimak dari hasil DKT, ada pengalaman peserta yang terkait dengan bayinya, di mana bayinya yang baru lahir meninggal dunia dan tidak dicakup oleh program JKN. Pesertapun diminta untuk membayar layanan operasi caesar. Kasus seperti ini, kemungkinan akan ditemui pada ODHA yang hamil dan melahirkan di rumah sakit.

"... sama suami yang kedua aku punya anak yang dilahirkan dengan operasi caesar. Karena aku positif, ya pakai BPJS. Dari proses sampai sterilnya gratis tapi bayiku lahir kembar meninggal, jadi aku bayar Rp 12 juta, karena anaknya belum pakai BPJS." (informan 7, DKT, Jakarta)

Aspek pelayanan, menyangkut prinsip portabilitas. Prinsip portabilitas dalam program JKN belum berjalan optimal. Portabilitas artinya setiap peserta dapat menikmati layanan kesehatan berkelanjutan di seluruh wilayah Indonesia. Intinya, bila seorang peserta pergi ke daerah lain, ia tetap bisa mendapatkan layanan. Namun, dari sejumlah fasilitas kesehatan (faskes) menyebut ada kebijakan BPJS Kesehatan yang membatasi pelayanan bagi peserta yang berobat di luar faskes tingkat pertama (FKTP) tempat peserta terdaftar. Peserta bisa mendapat pelayanan rawat jalan di FKTP itu maksimal tiga kali per bulan di luar tempat FKTP terdaftar. Ada juga FKTP menolak melayani peserta dari FKTP wilayah lain dengan alasan mekanisme pembayaran portabilitasnya belum jelas. Jika tetap ingin dilayani, ia harus menghubungi layanan di daerah asal. Namun untuk portabilitas pada kasus gawat darurat relatif berjalan, tetapi tidak dalam portabilitas pelayanan non darurat. Sayangnya di kalangan pekerja seks perempuan masih banyak yang belum paham prinsip portabilitas ini, padahal mereka memiliki tingkat mobilitas yang tinggi [10].

Aspek regionalisasi rujukan. Pelayanan dalam program JKN dilaksanakan secara berjenjang mulai dari FKTP sampai faskes rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Beberapa daerah ada yang mengatur rujukan berdasarkan wilayah administratif Pemda. Regionalisasi rujukan tidak tepat karena menyebabkan peserta terhambat untuk mengakses pelayanan kesehatan. Peserta harus menempuh jarak yang lebih jauh dengan biaya yang besar untuk mencapai sebuah faskes. Masalah rujukan juga dialami peserta karena FKTP hanya boleh merujuk ke RS tipe C terlebih dulu. Padahal, tidak semua RS tipe C memiliki fasilitas dan SDM yang bisa melayani peserta sesuai diagnosa rujukan. Itu menimbulkan kesan pelayanan terhadap peserta diperlambat atau dipersulit. Bahkan bisa menyebabkan kondisi penyakit yang diderita peserta lebih parah dan meningkatkan biaya transportasi rujukan yang ditanggung BPJS Kesehatan. Dalam konteks program HIV seringkali ODHA mengalami kesulitan akses layanan karena tidak banyak rumah sakit yang mampu menangani kasus HIV/AIDS. Contohnya Kalimantan Selatan yang hanya memiliki dua rumah sakit rujukan PDP dan keduanya berada di Kota Banjarmasin. Semua ibu hamil yang terindikasi positif HIV dan membutuhkan operasi caesar hanya dapat dioperasi di dua rumah sakit tersebut [11]. Dari hasil DKT diketahui bahwa untuk mendapatkan layanan ARV, para ODHA harus melakukan rujukan minimal 3 hingga 4 kali pindah tempat pelayanan kesehatan sehingga memerlukan waktu yang lebih lama, minimal empat hari. Dampak yang lebih jauh dan dikhawatirkan ODHA adalah status HIV-nya terbongkar karena di setiap layanan pasti akan menanyakan alasan harus merujuk ke faskes yang memberikan layanan HIV.

“Iya ini kan berjenjang. Awal dia ambil di Puskesmas Cendrawasih, lalu pindah ke Labuangbaji, lalu dari Labuangbaji dirujuk ke Awalbros dari sini dirujuk ke Unhas baru ke Wahidin.” (Informan 3, DKT, Makassar)

“Di dampingan saya, terkait akses di RS “B” ARV-nya berada di daerah selatan tetapi domisili di daerah utara termasuk FKTP-nya. Saat mau akses ARV di RS “B” harus memperbarui rujukan pertamanya. Itu tidak menjadi masalah karena di situ dia sudah diketahui status HIV-nya, tetapi FKTP ini tidak bisa langsung merujuk ke RS “B” yang dituju. Lalu, dia dirujuk ke RS lain, sementara di RS lain ini saat meminta rujukan ke RS “B” pasti ditanya rujukan apa? Kenapa? Karena prosedur seperti itu akhirnya dampingan mundur...” (Informan 1, DKT, Makassar)

Aspek pembagian kelas perawatan. Pembagian kelas perawatan rawat inap yang ada saat ini tidak sesuai dengan amanat UU SJSN dan UU BPJS, yaitu tanpa ada pembagian kelas perawatan. Namun, merujuk pada Perpres No. 82/2018 disebutkan bahwa adanya kelas perawatan bagi peserta yang membutuhkan rawat inap, yaitu pembagian kelas I, II dan III sebagaimana berlangsung saat ini. Dalam regulasi tersebut ditegaskan bahwa perbedaan kelas perawatan hanya untuk layanan yang bersifat non-medis, bukan layanan medis. Namun pada praktiknya di lapangan seringkali tidak demikian. Pada akhirnya, kondisi ini tentu mendorong terjadinya diskriminasi pelayanan karena tarif yang dibayar berbeda, tergantung kelas perawatannya. Hasil wawancara mendalam diketahui ada perbedaan pada saat tindakan medis antara ODHA dengan non-ODHA, dan pengalaman diskriminasi pernah dialami para ODHA terutama pada layanan poli. Berikut kutipan dari hasil DKT.

“..Sebelumnya pernah saya sampai tiga bulan tidur di rumah sakit “X” karena dokternya menolak melakukan tindakan karena status HIV saya, dan BPJS menolak klaim kemo jika belum dilakukan biopsi, sehingga saya pindah ke RS tipe B..” (Informan 3, DKT, Makassar)

“..Pada poli lain bukan di poli HIV, saya pernah melakukan pemeriksaan THT di RS “B” karena ada masalah di telinga. Di poli tersebut ada dua pasien sebelumnya, kita sudah masuk ke dalam jadi kita bisa lihat pasiennya diperiksa. Saya saksikan pemeriksaan dua pasien sebelum saya tanpa menggunakan sarung tangan dan masker. Namun, pas saya dipanggil dan dibuka data kelihatan baru dia pakai sarung tangan, tapi saya biarkan dan setelah saya mendapat tindakan baru saya ngomong kepada dokternya kok berbeda dengan sebelumnya...” (Informan 4, DKT, Makassar).

Aspek pengadaan obat-obatan. Daftar obat dalam *e-catalog* tidak dapat memenuhi kebutuhan. *E-catalog* bukan satu-satunya cara untuk pengadaan obat dalam program JKN. Daftar obat yang tidak ada di *e-catalog* dapat mengacu harga pasar. Tetapi terkendala Permenkes No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Beleid ini menyebut pengajuan klaim atas obat program rujuk balik, obat penyakit kronis dan kemoterapi serta biaya pelayanan kefarmasian mengacu pada harga dasar obat sesuai *e-catalog* [20].

3.3 Peta Layanan program HIV yang ditanggung JKN

Program HIV memiliki berbagai komponen layanan dengan sumber pendanaan yang berbeda, bahkan ada yang urun biaya antar sumber dana. Pemahaman konsep tentang sumber pendanaan dari program HIV/AIDS penting untuk melihat mana yang ditanggung program pemerintah, JKN, atau biaya dari kantong sendiri. Informasi dari peta tersebut dapat dijadikan sebagai pedoman untuk pembagian kewenangan dan tanggungjawab pada setiap tingkatan, mulai dari tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Salah satu hasil studi tentang integrasi program HIV ke JKN telah memberikan ilustrasi tentang peta layanan program HIV menurut sumber dana serta persinggungan antar sumber dana dalam program JKN yang tertuang pada tabel di bawah ini [21]. Dalam peta tersebut terlihat bahwa tidak semua pendanaan program HIV ditanggung oleh JKN ataupun pemerintah saja. Program yang ditanggung oleh biaya JKN yang bersifat pengobatan individual, seperti rawat inap terkait penyakit infeksi oportunistik (IO). Walaupun sudah ada jaminan dari BPJS untuk kasus IO telah dijamin, namun pada praktiknya, jika dalam diagnosa penyakit disebutkan terjadinya infeksi oportunistik (kode B-20) disebabkan karena HIV, ternyata masih banyak penyedia layanan yang menolak pasien dengan alasan bahwa HIV tidak dijamin oleh BPJS [11].

Tabel 5. Cakupan program dan mekanisme pembiayaan program HIV di JKN

Intervensi	Komponen Layanan	Elemen Layanan	Cakupan Saat Ini/Mekanisme Pembiayaan	
Pencegahan	Layanan IMS	Diagnosa: tes IMS	JKN dan Publik	
		Obat	JKN dan Publik	
		Kondom dan pelicin	Publik – Domestik dan Eksternal	
		Materi KIE	Publik – Domestik dan Eksternal	
	Konseling dan tes HIV	Konsultasi (honor teknisi medis dan lab)	Tes diagnosa	Publik – Pusat dan Daerah
			Kondom	Publik – Domestik dan Eksternal
		Konsultasi (honor teknisi medis dan lab)	LASS	JKN dan Publik
			Metadon	Publik – Domestik dan Eksternal
	Pengurangan dampak buruk	Konsultasi (honor teknisi medis dan lab)	Kondom	Publik
			Konsultasi (honor teknisi medis dan lab)	Publik – Domestik dan Eksternal
		PPIA	Tes diagnosa	Publik – Pusat dan Daerah
			Kondom	Publik – Domestik dan Eksternal
	Pengobatan dan Perawatan	Pengobatan dan perawatan	ARV	Publik – Domestik dan Eksternal
			C-section	Publik – Domestik dan Eksternal
Materi KIE			Publik – Domestik dan Eksternal	
Konsultasi (honor teknisi medis dan lab)			JKN dan Publik	
Skrining tes: eligibilitas			Publik – Pusat dan Daerah	
Obat profilaksis			Publik – Domestik dan Eksternal	
ARV			Publik – Domestik dan Eksternal	
Tes monitoring: CD4 dan viral load			Publik – Domestik dan Eksternal	
Rawat inap infeksi oportunistik			JKN	
Obat infeksi oportunistik			JKN dan Publik	
Kondom	Publik – Domestik dan Eksternal			
Konsultasi (honor teknisi medis dan lab)	JKN dan Publik			

Sumber: [21]

Dari peta di atas, kita bisa ketahui bahwa pendanaan program HIV/AIDS dapat berasal dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, donor, ataupun JKN. Dengan demikian, regulasi atau peraturan yang dibuat paling tidak merujuk pada peta tersebut, sehingga pembagian peran dan tanggungjawab dari setiap institusi pada setiap tingkatan dapat diketahui. Regulasi pemerintah sebenarnya telah menuangkan aturan tersebut sebenarnya, yang dapat tercermin di dalam norma, standar, pedoman, kegiatan (NSPK) dari setiap program, termasuk HIV. Namun, sampai saat ini sepertinya masih belum terwujud. Apabila NSPK pada semua tingkatan telah ada, maka akan terjadi kesepahaman peran yang harus dilakukan pada program HIV/AIDS. Sebagai contoh, dari hasil DKT di Makassar diketahui, ada seorang ODHA yang akan bersalin dan telah berada di ruang persalinan tiba-tiba dibatalkan karena diketahui statusnya, dengan alasan biaya persalinan tidak ditanggung JKN. Padahal di rumah sakit lain, ada yang menanggung biaya persalinannya tersebut. Ataupun kebijakan pengadaan ARV, seharusnya seluruhnya ditanggung oleh pemerintah pusat, namun ada daerah yang merasa masih kurang terpaksa mengadakan ARV sendiri.

3.4 Jamkesda Lebih Menerima Program HIV/AIDS

Program upaya perlindungan sosial bagi masyarakat miskin dan terpinggirkan dapat dibagi menjadi dua tingkatan, yaitu skala nasional dan skala daerah (provinsi dan atau kabupaten/kota). Dalam konteks kesehatan, pada tingkat nasional telah ada JKN. Sedangkan pada tingkat daerah dikenal sebagai jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Jamkesda pada awalnya dibentuk untuk memenuhi tanggungjawab pemerintah daerah untuk memberikan perlindungan bagi masyarakatnya yang tidak tercakup di dalam Jamkesmas (saat ini menjadi JKN) karena kuota terbatas, termasuk menanggung beban biaya yang terjadi yang biayanya tidak dicakup Jamkesmas/JKN. Dengan demikian, program Jamkesda lebih merupakan komplementer dari JKN. Karena bersifat komplementer, program HIV/AIDS terutama yang terkait dengan biaya testing dan pengobatan yang tidak dicakup JKN, bisa dimasukkan ke dalam Jamkesda di tingkat kabupaten/kota ataupun provinsi. Bahkan ada beberapa daerah yang mengeluarkan regulasi khusus terkait dengan pelayanan bagi ODHA, misalnya di Kabupaten Bangka Barat (2017), Kabupaten Badung (2015), Kabupaten Trenggalek (2015), Kabupaten Batang (2012), dan sebagainya. Sebagai ilustrasi, berikut adalah salah satu bunyi Pasal 5 (di Kabupaten Badung), yaitu: Pelayanan tingkat lanjutan di rumah sakit meliputi kasus HIV/AIDS di luar paket yang ditanggung oleh pemerintah pusat.

Merujuk pada peta jalan menuju Cakupan Kesehatan Universal [2], maka Jamkesda seharusnya telah diintegrasikan ke dalam JKN paling lambat tahun 2016. Hingga tanggal 1 Mei 2018, telah ada sebanyak 493 kabupaten/kota dari 514 kabupaten/kota di Indonesia (96 persen) yang mengintegrasikan Jamkesdanya ke dalam program JKN, dengan total peserta sebanyak 25.135.748 orang. Dengan keluarnya regulasi Perpres No.82/2018 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 101 ditegaskan, bahwa bagi Pemda yang memiliki program jaminan kesehatan daerah diharuskan mengintegrasikan ke dalam JKN. Dengan demikian, program Jamkesda yang ada tidak boleh lagi dilaksanakan secara mandiri, tetapi harus diintegrasikan ke 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 iuran [7] sehingga diperlukan standarisasi. Padahal Jamkesda biasanya menjadi bagian dari janji politik para kepala daerah untuk membujuk warganya saat pemilu

Sumber pendanaan Jamkesda bisa berasal dari dana bantuan sosial APBD atau dana bagi hasil pajak rokok dari pusat. Berdasarkan hasil DKT, hingga saat ini masih ada Jamkesda masih berjalan karena para pemimpin daerah menganggap masih ada masyarakatnya yang membutuhkannya, karena tidak dapat mengakses JKN atau perlu ada tambahan layanan dalam JKN atau ada layanan yang tidak dicakup JKN. Contohnya, masih ada masyarakat yang terpinggirkan yang tidak bisa mengakses layanan kesehatan karena belum terdaftar dalam JKN atau adanya obat-obatan yang tidak dicakup dalam JKN sehingga pasien diminta membayar

padahal mereka tidak mampu. Contoh lain, di Kabupaten Badung yang masih tetap mempertahankan keberadaan Jamkesda walaupun telah terintegrasi JKN. Bahkan program HIV/AIDS termasuk yang dicakup di dalam Jamkesda tersebut. Komitmen pemerintah Kabupaten Badung ini akhirnya mendapat penghargaan dari Presiden Jokowi pada 2017. Kabupaten Badung bisa melakukan hal tersebut karena memiliki kapasitas fiskal yang baik.

Bentuk layanan yang ditanggung oleh program Jamkesda di antaranya untuk biaya pengobatan yang tidak ditanggung JKN, biaya pengobatan ODHA yang tidak ikut JKN, biaya tes untuk penunjang pengobatan, misalnya tes IMS, tes CD4, ataupun tes penunjang lainnya yang diperlukan selama pengobatan di layanan kesehatan. Berikut adalah contoh pemanfaatan Jamkesda dari hasil DKT.

“Ada pengalaman BPJS-nya baru bisa aktif setelah 14 hari kerja, tetapi kondisinya mendesak maka saya mengarahkan ke RS “D”, dan di RS tersebut diterima dengan Jamkesda. Cuma tetap ada persyaratannya, harus diminta SKTM dari kelurahan atau RT tempat domisili, jadi tidak hanya dengan KTP dan KK saja, tetapi itu bisa menyusul.” (Informan 1, DKT, Makassar)

“Saya kebetulan ikut metadonkan di Kuta, kalau Badung dia mempunyai Kartu Badung Sehat, nah kalau orang yang berdomisili Badung dia gratis karena dibiayai Badung Sehat tapi kalau pakai BPJS tidak, tidak ditanggung.” (informan 2, DKT, Denpasar)

“Katanya saling menanggung, yang tidak ditanggung BPJS mungkin ditanggung Badung Sehat, begitu katanya..kelebihan orang yang punya dua ini.. misalnya metadon, kan tidak ditanggung sama BPJS tapi Badung Sehat.” (Informan 4, DKT, Denpasar)

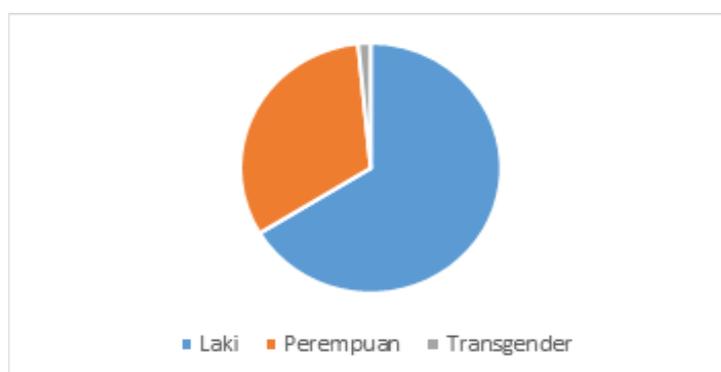
3.5 Pengalaman ODHA Mengakses JKN di tingkat Lapangan

Faktor penghambat akses layanan ODHA ke JKN di tingkat lapangan secara garis besar terdiri atas faktor individual dan layanan, selain dari faktor kebijakan di atas. Fakta di lapangan masih menunjukkan adanya berbagai tantangan dalam layanan bagi para ODHA untuk akses layanan kesehatan ke JKN. Pertama, faktor individu. Faktor penghambat akses JKN pada kelompok populasi berisiko adalah rendahnya pengetahuan mengenai prosedur pendaftaran dan portabilitas JKN, kekhawatiran keberlanjutan pembayaran iuran, persepsi buruk mengenai kualitas layanan yang akan diterima jika menggunakan JKN, ketidaklengkapan administrasi kependudukan serta kebijakan yang mengharuskan peserta bukan penerima bantuan iuran mandiri (non-PBI) untuk mendaftarkan seluruh anggota keluarga [10]. Hasil studi lain menunjukkan bahwa terkait ketidaklengkapan administrasi kependudukan, umumnya karena tidak memiliki KTP. Ini dikarenakan mereka (umumnya waria atau pekerja seks perempuan) tidak memiliki KK sebagai syarat utama mengurus KTP. Waria yang meninggalkan keluarga baik karena diusir atau malu/takut untuk mengakui kepada keluarganya bahwa mereka kini menjadi waria, menyebabkan mereka tidak memiliki KK. Ketiadaan KTP ini membuat mereka tidak berhak mendapatkan layanan kesehatan seperti BPJS atau tes kesehatan yang berkaitan dengan HIV/AIDS [9]. Kedua, faktor layanan. Ada ODHA yang memiliki kemampuan finansial terbatas untuk akses layanan kesehatan. Salah satu studi menemukan bahwa komponen biaya terbesar adalah biaya medis yang digunakan untuk pemeriksaan laboratorium, sementara biaya non medis yang masih bermasalah adalah biaya transportasi ke fasilitas kesehatan [22].

Potret Kondisi ODHA Akses JKN

4.1 Karakteristik ODHA

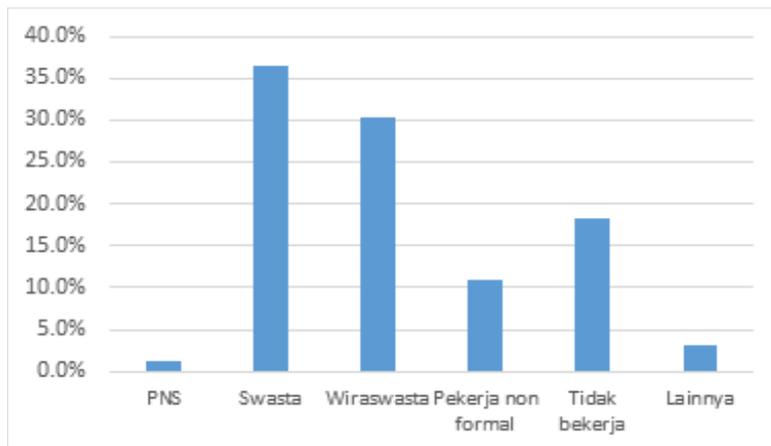
Grafik 3. Proporsi Laki-laki terbanyak dibandingkan lainnya



Laki-laki lebih akses layanan kesehatan. Responden laki-laki lebih banyak melakukan akses ke pelayanan kesehatan dibandingkan perempuan, apalagi transgender. Pola tersebut relatif sama di setiap lokasi studi. Bahkan di Makassar sekitar tiga perempat dari responden adalah laki-laki.

Kebanyakan ODHA terpilih telah berumur matang. Umur yang terpilih menjadi responden pada kajian kali ini termasuk kategori kelompok umur yang telah matang, dengan rata-rata umur 36 tahun dan kisaran umur antara 21 tahun hingga 63 tahun. Rata-rata kelompok umur di Denpasar yang paling tua 40 tahun, sedangkan umur yang paling muda ada di Makassar 34 tahun. Menurut kelompok populasi kunci, rata-rata umur tertua berada di kelompok pekerja seks perempuan dengan rata-rata umur 42 tahun dan kisaran umur antara 30 tahun hingga 61 tahun. Sedangkan rata-rata umur termuda berada di kelompok gay dengan rata-rata umur 29 tahun dan kisaran umur antara 21 tahun hingga 43 tahun.

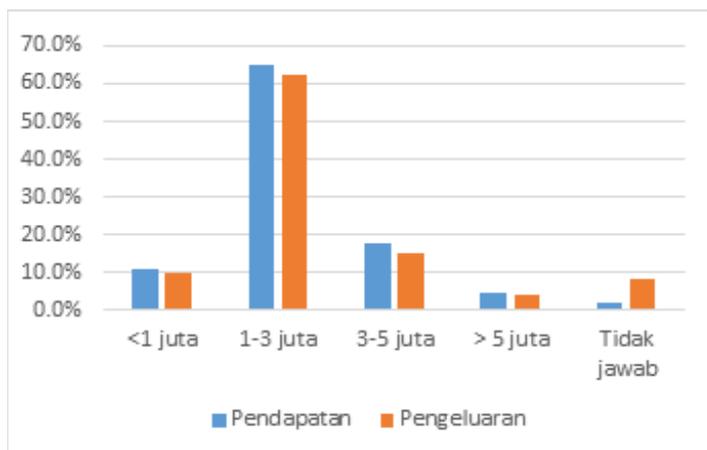
Grafik 4. Proporsi mereka yang bekerja di swasta dan wiraswasta paling besar



Umumnya ODHA berstatus bekerja. Pekerjaan para ODHA kebanyakan adalah pegawai swasta dan wiraswata. Namun, ada sekitar 1 dari 5 orang responden yang tidak bekerja. Mereka yang mengaku tidak bekerja kebanyakan berada di Jakarta Selatan sekitar 39 persen dan tidak ditemukan di Bali. ODHA yang tidak bekerja kebanyakan adalah perempuan. Sementara itu, di Bali dan Makassar kebanyakan mengaku bekerja sebagai wiraswasta dan pegawai swasta.

ODHA terpilih kebanyakan penasun. Jenis populasi kunci yang banyak terpilih saat akses ke pelayanan kesehatan adalah penasun, dan hanya sebagian kecil dari kelompok transgender dan pekerja seks perempuan. Proporsi penasun yang paling banyak ditemukan di Bali, hampir tiga perempatnya. Sedangkan di kota lainnya, proporsi penasun sekitar sepertiganya. Kejadian pola seperti ini diduga karena terkait dengan jaringan dari LSM yang menjadi mitra kerja IAC di tingkat lapangan. Sementara pola di dua kota lainnya relatif tidak jauh berbeda proporsinya, hanya di Jakarta Selatan tidak ditemukan pekerja seks perempuan.

Grafik 5. Proporsi tingkat pengeluaran dan pendapatan per bulan di kalangan ODHA yang disurvei



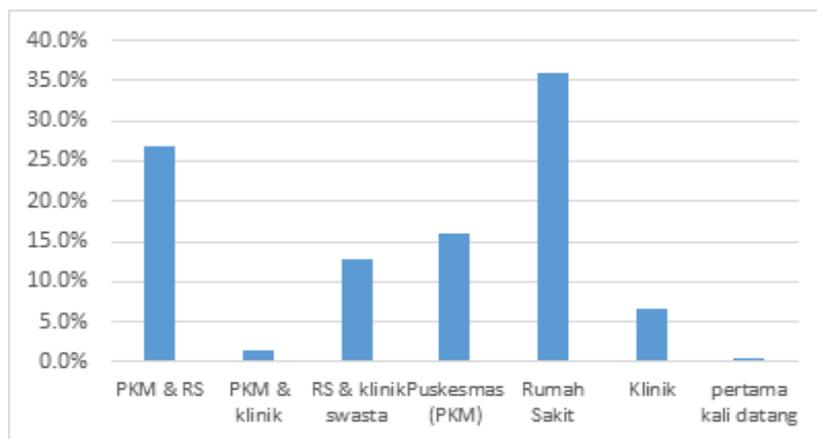
Tingkat pengeluaran dan pendapatan berkisar Rp 1-3 juta per bulan. Indikator kemampuan ekonomi diukur dari proksi pengeluaran dan pendapatan per bulan. Merujuk pada studi-studi sebelumnya yang pernah dilakukan ada kecenderungan tingkat pengeluaran lebih menggambarkan kondisi yang sesungguhnya dibandingkan tingkat pendapatan. Lebih dari separuh ODHA (62 persen) menyatakan memiliki tingkat pengeluaran antara Rp 1-3 juta per bulan. Pola proporsi tersebut relatif sama di tiap lokasi studi. Proporsi

terbanyak yang memiliki tingkat pengeluaran tersebut berada di Denpasar dan Makassar. Proporsi terbesar yang memiliki pengeluaran di kisaran Rp 1-3 juta per bulan ada di populasi pekerja seks perempuan. Sementara itu, dari perspektif pendapatan secara proporsi tidak banyak berbeda dengan tingkat pengeluaran. Namun, ada juga variabel yang berbeda, misalnya tingkat pendapatan pada kisaran Rp 1-3 juta dan Rp 3-5 juta lebih besar persentasenya daripada pengeluaran. Laki-laki lebih banyak memiliki pendapatan dan pengeluaran yang lebih tinggi dibandingkan perempuan.

Seluruh responden telah berstatus HIV positif, namun ada yang belum akses ARV. Mereka yang telah positif HIV, hampir semua mengaku telah mengakses obat ARV, kecuali di Denpasar. Di Denpasar ada yang belum mengakses obat ARV sebesar 6 persen. Sementara itu, rumah sakit menjadi tempat akses layanan ARV yang dianggap paling representatif di seluruh lokasi studi oleh para ODHA. Hal menarik yang hanya ditemukan di Denpasar adalah lebih dari sepertiga ODHA memiliki layanan ARV di klinik swasta milik salah satu LSM yang peduli atas program HIV/AIDS.

“Kalau ambil ARV tetap harus datang per satu bulan sekali.. tetapi untuk rujukannya itu hanya tiga bulan.” (Informan 5, DKT, Jakarta)

Grafik 6. Proporsi fasilitas layanan kesehatan yang paling sering dikunjungi adalah rumah sakit

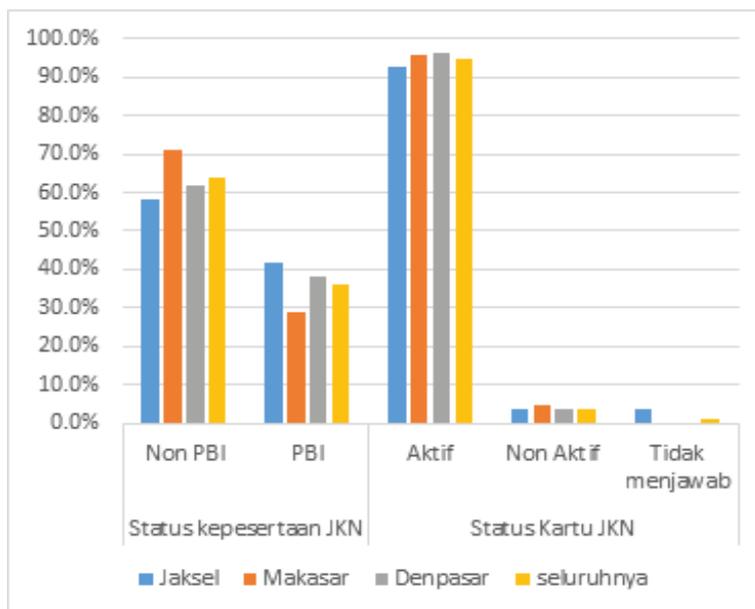


Rumah sakit menjadi tempat pilihan favorit bagi para ODHA. Rumah sakit adalah tempat yang paling banyak dikunjungi oleh para ODHA untuk mengakses layanan kesehatan. Namun demikian, ada banyak pula ODHA yang melakukan kunjungan kombinasi antara rumah sakit dengan puskesmas. Sementara itu, puskesmas banyak dipilih pada tempat ketiga mengalahkan kombinasi antara rumah sakit dan klinik swasta.

4.2 Potret Kepesertaan JKN

Hampir semua ODHA kartu JKN-nya aktif. Seluruh responden telah berstatus menjadi peserta JKN. Namun demikian, tidak semua peserta menyatakan status kepesertaan JKN mereka aktif. Pengertian aktif adalah saat ini kartu kepesertaan JKN dapat dipergunakan untuk mengakses layanan kesehatan di jaringan fasilitas layanan kesehatan yang tergabung di JKN. Mereka yang tidak aktif kepesertaannya sekitar 5 persen, yang disebabkan adanya perpindahan fasilitas layanan kesehatan dan adanya tunggakan iuran. Sementara itu, rentang waktu kepesertaan JKN berkisar antara 3 bulan hingga 4 tahun (saat JKN berdiri), dengan rata-rata lama kepesertaan sekitar 2 tahun 10 bulan. Namun demikian, ada enam orang ODHA yang telah menjadi peserta JKN sebelumnya saat masih berstatus PT. Askes, dengan lama kepesertaan 15 tahun.

Grafik 7. Status kepesertaan dan keaktifan kartu JKN di lokasi studi



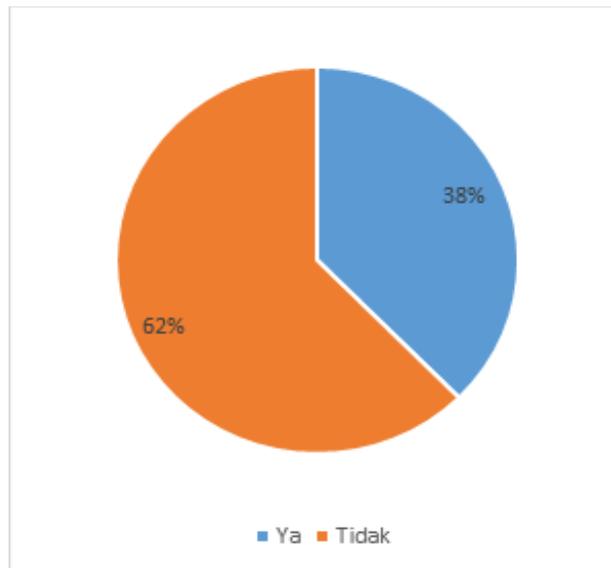
Lebih dari separuh kepesertaan ODHA di JKN bukan PBI. Jenis kepesertaan JKN terbagi menjadi dua jenis, yaitu PBI dan bukan PBI. Kepesertaan bukan PBI atau dikenal juga kepesertaan mandiri terdiri atas : 1) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya; 2) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya; 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya. Sumber pembiayaan iuran JKN ini dibayarkan secara perorangan oleh ODHA yang bersangkutan atau dibayarkan pihak pemberi kerja secara kolektif. Sementara penerima bantuan iuran (PBI) adalah sumber pembiayaan iuran JKN ditanggung oleh pemerintah, sehingga peserta tidak lagi perlu membayar iuran setiap bulannya. Kebanyakan ODHA yang ikut JKN dengan jenis kepesertaan bukan PBI (68 persen), sisanya adalah PBI. Di Makassar paling banyak ODHA yang keanggotaannya berstatus bukan PBI, hampir tiga perempatnya.

Rekomendasi ODHA menjadi PBI karena didaftarkan perangkat daerah setempat. Penerima Bantuan iuran (PBI) adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayar pemerintah. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah. Ada sekitar 32 persen dari ODHA yang mengaku berstatus PBI. Berdasarkan pengakuan responden, mereka bisa terdaftar di PBI dengan alasan yang paling besar disebutkan adalah didaftarkan melalui perangkat daerah setempat, yaitu melalui RT/RW (76 persen) dan rekomendasi dari tempat layanan (17 persen). Di Makassar dan Denpasar yang paling banyak menyebutkan pendaftaran PBI melalui perangkat daerah setempat. Berikut adalah salah satu kutipan yang diambil dari hasil DKT di Denpasar.

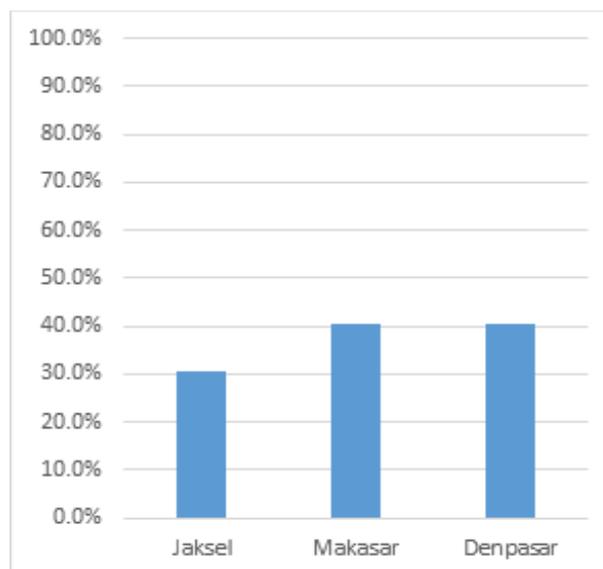
“Awalnya saya ikut BPJS, karena dulunya almarhum suami saya sakit, kena TB, terus karena saya kebingungan biaya. Lalu, saya datang ke rumahnya Pak Lian (RT), mohon bantuan buat surat keterangan tidak mampu. Waktu itu cuma lembaran surat saja, terus sama Pak Lian (RT) didata. “Itu aja pakai mbok, itu bisa untuk membiayai suaminya,” pada akhirnya sampai suami saya meninggal dan tahu statusnya, saya harus pemeriksaan juga, dari situ saya kelabakan juga, saya datang lagi ke pak Lian (RT). Ditanya, “Untuk apa mbok?” Saya juga sakit saya harus perawatan di rumah sakit, untuk pemeriksaan segala macam. Mungkin dari situ Pak Lian juga sudah curiga bahwa saya.. Akhirnya saya dibuatkan keterangan tidak mampu itu dan dibuatlah kartu JKBM waktu itu. Sampai kartu JKBM tidak terpakai akhirnya beralihlah ke KIS, saya didatangi lagi sama Pak Lian. “Mbok sekarang kartunya ganti KIS, sudah jadi.” (Informan 2, DKT, Denpasar)

Lebih dari separuh ODHA patuh membayar iuran BPJS rutin. BPJS pendapatan utamanya berasal dari iuran kepesertaan. Bila tidak banyak yang membayar iuran BPJS secara tepat waktu tentu akan mengganggu aliran kas pihak BPJS untuk melakukan pembayaran ke fasilitas layanan kesehatan jaringannya. Bagi peserta bukan PBI, maka aspek kepatuhan pembayaran menjadi sangat penting. Ada sekitar 62 persen dari para ODHA yang patuh melakukan pembayaran iuran dari yang bukan PBI. Mereka yang kurang lancar membayar iuran banyak ditemukan di Makassar dan Denpasar, sekitar 41 persen dan 40 persen. Lamanya ketidakmampuan membayar iuran rata-rata sekitar 3,9 bulan, dengan rentang antara 1 bulan sampai 12 bulan. Mereka yang belum melunasi pembayaran iuran akan dibekukan layanannya ke fasilitas layanan kesehatan sehingga tidak bisa mengakses layanan sampai iuran yang tertunggak dilunasi pembayarannya.

Grafik 8. Proporsi kepatuhan membayar iuran JKN di kalangan peserta non PBI/mandiri



Grafik 9. Proporsi ODHA mandiri yang terlambat membayar iuran JKN menurut kota



Ada sebagian kecil yang memiliki asuransi selain JKN. Ada sekitar satu dari 20 ODHA yang memiliki asuransi lain selain JKN. Ini mengindikasikan ada dobel proteksi kesehatan agar lebih terjamin pembiayaannya. Kebanyakan dari mereka berada di Jakarta Selatan. Mereka yang memiliki asuransi tersebut berasal dari kelompok populasi lainnya, penasun dan ibu rumah tangga. Mereka yang status keanggotaan JKN-nya tidak aktif ternyata proporsi terbesarnya karena sudah memiliki asuransi secara pribadi.

4.3. Pengalaman ODHA Mengakses Jaminan Kesehatan Nasional

3.3.1 Penggunaan JKN

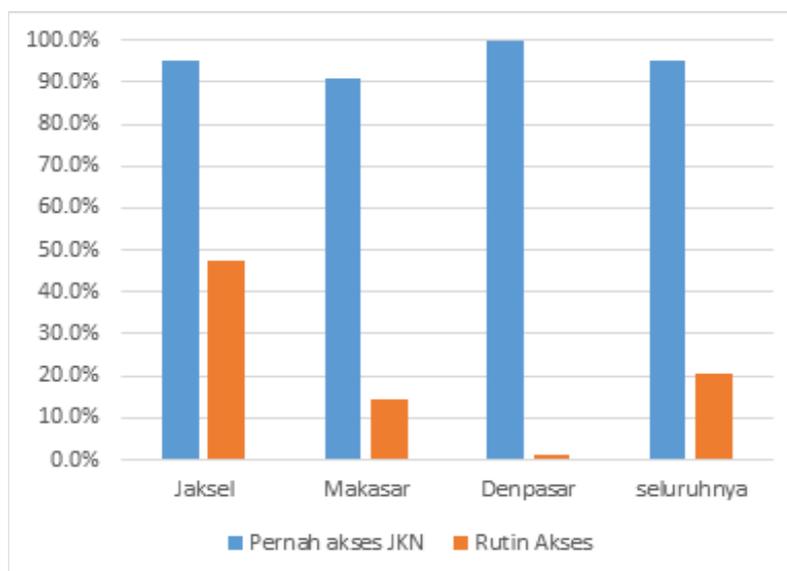
Masih ada ODHA peserta BPJS belum mau mengakses layanan JKN. Belum seluruh peserta ODHA yang ikut JKN mau mengakses layanan kesehatan. Masih ada sekitar 5 persen yang menyatakan belum mengakses layanan kesehatan, terutama di Jakarta Selatan dan Makassar. Dari hasil DKT diketahui bahwa mereka yang belum mengakses layanan JKN karena sudah ada layanan yang gratis, ketidaktahuan cara mengakses layanan JKN, atau karena dianggap terlalu rumit sehingga lebih baik mengakses layanan dengan biaya sendiri karena masih mampu membayar biayanya. Berikut adalah salah satu kutipan dari peserta.

“Saya tidak pernah menggunakan akses JKN karena saya biasanya ke YKP gratis. Namun berhubung sekarang ini sudah tidak ada yang gratis, saya tidak pernah sama sekali mengakses. Jadi kemarin saya sempat sih.. cek yang SGOT/PT itu, tapi saya bingung mau ke mana ini, begitu awalnya..” (Informan 5, DKT, Denpasar)

“... Kalau prosedur selama ini saya jarang sekali menggunakan BPJS kecuali untuk pemeriksaan laboratorium. Saya tidak mau ribetnya itu, dari faskes satu harus ke faskes dua, dll.” (Informan 6, DKT, Denpasar)

ODHA yang seluruhnya telah mengakses JKN berada pada kelompok pekerja seks perempuan dan transgender, sementara kelompok lainnya ada yang belum mengakses JKN.

Grafik 10. Proporsi yang pernah mengakses layanan JKN dan yang rutin menggunakan layanan tersebut



Belum banyak ODHA yang mengakses layanan kesehatan secara rutin ke fasilitas layanan kesehatan.

Dari mereka yang pernah mengakses layanan JKN, kebanyakan dari mereka menyatakan sering (42 persen) dan kadang-kadang (32 persen). Hanya satu dari lima ODHA yang menyatakan rutin mengakses layanan kesehatan JKN. Kebanyakan mereka berada di Jakarta Selatan (48 persen), sedangkan di Denpasar hanya 1 persen yang rutin akses layanan JKN. Proporsi ODHA yang aktif rutin mengakses layanan kesehatan berada pada populasi transgender (33 persen), lalu diikuti oleh kelompok ibu rumah tangga, gay, dan populasi lainnya.

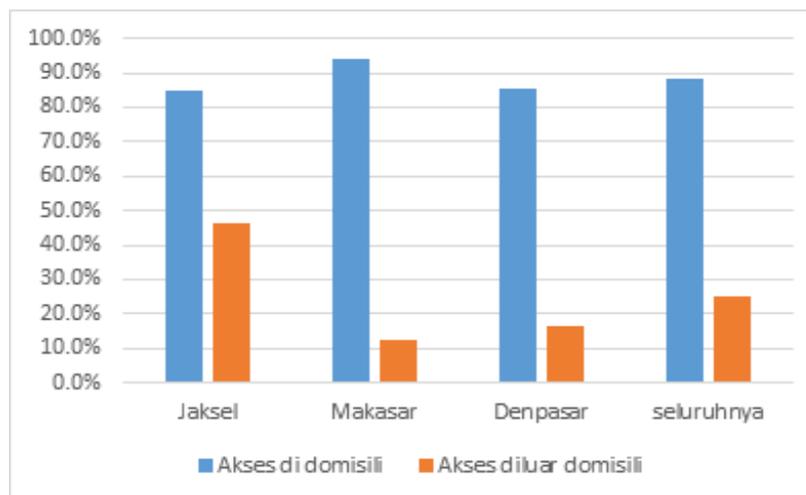
Dari hasil DKT diketahui masih ditemukan kesimpangsiuran informasi antara petugas di rumah sakit dengan petugas BPJS setempat yang menyebabkan pasien bingung. Kondisi ini yang terkadang membuat mereka enggan mengakses layanan secara rutin. Atau karena peserta BPJS harus bolak-balik mengurus surat rujukan sebagai bagian dari prosedur untuk mendapatkan layanan dari jenjang terbawah dahulu sebelum sampai ke rumah sakit. Padahal mereka harusnya rutin mengakses untuk mengambil obat ARV setiap bulannya di rumah sakit. Bila surat rujukan waktunya telah habis (per 3 bulan), maka harus diurus dari FKTP awal lagi. Yang menjadi masalah, seringkali harus melewati 2 hingga 3 kali fasilitas layanan kesehatan lain sebelum tiba di rumah sakit yang dituju. Kondisi ini yang dikeluhkan para ODHA, mereka harus mengorbankan biaya transportasi yang besar dan waktu yang tidak sedikit.

“Karena kan kita rutin, tiap bulan pasti enggak mungkin enggak datang, kalau sudah diganti dan segala macam, ribet jadinya... kan memakan tenaga kita... jadi maksudnya tanpa ada bikin rujukan lagi kalau bisa selamanya.” (Peserta 1, Jakarta)

Mereka yang akses JKN di rumah sakit, ketika pasien akan dilakukan tindakan oleh pihak rumah sakit, maka perlu mendapatkan verifikasi dari petugas BPJS. Misalnya, di Bali, ada salah seorang ODHA yang anaknya jatuh pingsan dari bermain *skateboard*. Ketika dibawa ke rumah sakit diperbolehkan pada loket pertama, tetapi ada kendala saat administrasi. Namun, karena pasien ngotot dengan petugas akhirnya diperbolehkan.

“Soalnya waktu itu juga sempat anak saya diopname di Sanglah, dia bilang (pihak RS) tidak ditanggung karena jatuh, begitu alasannya. Akhirnya saya terus tetap ngotot ngomong akhirnya diterima.” (Peserta 3, Denpasar)

Lokasi akses layanan JKN yang banyak dipilih dekat domisilinya. Kebanyakan para ODHA yang pernah mengakses layanan JKN menyatakan mereka lebih memilih untuk mengakses layanan JKN yang berada sekitar domisili wilayahnya, sekitar 84 persen. Dengan demikian, pilihan karena kedekatan akses layanan menjadi lebih prioritas, terutama di Makassar. Kebanyakan dari mereka adalah penasun (92 persen) dan LSL (91 persen), sementara yang paling kecil pada populasi lainnya (80 persen). Dari hasil DKT terungkap bahwa seringkali ketika akses ARV, lokasi rumah sakit tidak berada di daerah domisilinya. Ini yang menyebabkan masalah, karena ketika surat rujukannya sudah habis maka harus mengurus surat rujukan yang baru dari FKTP di mana klien terdaftar. Prosesnya cukup panjang, menghabiskan waktu dan biaya.

Grafik 11. Proporsi mereka yang pernah mengakses JKN menurut tempat tinggal

Ada seperempat yang mengakses di luar domisilinya, terutama pekerja seks perempuan. Namun demikian, tidak bisa dipungkiri masih ada sekitar satu dari empat orang yang pernah akses layanan di luar wilayah domisilinya, terutama mereka yang berada di Jakarta Selatan. Hampir separuh ODHA di Jakarta Selatan pernah mengakses layanan di luar domisilinya, tetapi di dua kota lainnya hanya sekitar satu dari enam atau delapan orang. Mereka yang paling banyak mengakses layanan kesehatan di luar wilayah domisilinya adalah pekerja seks perempuan (50 persen).

JKN memberikan keuntungan bagi ODHA. Hampir semua responden ODHA menyatakan bahwa menjadi peserta JKN memberikan keuntungan bagi mereka. Manfaat keuntungan JKN paling dirasakan terutama oleh ODHA di Denpasar. Kelompok pekerja seks perempuan dan waria paling banyak menyatakan hal tersebut. Namun demikian, masih ada sekitar 5 persen yang menyatakan tidak memberikan keuntungan. Temuan tersebut sejalan dengan hasil DKT, salah seorang informan menyatakan bahwa mereka tidak perlu lagi khawatir dan takut bila jatuh sakit bila tidak memiliki uang. Sebab mereka tidak perlu lagi membayar atau mengeluarkan uang yang banyak sehingga terpaksa mengutang atau menjual barang. Apalagi para ODHA merasa potensi untuk jatuh sakit sangat besar. Dengan demikian, manfaat yang paling dirasakan ODHA lebih kepada aspek finansial, seperti kutipan berikut ini.

“Kenapa saya memanfaatkan BPJS. Saya mempunyai BPJS dua tahun yang lalu saat sedang sakit, waktu itu keluar uang terus, karena bolak-balik ke rumah sakit. Saya pikir, saya sangat membutuhkan BPJS, waktu itu ada program di sini selain BPJS, yaitu JKBM.” (Peserta 4, Bali)

“Aku sempat koma waktu itu, dirawat di RS “F” satu bulan. Alhamdulillah semuanya pakai JKN dan tidak pernah bayar apa-apa.” (Informan 2, DKT, Jakarta)

“Saya biasanya bisa Rp 5-6 juta. Saya ikut BPJS hanya Rp 80 ribu bayarnya. CT-Scan, Fibroskan, USG, gratis.” (informan 1, DKT, Jakarta)

“Kalau misalnya saya sakit opname kan ditanggung sama BPJS.” (Informan 3, DKT, Denpasar)

“Kalau buat saya secara finansial sangat mengutungkan sekali, kalau dari prosedur belum ada keuntungannya sama sekali karena agak rumit prosedurnya. Akses layanan juga kurang begitu terjamin, nomor dua setelah finansial.” (Informan 6, DKT, Denpasar)

4.4 ODHA Mengakses Layanan Tanpa Memanfaatkan JKN

Sebelum era JKN, selain Jamkesmas bagi masyarakat miskin/kurang mampu, sebenarnya telah berkembang pula Jamkesda dan asuransi kesehatan swasta di Indonesia. Sampai saat ini beberapa daerah masih mempertahankan Jamkesdanya, walaupun bila merujuk pada peta jalan JKN (2012) seharusnya sudah diintegrasikan di tahun 2016. Faktanya Jamkesda masih berperan, seperti di Kabupaten Badung (Bali), dikenal dengan nama Kartu Badung Sehat (KBS). Bagi warga Kabupaten Badung, cukup dengan menggunakan KTP, maka para penasun dapat mengakses layanan metadon (PTRM) secara gratis di puskesmas. JKN tidak menanggung layanan semacam itu.

“Saya kebetulan ikut metadon di Kuta, kalau Badung dia mempunyai Kartu Badung Sehat. Nah kalau orang yang berdomisili Badung dia gratis karena dibiayai Badung Sehat tapi kalau pakai BPJS enggak, tidak ditanggung.” (Peserta 3, Denpasar)

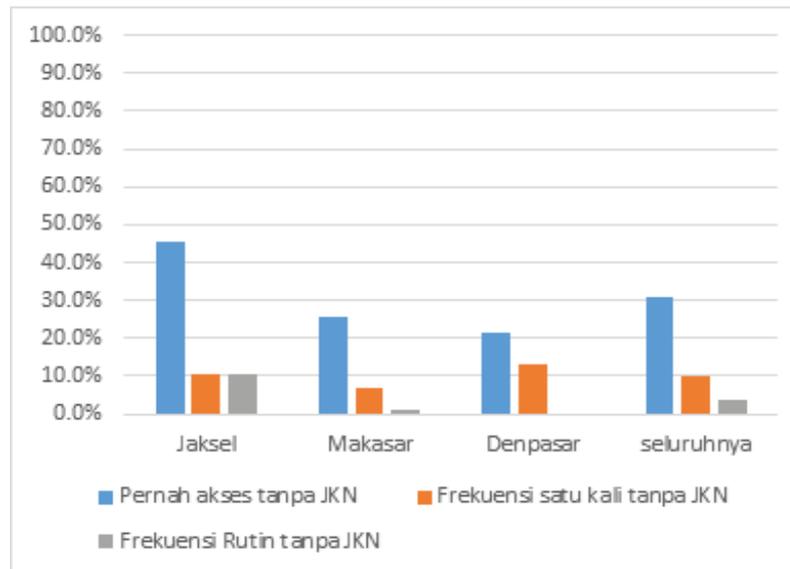
Sepertiga ODHA pernah mengakses layanan kesehatan tanpa menggunakan JKN. Ada sekitar satu dari tiga dari ODHA yang menyatakan pernah akses layanan kesehatan tanpa menggunakan kartu JKN. Mereka menggunakan sumber pendanaan lain, misalnya membayar dengan uang sendiri ataupun menggunakan asuransi lain. Mereka yang banyak melakukan hal tersebut ditemukan di Jakarta Selatan (45 persen). Populasi kunci yang banyak melakukan hal tersebut dari kelompok transgender (66 persen), sedangkan yang paling rendah dari kelompok pekerja seks perempuan (17 persen). Salah satu peserta DKT juga mengakui bahwa mereka terkadang tidak menggunakan JKN untuk akses layanan karena alasan waktu tunggu yang lama, mulai dari pendaftaran hingga ke pelayanan, akhirnya memutuskan untuk membayar dengan kantong sendiri.

“..Panjang waktu nunggunya. Nunggu di loket lama, nunggu di pemeriksaan, di konsulnya juga lama..itu yang membuat saya malas. Saya pikir sudahlah ambil umum saja.” (Informan 6, DKT, Denpasar)

Salah satu alasan lain yang dikemukakan informan karena tidak sempat mengurus rujukan karena bekerja, maka dianjurkan oleh dokternya untuk berobat umum. Dengan menunjukkan kartu BPJS maka akan mendapatkan potongan harga. Demikian salah satu solusi yang direkomendasikan oleh petugas kesehatan bagi mereka yang sibuk ketika mengakses layanan kesehatan.

“Saya ada praktik di “GH”, kalau misalnya kamu tidak punya surat rujukan, tidak sempat mengurus surat rujukan baru dari puskesmas, cari saya di situ saja. Tidak usah pakai surat, kamu daftar, bisa langsung. Kalau tunjukkan kartu BPJS kamu, maka dapat potongan Rp 100 ribu dari Rp 300 ribuan.” (Informan 4, DKT, Jakarta)

Grafik 12. Proporsi yang pernah mengakses tanpa JKN dan frekuensi penggunaan tanpa JKN menurut lokasi studi



Satu di antara delapan orang rutin mengakses layanan tanpa menggunakan JKN. Frekuensi ODHA yang menggunakan tanpa JKN separuhnya menyatakan kadang-kadang saja (54 persen), terutama di Makassar (70 persen) dan Jakarta Selatan (52 persen). Menariknya hampir seperempat ODHA yang mengakses tanpa JKN melakukannya secara rutin hanya di Jakarta, tetapi tidak ada sama sekali di Denpasar. Kelompok yang banyak melakukan layanan tanpa JKN secara rutin ada di kelompok ibu rumah tangga (24 persen) diikuti gay (17 persen). Sementara yang menyatakan melakukan kadang-kadang banyak ditemukan di kelompok waria (75 persen). Dari hasil DKT diketahui para ODHA yang mampu secara finansial, lebih memilih layanan umum yang artinya membayar dengan kantong sendiri agar lebih mudah proses adminitrasinya dan lebih cepat layanannya. Berikut salah satu kutipannya.

“Biar lebih enggak ribet saja. Kalau misalnya saya punya uang, saya pakai umum.” (Informan 1, DKT, Denpasar)

Prosedur rumit yang menyebabkan ODHA enggan pakai JKN. Alasan yang banyak disampaikan mengapa para ODHA tidak pakai JKN adalah karena prosedur yang rumit (61 persen). Bahkan lebih dari separuh ODHA di semua lokasi menyampaikan hal tersebut terutama di Denpasar (72 persen). Keluhan atas alasan tersebut paling banyak disampaikan dari kelompok penasun (71 persen), ibu rumah tangga (67 persen), dan LSL (50 persen). Alasan lain yang disampaikan karena waktu yang terlalu lama (14 persen).

Salah satu prosedur yang rumit terkait pengurusan surat rujukan yang berjenjang, dan satu penyakit hanya untuk satu kali rujukan. Umumnya ODHA memiliki penyakit oportunistik, sehingga ini menyulitkan bagi ODHA karena harus mengurus beberapa kali rujukan untuk konsultasi penyakit yang berbeda. Dari DKT diketahui, kebijakan ini sangat tergantung pemahaman manajemen rumah sakit. Artinya ada variasi implementasi antar tiap daerah dan rumah sakit. Di sisi lain ada kebijakan BPJS ke pihak rumah sakit, bahwa klaim rumah sakit tidak boleh lebih dari satu jenis penyakit dalam satu hari yang sama.

“Itu kalau sakitnya dua, kalau tiga kaya saya, saya buat ke klinik “W”, saya ada paru dan liver. Saya takutnya nanti salah, saya bikin tiga. BPJS tidak bisa dipakai satu hari, untuk tiga kali, berarti saya harus tiga hari. Itu baru tingkat pertama, tingkat kedua tiga hari lagi. Sudah begitu di RS “F” tiga hari lagi. Kalau bisa regulasinya dipangkas, dibikin sederhana.” (Informan 6, DKT, Jakarta)

“Di RS “C” itu terserah, bebas satu rujukan semuanya bisa, mau ke syaraf atau ke mana, dan bisa satu hari ngerjainnya. Tetapi di RS “F” tidak bisa.. saya bingung.. ini tiap RS beda kebijakan. Saya minta kalau bisa semua rumah sakit satu kebijakan.” (Informan 3, DKT, Jakarta)

4.5 Jenis layanan yang Diakses pada JKN

Kami mencoba menggali berbagai jenis layanan yang telah diakses ODHA pada program JKN. Untuk itu, kami telah melakukan serangkaian pertanyaan terkait jenis layanan yang dimaksud, yaitu tes HIV, tes laboratorium, tes IMS, tes CD4. Namun demikian, ada kesan dari hasil DKT, beberapa informan seringkali tidak mengerti dan tidak bisa memisahkan antara layanan program ataupun layanan BPJS. Seperti diketahui ada beberapa layanan untuk tes HIV ataupun tes CD4/VL yang berasal dari program pemerintah dan umumnya gratis. Secara detail akan diuraikan berikut ini.

Tes HIV

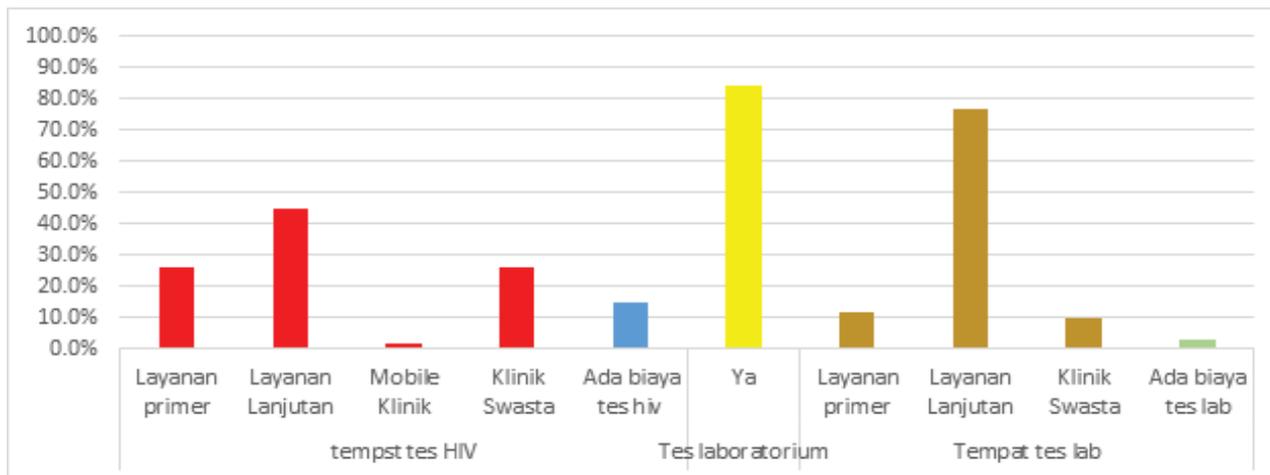
Rumah sakit paling banyak dipilih untuk tempat tes HIV. Tempat tes HIV yang paling dipilih oleh ODHA di layanan lanjutan (45 persen). Pengertian layanan lanjutan adalah di rumah sakit. Sementara tempat tes HIV di layanan primer atau puskesmas dan klinik swasta relatif tidak jauh berbeda, masing-masing sekitar 26 persen. Kelompok ibu rumah tangga dan kelompok lainnya paling banyak memilih tes HIV di rumah sakit, sedangkan tes HIV di puskesmas paling banyak dipilih oleh kelompok transgender. Sementara itu, klinik swasta lebih banyak dipilih oleh penasun.

Masih ada biaya tambahan yang dikeluarkan ODHA untuk tes HIV, kebanyakan di atas Rp 50 ribu. Masih ditemukan ada sekitar 15 persen dari ODHA yang menyatakan harus mengeluarkan biaya untuk tes HIV. Kejadian tersebut banyak ditemukan di Jakarta Selatan, tetapi tidak di kedua daerah studi lainnya. Mereka yang dikenakan biaya tersebut banyak ditemukan pada kelompok penasun. Tiga perempuan responden menyatakan besaran biaya yang dikeluarkan di atas Rp 50 ribu. Tarif ini ditemukan proporsi terbanyak di layanan lanjutan (rumah sakit) dan klinik swasta. Hanya di kota Denpasar yang menyatakan biayanya kurang dari Rp 20 ribu, karena akses layanannya di layanan primer (puskesmas). Pada semua kelompok populasi berisiko ditemukan adanya biaya tersebut. Sementara tambahan biaya di layanan di mobil klinik berkisar antara Rp 20-50 ribu.

Dari hasil DKT diketahui bahwa ada kebijakan yang berbeda antar tiap rumah sakit ataupun puskesmas. Ada kemungkinan tambahan biaya yang biasanya dikenakan untuk biaya konsul di rumah sakit, atau biaya retribusi di puskesmas bagi yang berasal dari luar kota. Terkadang bagi pasien yang berasal dari luar kota, jika akan lama tinggal (lebih dari 6 bulan) disarankan untuk pindah fasilitas layanan kesehatan ke tempat saat ini. Sebab bila transit biasanya hanya diberikan akses obat ARV maksimal dua minggu, atau diminta kirim ARV dari tempat asalnya.

“Kalau ARV-nya gratis. Cuma permasalahannya ada perbedaan tiap rumah sakit dan puskesmas, itu punya kebijakan sendiri. Di rumah sakit biasanya yang kena adalah biaya konsul, itu beda-beda dari yang paling murah sampai yang paling mahal ada. Kalau di puskesmas biasanya retribusi yang dibayarkan ada yang Rp 3 ribu, ada yang Rp 5 ribu tergantung puskesmasnya di daerah mana, tapi ARV-nya gratis.” (Informan 2, Jakarta)

Grafik 13. Tempat tes HIV, tes laboratorium, tempat dan adanya biaya tes



Tes Laboratorium

Umumnya ODHA telah tes laboratorium menggunakan akses layanan JKN di rumah sakit. Pada umumnya ODHA telah melakukan tes laboratorium (84 persen) dengan menggunakan akses layanan JKN. Mereka yang telah melakukan tes laboratorium banyak ditemukan di Denpasar (93 persen). Kelompok ibu rumah tangga dan populasi lainnya paling banyak melakukan tes laboratorium ini. Tempat melakukan tes laboratorium kebanyakan di layanan lanjutan (rumah sakit) sebesar 77 persen, dan hanya sedikit yang melakukan tes laboratorium di puskesmas dan klinik swasta. Mereka yang paling banyak melakukan tes di rumah sakit pada kelompok pekerja seks perempuan. Dari hasil DKT diketahui, ada informan yang pernah mengakses layanan laboratorium melalui JKN dan dinyatakan layanan tersebut ditanggung.

“Hampir sama sebenarnya mas.. kalau dari segi layanan seperti cek laboratorium itu ditanggung, kemudian ada beberapa obat, telah disediakan di apotek di RS dan ada deponya. Itu juga ditanggung, kalau selama ini saya lebih sering menggunakan BPJS untuk keperluan cek laboratorium.” (Informan 4, DKT, Denpasar)

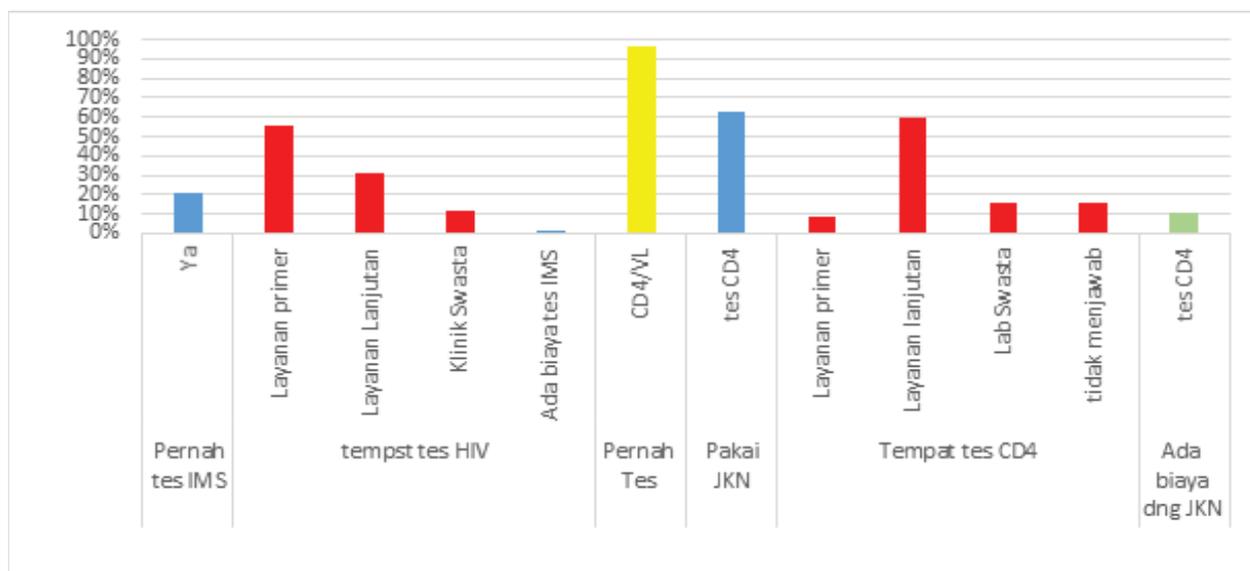
Masih ada yang dipungut biaya tambahan, kebanyakan sebesar Rp 50 ribu. Ketika menggunakan akses layanan JKN, seharusnya tidak boleh ada tambahan biaya. Namun masih ditemukan sekitar 3 persen dari ODHA yang diminta tambahan biaya. Besaran tambahan biaya yang diminta kebanyakan lebih dari Rp 50 ribu. Kasus tersebut ditemukan di Jakarta Selatan dan Makassar. Mereka yang diminta membayar tambahan biaya banyak ditemukan pada kelompok gay. Sementara mereka yang diminta tambahan biaya yang terbanyak di layanan lanjutan (rumah sakit).

Tes IMS

Belum banyak ODHA yang melakukan tes IMS melalui akses layanan JKN, kebanyakan tempat tes IMS yang dipilih di puskesmas. Hanya ada satu dari lima ODHA yang pernah melakukan tes infeksi menular seksual (IMS) dengan menggunakan layanan JKN. Sepertiga dari mereka yang pernah pakai tes IMS berada di Denpasar. Kebanyakan dari ODHA yang pernah tes IMS pada kelompok waria. Lebih dari separuh dari ODHA memilih tempat tes IMS di layanan primer (puskesmas) dan hampir sepertiganya di layanan lanjutan (rumah sakit). Proporsi mereka yang melakukan tes di layanan primer relatif tidak jauh berbeda antar lokasi studi, yaitu sekitar 55 persen.

Masih ditemukan pungutan biaya tambahan, kebanyakan kurang dari Rp 20 ribu. Sayangnya masih ditemukan dari mereka saat memakai akses layanan JKN untuk tes IMS diminta tambahan biaya. Tambahan biaya yang diminta kebanyakan kurang dari Rp 20 ribu (67 persen). Jumlah kasusnya sangat kecil, yaitu 2 dari 258 orang atau 0,8 persen. Kasus tersebut hanya ditemukan di Jakarta Selatan, dan terjadinya hanya pada kelompok penasun. Tempat yang banyak ditemukan tambahan biaya ada di pelayanan primer (puskesmas).

Grafik 14. Proporsi mereka yang pernah tes IMS dan CD4/VL



Tes CD4/Viral Load

Hampir semua pernah tes CD4/VL, lebih separuh dari akses layanan dari JKN. Hampir semua ODHA (96 persen) pernah melakukan tes CD4/Viral Load (CD4/VL). Bahkan semua ODHA di Denpasar pernah tes CD4, tetapi tidak di dua kota lainnya. Kelompok pekerja seks perempuan dan transgender seluruhnya pernah tes CD4, sedangkan di kelompok lainnya ada yang belum pernah tes CD4/VL. Namun demikian, dari mereka yang pernah tes CD4, ternyata lebih dari separuh ODHA (62 persen) yang pernah menggunakan akses layanan JKN untuk melakukan tes CD4/VL tersebut. Kebanyakan dari mereka berada di Denpasar (96 persen), tetapi yang paling sedikit di Jakarta Selatan (18 persen). Kelompok pekerja seks perempuan dan penasun yang paling besar proposinya menggunakan tes ini. Hasil DKT juga menunjukkan hasil yang sejalan, di mana beberapa informan mengakui bahwa beberapa tes penunjang ditanggung JKN. Seperti kutipan berikut ini.

“Ditanggung kalau di RS “S”, kalau pakai BPJS, maka SGOT/PT, kreatin, ginjal terus viral load kalau memang ada ditanggung juga..” (Informan 1, DKT, Denpasar)

“Pakai BPJS, tapi kalau memang ada program gratis. Tidak bayar, tapi itu jarang ada.” (Informan 3, DKT, Denpasar)

Masih dikenakan tambahan biaya pada beberapa ODHA ketika tes CD4/VL di rumah sakit. Ada satu dari sepuluh ODHA yang mengakses JKN untuk CD4, ternyata masih diminta tambahan biaya tes CD4/ VL. Kebanyakan dari mereka berada di Jakarta Selatan dan Makassar, tetapi tidak di Denpasar. Kelompok populasi berisiko lain yang paling banyak dikenakan tambahan biaya untuk tes CD4/VL. Mereka yang mengalami tambahan biaya sewaktu mengakses layanan JKN di layanan lanjutan (rumah sakit) dan laboratorium klinik swasta. Tempat yang paling banyak dipilih untuk tes CD4/VL di layanan lanjutan (rumah sakit), sebesar 59

persen. ODHA yang paling banyak tes CD4/VL ditemukan di Denpasar. Mereka yang melakukan tes CD4/VL di layanan lanjutan (rumah sakit) yang terbesar berada pada kelompok pekerja seks perempuan dan penasun.

Namun demikian, ada keluhan yang dirasakan oleh para ODHA yang pernah memanfaatkan pelayanan rawat inap program JKN. Dari DKT, diketahui para ODHA merasakan bahwa ada kesan pembatasan lama hari perawatan saat rawat inap. Kondisi tersebut mungkin terjadi karena paket INA-CBG sudah optimal sehingga mereka dipulangkan paksa oleh pihak rumah sakit. Jika rumah sakit tetap merawat pasien ODHA maka rumah sakit harus menanggung kerugian biaya perawatan. Berikut adalah salah satu kutipan dari informan DKT.

“Ini mengenai batasan waktu yang dirawat inap itu, tadi menurut cerita bro Vin, selama 14 hari sudah dipulangin, sementara bro AA sampai tiga minggu. Untuk itu butuh kejelasan kalau memang ada batasnya berapa hari, kalau perlu jangan dibatasi.” (Informan 7, DKT, Denpasar)

4.6 Kendala Akses JKN

Ada ODHA yang pernah mengalami kendala saat mengakses layanan JKN, dan proporsinya meningkat dua kali lipat pada mereka yang enggan pakai JKN. Ada satu dari enam ODHA pernah mengalami kendala saat mengakses layanan JKN. Hampir sepertiga yang pernah mengalami kendala berada di Jakarta Selatan, tetapi tidak di Denpasar. Mereka yang paling banyak mengalami kendala pada kelompok penasun (20 persen) dan transgender (17 persen). Sementara itu, mereka yang pernah memakai JKN ada sekitar 16 persen yang pernah mengalami kendala. Bahkan proporsi meningkat dua kali lipatnya (32 persen) bagi mereka punya kepersertaan JKN tetapi mengakses layanan tanpa menggunakan JKN karena adanya kendala ini.

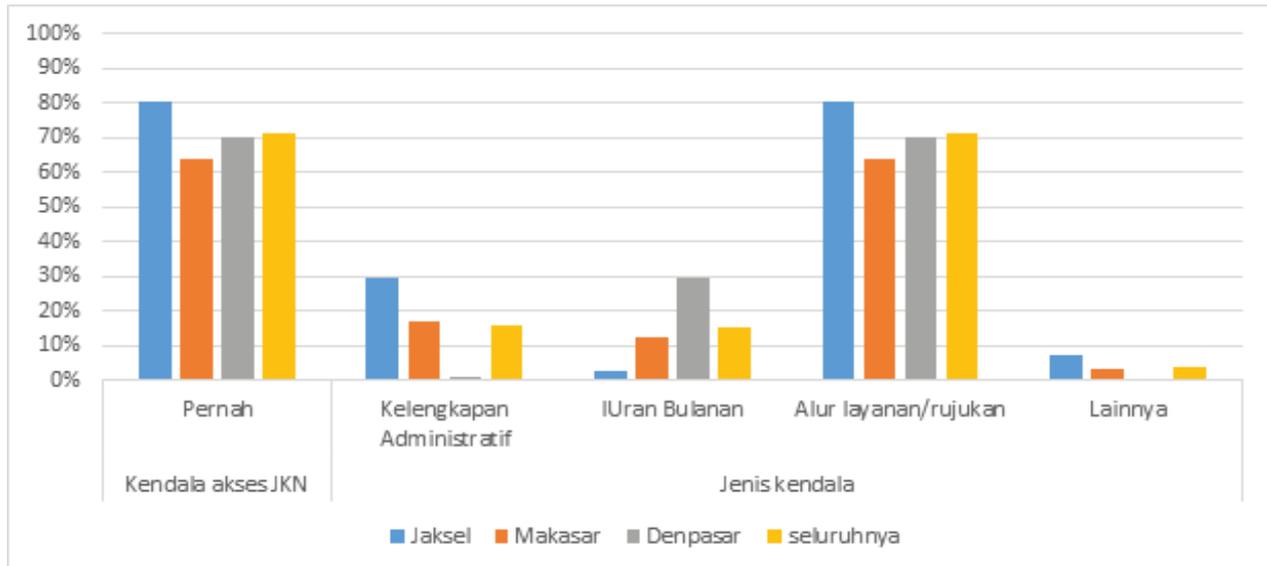
Alur layanan dan alur rujukan yang banyak dikeluhkan sebagai kendala. Jenis kendala yang paling banyak dikeluhkan oleh para ODHA tentang alur layanan atau alur rujukan (71 persen) dan iuran bulanan BPJS (15 persen). Keluhan tersebut terlihat di semua daerah, dengan proporsi tertinggi di Jakarta Selatan. Persoalan tersebut banyak dikeluhkan oleh kelompok waria dan ibu rumah tangga. Keluhan yang ditemukan pada survei sejalan dengan temuan pada DKT. Para ODHA harus melalui beberapa fasilitas layanan kesehatan untuk mengakses obat ARV dan prosedur yang harus dilalui. Terkadang terjadi ketidaksesuaian informasi antara pihak rumah sakit dan petugas BPJS di rumah sakit tersebut. Terlepas dari semua permasalahan tersebut, pada akhirnya diperlukan pengorbanan waktu, tenaga dan biaya dari para ODHA untuk mengakses layanan ke JKN. Dari DKT, ditemukan ada ODHA yang tidak ingin terjebak pada prosedur yang diterapkan oleh pihak rumah sakit dan BPJS sehingga memilih layanan umum dengan cara membayar sendiri. Berikut adalah kutipannya.

“Menggunakan BPJS ribet. Saya ribet kerja, tiba-tiba harus ambil ARV, harus minta dari faskes satu, faskes dua, baru ke poli dalam, setelah itu baru ke VCT.” (Informan 4, DKT, Denpasar)

“Iya. Awal kita ke puskesmas, terus ke faskes dua, rumah sakit pengajuannya terus ke Sanglah. Hari pertama itu cuma mentok di faskes dua, besoknya baru bisa ke Sanglah. Setelah dari Sanglah kita ke loket, terus dari loket diarahkan ke klinik VCT, sudah bisa dapat obat. Untuk bulan berikutnya biasanya kita dikasih surat kontrol jadi tidak perlu lagi ke faskes itu.” (Informan 2, DKT, Denpasar).

“Ada perubahan sistem, kita dari faskes satu ke RS, dapat rujukan kita disuruh bikin lagi.. karena harus ada dua, terus saya dikasih tahu syarat sama petugas BPJS di RS, “Difotokopi aja nih, yang banyak ya 10 kali”. Nah sampai di “W” disuruh bikin rujukan, saya bingung antara “W” sama orang BPJS tidak sinkron informasinya.” (Informan 2, DKT, Jakarta)

Grafik 15. Proporsi yang pernah alami kendala akses JKN dan jenis kendalanya menurut lokasi



Dari keluhan di atas, terlihat banyak ODHA yang belum memahami prosedur layanan JKN. Kondisi ini mungkin karena kurangnya sosialisasi dan pemahaman dari kalangan ODHA. Merujuk pada regulasi yang ada memang mekanisme pelayanan berjenjang merupakan bagian dari prosedur layanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah, salah satunya tertuang di dalam Perpres No. 82/2018. Mengingat ada layanan yang bersifat rutin bagi pasien ODHA, mungkin mekanisme rujukan berjenjang ini perlu dibuat mekanisme secara khusus, tidak bisa berlaku seperti kasus penyakit lainnya.

Namun demikian telah ada upaya perbaikan sistem layanan yang dilakukan pihak rumah sakit dan BPJS melalui sistem layanan daring. Kondisi ini diakui oleh para peserta DKT, bahwa kondisi saat ini sudah lebih baik dibandingkan tahun sebelumnya dari sisi pendaftaran ke fasilitas kesehatan, tidak perlu antre terlalu lama. Seperti yang diungkapkan salah satu peserta dari Jakarta.

“Setelah beberapa bulan lalu, saya lihat sudah banyak komputer, keren. “Ini untuk apa” karena saya datang sebulan sekali. “Kalau BPJS silakan di situ pak, di tengah daftarnya.” Wah ini cepat sekali, saya cuma menunjukkan kartu, terus nama saya keluar, rujukan saya berlaku apa enggak, terus tinggal pilih saja ke mana.” (Informan 3, DKT, Jakarta)

4.7 Stigma dan Diskriminasi

Isu stigma dan diskriminasi masih menjadi persoalan yang melekat di kalangan ODHA. Oleh karena itu, kami mencoba memotret lebih jauh hambatan ini. Ada dua pengukuran yang diajukan, yaitu diskriminasi yang terkait dengan status HIV dan atau diskriminasi terkait dengan status populasi kunci. Kami juga menggali isu ini saat DKT untuk memperkaya temuan studi kuantitatif.

Stigma dan diskriminasi masih dirasakan oleh seperempat ODHA saat di layanan kesehatan karena status HIV dan atau status populasi berisiko. Bahkan dari mereka yang mengalami diskriminasi, separuhnya merasakan diskriminasi karena kedua status tersebut. Ada satu dari empat ODHA yang pernah mengalami diskriminasi saat mengakses layanan kesehatan dengan fasilitas JKN. Proporsi kejadian tertinggi di Jakarta Selatan dan terendah di Denpasar. Secara rinci, ada satu dari enam ODHA yang pernah mengalami diskriminasi di layanan kesehatan karena statusnya HIV ketika menggunakan JKN. Hampir sepertiga dari ODHA di Jakarta Selatan mengalami hal tersebut, tetapi hanya sedikit sekali dialami ODHA di Denpasar.

Sementara itu, ada tiga kelompok populasi yang banyak mengalami diskriminasi karena status HIV-nya, yaitu populasi lain, ibu rumah tangga dan waria. Dari hasil DKT, terungkap bahwa seringkali ODHA menerima perlakuan diskriminasi dari oknum petugas kesehatan ketika berada di pelayanan kesehatan. Bentuk diskriminasi yang diterima para ODHA di fasilitas kesehatan beragam, mulai dari tidak diajak berbicara oleh dokter (hanya menuliskan resep), diperiksa dari jauh dan atau langsung dituliskan resepnya, diperlakukan pemeriksaan yang berbeda dengan pasien lainnya, serta bentuk-bentuk lainnya. Perlakuan semacam itu, merupakan bentuk-bentuk diskriminasi yang dirasakan oleh para ODHA. Berikut adalah kutipan dari hasil DKT pada studi ini.

“Saya masih punya pengalaman trauma, waktu itu sakit, buka status. Tiap berobat penyakit yang tidak terkait HIV, jarang komunikasi dengan dokter, main tulis-tulis saja, terus langsung rujuk.” (Informan 5, DKT, Denpasar)

“Pertama saya mengerti karena bengkak mungkin dia sudah tahu apa obatnya, jadi saya tidak perlu.. dilihat, tidak perlu diapa-apain. Jadi dia sudah langsung kasih resep. Terus yang kedua kalinya lagi, eh juga tanpa pemeriksaan, dari jauh memeriksanya. Mau saya sih lihat dulu mungkin ada yang berbeda atau apa. Ini jadi kayak enggak perlu dilihat, sudah langsung kasih resep. Sudah begitu resep obatnya juga tidak mempan, hingga akhirnya saya beli lagi obat yang lain. Jadi sepertinya dia enggak mau memeriksa untuk yang tahu status HIV-nya.” (Informan 6, DKT, Denpasar)

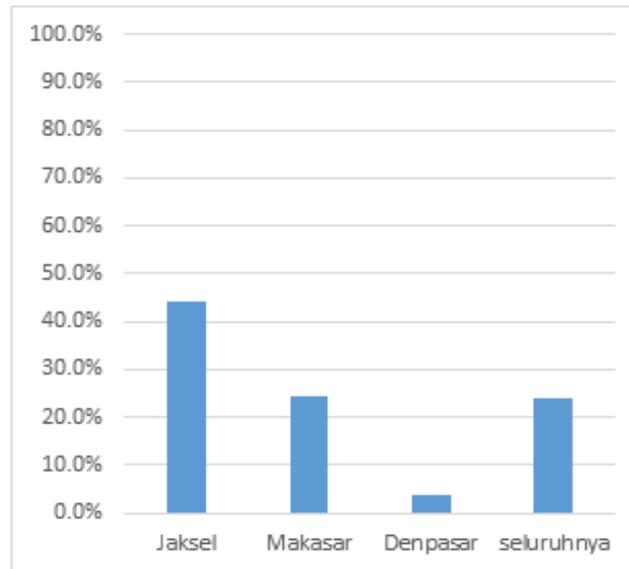
Pembukaan atau diketahuinya status HIV memicu perlakuan diskriminasi bagi ODHA di fasilitas layanan kesehatan. Sementara itu, dari hasil survei diketahui mereka yang pernah mengalami diskriminasi karena status populasi berisiko relatif tidak jauh berbeda dengan status HIV-nya, yaitu sekitar 17 persen. Proporsi terbesar kejadian tersebut banyak dirasakan para ODHA di Jakarta dan Makassar. Sekitar separuh waria mengalami diskriminasi karena statusnya sebagai populasi kunci. Patut disayangkan, sekitar separuh dari mereka (54 persen) mengalami kedua diskriminasi tersebut, baik karena status HIV maupun status populasi kunci. Dari hasil DKT juga terungkap, ketika petugas kesehatan tahu status HIV-nya, maka perlakuan layanan yang diterima pasien berbeda. Atas alasan ini, banyak ODHA yang tidak mau membuka status HIV-nya di hadapan petugas kesehatan karena dikhawatirkan mendapat perlakuan diskriminasi. Misalnya, ruang perawatan dicampur dengan ruang perawatan sakit jiwa, atau ditegur dengan status pasien B-20, atau tidak dilakukan pemeriksaan. Berikut yang disampaikan oleh para informan DKT.

“Jadi pas di RS “D” aku agak-agak depresi. Jadi sama mereka awalnya aku dimasukin ke bangsal orang gila. Awalnya aku dikira agak tidak waras, disuntik dipantat dua kali. Padahal kartu BPJS saya kelas satu, kata mereka “Pelayanan tempat untuk melayani kamu kelas tiga.” (Informan 4, DKT, Jakarta)

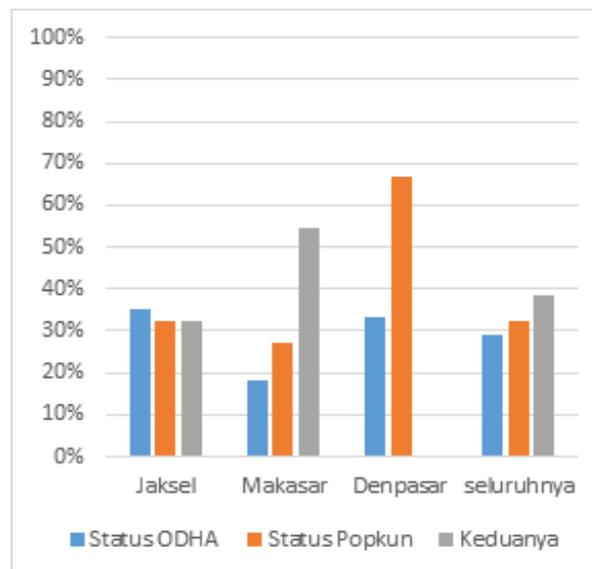
“Kalau saya sih pernah pas di RS “D”, biasakan suster itu keliling. Terus dia bilang “Ini B20 sih,” ke saya, tetapi saya pura-pura tidak dengar saja.” (informan 2, DKT, Jakarta)

“Selama saya punya BPJS, untuk akses terkait HIV belum pernah. Jadi kemarin karena sakitnya, batu empedu malah dapat diskriminasi menurut saya. Jadi dari dokter faskes pertama ini, saya buka status, langsung tidak diperiksa dan langsung diresepkan, dirujuk ke faskes dua. Di faskes dua pun dilempar-lempar, lalu langsung dibawa ke RS “S”. Jadi saya tidak menyarankan untuk buka status biar jangan dipersulit, ditangani penyakitnya saja dulu. Saat ini saya akses ARV masih umum, bayar administrasi saja. Saya gunakan BPJS untuk yang darurat dan berbiaya mahal, seperti operasi tahun lalu, habis Rp 23 juta ditanggung operasinya oleh BPJS.” (informan 3, DKT, Denpasar).

Grafik 16. Proporsi yang pernah mengalami diskriminasi saat mengakses layanan JKN



Grafik 17. Proporsi jenis diskriminasi karena faktor status ODHA dan atau populasi kunci di layanan



Ada ODHA yang melihat dari perspektif positif, perlunya membuka status kepada petugas kesehatan agar diagnosisnya menjadi lebih akurat. Namun demikian, ada pula ODHA yang melihat dari perspektif yang lebih positif terkait pembukaan status HIV/AIDS-nya di hadapan petugas kesehatan. Dari hasil DKT, diketahui bahwa ODHA ini lebih kosen terhadap kualitas pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan terhadap dirinya. Informan merasa sangat khawatir bila informasi yang diberikan tidak lengkap, akan terjadi kesalahan diagnosis dan atau kesalahan pemberian dosis obat. Walaupun pada akhirnya, dia juga merasa khawatir dengan mempertanyakan kepada seluruh peserta DKT, apakah dokter wajib diberitahu status atau dokter sendiri yang harus mencari tahu? Berikut adalah kutipan pernyataannya.

"...Yang menjadi masalah adalah berbahayanya apabila kita lupa atau bilang sehingga pengobatan atau diagnosis dokter tersebut meleset. Obat yang harusnya dosis tertentu, tapi karena saya tidak cerita kondisi saya, harusnya mungkin dosisnya lebih tinggi. Akhirnya pengobatan saya tidak beres. Yang jadi pertanyaan saya, dokter itu sebenarnya perlu tahu atau tidak sih? Atau kita yang bilang, dia harus tahu sendiri atau bagaimana." (Informan 3, DKT, Jakarta)

Ada ODHA yang khawatir statusnya terbongkar dengan sistem rujukan saat ini. Selama ini banyak ODHA yang menutup diri atas kasus HIV-nya dari dokter. Namun, kebijakan rujukan yang berlaku saat ini membuka peluang terbukanya status ODHA di tingkat fasilitas layanan kesehatan lanjutan. Seorang ODHA harus mengakses layanan rutin, minimal satu kali per bulan untuk akses obat ARV. Kebanyakan akses ARV ada di rumah sakit. Ketika akses ARV di rumah sakit, ODHA harus mengurus surat rujukan yang baru per tiga bulan dari FKTP terdaftar. Untuk bisa sampai ke rumah sakit yang ingin dituju ODHA, paling tidak memerlukan empat kali rujukan dari fasilitas layanan kesehatan yang berbeda. Ini menyebabkan adanya kemungkinan status ODHA terbongkar di tiap fasilitas layanan kesehatan yang menjadi rujukan karena petugas kesehatan tersebut akan bertanya, mengapa harus dirujuk ke rumah sakit tertentu. Demi menjaga status pada akhirnya para ODHA lebih senang memilih berobat umum (berbayar).

“Waktu itu ada dua yang menelepon saya terkait yang mengakses ARV-nya di RS “B” berada di daerah selatan tetapi domisilinya di daerah utara sesuai tempat KTP-nya. Pada saat mau mengakses ARV di RS “B” harus memperbarui rujukan FKTP-nya, itu tidak menjadi masalah karena di situ dia sudah diketahui status HIV-nya, tetapi FKTP ini tidak bisa langsung merujuk ke RS “B”, dia dirujuk ke RS “L”, sementara di RS “L” ditanya rujukan apa? Kenapa? Karena prosedur yang seperti itu akhirnya dampungan mundur.” (Informan 3, DKT, Makassar)

Salah satu rumah sakit di pinggiran Jakarta masih ada ketakutan yang berlebihan terkait penanganan ODHA. Hal menarik terungkap pula dari hasil DKT, bahwa masih ada rumah sakit yang belum mengetahui bagaimana melakukan penanganan pada kasus HIV/AIDS. Rumah sakit tersebut saking takut dan khawatirnya bahkan sampai memberikan seluruh peralatan yang dipakai pasien selama pengobatan di rumah sakit tersebut, mulai dari piring makan hingga selimut yang digunakan selama di rumah sakit tersebut. Berikut adalah kutipan dari informan tersebut.

“Layanannya masih baik-baik saja, tidak ada perubahan. Tapi begitu saya pulang, piring sampai selimut saya disuruh bawa pulang, “Buat apa saya ini semua.” (Informan 1, DKT, Jakarta)

Dalam pembahasan ini dibagi menjadi tiga topik utama, yaitu dari aspek regulasi, aspek layanan, dan aspek kepesertaan. Secara rinci dapat akan dibahas berikut ini.

4.1 Aspek Regulasi

Regulasi yang ada mulai diharmonisasi agar tidak tumpang tindih dan lebih efisien, terutama di tingkat nasional. Dalam rangka menyukseskan program Jaminan Kesehatan Nasional, telah dibuat dan diterbitkan regulasi yang terkait dengan JKN. Minimal telah diterbitkan dua regulasi oleh pemerintah pusat dalam bentuk undang-undang (SJSN dan BPJS), 12 peraturan presiden, 10 peraturan setingkat menteri dan terakhir, empat peraturan pelaksana [6]. Dengan banyaknya regulasi yang terbit pada tingkat pusat maupun daerah, maka ada peluang terjadinya tumpang-tindih atau benturan peraturan, sehingga dapat melemahkan program itu sendiri. Namun, dengan keluarnya Perpres No. 82/2018, beberapa peraturan yang tumpang tindih telah mulai diharmonisasi dan ditegaskan. Misalnya paket manfaat kecelakaan kerja, klaim pembayarannya disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan, sedangkan untuk kejadian kecelakaan lalu lintas diserahkan kepada PT. Jasa Raharja [23]. Namun demikian, masih ada kriteria yang tidak bisa diklaim ke BPJS sehingga menimbulkan polemik karena dapat menimbulkan diskriminasi dan pembatasan akses layanan yang tidak sejalan dengan UU SJSN dan UU BPJS. Beberapa pasal dalam Perpres tersebut juga dapat menimbulkan potensi hambatan akses JKN bagi ODHA. Selain itu, Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan lebih menegaskan lagi bagi pemberi kerja untuk mendaftarkan pekerjanya dalam program JKN, termasuk adanya pemberian sanksinya. Kebijakan ini tentu memberikan dampak positif bagi semua pekerja yang selama ini tidak terjamin kesehatannya. Populasi kelompok berisiko seperti ODHA termasuk dari bagian kelompok pekerja. Pertanyaan besarnya, bagaimana praktik untuk melakukan pemantauan dan mekanisme pemberian sanksi bagi para pemberi kerja ini? Siapa yang melakukan? Ilustrasi kasus dapat diambil pada mereka yang menjadi pekerja seks perempuan. Meskipun manfaat JKN sudah disosialisasikan namun ditemukan minat mereka untuk menjadi anggota JKN ternyata sangat rendah [10]. Cerminan ini dapat terindikasi dari jumlah sampel pekerja seks perempuan yang sedikit terlibat dalam studi ini. Dari perspektif mucikari (selaku pemberi kerja) tidak mendukung para pekerja seks menjadi peserta JKN. Peran mucikari sebagai pemilik usaha untuk ikut mengiur sebagian iuran JKN tidak mungkin dilakukan, karena tidak adanya kepastian dalam hubungan kerja mereka. Tidak adanya kontrak kerja formal dan mobilitas pekerja seks yang tinggi menyebabkan mereka dapat berhenti bekerja kapan saja. Kontribusi mucikari untuk ikut membayar iuran JKN dianggap sebagai beban mucikari [10].

Sosialisasi dan pemahaman yang tidak merata akan regulasi atau kebijakan yang ada menyebabkan ketidakajegan pada implementasi layanan sehingga dapat menghambat implementasi di layanan. Pemahaman kebijakan sepertinya belum tersosialisasi baik di kalangan para pejabat dan petugas kesehatan serta pengelola fasilitas layanan kesehatan sehingga berakibat adanya hambatan di tingkat implementasi.

Akibatnya sering terjadi miskomunikasi antara pembuat kebijakan, para pelaksana lapangan, dan pasien. Kondisi tersebut dikarenakan minimnya pemahaman terhadap peraturan yang berlaku sehingga dapat memengaruhi kualitas layanan, termasuk layanan yang dapat atau tidak diberikan pada ODHA. Misalnya, adanya program ibu hamil melakukan wajib tes HIV tanpa ada pemberitahuan mengenai hak mereka untuk dapat menolak tawaran tersebut. Padahal dari peraturan yang ada, untuk setiap tindakan medis harus didahului dengan pemberian informasi yang komprehensif atas tindakan tersebut dan mendapat persetujuan pasien [24]. Petugas kesehatan seringkali mengabaikan penjelasan secara lengkap tentang prosedur tindakan, risiko, manfaat, serta persetujuan tindakan (*inform consent*) dari pasien [17]. Selain itu ada beberapa regulasi di tingkat provinsi ataupun kabupaten/kota yang yang tidak sesuai dengan prinsip HAM internasional dan peraturan tingkat nasional. Misalnya ada kewajiban pemeriksaan tes HIV dalam lingkup kerja, kebijakan perusahaan tersebut bertentangan dengan Permenkes No. 21/2013. Bahkan pemangku kepentingan terkait seringkali mendukung, atau bahkan membela pihak perusahaan, bahwa peraturan seperti itu diperlukan untuk melindungi populasi yang lebih besar. Ini mengindikasikan minimnya pemahaman tentang isu HIV [17]. Beberapa produk peraturan daerah ada pula yang yang mengkriminalisasikan para pekerja seks perempuan, termasuk peniadaan lokalisasi. Peraturan semacam ini menghambat program karena menyulitkan para pekerja seks perempuan dan klien untuk diakses program, dan justru semakin menyebar ke populasi umum. Pada akhirnya, para klien dan pekerja seks perempuan mengalami keterbatasan akses program kesehatan reproduksi, kondom, dan program lainnya. Contoh lain disampaikan saat presentasi akhir di lokakarya, adanya kebijakan regulasi rujukan ulang pada penyakit tertentu (termasuk HIV/AIDS) yang tidak harus mengikuti rujukan yang berlaku nasional. Di mana bagi pasien lama di rumah sakit yang biasanya berobat, maka untuk perpanjangan pengobatannya tidak harus dilakukan secara berjenjang, tetapi hanya mengurus dari FKTP ke rumah sakit tipe A/B.

Adanya regulasi yang dapat menimbulkan potensi stigma dan diskriminatif pada kelompok masyarakat tertentu. UU SJSN mengamanahkan bahwa semua warga negara Indonesia berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Bahkan ditegaskan dalam Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang upaya penanggulangan HIV dan AIDS, melarang adanya diskriminasi dalam pemberian layanan kesehatan dan mensyarakatkan pelibatan aktif populasi kunci. Di sisi lain, Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan mengatur adanya paket manfaat yang tidak dijamin dalam program JKN. Dalam perpres tersebut, tertulis terhadap pengguna narkotika atau obat/minuman terlarang tidak ditanggung BPJS. *Dengan demikian, pasal tersebut* tidak menjamin pelayanan kesehatan untuk peserta JKN yang mengalami gangguan kesehatan atau penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol. Fakta ini mengindikasikan bahwa regulasi yang ada di Indonesia masih memosisikan pengguna narkotika sebagai orang yang melakukan kejahatan. Padahal, pelayanan kesehatan untuk pengguna narkotika sangat penting guna mencegah penularan sejumlah penyakit seperti HIV dan hepatitis. Kondisi ini terjadi karena regulasi tersebut belum tersosialisasi dengan baik di semua fasilitas layanan kesehatan.

Ada pasal-pasal pada Perpres No. 82/2018 menjadi acuan terbaru pelaksanaan JKN perlu dikritisi karena berpotensi menghambat untuk akses JKN. Tidak bisa dipungkiri bahwa saat ini Perpres 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 di antaranya aspek kepesertaan, portabilitas, regionalisasi rujukan, pembagian kelas perawatan dan Jamkesda mandiri. Aspek kepesertaan ada dua 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 setiap tiga bulan harus mengurus surat rujukan baru dengan melalui minimal 3-4 fasilitas layanan kesehatan 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. Dari DKT terungkap terkait kelas perawatan, berdasarkan pengalaman salah satu ODHA, ternyata kartu kepesertaan JKN-nya terdaftar pada kelas 1, namun haknya tidak bisa diterima di rumah sakit tersebut karena diketahui berstatus ODHA. ODHA tersebut hanya bisa mengakses layanan perawatan kelas III. Adanya kelas perawatan ini tidak sejalan dengan UU SJSN, dan ini memicu rumah sakit mendorong mereka yang sakit untuk naik kelas yang lebih mahal. Bahkan ada beberapa rumah sakit yang cenderung menambah ruang perawatan kelas I daripada kelas III.

Jamkesda beragam karakteristik dan paket manfaatnya sehingga perlu diintegrasikan ke JKN agar ada standarisasi. Skema Jamkesda di dua 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 iuran [7] 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 pengintegrasian ke dalam JKN, tidak ada lagi fleksibilitas kepesertaan, karena telah terkunci pada awal tahun saat akan berjalannya JKN. Kondisi tersebut sangat berbeda dengan Jamkesda, di mana fleksibilitas kepesertaan terbuka, bisa tercatat kapan pun sepanjang memenuhi persyaratan Jamkesda, misalnya memiliki KTP atau 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 tercakup JKN, seperti program metadon, testing (PMS, CD4, laboratorium), ataupun pemeriksaan penunjang lain, obat-obatan di luar 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.

4.2 Aspek layanan

Aspek layanan dikaji dari beberapa perspektif, secara ringkas disampaikan berikut ini:

Prosedur alur/rujukan layanan yang dianggap rumit mengakibatkan keengganan akses JKN. Menurut UU SJSN, semua penduduk Indonesia wajib untuk menjadi peserta JKN-KIS yang dikelola BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. Jenis kepesertaan terbagi dua yaitu: 1) Penerima Bantuan Iuran (PBI), yang merupakan program Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu. Iuran JKN mereka, dibayarkan oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah. 2) Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) atau disebut Peserta JKN Mandiri. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran terdiri dari pekerja penerima upah, pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja [6]. Hasil studi ini memperlihatkan bahwa para ODHA lebih banyak yang menjadi peserta bukan PBI. Menariknya, walaupun sudah punya JKN, tetapi ada ODHA yang belum mau mengakses layanan JKN. Kebanyakan dari mereka telah memiliki jaminan asuransi kesehatan yang lainnya. Namun, alasan terbanyak yang disampaikan karena keengganan mereka mengakses ke JKN lantaran prosedur alur layanan atau rujukan yang dianggap ribet. 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, di mana BPJS menerapkan sistem rujukan daring. Sistem rujukan

daring ini bermasalah, karena 1) rujukan terkunci pada RS kelas C dan RS kelas D, sehingga berakibat pada kasus-kasus tertentu yang cukup berat/darurat tidak dapat langsung dirujuk ke kelas B atau Kelas A, sehingga proses rujukan tidak sesuai kebutuhan penyakit pasien; 2) Rujukan daring belum mendukung program nasional/global, seperti HIV, TB karena memerlukan rujukan ke RS kelas B dan Kelas C dari FKTP. Saat ini mekanisme rujukan mengikuti prosedur semua penyakit yang berlaku di JKN.; 3) Jika sosialisasi tidak intensif, maka peserta akan gaduh karena sistem rujukan yang berubah akibat sistem rujukan daring [25]. Di sisi lain, portabilitas merupakan salah satu dari prinsip SJSN. Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Hasil studi ini memperlihatkan hampir semua ODHA telah akses JKN, di mana sebagian besar mengakses layanan JKN di daerah domisilinya. Namun, sekitar separuhnya pernah mengakses layanan di luar domisilinya. Ini mengindikasikan prinsip portabilitas telah berjalan dalam layanan JKN. Mereka yang banyak mengakses layanan di luar wilayahnya adalah pekerja seks perempuan dan gay. Terkait dengan teknis prinsip portabilitas tersebut telah diatur oleh Kementerian Kesehatan [26]. Di sisi lain, Kemenkes seharusnya memperkuat layanan primer (puskesmas sebagai satelit layanan) dan rumah sakit tipe C/D untuk penanganan HIV/AIDS, sehingga mekanisme rujukan tidak harus panjang ke rumah sakit tipe B/A yang berakibat penumpukan pasien.

Status ODHA rentan terbongkar padahal menjadi prinsip kerahasiaan pasien. Implikasi lebih jauh kebijakan rujukan daring ini, status HIV-ODHA menjadi terbuka pada beberapa fasilitas layanan kesehatan sehingga dikhawatirkan 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. Hal lain yang juga perlu diketahui dan dipahami semua pihak terkait, pemberitahuan status HIV kepada pasangan adalah proses sukarela dan dengan persetujuan dari klien yang positif HIV. Petugas kesehatan harus menawarkan beberapa pendekatan untuk pembukaan status HIV. Dengan demikian, klien dapat memilih sesuai dengan preferensinya. Namun, Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Konseling dan Tes HIV menyebutkan bahwa prinsip kerahasiaan tidak mutlak [27]. Konselor atau petugas kesehatan dapat memberitahukan hasil tes HIV pasien kepada pasangan seksual jika dibutuhkan. Selain itu, mandatori tes juga melanggar prinsip persetujuan atau *consent* dalam pelaksanaan tes HIV. Karena sifatnya yang wajib dalam mandatori tes, maka dapat diasumsikan ketidaksetujuan seseorang untuk dilakukan tes terhadap dirinya dapat diabaikan. Untuk itu petugas harus memastikan informasi telah cukup yang disampaikan dan dipahami pasien. Padahal dalam Permenkes 74 Tahun 2014, salah satu aspek penting dalam prinsip persetujuan adalah klien telah memahami tentang maksud dan tujuan tes, serta risiko dan dampaknya. Karena persetujuan klien diabaikan dalam mandatori tes, penyedia layanan juga dapat mengabaikan kewajibannya untuk memberikan informasi yang cukup mengenai tes HIV [17].

Ada perbedaan pandangan terkait perlu atau tidaknya membuka status ODHA di hadapan petugas kesehatan. 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 persen yang mengaku masih mendapatkan perlakuan diskriminasi di layanan kesehatan. Akibat perlakuan diskriminasi tersebut, 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, tetapi berakibat pada perlakuan diskriminasi. Kondisi ini sekaligus mengindikasikan masih belum kuatnya pemahaman dan pengetahuan HIV/AIDS di kalangan petugas kesehatan di Indonesia, terutama petugas yang biasanya di luar 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 HIV-nya 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 yang menyebutkan bahwa tidak boleh ada diskriminasi terhadap pekerja atau orang yang ditanggungnya 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, dan lain-lain. Sementara itu bagi ODHA pendukung gerakan membuka status HIV/AIDS ke petugas kesehatan agar petugas kesehatan dapat memahami kondisi penyakitnya. Dengan demikian pasien mendapatkan hak diagnosis penyakit, tindakan pengobatan, dan pemberian obat-obatan sesuai dengan kondisi penyakitnya, bukan *trial and error*, sehingga menyebabkan kondisi kesehatannya semakin memburuk karena tidak tertangani sesuai prosedur yang seharusnya.

Masih adanya perlakuan diskriminasi oleh petugas kesehatan di layanan kesehatan ketika tahu berstatus ODHA. 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 membuat surat rujukan. Dari hasil survei pada studi ini menemukan para ODHA merasa masih mengalami diskriminasi di fasilitas layanan kesehatan karena status HIV dan atau karena sebagai populasi kunci. Temuan ini diperkuat dari hasil diskusi kelompok terarah (DKT) yang dilakukan pada kelompok ODHA di ketiga wilayah studi. Di Jakarta Selatan, ditemukan pengalaman diskriminasi pada ODHA perempuan yang disterilisasi pasca operasi caesar. Meskipun sudah menggunakan BPJS namun dia tetap diharuskan membayar operasi caesar tersebut, karena status ODHA dianggap dikecualikan. Pengalaman peserta lainnya, jatuh sakit dan dirawat di salah satu rumah sakit. Ketika diketahui status HIV-nya, langsung dimasukkan ke bangsal sakit jiwa selama satu hari dan di hari berikutnya dipindahkan ke ruang rawat inap kelas 3. Padahal kartu BPJS yang dimilikinya adalah kelas 1. Sementara itu, di Denpasar, kasus stigma dan diskriminasi ditemukan pada layanan poli gigi dan sering sekali dialami oleh ODHA. Layanan poli gigi di puskesmas kebanyakan tidak mau menerima ODHA. Pihak puskesmas lebih senang merujuk langsung ke rumah sakit. Namun, di rumah sakit seringkali dioper kesana-kemari hingga akhirnya tidak mendapatkan layanan kesehatan gigi. Saat DKT di kota Makassar, persoalan yang sama terkait layanan di poliklinik gigi ini juga ditemukan. Akhirnya, seringkali para ODHA tidak mau membuka status HIV-nya kepada petugas layanan kesehatan pada saat mengakses layanan kesehatan, agar terhindar dari perlakuan diskriminasi. 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.

Diskriminasi layanan atas status HIV dan status populasi kunci menciptakan marjinalisasi pada akses layanan pada ODHA dari kelompok kunci, khususnya waria dan pekerja seks perempuan yang memiliki kemampuan ekonomi rendah. Sikap upaya mekanisme pertahanan diri ODHA, selain memilih tidak membuka status HIV untuk tetap mendapatkan hak layanan kesehatan ini, juga tampak pada pilihan ODHA yang lebih memilih untuk mengakses layanan di klinik swasta yang berbayar karena dianggap lebih ramah pada ODHA dan status populasi kuncinya. Pemilihan akses ke layanan swasta berbayar ini dapat menjadi tidak bermasalah pada ODHA yang memiliki kemandirian keuangan yang cukup sehingga dapat membayar layanan HIV dengan dana pribadi. Hal ini tampak pada contoh seorang waria yang lebih memilih mengakses layanan di klinik swasta berbayar, daripada memilih layanan di puskesmas yang gratis dengan JKN. Namun demikian, situasi ini tak dapat diterapkan pada ODHA yang tidak memiliki kemampuan keuangan yang cukup karena minimnya penghasilan. Apalagi, diketahui bahwa ODHA dari populasi kunci, khususnya sebagian besar waria dan pekerja seks perempuan yang memiliki penghasilan yang tidak stabil dan minim, selain mereka

termarginalisasi karena kekurangan prasyarat kepesertaan. Ternyata walau sudah memiliki kepesertaan JKN, ia pun masih berpeluang mendapat layanan yang non diskriminatif.

Telah ada upaya perbaikan kualitas layanan JKN, namun masih dirasakan kurang dari sisi penawaran sehingga antrean pasien masih terjadi. Namun, hasil DKT mengungkapkan adanya upaya perbaikan kualitas layanan dalam beberapa tahun terakhir ini. Saat ini terlihat adanya perbaikan mekanisme pendaftaran ketika akses JKN, terutama di fasilitas layanan kesehatan di Jakarta. Fasilitas layanan kesehatan sudah menerapkan sistem daring, sehingga prosedur pendaftaran dapat 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 jika sisi *supply-side* masih kurang. Di sisi lain, masih terjadi diskriminasi layanan oleh fasilitas layanan kesehatan dengan memisahkan tempat pendaftaran dan tempat pelayanan antara pasien umum dengan pasien JKN.

Diperlukan upaya pemantauan dan pendokumentasian atas implementasi layanan non stigma dan diskriminatif di layanan kesehatan. 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 empat strategi dasar lingkungan kondusif perlu terus ditingkatkan karena skala intervensinya masih terbatas. Upaya kegiatan tersebut telah dilakukan dengan dukungan dana dari donor internasional, namun skala intervensinya masih terbatas. Sayangnya tidak ditemukan pendanaan yang bersumber domestik untuk kegiatan yang dimaksud serta tidak ada upaya sistematis untuk memantau dan mendokumentasikan program tersebut [17]. Hasil tim kajian nasional 2017 juga mencatat bahwa informasi strategis mengenai stigma, diskriminasi, dan kekerasan terkait HIV di Indonesia sangat minim untuk dijadikan rujukan dalam merancang program. Kajian lain mengindikasikan dengan adanya stigma dan diskriminasi di layanan menyebabkan para ODHA enggan ke akses layanan pencegahan maupun pengobatan HIV [11].

4.3 Aspek kepesertaan

Mereka yang mengaku penasun lebih banyak yang terpilih menjadi responden studi ini. Seperti diketahui, pada tahun 2000-an, jumlah kasus HIV/AIDS sebagian besar dikontribusi dari kelompok penasun. Sejalan dengan studi ini, kebanyakan responden adalah ODHA yang menganggap dirinya penasun. Saat ini mungkin mereka tidak lagi sebagai penasun di rata-rata umur mereka yang 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 iuran JKN, tetapi jumlahnya tidak besar. Mereka ini masuk kategori pekerja bukan penerima upah (PBPU) atau bukan pekerja (BP).

ODHA bersedia terdaftar sebagai peserta JKN karena memiliki pekerjaan dan kemampuan finansial. Hampir semua ODHA (98 persen) berada dalam usia produktif (15-49 tahun). Dari proporsi tersebut, sekitar 79 persen berstatus bekerja. Mereka yang bekerja di sektor formal (pegawai negeri dan pegawai swasta) sekitar separuhnya (38 persen). Mereka yang bekerja di sektor swasta secara regulasi seharusnya secara otomatis didaftarkan oleh pihak perusahaan ke JKN. Faktanya, hanya tiga perempat dari responden yang berstatus non-PBI JKN. Ini mengindikasikan bahwa pihak perusahaan tidak patuh hukum (Perpres 82/2018, Pasal 13). Sesuai amanah Perpres 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 persen) [8]. Merujuk pada hasil sidang di Jenewa oleh Badan Pimpinan Kantor Perburuhan Internasional, dan setelah bertemu di sesi ke-99 pada tanggal 2 Juni 2010, disepakati bahwa HIV dan AIDS memiliki dampak serius terhadap masyarakat dan ekonomi, terhadap dunia kerja baik di sektor formal maupun sektor informal, terhadap pekerja, keluarga dan orang-orang yang ditanggungnya, terhadap organisasi pengusaha dan organisasi pekerja dan terhadap perusahaan publik dan swasta, serta meruntuhkan pencapaian kerja layak dan pembangunan berkelanjutan [28]. Sejalan dengan rekomendasi tersebut, terlihat sebagian besar para ODHA yang terlibat dalam studi ini berstatus bekerja. Oleh sebab itu, mereka memiliki kemampuan secara finansial untuk menjadi peserta BPJS secara mandiri. Sejalan dengan angka kasus HIV di kalangan usia produktif bahwa akses edukasi dan akses layanan kesehatan juga sudah menjadi kebutuhan untuk diberikan melalui perusahaan atau institusi kerja. Hal ini tentunya memberikan manfaat pada JKN untuk meningkatkan kepesertaan pada pekerja di perusahaan namun juga memberikan perlindungan pada pekerja dengan HIV yang masih belum terjangkau dengan layanan kesehatan. Tentunya informasi layanan kesehatan HIV di perusahaan harus ditekankan untuk promosi kebijakan non diskriminasi terhadap pekerja dengan HIV, sehingga informasi akses layanan HIV dapat diakses bagi pekerja dengan HIV. Dalam jangka panjang, bila informasi layanan akses kesehatan HIV tersedia di perusahaan, dapat berimplikasi pada semakin besarnya kesempatan akses ODHA yang ditemukan di tempat kerja. Situasi yang masih dapat menekan ODHA bila ada regulasi perusahaan yang mengancam terjadinya pemutusan hubungan kerja bila pihak perusahaan mengetahui status ODHA pekerjanya. Untuk itu, pentingnya edukasi dan layanan HIV di perusahaan harus aktif untuk mempromosikan kebijakan non diskriminatif dan terlibat dalam upaya peningkatan rujukan akses layanan HIV di tingkat perusahaan. Di sisi lain, program JKN ini bisa dijadikan sebagai upaya strategi untuk percepatan pencapaian target komitmen global 90-90-90 oleh Kemenkes dan jaringannya, sekaligus strategi untuk pengurangan ketergantungan pendanaan dari pihak donor untuk program HIV/AIDS.

Tantangan bagi BPJS merekrut dan menangani kepatuhan pembayaran iuran pada kelompok pekerja informal. 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 terbagi sehingga sulit dikoordinasikan, misalnya tukang ojek, sopir angkutan umum, tukang becak, buruh lepas, pedagang, dan sebagainya. 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 termarginalisasi untuk terlibat program JKN. Pendaftaran kepesertaan BPJS tertuang di dalam Peraturan BPJS No.1 Tahun 2015, dalam peraturan tersebut salah satu syarat bahwa kepesertaan BPJS mewajibkan semua orang terdaftar dalam kartu keluarga (KK). Kebijakan ini untuk mempercepat peningkatan jumlah kepesertaan BPJS. Namun kebijakan ini memberikan dampak terhadap besarnya jumlah iuran per bulan yang harus dibayarkan ke BPJS. Akibatnya, bagi sebagian orang memiliki masalah karena ketidakmampuan secara finansial untuk terlibat dan berpartisipasi dalam program JKN, termasuk ODHA dan populasi kunci [17]. Situasi ini menjadi hambatan akses bagi sebagian orang. Dengan metode kepesertaan berbasis kartu keluarga maka menyulitkan ODHA dan populasi kunci untuk menjadi peserta JKN. 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 masih tidak terimanya masyarakat dan keluarga terhadap pekerjaan maupun identitas jender, sehingga mereka dipaksa atau terpaksa keluar dari rumah [11]. Akibatnya mereka cenderung mengakses layanan berbayar, padahal biaya tersebut cukup membebani mereka. Meskipun demikian, kepemilikan KTP tidak serta-merta menyelesaikan masalah

ini. Khusus pada waria, keengganan memilih dua jenis gender perempuan dan laki-laki juga ditengarai sebagai kendala yang muncul dari sisi waria atas status gendernya yang tidak terfasilitasi oleh pemerintah dalam pendataan kependudukan. Ekspresi gender yang berbeda dengan jenis kelamin yang tertulis di KTP menimbulkan pandangan negatif dari petugas layanan dan membuat waria merasa tidak nyaman [29]. Studi ini juga menemukan bahwa sampel penelitian ini sangat kecil untuk kelompok waria dan pekerja seks perempuan, masing-masing hanya sekitar 3 persen dari total sampel. Fakta ini bisa mengindikasikan bahwa kedua kelompok tersebut memang termarginalisasi untuk terlibat program JKN. Selama sistem pendataan kependudukan di Indonesia dari sisi kategori jenis kelamin masih dua jenis kelamin maka akses pada waria untuk mendapatkan kartu identitas yang sesuai gendernya masih berefek pada akses waria pada kelengkapan kepesertaan JKN. Hal ini juga terjadi pada pekerja seks perempuan yang memiliki mobilitas tinggi dan tidak memiliki identitas kependudukan yang tetap. Ini masih dapat berakibat pada minimnya kepesertaan JKN dari kelompok waria dan pekerja seks perempuan ke depan masih akan terjadi. Dengan demikian, aspek regulasi JKN yang tidak memberikan fleksibilitas atau akomodasi pada dua kelompok ini dapat dipandang sebagai regulasi yang kurang sensitif pada kelompok marginal. Dalam realitanya, kompromi telah terjadi pada komunitas waria itu sendiri untuk bersedia memilih salah satu jenis kelamin laki-laki sebagai sikap memilih untuk tetap mendapat hak atas kepesertaan JKN. Pihak pimpinan RT/RW juga telah dapat memfasilitasi kemudahan via PBI. Namun demikian, akomodasi regulasi yang memungkinkan ini tidak dapat diterapkan bila pihak waria memutuskan untuk mengambil sikap tidak memilih salah satu dari dua jenis kelamin. Dalam konteks ini, aspek regulasi dari sisi persyaratan jenis kelamin perlu mempertimbangkan akomodasi lain sehingga masih memberikan ruang untuk memberikan akses kepada waria untuk dapat mendaftar walau tanpa memilih salah satu jenis kelamin atau *“unidentified/unclassified”* ke depannya. Namun demikian, dari hasil lokakarya saat presentasi akhir disepakati bahwa tidak boleh ada perlakuan khusus bagi para ODHA/populasi kunci, untuk tidak memiliki NIK/KTP. Setiap warga negara wajib mengikuti aturan main yang berlaku, agar negara dapat menjamin hak-haknya sebagai warga negara untuk mendapatkan akses program perlindungan sosial. Oleh karena itu, para ODHA/populasi kunci didorong dan difasilitasi agar mengurus dan memiliki KTP.

Rekomendasi perangkat daerah penting untuk menjadi PBI, terutama bagi mereka yang kurang mampu dan atau memberikan keahlian untuk berusaha mandiri. Tidak semua ODHA memiliki kemampuan secara finansial untuk membayar iuran JKN secara rutin. Bagi mereka, ini perlu diupayakan agar bisa masuk ke dalam sistem JKN melalui jalur penerima bantuan iuran (PBI). Mereka yang telah bisa masuk melalui jalur ada sekitar 36 persen dari populasi studi. Kunci untuk bisa masuk jalur PBI adalah rekomendasi dari perangkat daerah. Peluang masuk jalur PBI terbuka karena pemutakhiran data PBI pusat dilakukan secara periodik oleh kementerian/dinas sosial. Demikian pula PBI daerah juga dilakukan pemuktahiran datanya secara rutin. Namun demikian, pada beberapa kelompok populasi kunci tertentu mungkin akan sulit untuk bisa diterima melalui jalur PBI, terutama waria. Pada umumnya waria memiliki kemampuan berwiraswasta, mungkin dengan memberikan peningkatan keahlian dan modal kerja mereka akan lebih mandiri. Salah satu kajian menemukan bahwa komunitas waria di Banjarmasin telah berdaya secara ekonomi. Mereka mendirikan salon dan memberdayakan waria lainnya untuk ikut bekerja di salon sehingga dapat menghindari pekerjaan sebagai pekerja seks. Komunitas waria tersebut bahkan diakui oleh pemerintah setempat [11].

JKN tetap lebih dipilih para ODHA karena paket manfaatnya jauh lebih besar, dan asuransi swasta tidak mencakup paket manfaat terkait HIV. Walaupun tidak besar jumlahnya, namun ada ODHA yang memiliki jaminan kesehatan selain JKN. Hampir semua yang punya asuransi lain juga menggunakan JKN. Dengan demikian, mereka memiliki asuransi lain hanya sebagai pelengkap saja. Paket manfaat yang diberikan JKN jauh lebih besar dari asuransi yang dimilikinya. Asuransi lain memiliki keterbatasan paket manfaat, dan umumnya tidak mencakup paket yang terkait penyakit HIV. Walaupun diakui para ODHA, prosedur alur layanan ataupun rujukan yang seringkali lebih sulit tetapi mereka tetap menganggap program JKN sangat bermanfaat bagi mereka.

4.4 Praktik pembelajaran baik di layanan

Praktik pembelajaran di tingkat LSM ataupun layanan kesehatan. Dari hasil observasi di lapangan dan hasil DKT, ada beberapa hal yang patut diangkat untuk praktik baik yang dapat dibagi di tingkat layanan atau LSM dan di tingkat daerah. Di salah satu lokasi studi ada LSM yang secara khusus membangun klinik untuk memberikan layanan untuk penanganan kasus-kasus HIV yang bukan bersifat kegawatdaruratan. Mereka tidak hanya memberikan layanan pengobatan, tetapi juga melakukan penjangkauan dan pendampingan, testing, PMTCT, pelatihan, dan penelitian. Selain itu, ada beberapa LSM yang bekerja pada kelompok populasi berisiko tertentu, seperti waria, pekerja seks perempuan, gay, ataupun penasun. Tugas utamanya memberikan penjangkauan dan dampingan kepada kelompok populasi berisiko dan ODHA yang membutuhkan layanan kesehatan ke fasilitas layanan kesehatan, mulai dari mengingatkan kunjungan ulang, penjemputan, pendaftaran, mendapatkan layanan di puskesmas/klinik/rumah sakit, sampai kembali lagi ke rumahnya. Selain itu, para petugas lapangan juga memberikan konseling, informasi, dan edukasi kepada para populasi kunci dan ODHA pada saat melakukan jangkauan ataupun pertemuan untuk mendorong menjadi peserta JKN secara mandiri, agar tidak terlalu membebani finansial ketika jatuh sakit. Para petugas LSM juga memfasilitasi para ODHA yang kurang mampu atau termarginalisasi untuk direkomendasikan masuk ke dalam kandidat penerima bantuan iuran ke pihak dinas sosial ataupun aparat pemerintah daerah setempat, terutama melalui mekanisme Jamkesda. Selain itu, kegiatan advokasi terus dilanjutkan 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. Dengan demikian, 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.

Praktik pembelajaran dari Pemda. Dalam upaya memberikan perlindungan sosial bagi penduduknya, Pemda memiliki berbagai program. Salah satunya, Pemda memiliki program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang pada awalnya bertujuan untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin atau tidak mampu yang tidak terdaftar pada jaminan kesehatan nasional (Jamkesmas, saat ini menjadi peserta PBI di JKN) karena keterbatasan kuota kepesertaan dari pusat. Seiring dengan berjalannya waktu dengan berkembangnya sistem jaminan kesehatan di Indonesia, akhirnya Jamkesda merupakan komplementer dari program JKN. Namun, dengan terbitnya regulasi yang baru (Perpres 82/2018) maka Jamkesda mau tidak mau harus terintegrasi dengan JKN. Padahal sebelumnya Jamkesda diberikan ruang gerak yang besar untuk dapat mencakup berbagai perawatan yang tidak dijamin JKN ataupun bagi mereka yang belum menjadi peserta JKN, termasuk perawatan dan pengobatan program HIV/AIDS. Jamkesda mencakup terutama pada masyarakat yang kurang mampu dan kelompok masyarakat yang termarginalisasi. Mereka ini biasanya kelompok masyarakat yang luput dari perlindungan sosial dari pemerintah. Pada program HIV/AIDS yang dicakup Jamkesda di antaranya: program metadon, tes laboratorium, tes CD4, tes HIV, ataupun tes penunjang lainnya. Selain itu, masyarakat atau popoplası kunci yang belum terdaftar JKN dapat dicakup JKN ataupun biaya obat-obatan yang harus dibeli sendiri karena tidak terdaftar dalam *e-catalog* dapat ditagihkan ke Jamkesda.

Walaupun kadangkala dalam implementasinya Jamkesda pernah terbentur dengan regulasi yang ada, namun di tingkat lapangan seringkali ditemukan berbagai fleksibilitas untuk menyalasi hambatan tersebut. Ada inovasi daerah melalui para petugas dan para pengambil kebijakan yang 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 upaya mencapai UHC, sekaligus sebagai bagian dari upaya perlindungan bagi masyarakat yang termarginalisasi (seperti waria dan pekerja seks perempuan) di mana mereka sering kali luput terdata sehingga tidak tercatat di dalam JKN.

Kesimpulan dan Rekomendasi

6.1 Kesimpulan

Kesimpulan studi ini merujuk pada tujuan studi, yaitu dari aspek ketentuan hukum, cakupan akses dan manfaat JKN bagi ODHA, serta rekomendasi peningkatan cakupan JKN pada ODHA. Pada aspek hukum JKN telah dilakukan lima kali revisi, dan versi terakhir adalah Perpres No. 82/2018 tentang JKN. Walaupun telah ada upaya perbaikan regulasi, namun masih ada peluang yang menyebabkan hambatan dan diskriminasi pada ODHA untuk mengakses layanan kesehatan. Paling tidak ada lima hal yang berdampak terhadap ODHA, yaitu isu kepesertaan, portabilitas, rujukan berjenjang, paket manfaat, dan kelas perawatan, serta Jamkesda mandiri. Sisi positifnya, seluruh regulasi yang ada mulai diharmonisasi agar tidak tumpang tindih dan lebih efisien. Namun demikian, masih ada regulasi yang dapat menimbulkan potensi stigma dan diskriminatif. Tantangan yang terpenting untuk memastikan bahwa regulasi yang telah dibuat dapat diterapkan secara optimal oleh berbagai pihak. Sosialisasi dan pemahaman yang lemah atas regulasi dari pemangku kepentingan dan petugas kesehatan dapat menyebabkan program HIV berjalan diam di tempat. Sementara itu, 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 di luar JKN, sekaligus mempercepat capaian UHC dengan sasaran utama masyarakat yang kurang mampu ataupun masyarakat yang termarginalisasi. Prosedur yang mudah dan fleksibilitas kepesertaan merupakan keunggulan Jamkesda. Merujuk regulasi terbaru maka Jamkesda harus diintegrasikan dengan JKN.

Karakteristik ODHA yang terpilih dalam sampel kebanyakan laki-laki, dengan rata-rata umur 36 tahun dan kisaran umur antara 21-63 tahun. Umumnya ODHA berstatus bekerja, kebanyakan sebagai pegawai swasta dan wiraswata. Sementara itu, ODHA yang tidak bekerja kebanyakan perempuan. Kelompok penasun paling banyak terpilih dalam studi ini, sedangkan yang terendah transgender dan pekerja seks perempuan. Dengan tingkat pengeluaran dan pendapatan berkisar Rp 1-3 juta per bulan. Seluruh responden telah berstatus HIV positif. Mereka yang telah positif HIV, hampir semua mengaku telah mengakses obat ARV yang diperoleh di rumah sakit. Hampir semua ODHA kartu JKN-nya aktif, artinya mereka dapat mempergunakan akses layanan kesehatan fasilitas layanan kesehatan JKN kapan pun. Lebih dari separuh kepesertaan ODHA di JKN bukan PBI. Ini mengindikasikan adanya kemandirian di kalangan ODHA untuk terlibat dalam JKN. Bahkan lebih dari separuh ODHA patuh membayar iuran BPJS rutin. Dari mereka yang telah mengakses JKN, ternyata belum banyak ODHA yang mau mengakses layanan kesehatan secara rutin ke fasilitas layanan kesehatan. Dengan lokasi akses layanan yang banyak dipilih dekat domisilinya, namun ada seperempat yang mengakses di luar domisilinya terutama pekerja seks perempuan. Sepertiga ODHA pernah mengakses layanan kesehatan tanpa menggunakan JKN. Dengan demikian, 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. Dari hasil kajian, ada ODHA yang pernah mengalami kendala saat mengakses layanan JKN, dan proporsinya meningkat dua kali lipat pada mereka yang enggan memakai JKN. Prosedur yang dianggap rumit dan waktu layanan yang lama menyebabkan ODHA enggan memakai JKN. Rumah sakit paling banyak dipilih tempat tes HIV. Namun, masih ada biaya tambahan yang dikeluarkan oleh beberapa ODHA untuk tes HIV, laboratorium, tes CD4/VL. Namun demikian, manfaat yang diterima dan dirasakan oleh ODHA masih jauh lebih besar dibandingkan semua hambatan yang dirasakan, karena adanya perlindungan dari sisi finansial. Saat ini para ODHA tidak lagi khawatir mengakses layanan kesehatan karena ketiadaan biaya, ini merupakan contoh dari pencapaian tujuan UHC. Di sisi lain, saat ini cakupan ketersediaan akses fasilitas layanan kesehatan belum optimal karena Kemenkes masih terfokus pada penguatan fasilitas layanan kesehatan di 100 kabupaten/kota. Dengan demikian, masih terjadi ketimpangan akses layanan karena belum semua fasilitas layanan kesehatan mampu menangani kasus ODHA sehingga mereka terpaksa harus mendatangi fasilitas layanan kesehatan 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 fasilitas layanan kesehatan 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 daring telah mengunci dari FKTP ke rumah sakit tipe C dan D dahulu sebelum ke tipe B atau A di mana layanan HIV tersedia. Ketidacukupan sisi suplai (*provider*), menyebabkan terjadinya antrean pasien sehingga waktu layanan menjadi lama. Akibat permasalahan di atas, maka ODHA enggan mengakses layanan JKN. Mereka yang mampu secara finansial akhirnya lebih memilih layanan umum sehingga harus mengeluarkan biaya dari kantong sendiri. Dari hasil lokakarya diketahui, ada regulasi yang lebih singkat terkait layanan rujukan bagi para ODHA, di mana bagi pasien lama untuk mengurus rujukan ulang hanya dari layanan primer bisa langsung tempat layanan biasa berobat (ARV) ke rumah sakit tipe B/A. Namun kebijakan ini belum banyak diketahui oleh fasilitas layanan kesehatan, masih sangat tergantung inisiatif daerah, seperti di Sulawesi Selatan sudah berlaku kebijakan tersebut.

Di tingkat fasilitas layanan kesehatan, masih ditemukan petugas kesehatan ataupun manajemen fasilitas layanan kesehatan 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 persen ODHA antara lain tidak diajak bicara hanya dituliskan resep, diperiksa dari jauh, langsung dikasih surat rujukan, 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, misalnya pendaftaran peserta di rumah sakit sudah menggunakan sistem daring sehingga tidak perlu antre 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.

6.2 Rekomendasi

Rekomendasi yang diusulkan dapat dipilah menurut tingkatan regulasi, layanan, dan kepesertaan, serta usulan penelitian lanjutan. Secara detail akan diuraikan di bawah ini.

Aspek Regulasi

- Apabila Perpres memerlukan waktu yang lama untuk diubah, maka pada peraturan turunan di tingkat teknis (menteri) bisa dibuat agar lebih kondusif untuk semua kelompok masyarakat untuk bisa mengakses layanan JKN, termasuk ODHA. Misalnya, 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 sosial terbaik bagi masyarakatnya. Oleh karena itu, pemerintah daerah dapat diberikan ruang yang lebih fleksibel untuk mengelola sumber daya tambahan (dari sisi manfaat, prasyarat kepesertaan, dan pembiayaan) bagi penduduk yang termarginalisasi sebagai perwujudan dari janji politik kepala daerah. Dengan demikian, semangat perlindungan sosial ini dapat terus dipertahankan pada proses integrasi Jamkesda ke JKN.
- Regulasi yang dapat menciptakan ketidakadilan ataupun diskriminasi kepada pekerja ataupun ODHA agar dicabut dan diperbaiki. Misalnya, pasangan suami-istri yang bekerja, sebaiknya tidak diwajibkan membayar iuran JKN keduanya, tetapi cukup satu saja. Contoh lain, adanya paket manfaat yang tidak ditanggung salah satunya, menghapus pengecualian penggunaan narkoba dalam JKN. Sebab pengguna narkoba atau 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 memperluas fasilitas layanan kesehatan yang mampu menangani kasus HIV/AIDS.
- Mendorong dan mengadvokasi kepada Kemenkes agar melakukan percepatan penguatan dan perluasan layanan HIV (terutama akses ART dan pemberian VL) di layanan primer (puskesmas), rumah sakit tipe C dan D untuk mengurangi rujukan ke rumah sakit tipe B dan A.
- Pemanfaatan layanan JKN untuk 90-90-90 perlu ditingkatkan, sebagai *exit strategy* mengantisipasi berkurangnya atau berhentinya dukungan hibah dari luar negeri.
- Dengan 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.
- Pihak Kemenkes dan BPJS Kesehatan perlu melakukan pengurangan upaya diskriminasi di kalangan petugas kesehatan. Upaya tersebut dapat dilakukan melalui pertemuan dan lokakarya, serta memasukkan dalam kurikulum di sekolah kedokteran/ kesehatan.
- Perlu ditingkatkan efektifitas dan frekuensi komunikasi informasi dan advokasi tentang stigma dan diskriminasi antara Kemenkes, LSM pendukung ODHA (IAC, Spiritia), dengan fasilitas layanan kesehatan.
- Mekanisme rujukan berjenjang perlu disosialisasikan oleh BPJS dan Kemenkes seperti Dinkes kepada seluruh fasilitas layanan kesehatan agar tercipta kesamamaan standar implementasinya di seluruh

Indonesia. Berdasarkan hasil lokakarya studi ini diketahui, untuk program HIV/AIDS, sistem rujukan yang berlaku bila telah mengakses pada rumah sakit tipe A dan B (pasien lama) maka proses pengurusan rujukan ulang tidak harus dilakukan secara berjenjang, tetapi bisa dari layanan tingkat pertama langsung ke rumah sakit tipe A dan B, kecuali bagi pasien baru.

- 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 mengindikasikan belum adanya perlindungan jaminan kesehatan bagi semua pekerja formal. Menindaklanjuti amanah Perpres 82/2018, kiranya pihak Kemnaker, asosiasi pekerja, dan BPJS perlu segera melakukan sosialisasi program JKN di kalangan perusahaan dan melakukan pengecekan kepada pihak perusahaan secara rutin untuk memastikan seluruh pekerja formal mendapatkan hak-nya 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 dan asosiasi pekerja perlu mendorong dan memastikan agar setiap perusahaan memiliki program HIV/AIDS di tempat kerja, terutama memberikan informasi dan edukasi HIV/AIDS termasuk juga sosialisasi program JKN bagi pekerjanya.
- Patuh pada aturan main yang berlaku di program JKN wajib dilaksanakan oleh seluruh warga negara Indonesia, tanpa ada pengecualian. Untuk itu, semua pihak (Kemenkes, Dinkes, LSM) perlu mendorong dan memperkuat para populasi kunci agar wajib memiliki nomor induk kependudukan (NIK) dan kartu tanda penduduk (KTP). Pertama sebagai wujud dari tanggungjawab sebagai warga negara Indonesia yang baik; kedua, agar bisa mendaftar dan tercatat sebagai peserta BPJS Kesehatan; ketiga, mempermudah dalam berbagai urusan administrasi layanan kependudukan ataupun akses ke program perlindungan sosial lainnya. Untuk itu, sosialisasi dan komunikasi yang intens agar mengurus NIK dan KTP perlu dilakukan kepada para populasi kunci oleh Kemenkes, BPJS, dan LSM.
- 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 fleksibel dilaksanakan perlu segera diterapkan. Untuk itu, informasi dan edukasi yang lebih intensif tentang tata cara mengakses 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 konkret yang dibutuhkan ODHA. Untuk itu, kajian ini perlu diperluas dan dilanjutkan lagi untuk dapat memperkirakan besaran ODHA yang ingin bergabung dan mengakses ke layanan JKN, serta alasan ODHA yang belum dapat layanan dan atau tidak ingin bergabung 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.

- Untuk mempercepat strategi menuju pencapaian 90-90-90, maka perlu dilakukan kajian mengapa pada ODHA/populasi kunci mengalami kesulitan untuk dites, diobati dan diperiksa viral load. Sekaligus mencari strategi untuk meningkatkan pemanfaatan JKN untuk 90-90-90 sebagai *exit strategy* mengantisipasi berkurangnya atau berhentinya dukungan hibah dari luar negeri.

Referensi

- [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. [Daring]. Available: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>. [Accessed: 23-Feb-2019].
- [4] Kemenkes, "ODHA Berhak Mendapatkan Jaminan Kesehatan," *Kemenkes*, 2012. [Daring]. Available: <http://www.depkes.go.id/article/view/2142/odha-berhak-mendapatkan-jaminan-kesehatan.html>. [Accessed: 05-Mar-2019].
- [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 dan 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.
- [12] World Bank, "Spend More, Right; Better Indonesia Health Financing System Assessment," Jakarta, 2016.
- [13] Kompas, "Infografik: Angka Kemiskinan Era Soeharto hingga Jokowi - Kompas.com," *Kompas*, 2018. [Daring]. Available: <https://ekonomi.kompas.com/read/2018/08/02/112317326/infografik-angka-kemiskinan-era-soeharto-hingga-jokowi>. [Accessed: 22-Feb-2019].
- [14] ILO, "World Social Protection Report 2017–19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals," Geneva, 2017.
- [15] R. Agustina *et al.*, "Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges," *Lancet*, vol. 393, no. 10166, pp. 75–102, Jan. 2019.
- [16] P. K. Suahya and A. D. Setiawan, "Ringkasan Laporan Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), 2014 - 2018," Jakarta, 2018.
- [17] WHO, "Kajian Nasional Respons HIV di Bidang Kesehatan Republik Indonesia," Jakarta, 2017.

- [18] Hukum Daring, "Inilah Poin-Poin Perubahan Perpres Jaminan Kesehatan - hukumdaring.com," *Hukum Daring.Com*, 2016. [Daring]. Available: <https://www.hukumdaring.com/berita/baca/lt56e291aca1b2b/inilah-poin-poin-perubahan-perpres-jaminan-kesehatan>. [Accessed: 05-Mar-2019].
- [19] Hukum Daring, "Pemerintah Revisi Perpres Jaminan Kesehatan - hukumdaring.com," *Hukum Daring.com*, 2015. [Daring]. Available: <https://www.hukumdaring.com/berita/baca/lt5519fe6df01ce/pemerintah-revisi-perpres-jaminan-kesehatan>. [Accessed: 05-Mar-2019].
- [20] Hukum Daring.com, "8 Masalah Penghambat Jaminan Kesehatan Nasional - hukumdaring.com," *Hukum Daring*, 2016. [Daring]. Available: <https://www.hukumdaring.com/berita/baca/lt57bd0ba444be5/8-masalah-penghambat-jaminan-kesehatan-nasional>. [Accessed: 28-Feb-2019].
- [21] World Bank and CHRUI, "Integration of HIV Into The National Social Health Insurance Program," 2016.
- [22] Susyanty Andi Leny, Handayani Rini Sasanti, and Sugiharti, "Keterjangkauan Biaya untuk Mendapatkan Pengobatan pada Anak dengan HIV AIDS dan Infeksi Oportunistik," *Media Penelit. dan Pengemb. Kesehat.*, vol. 27, no. 3, pp. 161–168, 2017.
- [23] Prasasti Giovani D, "Cegah Tumpang Tindih Kebijakan, BPJS Kesehatan Bekerja Sama dengan Jasa Raharja - Health Liputan6.com," *liputan6.com*, 2019. [Daring]. Available: <https://www.liputan6.com/health/read/3884322/cegah-tumpang-tindih-kebijakan-bpjs-kesehatan-bekerja-sama-dengan-jasa-raharja>. [Accessed: 05-Mar-2019].
- [24] Permenkes, "Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS," Jakarta, 2013.
- [25] Savitri Yout, "Kebijakan Pelayanan Kesehatan Era Jaminan Kesehatan Nasional," in *The 5th Inahea*, 2018, p. 31.
- [26] Permenkes, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. 2014, p. 48.
- [27] Permenkes, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV*. 2014, p. 95.
- [28] Organisasi Perburuhan Internasional, *Naskah Rekomendasi Tentang HIV dan AIDS Dan Dunia Kerja*. Jakarta, 2010.
- [29] L. Nevendorff, T. Puspoarum, S. F. Putri, Sallynita, and E. Fitriana, "Kajian Gender terhadap Penanggulangan HIV di Indonesia," Pusat Penelitian HIV AIDS Unika Atma Jaya, Jakarta, 2018.

Lampiran Tabel

Tabel 1. Karakteristik ODHA yang terlibat dalam studi

		Kota		
		Jaksel	Makassar	Denpasar
Sampel		84	90	84
Tempat mendapatkan responden	Layanan primer	21,4%	50,0%	2,4%
	Layanan lanjutan	71,4%	50,0%	56,0%
	Lainnya	7,1%		41,7%
Tempat layanan yang biasa di akses	PKM & RS	52,4%	18,9%	9,5%
	PKM & klinik	3,6%		1,2%
	RS & klinik swasta	8,3%	1,1%	29,8%
	Puskesmas	8,3%	37,8%	
	Rumah sakit	27,4%	37,8%	42,9%
	Klinik swasta		3,3%	16,7%
	pertama kali datang		1,1%	
Jenis kelamin	Laki	64,3%	60,0%	75,0%
	Perempuan	33,3%	38,9%	23,8%
	Transgender	2,4%	1,1%	1,2%
Jenis pekerjaan	PNS	1,2%	2,2%	
	Swasta	23,8%	32,2%	53,6%
	Wiraswasta	9,5%	36,7%	44,0%
	Pekerja non formal	20,2%	10,0%	2,4%
	Tidak bekerja	39,3%	15,6%	
	Lainnya	6,0%	3,3%	
Jumlah pengeluaran per bulan	<1 juta	13,1%	8,9%	8,3%
	1-3 juta	50,0%	67,8%	69,0%
	3-5 juta	17,9%	10,0%	17,9%
	> 5 juta	7,1%	1,1%	4,8%
	Tidak jawab	11,9%	12,2%	
Jumlah pendapatan per bulan	<1 juta	13,1%	12,2%	7,1%
	1-3 juta	58,3%	70,0%	66,7%
	3-5 juta	13,1%	16,7%	22,6%
	> 5 juta	10,7%		3,6%
	Tidak jawab	4,8%	1,1%	
Status Populasi kunci menurut pengakuan responden	Penasun	36,9%	26,7%	70,2%
	Pekerja seks perempuan		3,3%	3,6%
	Transgender	3,6%	2,2%	1,2%
	LSL	14,3%	23,3%	2,4%
	IRT	28,6%	28,9%	16,7%
	Lainnya	16,7%	15,6%	6,0%

Tabel 2. Kepesertaan ODHA yang ikut JKN

		Kota		
		Jaksel	Makassar	Denpasar
N sampel		84	90	84
Status kepesertaan JKN	Non-PBI (Mandiri)	58,3%	71,1%	61,9%
	PBI	41,7%	28,9%	38,1%
Status Kartu JKN	Aktif	92,9%	95,6%	96,4%
	Non aktif	3,6%	4,4%	3,6%
	Tidak menjawab	3,6%		
N sampel PBI		35	26	32
Cara pengajuan/verifikasi PBI	Melalui perangkat daerah RW/RT	62,9%	79,3%	87,5%
	Rekomendasi Dinsos	2,9%	3,4%	3,1%
	Rekomendasi layanan	34,3%	13,8%	
	Tidak menjawab		3,4%	9,4%
N sampel Non-PBI (Mandiri)		49	64	52
Pernah terlambat bayar iuran JKN	Ya	30,6%	40,6%	40,4%
	Tidak	69,4%	59,4%	59,6%
Lama telat membayar iuran JKN (dalam satuan bulan)	N	2	17	13
	Mean	4,50	3,65	4,15
	Median	4,50	2,00	4,00
	Minimum	1	1	1
	Maksimum	8	12	6

Tabel 3. Akses ke layanan kesehatan menggunakan JKN dan tidak

		Kota		
		Jaksel	Makassar	Denpasar
N sampel		84	90	84
Pernah mempergunakan JKN	Ya	95,2%	91,1%	100,0%
	Tidak	4,8%	8,9%	
Frekuensi pemakaian JKN setahun terakhir	Satu kali	3,8%	4,9%	
	Kadang-kadang	17,5%	32,9%	52,4%
	Sering	31,3%	47,6%	46,4%
	Rutin	47,5%	14,6%	1,2%
Pernah akses JKN di wilayah domisili	Ya	85,0%	93,9%	85,7%
	Tidak	15,0%	6,1%	14,3%
Pernah akses JKN di luar wilayah domisili	Ya	46,3%	12,2%	16,7%
	Tidak	53,8%	87,8%	83,3%
Pernah akses layanan tanpa menggunakan JKN selama menjadi peserta JKN	Ya	45,2%	25,6%	21,4%
	Tidak	54,8%	74,4%	78,6%
N sampel yg akses tanpa JKN		38	23	18
Frekuensi akses layanan tanpa menggunakan JKN	Satu kali	23,7%	26,1%	61,1%
	Kadang-kadang	52,6%	69,6%	38,9%
	Rutin	23,7%	4,3%	

Tabel 4. Mereka yang mengakses testing HIV dan testing laboratorium

Test HIV		Kota		
		Jaksel	Makassar	Denpasar
N sampel		84	90	84
Dimana tempat tes HIV	Layanan primer	35,7%	41,1%	1,2%
	Layanan lanjutan	52,4%	51,1%	31,0%
	Mobile Klinik	1,2%	2,2%	1,2%
	Klinik swasta	8,3%	5,6%	66,7%
	Lainnya	2,4%		
Dikenakan biaya terkait tes HIV	Ya	39,3%	5,6%	1,2%
	Tidak	60,7%	94,4%	98,8%
N sampel dikenakan biaya tes		33	5	1
Besarnya biaya tes	<20 ribu	15,2%		100,0%
	20-50 ribu	12,1%		
	>50 ribu	72,7%	100,0%	
Tes Laboratorium darah rutin				
N sampel		84	90	84
pernah tes laboratorium darah rutin terkait HIV		72,6%	86,7%	92,9%
	Ya	27,4%	13,3%	7,1%
	Tidak	61	78	78
N sampel yang mau tes laboratorium		31,1%	7,8%	1,3%
Tempat tes laboratorium darah rutin	Layanan primer	60,7%	83,1%	83,3%
	Layanan lanjutan	8,2%	5,2%	15,4%
	Klinik swasta		3,9%	
	Lainnya	4,8%	4,4%	
Dikenakan biaya tes laboratorium	Ya	95,2%	95,6%	100,0%
	Tidak			
N sampel tes laboratorium berbayar		4	3	
Berapa besar biayanya	20-50 ribu	25,0%	33,3%	
	>50 ribu	75,0%	66,7%	

Tabel 5. Mereka yang mengakses layanan testing IMS dan testing CD4/VL

Tes IMS		Kota			
		Jaksel	Makassar	Denpasar	TOTAL
N sampel		84	90	84	
Pernah tes IMS	Ya	17,9%	12,2%	33,3%	20,9%
	Tidak	82,1%	87,8%	66,7%	79,1%
Tempat tes IMS	Layanan primer	53,3%	54,5%	57,1%	55,6%
	Layanan lanjutan	40,0%	36,4%	25,0%	31,5%
	Klinik swasta	6,7%		17,9%	11,1%
	Lainnya		9,1%		1,9%
Dikenakan biaya saat IMS	Ya	2,4%			,8%
	Tidak	97,6%	100,0%	100,0%	99,2%
N sampel biaya IMS		3	1	2	6
Besarnya biaya saat IMS	<20 ribu	33,3%	100,0%	100,0%	66,7%
	20-50 ribu	33,3%			16,7%
	>50 ribu	33,3%			16,7%
Tes CD4/VL					
N Sampel		84	90	84	258
test_CD4	Ya	94,0%	94,4%	100,0%	96,1%
	Tidak	6,0%	5,6%		3,9%
N Sampel tes CD4		79	85	84	155
Pakai JKN untuk tes CD4	Ya	17,7%	70,6%	96,4%	62,5%
	Tidak	82,3%	29,4%	3,6%	37,5%
Pakai JKN terkena tambahan biaya	Ya	21,4%	20,0%	1,2%	10,3%
	Tidak	78,6%	80,0%	98,8%	89,7%
	Layanan primer		18,3%	2,5%	8,4%
tempat tes CD/VL	Layanan lanjutan	21,4%	45,0%	76,5%	59,4%
	Lab Swasta	21,4%	15,0%	16,0%	16,1%
	tidak menjawab	57,1%	21,7%	4,9%	16,1%

Tabel 6. Kendala dan keuntungan menjadi peserta JKN

Test HIV		Kota		
		Jaksel	Makassar	Denpasar
N sampel		84	90	84
Skema JKN saat ini sudah memenuhi kebutuhan ODHA	Ya	45,2%	54,4%	90,5%
	Tidak	40,5%	23,3%	6,0%
	Tidak Tahu	14,3%	22,2%	3,6%
Pernah alami kendala saat akses layanan HIV menggunakan JKN	Ya	29,8%	16,7%	1,2%
	Tidak	64,3%	76,7%	97,6%
	Tidak tahu	6,0%	6,7%	1,2%
Kendala terbesar dalam akses layanan JKN	Kelengkapan administratif	9,9%	20,2%	
	Iuran Bulanan	2,5%	12,4%	29,8%
	Alur layanan/rujukan	80,2%	64,0%	70,2%
	Lainnya	7,4%	3,4%	
JKN memberikan keuntungan bagi ODHA/ populasi kunci	Ya	97,6%	87,8%	100,0%
	Tidak	2,4%	12,2%	

Tabel 7. Stigma dan diskriminasi di layanan kesehatan

		Kota		
		Jaksel	Makassar	Denpasar
N sampel		84	90	84
JKN sudah memenuhi kebutuhan populasi kunci	Ya	48,8%	43,3%	98,8%
	Tidak	51,2%	54,4%	1,2%
	Tidak menjawab		2,2%	
Pernah alami diskriminasi karena status HIV saat akses layanan JKN	Ya	29,8%	17,8%	1,2%
	Tidak	70,2%	82,2%	98,8%
Pernah alami diskriminasi karena status populasi kunci saat akses layanan JKN	Ya	28,6%	20,0%	2,4%
	Tidak	71,4%	80,0%	97,6%
Pengalaman diskriminasi ketika akses layanan JKN	Diskriminasi keduanya	14,3%	13,3%	
	Diskriminasi HIV/ODHA	15,5%	4,4%	1,2%
	Diskriminasi populasi kunci	14,3%	6,7%	2,4%
	Tidak pernah	56,0%	75,6%	96,4%