

Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU

Tema 1: Akses Perempuan Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial



Dyan Widyaningsih

Niken Kusumawardhani

LAPORAN PENELITIAN SMERU

Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU
Tema 1: Akses Perempuan Miskin terhadap
Program Perlindungan Sosial

Dyan Widyaningsih

Niken Kusumawardhani

Editor

Wiwin Purbaningrum

The SMERU Research Institute

Maret 2019

TIM PENELITIAN

Peneliti SMERU

Ahmad Zuhdi Dwi Kusuma

Ana Rosidha Tamyis

Dinar Dwi Prasetyo

Dyan Widyaningsih

Elza Elmira

Fatin Nuha Astini

Mayang Rizky

Niken Kusumawardhani

Nurmala Selly Saputri

Ridho Al Izzati

Stella Aleida Hugatalung

Veto Tyas Indrio

Peneliti Daerah

Farida Hanim, Nur Fitri Yani Saputri, Steve Christiantara, M. Ridlo Susanto, Ratna Yunita, Rianigustin Mozar, Anas Sutisna, Lina Rozana, Mochamad Faizin, Andi Kasirang T. Baso, Andi Tenri Darhyati, Ari Ratna Kurniastuti, Abri Demang, Herry Widjanarko, Yakomina W. Nguru

Peneliti Lapangan

Elsa Melonika P. S., Firman Frans Silalahi, Lasma Delima Silitonga, Natasia Simangunsong, Nurhayani Lubis, Romi Comando Girsang, Romi Oktolius Ginting, Suci Andarini, Tengku Mossadeq Alqorny, Windo Harjoin Sidabuntar, Atin Supriyatin, Dhika Pratama A., Dwi Agustina, Fathurohim, Lia Restiawati H., Refa Nurasyifa R., Rizki Amalia H., Ani Kurniasih, Uli Nurjanah, Wahyu Romiyanto, Astarina Fiona Hayani, Milsa Nurhayati, Muhammad Taufiq, Purwa Indra Santoso, Rahmat Saiful, Rini Mulliyani, Shinta Damayanti Pratiwi, Siti Arbi'ah, Wahyu Hidayat, Annisa, Charis Suhud, Diesna Sari, Muhammad Rijal J., Nining Ade N., Nurmayasinta, Purnamasari, Ramlan Bahar, Riski Manwar, Uwais Al Qani, Rahmianti S., Ervilinda Teva, Feri Rince Sila, Jidream Marted Bell, Jonatan Pilmon Sila, Junedi Edison P. F., Naomi Dang, Ofin Zadrak Nakamnanu, Seleutaemar Bia, Yaner Adrianus Sae, Yefta Y. Naubnom



Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi-NonKomersial 4.0 Internasional.

Konten SMERU dapat disalin atau disebarluaskan untuk tujuan nonkomersial sejauh dilakukan dengan menyebutkan The SMERU Research Institute sebagai sumbernya. Jika tidak ada kesepakatan secara kelembagaan, format PDF publikasi SMERU tidak boleh diunggah dalam jaringan (daring) dan konten daring hanya bisa dipublikasikan melalui tautan ke situs web SMERU.

Laporan penelitian ini disusun dan diterbitkan oleh The SMERU Research Institute dengan dukungan dari Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU). Program MAMPU merupakan inisiatif bersama antara Pemerintah Indonesia dan Pemerintah Australia yang bertujuan meningkatkan akses perempuan miskin di Indonesia terhadap berbagai layanan publik dan program pemerintah dalam rangka mencapai kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Informasi yang disajikan dalam publikasi ini merupakan tanggung jawab tim penyusun dan tidak mewakili pandangan Pemerintah Indonesia dan Pemerintah Australia.

Studi dalam publikasi ini sebagian besar menggunakan metode wawancara dan diskusi kelompok terfokus. Semua informasi terkait direkam dan disimpan di kantor SMERU.

Untuk mendapatkan informasi mengenai publikasi SMERU, hubungi kami melalui nomor telepon 62-21-31936336, nomor faks 62-21-31930850, atau alamat surel smeru@smeru.or.id; atau kunjungi situs web www.smeru.or.id.

Foto Sampul: Dokumentasi SMERU

UCAPAN TERIMA KASIH

Laporan ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Untuk itu, kami menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada Bapak/Ibu Stewart Norup, Atik Dewi, dan Astutik Supraptini dari Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU) yang telah memfasilitasi dan memberi arahan teknis selama pelaksanaan penelitian ini. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada mitra MAMPU, khususnya di wilayah penelitian, atas informasi berharga terkait kegiatan yang dilakukan dan gambaran umum kondisi wilayah penelitian.

Ucapan terima kasih kami sampaikan pula kepada pemerintah daerah wilayah penelitian, terutama para camat dan kepala desa beserta staf, yang telah memperlancar dan memberikan informasi berharga sehingga penelitian ini terlaksana dengan baik. Kami juga berterima kasih kepada para informan kunci lainnya di tingkat kabupaten, kecamatan, desa, dan masyarakat atas segala informasi yang berharga untuk penelitian ini. Penghargaan dan terima kasih juga kami sampaikan kepada semua keluarga responden yang telah bersedia diwawancarai dan meluangkan waktu mereka yang berharga. Terakhir, kami berterima kasih kepada seluruh peneliti tamu, peneliti lokal, dan pendata di wilayah penelitian yang telah membantu tim peneliti SMERU dalam melakukan wawancara dan mengumpulkan informasi di lapangan.

Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU Tema 1: Akses Perempuan Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial

Dyan Widyaningsih dan Niken Kusumawardhani

Dengan mempelajari akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial di lima kabupaten di Indonesia (Deli Serdang, Cilacap, Kubu Raya, Pangkajene dan Kepulauan, serta Timor Tengah Selatan) pada 2014 dan 2017, studi ini berupaya menangkap perubahan yang terjadi pada akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial. Program JKN-KIS mendapat perhatian tersendiri dalam laporan ini dibandingkan dengan program perlindungan sosial lainnya dari pemerintah. Temuan studi ini menunjukkan bahwa proporsi keluarga miskin yang mengakses program perlindungan sosial dari pemerintah, seperti Rastra, PIP, dan PSKS, cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir, sedangkan proporsi penerima PKH dan JKN-KIS mengalami peningkatan. Secara umum, dalam tiga tahun terakhir ditemukan berbagai upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial, baik upaya yang dilakukan pihak pemerintah maupun nonpemerintah, termasuk masyarakat. JKN-KIS Daerah merupakan contoh baik praktik program perlindungan sosial yang mengombinasikan upaya peningkatan akses terhadap program perlindungan sosial dari kedua belah pihak. Dalam tiga tahun terakhir, studi ini menemukan adanya peningkatan pemahaman perempuan miskin tentang manfaat layanan kesehatan yang dapat diakses dengan menggunakan JKN-KIS. Meskipun demikian, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan pemanfaatan JKN-KIS di wilayah studi masih belum optimal. Sementara itu, terdapat beberapa aktor yang dinilai berperan dalam mendorong perubahan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial, yakni pemerintah daerah dan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU. Studi ini juga telah mengidentifikasi adanya perubahan upaya dari kelompok miskin dalam memperoleh haknya mengakses JKN-KIS. Upaya yang dilakukan adalah melengkapi dokumen kependudukan dan mengurus SKTM. Meskipun demikian, 60% masyarakat miskin yang disurvei di wilayah studi masih bersikap pasif dalam mengupayakan haknya mengakses program perlindungan sosial.

Kata kunci: akses perempuan miskin, program perlindungan sosial, JKN-KIS

DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH	i
ABSTRAK	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR KOTAK	iv
DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM	v
RANGKUMAN EKSEKUTIF	viii
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang dan Ruang Lingkup Studi	1
1.2 Tujuan Studi	3
1.3 Metodologi	3
II. AKSES DAN PERILAKU PEREMPUAN MISKIN TERHADAP PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL: KONDISI 2017 DAN PERUBAHANNYA	10
2.1 Keberadaan Program/Bantuan Perlindungan Sosial di Wilayah Studi	10
2.2 Akses Perempuan Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial	17
2.3 Pemanfaatan JKN-KIS di Wilayah Studi	30
III. ANALISIS FAKTOR DAN AKTOR YANG MEMENGARUHI PERUBAHAN AKSES PEREMPUAN MISKIN TERHADAP JKN-KIS	38
3.1 Analisis Faktor Pendorong dan Penghambat Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap JKN-KIS	38
3.2 Analisis Aktor Pendorong Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap JKN-KIS	41
IV. PENUTUP	44
4.1 Kesimpulan	44
4.2 Rekomendasi	47
DAFTAR ACUAN	48

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Lokasi Studi	3
Tabel 2. Kegiatan Pengumpulan Data Primer Kualitatif	8
Tabel 3. Daftar Program/Bantuan di Kabupaten Studi	11
Tabel 4. Akses terhadap Program dan Kepemilikan KPS/KKS	22
Tabel 5. Perubahan Pemanfaatan Layanan Kesehatan Berobat Jalan dan Rawat Inap Menggunakan JKN-KIS di Wilayah Studi	33
Tabel 6. Perubahan Pemanfaatan Layanan Kesehatan selain Berobat Jalan dan Rawat Inap Menggunakan JKN-KIS di Wilayah Studi	34

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Proporsi keluarga miskin yang tidak menerima program/bantuan (%)	17
Gambar 2. Jumlah program dari pemerintah yang diterima keluarga miskin di wilayah studi (%)	18
Gambar 3. Perubahan akses keluarga miskin terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah yang terbanyak diterima di wilayah studi	19
Gambar 4. Perubahan akses keluarga miskin terhadap Program JKN-KIS (%)	20
Gambar 5. Distribusi keluarga penerima program berdasarkan kuintil kesejahteraan	21
Gambar 6. Jumlah program nonpemerintah yang diterima keluarga miskin (%)	23
Gambar 7. Proporsi keluarga penerima program nonpemerintah di wilayah studi	24
Gambar 8. Proporsi keluarga penerima bantuan nonpemerintah yang terbanyak diterima di wilayah studi	24
Gambar 9. Upaya keluarga miskin untuk mengakses program/bantuan dari pemerintah	25
Gambar 10. Pihak yang membayarkan iuran JKN-KIS (%)	30
Gambar 11. Layanan kesehatan yang diakses dengan JKN-KIS di wilayah studi	31
Gambar 12. <i>Timeline</i> (lini masa) kehadiran organisasi nonpemerintah yang melakukan pendampingan terkait peningkatan akses perempuan terhadap program perlindungan sosial di wilayah studi	42

DAFTAR KOTAK

Kotak 1 Upaya Warga Desa H Menjadi PBI JKN-KIS Daerah	26
Kotak 2 Aksi Kolektif dalam Meningkatkan Akses Perempuan Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial dari Pemerintah	28

DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM

ADD	Alokasi Dana Desa
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASI	air susu ibu
BBM	bahan bakar minyak
BDT	basis data terpadu
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BLSM	Bantuan Langsung Sementara Masyarakat
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BSA	Balai Sakinah 'Aisyiyah
BSM	Bantuan Siswa Miskin
CA	<i>contribution analysis</i>
Citra	Cilacap tanpa kekerasan
CSR	<i>corporate social responsibility</i>
Desbumi	Desa Peduli Buruh Migran
Desmigratif	Desa Migran Produktif
Disdukcapil	Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil
FGD	<i>focus group discussion</i> (diskusi kelompok terfokus)
FKTL	fasilitas kesehatan tingkat lanjutan
FKTP	fasilitas kesehatan tingkat pertama
GSC	Generasi Sehat Cerdas
IVA	inspeksi visual dengan asam asetat
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jampersalda	Jaminan Persalinan Daerah
JKN-KIS	Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat
JKN-KIS Daerah	Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat Daerah
KB	Keluarga Berencana
KDRT	kekerasan dalam rumah tangga
KGN	Kampanye Gizi Nasional
KK	kartu keluarga
KKL	keluarga yang dikepalai laki-laki
KKP	keluarga yang dikepalai perempuan

KKS	kartu keluarga sejahtera
KLIK	Klinik Layanan Informasi dan Konseling
Koramil	Komando Rayon Militer
KPM	keluarga penerima manfaat
KPS	kartu perlindungan sosial
KTP	kartu tanda penduduk
KUA	Kantor Urusan Agama
KUR	Kredit Usaha Rakyat
MAMPU	Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
Pamsimas	Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat
Pangkep	Pangkajene dan Kepulauan
PDB	produk domestik bruto
PBI	penerima bantuan iuran
PCA	<i>principal component analysis</i>
PEKKA	Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga
PIP	Program Indonesia Pintar
PKDRT	Program Pencegahan Kekerasan dalam Rumah Tangga
PKGBM	Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat
PKH	Program Keluarga Harapan
PLKB	Petugas Lapangan Keluarga Berencana
PNPM	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
PNPM GSC	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Generasi Sehat Cerdas
polindes	pos bersalin desa
poskesdes	pos kesehatan desa
posyandu	pos pelayanan terpadu
PPSW	Pusat Pengembangan Sumber Daya Wanita
PSKS	Program Simpanan Keluarga Sejahtera
puskesmas	pusat kesehatan masyarakat
pustu	puskesmas pembantu
Raskin	Beras untuk Keluarga Miskin
Rastra	Beras Sejahtera
RT	rukun tetangga
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKTM	surat keterangan tidak mampu

SPR	Serikat Pekerja Rumahan
SSP	Sanggar Suara Perempuan
TKI	tenaga kerja Indonesia
TKSK	Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan
TMMD	Tentara Manunggal Membangun Desa
TNI	Tentara Nasional Indonesia
TTS	Timor Tengah Selatan
UEP	Usaha Ekonomi Produktif
USG	ultrasonografi
yandu	pelayanan terpadu satu atap

Latar Belakang

Studi akses perempuan miskin terhadap layanan publik merupakan bagian dari studi longitudinal yang dijalankan selama enam tahun (2014–2020) atas kerja sama antara The SMERU Research Institute dan program Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU). Studi *Baseline* MAMPU tentang akses perempuan miskin terhadap layanan publik dan penghidupan telah dilakukan pada 2014, dan dinamika yang terjadi selama 2014–2017 perlu dipelajari secara seksama untuk mengamati perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik. Studi *Midline* MAMPU yang dilaksanakan pada 2017 bertujuan mendokumentasikan perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik yang terjadi di wilayah studi selama 2014–2017. Salah satu tema studi yang menjadi fokus program MAMPU adalah “akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial Pemerintah Indonesia.”

Skema program perlindungan sosial di Indonesia telah berkembang menjadi sangat komprehensif dengan diselenggarakannya program perlindungan sosial di berbagai bidang oleh pemerintah. Meskipun demikian, laju pengentasan kemiskinan di Indonesia melambat secara signifikan dalam beberapa tahun terakhir sehingga Pemerintah Indonesia perlu melakukan upaya yang lebih keras untuk mengentaskan kemiskinan. Beberapa studi menyimpulkan bahwa akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial tidaklah merata karena banyak keluarga dikepalai perempuan yang tergolong dalam kelompok dengan tingkat kesejahteraan terendah yang memiliki keterbatasan informasi dan kesadaran yang rendah terhadap program perlindungan sosial. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kelompok perempuan miskin memerlukan dukungan untuk memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai program/bantuan sosial yang berpotensi meningkatkan kesejahteraannya.

Pada tema “akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial Pemerintah Indonesia”, Studi *Midline* MAMPU dilaksanakan dengan tujuan mendalami (i) perubahan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial dalam kurun waktu tiga tahun terakhir, (ii) perubahan pemanfaatan program perlindungan sosial oleh perempuan miskin dalam kurun waktu dua tahun terakhir, dan (iii) proses terjadinya perubahan tersebut, termasuk faktor dan aktor yang mendukung dan menghambat perubahan. Secara khusus, Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) mendapatkan sorotan yang lebih besar dalam laporan ini dibandingkan dengan program perlindungan sosial lainnya yang diselenggarakan pemerintah karena JKN-KIS merupakan skema asuransi kesehatan bagi seluruh warga Indonesia yang cakupannya akan diperluas secara bertahap hingga mencapai cakupan universal pada 2019.

Akses dan Perilaku Perempuan Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial: Kondisi 2017 dan Perubahannya

Proporsi keluarga miskin di wilayah studi yang mengakses Beras Sejahtera (Rastra), Program Indonesia Pintar (PIP), dan Program Simpanan Keluarga Sejahtera (PSKS) cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir, sementara proporsi keluarga miskin penerima Program Keluarga Harapan (PKH) dan JKN-KIS mengalami peningkatan. Pada 2016, Kementerian Sosial memperluas jangkauan PKH dengan menambahkan rumah tangga yang memiliki anggota lanjut usia serta penyandang disabilitas atau kecacatan berat sebagai penerima PKH. Sementara itu, salah satu

faktor yang berkontribusi menyebabkan meningkatnya proporsi keluarga miskin penerima JKN-KIS adalah keberadaan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat Daerah (JKN-KIS Daerah) yang diselenggarakan oleh pemerintah kabupaten studi. JKN-KIS Daerah memiliki mekanisme pengajuan diri menggunakan dukungan surat keterangan tidak mampu (SKTM) yang berpotensi meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap jaminan perlindungan kesehatan.

Hasil survei menunjukkan sekitar 60% keluarga miskin di wilayah studi tidak memiliki kartu perlindungan sosial (KPS) atau kartu keluarga sejahtera (KKS) sebagai kartu penanda keluarga kurang mampu dengan proporsi yang setara antara kelompok keluarga dikepalai perempuan (KKP) dan keluarga dikepalai laki-laki (KKL), yakni masing-masing 61,4% dan 64,6%. Hal ini menunjukkan masih terdapat permasalahan dalam penetapan rumah tangga yang menjadi sasaran penerima program perlindungan sosial dari Pemerintah Pusat yang berdasarkan basis data terpadu (BDT). Tingginya proporsi keluarga penerima program tanpa kepemilikan KPS/KKS mengindikasikan bahwa ada mekanisme lain bagi keluarga miskin di wilayah studi yang tidak mendapatkan KPS/KKS untuk mengakses program perlindungan sosial dari Pemerintah Pusat. Faktor lain yang menyebabkan keluarga miskin tidak dapat memiliki KPS/KKS adalah ketiadaan kartu keluarga (KK) yang menjadi basis pendataan penerima program karena Pemerintah Pusat menetapkan sasaran penerima dengan menggunakan basis rumah tangga.

Berdasarkan hasil survei, terdapat 40% responden keluarga miskin yang mengaku pernah melakukan upaya untuk dapat mengakses program perlindungan sosial dari pemerintah. Dua jenis upaya yang paling sering ditempuh adalah melapor kepada pihak-pihak yang dipercaya dapat menyelesaikan masalah tersebut dan melengkapi dokumen. Studi ini menemukan adanya upaya dari pemerintah desa dan organisasi nonpemerintah di wilayah studi untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah, di antaranya dengan mengadakan kegiatan nikah massal bagi pasangan kohabitasi dan kegiatan pembuatan administrasi kependudukan secara massal di kantor desa. Mitra MAMPU yang bernama Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA) di Kubu Raya secara rutin melakukan upaya pemenuhan dokumen identitas dasar keluarga miskin melalui kegiatan pelayanan terpadu satu atap (yandu) yang mencakup pelaksanaan sidang isbat nikah dan pembuatan buku nikah serta akta kelahiran dengan melibatkan Pengadilan Agama, Kantor Urusan Agama (KUA), dan Kantor Catatan Sipil. Kegiatan afirmatif seperti yang dilakukan PEKKA di Kubu Raya dapat membantu meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap layanan pembuatan dokumen identitas hukum yang berpotensi meningkatkan akses mereka terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah.

Terkait program JKN-KIS yang sumber pembiayaannya beragam, hasil wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus kecil atau *mini focus group discussion* (FGD mini) menemukan bahwa secara umum tidak terdapat perbedaan manfaat serta fasilitas kesehatan yang dapat diakses, baik antara penerima bantuan iuran (PBI) JKN-KIS dan PBI JKN-KIS Daerah maupun antara PBI dan non-PBI. Mayoritas perempuan miskin yang menjadi PBI JKN-KIS telah mengetahui jenis-jenis layanan kesehatan yang umumnya bisa mereka dapatkan jika berobat menggunakan JKN-KIS di fasilitas kesehatan desa, seperti pengobatan umum, pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan alat kontrasepsi.

Studi ini menemukan bahwa pemanfaatan JKN-KIS di wilayah studi belum optimal. Beberapa penyebabnya adalah masih adanya tenaga kesehatan desa yang tidak memberikan pelayanan sesuai ketentuan, mekanisme penggunaan yang dinilai rumit, dan terbatasnya ketersediaan obat/jenis alat kontrasepsi yang bisa diakses menggunakan skema JKN-KIS. Meskipun demikian, PBI JKN-KIS cenderung masih pasif dalam mengupayakan haknya untuk memperoleh layanan kesehatan gratis berdasarkan ketentuan program. Sikap pasif ini dipengaruhi mentalitas inferior

yang menghambat terjadinya perubahan perilaku perempuan miskin yang menjadi PBI untuk memanfaatkan JKN-KIS.

Hasil survei menemukan bahwa JKN-KIS lebih banyak dimanfaatkan untuk berobat jalan. Sementara itu, pemanfaatan JKN-KIS untuk persalinan cenderung rendah, dan peningkatan yang terjadi dalam dua tahun terakhir pun tidak signifikan. Pada dasarnya, pemanfaatan JKN-KIS juga turut dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas kesehatan, keberadaan tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas kesehatan desa, waktu operasional fasilitas kesehatan, kualitas pelayanan, jarak ke fasilitas kesehatan, serta akses jalan dan transportasi menuju fasilitas kesehatan. Lebih lanjut, tidak semua fasilitas kesehatan di desa studi bisa digunakan untuk layanan persalinan karena tidak semua tenaga kesehatan yang bertugas adalah bidan dan peralatan kesehatan yang mendukung masih kurang.

Rendahnya pemanfaatan JKN-KIS untuk layanan imunisasi disebabkan karena tersedianya layanan ini di pos pelayanan terpadu (posyandu) yang biasanya dapat diakses secara gratis. Dalam kondisi tertentu, norma keluarga yang menganggap perempuan/istri sebagai pihak yang bertanggung jawab terhadap pengasuhan/perawatan anggota keluarga juga dapat menghambat perempuan untuk melakukan aktivitas di luar rumah, termasuk berobat ke fasilitas kesehatan. Sementara itu, meski perempuan di desa studi telah mengetahui bahwa pemeriksaan inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) dapat diakses gratis di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dengan JKN-KIS, hanya sebagian kecil yang telah menggunakannya.

Meskipun tidak ada perbedaan kualitas layanan antara Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan JKN-KIS, masyarakat di wilayah studi mengakui bahwa penggunaan Jamkesmas dianggap lebih fleksibel karena bisa digunakan di puskesmas mana saja dan bisa langsung digunakan untuk berobat ke rumah sakit tanpa harus mendapat rujukan dari pos kesehatan desa (poskesdes) atau puskesmas terlebih dahulu. Penggunaan JKN-KIS dianggap lebih rumit karena adanya mekanisme berjenjang yang dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Selain itu, JKN-KIS baru bisa langsung digunakan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan hanya pada saat kondisi darurat. Sementara itu, meski secara umum tidak terdapat perbedaan manfaat yang diterima peserta mandiri JKN-KIS dan PBI JKN-KIS, masih terdapat keluhan dari perempuan PBI JKN-KIS terkait perbedaan jenis obat dan jalur antrian antara pasien JKN-KIS dan pasien umum saat berobat di puskesmas atau rumah sakit umum daerah.

Analisis Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan terhadap JKN-KIS

Faktor pendorong utama yang meningkatkan perubahan akses perempuan terhadap JKN-KIS dalam tiga tahun terakhir di wilayah studi adalah keberadaan Program JKN-KIS Daerah. JKN-KIS Daerah berperan besar dalam peningkatan persentase penerima JKN-KIS di Kubu Raya dan di Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep). JKN-KIS Daerah dapat terwujud karena adanya kerja sama antara Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang dituangkan ke dalam kebijakan daerah. Keberadaan JKN-KIS Daerah telah membuka akses masyarakat miskin di wilayah studi, khususnya perempuan, terhadap jaminan perlindungan kesehatan dari pemerintah. JKN-KIS Daerah memiliki beberapa prinsip penyelenggaraan yang berpotensi mendorong peningkatan akses masyarakat miskin terhadap JKN-KIS, di antaranya yaitu mekanisme pengusulan yang partisipatif dan adanya sejumlah kriteria kepesertaan yang ditetapkan untuk memastikan ketepatan sasaran penerima program.

Faktor kedua yang turut berperan mendorong peningkatan akses masyarakat terhadap JKN-KIS adalah sosialisasi atau proses penyebaran informasi, baik menyangkut keberadaan JKN-KIS Daerah maupun terkait keseluruhan manfaat layanan dalam skema JKN-KIS. Masyarakat dapat mengetahui keberadaan JKN-KIS Daerah dari sosialisasi yang dilakukan tenaga kesehatan di tingkat desa dan puskesmas serta dari kelompok dampingan mitra MAMPU. Sosialisasi yang dilakukan di tingkat desa berpotensi menjangkau masyarakat yang lebih luas daripada sosialisasi yang hanya dilakukan hingga tingkat kecamatan. Pada kelompok dampingan mitra MAMPU, sosialisasi terkait JKN-KIS Daerah dilakukan melalui pertemuan rutin dan buletin kelompok sebagai media penyebaran informasi secara internal yang cukup efektif. Penyebaran informasi terkait JKN-KIS Daerah sangat berperan dalam mendorong masyarakat untuk mengusahakan haknya sebagai penerima program tersebut.

Studi ini juga menemukan beberapa faktor yang menghambat pemanfaatan JKN-KIS di wilayah studi, yakni mekanisme penggunaannya yang dinilai cukup rumit, keterbatasan infrastruktur pelayanan (baik dari segi jumlah maupun sebaran) dan akses jalan menuju fasilitas kesehatan, tradisi lokal yang masih memercayakan pemeriksaan kehamilan dan persalinan kepada dukun bayi, serta mentalitas inferior yang membuat perempuan miskin merasa tidak percaya diri untuk memperjuangkan haknya mengakses layanan JKN-KIS.

Sementara itu, aktor yang berkontribusi besar dalam mendorong perubahan akses perempuan miskin di wilayah studi terhadap JKN-KIS adalah pemerintah daerah di tingkat kabupaten (kepala daerah, Dinas Kesehatan, dan Dinas Sosial) serta pihak-pihak yang menjadi kepanjangan tangan mereka di tingkat kecamatan dan desa, khususnya petugas puskesmas dan bidan desa. Di tingkat masyarakat, aktor yang dinilai berkontribusi mendorong perubahan akses perempuan miskin terhadap JKN-KIS dalam tiga tahun terakhir adalah anggota kelompok dampingan mitra MAMPU.

Pemerintah daerah memiliki peran penting dalam meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap jaminan perlindungan kesehatan melalui program JKN-KIS Daerah. Di tingkat desa, pemerintah desa dan bidan memiliki peran cukup penting dalam proses pengusulan calon penerima JKN-KIS Daerah kepada Dinas Kesehatan. Di desa-desa studi yang menjadi wilayah dampingan mitra MAMPU, pengusulan calon penerima program JKN-KIS Daerah dilakukan oleh kader kelompok dampingan mitra MAMPU. Di tingkat masyarakat, informasi keberadaan JKN-KIS Daerah biasanya diteruskan oleh kader posyandu dan kader dampingan mitra MAMPU melalui kegiatan rutin posyandu dan kegiatan kelompok dampingan.

Organisasi nonpemerintah, khususnya mitra MAMPU, merupakan aktor lain yang cukup berperan dalam meningkatkan akses perempuan miskin terhadap JKN-KIS. Studi ini menemukan bahwa pemerintah desa dan organisasi mitra MAMPU juga berperan dalam memfasilitasi pembuatan dokumen identitas hukum bagi masyarakat miskin yang diperlukan dalam proses pendataan calon penerima program perlindungan sosial pemerintah, termasuk JKN-KIS Daerah.

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Ruang Lingkup Studi

Studi akses perempuan miskin terhadap layanan publik merupakan bagian dari studi longitudinal yang dijalankan selama enam tahun (2014–2020) atas kerja sama antara The SMERU Research Institute dan program Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU)¹. Sebagai program yang bertujuan meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik, upaya MAMPU untuk mencapai tujuan jangka panjangnya perlu didokumentasikan dalam bentuk penelitian longitudinal. Studi *Baseline* MAMPU tentang akses perempuan miskin terhadap layanan publik dan penghidupan telah dilakukan pada 2014, dan dinamika yang terjadi selama 2014–2017 perlu dipelajari secara seksama untuk mengamati perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik. Pada 2015, MAMPU dan The SMERU Research Institute kembali melakukan sebuah studi yang diberi nama Studi Modul. Studi Modul secara khusus melihat dinamika kehidupan perempuan miskin saat terjadi perubahan kebijakan subsidi bahan bakar minyak (BBM) pada 2015 sebagai bagian dari rangkaian penelitian longitudinal sepanjang 2014–2020. Studi *Midline* MAMPU yang dilaksanakan pada 2017 ini bertujuan mendokumentasikan perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik yang terjadi di wilayah studi sepanjang tahun 2014–2017.

Salah satu tema studi yang menjadi fokus program MAMPU adalah “akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial Pemerintah Indonesia².” Program perlindungan sosial didefinisikan sebagai serangkaian kebijakan yang dirancang untuk mengurangi kemiskinan dan kerentanan dengan mengurangi eksposur masyarakat terhadap risiko dan meningkatkan kapasitas untuk melindungi diri dari bahaya kehilangan pendapatan (ADB³, 2013). Sejak 1998, Pemerintah Indonesia telah menyelenggarakan berbagai program perlindungan sosial untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin dan rentan dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Program perlindungan sosial yang menargetkan rumah tangga miskin merupakan perkembangan yang baru di Indonesia. Sebelum 1998, Pemerintah Indonesia melaksanakan pemberian subsidi harga bahan pokok secara universal kepada seluruh kelompok masyarakat, dan pelaksanaan program bantuan sosial yang ditargetkan baru dimulai setelah krisis keuangan Asia pada 1997 (Perdana, 2014). Hingga saat ini, skema program perlindungan sosial di Indonesia telah menjadi sangat komprehensif melalui penyelenggaraan program perlindungan sosial di berbagai bidang oleh pemerintah. Pada 2012, pemerintah meluncurkan sebuah basis data terpadu (BDT) yang mencakup sekitar 24,5 juta rumah tangga atau 96 juta orang di kelompok kesejahteraan terendah di Indonesia. BDT telah digunakan sebagai dasar untuk menyampaikan program perlindungan sosial seperti Beras untuk Keluarga Miskin (Raskin), Bantuan Siswa Miskin (BSM), dan Program Keluarga Harapan (PKH). Penyelenggaraan sistem perlindungan sosial yang komprehensif diharapkan mampu menyediakan pemenuhan kebutuhan dasar untuk kelompok masyarakat miskin dan rentan sehingga akan memberikan dampak langsung pada peningkatan kesejahteraan mereka.

¹Program MAMPU adalah bentuk kemitraan antara Pemerintah Australia dan Pemerintah Indonesia untuk kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. MAMPU memfokuskan intervensi pada perempuan miskin dan organisasi perempuan yang memperjuangkan hak-hak perempuan miskin.

²Empat tema lainnya adalah *perempuan pekerja rumahan, perempuan pekerja migran, kesehatan dan gizi perempuan, dan kekerasan terhadap perempuan*.

³Asian Development Bank.

Walaupun Indonesia telah memiliki desain perlindungan sosial yang komprehensif, pengeluaran nasional untuk perlindungan sosial berkembang dengan sangat lambat. Pada 2009, pengeluaran negara untuk perlindungan sosial sebesar 1,2% dari produk domestik bruto (PDB) (ADB, 2013) dan hanya meningkat menjadi 3% dari PDB pada 2014 (ILO⁴, 2014). Angka ini sangat rendah dibandingkan dengan rata-rata belanja sosial negara-negara lain di dunia yang mencapai 9,3% dari PDB atau dengan rata-rata negara yang tergabung dalam Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) yang mengeluarkan 22% dari PDB-nya untuk belanja sosial (ILO, 2014). Di sisi lain, laju pengentasan kemiskinan di Indonesia melambat secara signifikan dalam beberapa tahun terakhir. Rata-rata tahunan tingkat pengentasan kemiskinan turun dari 1,2 poin persentase antara tahun 2007 dan 2010 menjadi hanya 0,5 poin persentase antara tahun 2011 dan 2014. Dari tahun 2014 sampai 2016, laju pengentasan kemiskinan hanya mencapai 0,7 poin persentase (World Bank, 2017). Persentase jumlah penduduk miskin di Indonesia yang berkisar pada angka 10% pada beberapa tahun terakhir sering disebut sebagai batas kemiskinan kronis. Kemiskinan kronis didefinisikan sebagai jenis kemiskinan ekstrim yang terus berlangsung untuk waktu yang panjang bahkan berlangsung antargenerasi. Kelompok yang mengalami kemiskinan kronis biasanya mengalami deprivasi pada aneka dimensi mulai dari kebutuhan dasar yang kurang terpenuhi, kepemilikan aset yang rendah, dan kehidupan sosial politik yang termarginalkan (Chronic Poverty Research Centre, 2009). Kondisi ini mengindikasikan bahwa Pemerintah Indonesia perlu melakukan upaya yang lebih keras untuk mengeluarkan kelompok miskin kronis dari jerat kemiskinan. Upaya-upaya tersebut idealnya meliputi penambahan alokasi belanja sosial, penetapan sasaran yang lebih baik, dan integrasi program-program perlindungan sosial yang telah berjalan (World Bank, 2017).

Beberapa studi menyimpulkan bahwa akses perempuan miskin terhadap program atau bantuan perlindungan sosial tidaklah merata. Untuk program perlindungan sosial yang dibagikan berdasarkan tingkat kesejahteraan keluarga, ketimpangan akses menjadi masalah karena banyak keluarga dikepalai perempuan yang tergolong dalam kelompok kesejahteraan terendah (PEKKA, 2014). Van Klaveren *et al.* (2010) dan Bank Dunia (2011) dalam Rahmitha *et al.* (2016: 6) menyebutkan bahwa faktor penghambat perempuan miskin dalam mengakses program perlindungan sosial adalah kurangnya informasi dan rendahnya kesadaran di antara mereka sendiri terhadap persyaratan program. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kelompok perempuan miskin memerlukan dukungan untuk memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai program/bantuan sosial yang berpotensi meningkatkan kesejahteraannya.

Akses terhadap program yang menjadi fokus dari laporan ini mencakup dua hal, yaitu akses untuk menjadi penerima program dan akses untuk mendapatkan manfaat program setelah menjadi penerima program. Laporan ini akan membahas akses terhadap program perlindungan sosial yang diselenggarakan pemerintah dan program bantuan masyarakat yang diberikan pihak nonpemerintah. Secara khusus, Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) mendapatkan sorotan yang lebih besar pada laporan ini dibandingkan dengan program perlindungan sosial lain yang diselenggarakan pemerintah. Indonesia berada di pertengahan periode transisi menuju era baru dalam sistem jaminan kesehatannya setelah pemerintah menerapkan sistem perawatan kesehatan universal sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada 2014. JKN-KIS diharapkan akan menghapus hambatan ekonomi yang dialami orang Indonesia dalam menerima perawatan kesehatan sehingga setiap orang di negara ini akan memiliki akses yang sama terhadap perawatan kesehatan tanpa kecuali. JKN-KIS merupakan skema asuransi kesehatan bagi seluruh warga Indonesia yang cakupannya akan diperluas secara bertahap hingga mencapai cakupan universal pada 2019. Sebagai bentuk jaminan sosial yang diberikan negara kepada rakyat Indonesia, JKN-KIS merupakan program pemerintah dengan cakupan terluas sehingga perlu mendapat pembahasan khusus. JKN-KIS juga merupakan program

⁴International Labour Organization.

yang menjadi fokus advokasi dari organisasi-organisasi mitra MAMPU yang bekerja pada tema perlindungan sosial.⁵

1.2 Tujuan Studi

Studi *Baseline* MAMPU dilakukan pada 2014 untuk mendapatkan gambaran awal tentang kehidupan perempuan miskin dan akses mereka terhadap layanan publik. Studi *Midline* MAMPU yang dilaksanakan pada 2017 ditujukan untuk memantau perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan dasar sejak Studi *Baseline* MAMPU. Pada tema “akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial Pemerintah Indonesia,” Studi *Midline* MAMPU ditujukan untuk mendalami (i) perubahan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial dalam kurun waktu tiga tahun terakhir, (ii) perubahan pemanfaatan program perlindungan sosial oleh perempuan miskin dalam kurun waktu dua tahun terakhir, dan (iii) proses terjadinya perubahan tersebut, termasuk faktor dan aktor yang mendukung dan menghambat perubahan.

1.3 Metodologi

1.3.1 Lokasi Studi

Kabupaten dan desa yang menjadi sampel wilayah pada Studi *Midline* MAMPU masih sama dengan sampel pada Studi *Baseline* MAMPU. Wilayah studi yang dipilih dengan metode *purposive sampling* (penentuan sampel wilayah dengan pertimbangan tertentu)⁶ mewakili (i) lima pulau/kepulauan besar di Indonesia, yaitu Sumatra, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, dan Nusa Tenggara; (ii) tingkat kemiskinan yang relatif tinggi di tingkat nasional ataupun provinsi; (iii) daerah yang merepresentasikan lima tema area kerja MAMPU; dan (iv) wilayah kerja organisasi yang menjadi mitra MAMPU. Berikut adalah informasi lengkap mengenai lokasi wilayah sampel.

Tabel 1. Lokasi Studi

Provinsi	Kabupaten	Desa ^a
Sumatra Utara	Deli Serdang	A, B, C
Jawa Tengah	Cilacap	D, E, F
Kalimantan Barat	Kubu Raya	G, H, I
Sulawesi Selatan	Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep)	J, K, L
Nusa Tenggara Timur (NTT)	Timor Tengah Selatan (TTS)	M, N, O

^aNama desa disamarkan.

Pengumpulan data primer terbagi dalam dua tahap, yaitu tahapan studi pada tingkat pusat dan studi lapangan. Kegiatan pengumpulan data pada tingkat pusat dilakukan pada periode Juni–September 2017. Pengumpulan data pada tahapan studi lapangan untuk pendekatan kualitatif dilakukan selama Oktober–November 2017 di kelima wilayah studi. Untuk pendekatan

⁵Berdasarkan wawancara dengan Sekretariat Nasional PEKKA, salah satu mitra MAMPU untuk tema perlindungan sosial, ketiga mitra kerja MAMPU untuk tema tersebut (PEKKA, Institut KAPAL Perempuan, dan Koalisi Perempuan Indonesia) menjadikan JKN-KIS sebagai fokus advokasi pada fase II.

⁶Deskripsi lengkap tahapan pemilihan wilayah studi dapat dibaca pada Bab 3 laporan “Penghidupan Perempuan Miskin dan Akses Mereka terhadap Pelayanan Umum” (Rahmitha *et al.*, 2015).

kuantitatif, tahapan studi lapangan terbagi dalam dua periode, yaitu November dan Desember 2017.

1.3.2 Metodologi Studi

Studi ini menggunakan dua metode, yakni metode kuantitatif dan kualitatif. Metode penelitian kuantitatif digunakan untuk memperoleh informasi terkait program bantuan sosial yang diterima keluarga miskin di lokasi studi, baik yang bersumber dari pemerintah maupun pihak nonpemerintah. Selain itu, dikumpulkan informasi tentang upaya keluarga miskin mendapatkan program perlindungan sosial pemerintah dan pemanfaatan JKN-KIS di antara keluarga miskin yang menjadi penerima program ini, serta perubahan upaya dan pemanfaatan tersebut dalam tiga tahun terakhir. Sementara itu, metode penelitian kualitatif digunakan untuk mengetahui kondisi akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial dan pemanfaatan JKN-KIS, upaya mereka untuk mendapatkan program perlindungan sosial dan memanfaatkan layanan JKN-KIS, serta faktor/aktor yang memengaruhi terjadinya atau tidak terjadinya perubahan atas akses mereka terhadap program perlindungan sosial dan pemanfaatan JKN-KIS. Secara bersama-sama, data kuantitatif dan kualitatif yang diperoleh pada studi ini diolah untuk menjawab pertanyaan penelitian yang telah dipaparkan pada bagian 1.2 Tujuan Studi.

1.3.3 Metode Kuantitatif

Sampel keluarga untuk metode kuantitatif merupakan keluarga miskin yang telah didata pada Studi *Baseline* MAMPU. Pada pelaksanaan Studi *Baseline* MAMPU, telah dilakukan pemilihan keluarga yang menjadi responden melalui kegiatan diskusi kelompok terfokus atau *focus group discussion* (FGD) bersama masyarakat setempat dengan mengacu pada karakteristik kesejahteraan sesuai konteks lokal yang juga ditentukan bersama saat FGD. Di setiap desa dipilih 100 keluarga miskin dari dua dusun yang terdiri atas keluarga yang dikepalai perempuan (KKP) dan keluarga yang dikepalai laki-laki (KKL).⁷ Persyaratan keluarga terpilih adalah keluarga yang tidak berencana pindah, usia kepala keluarga atau pasangannya 15–64 tahun, dan terdapat anggota perempuan di dalamnya. Alasan dipilihnya keluarga miskin yang memiliki anggota perempuan adalah karena fokus penelitian ini memang penghidupan perempuan miskin. Prosedur lengkap penentuan keluarga miskin yang menjadi responden rumah tangga dapat dilihat di laporan Studi *Baseline* MAMPU (Rahmitha *et al.*, 2016).

Survei keluarga pada studi ini menggunakan pendekatan longitudinal, artinya keluarga yang telah terdata pada Studi *Baseline* MAMPU kembali dikunjungi untuk diwawancarai ulang dan diperbarui datanya dengan syarat keluarga tersebut masih berdomisili di salah satu desa sampel pada kabupaten yang sama. *Tracking* (pelacakan) dilakukan terhadap sampel keluarga yang telah berpindah alamat dan/atau mengalami pemekaran⁸. Jika ada keluarga yang berpindah alamat ke luar wilayah studi, keluarga pengganti akan dipilih berdasarkan daftar keluarga miskin yang diperoleh melalui FGD dusun pada Studi *Baseline* MAMPU. Apabila semua keluarga pada daftar keluarga miskin hasil FGD Studi *Baseline* MAMPU telah habis terdata, keluarga miskin lain akan dipilih sebagai keluarga pengganti melalui metode *snowballing*, yakni melalui informasi yang

⁷Jumlah KKP dan KKL yang didata di setiap wilayah studi diusahakan berada dalam perbandingan 50:50. Namun, kenyataannya di seluruh wilayah studi angka perbandingan ini sangat sulit dicapai. Di beberapa wilayah studi, peneliti juga mengalami kesulitan untuk menemukan keluarga yang mengakui bahwa kepala keluarganya perempuan. Di TTS, misalnya, jumlah KKP sangat sedikit karena di wilayah ini perceraian sangat dihindari (baik secara agama maupun secara adat). Penentuan jumlah sampel sebanyak 100 keluarga miskin dilakukan untuk memastikan signifikansi hasil secara statistik di tingkat desa.

⁸Pemekaran dalam hal ini adalah terpisahnya anggota keluarga karena menikah dan membentuk keluarga baru dari unit keluarga yang menjadi sampel pada Studi *Baseline* MAMPU.

diperoleh dari aparat setempat maupun tokoh masyarakat dengan tetap mengacu pada kriteria keluarga miskin di desa studi berdasarkan hasil FGD Studi *Baseline* MAMPU. Keluarga pengganti yang dipilih adalah keluarga yang terutama memiliki kemiripan karakteristik dengan sampel keluarga yang hilang atau tidak dapat diwawancarai kembali.

Secara keseluruhan, pencacahan keluarga pada Studi *Midline* MAMPU berhasil mendata 1.661 keluarga dengan mencakup 6.052 anggota keluarga. Dari total 1.661 keluarga yang didata, 1.374 merupakan keluarga induk, 152 keluarga pecahan, dan 135 keluarga pengganti.⁹ *Tracking rate* atau tingkat kesuksesan pelacakan pada Studi *Midline* MAMPU mencapai 90,5% dari total keluarga yang pertama kali terdata pada Studi *Baseline* MAMPU. Dilihat dari jenis kelamin kepala keluarganya, komposisi keluarga pada Studi *Midline* MAMPU menunjukkan 67,9% dari keluarga sampel adalah KKL dan 32,1% adalah KKP.

Pada pelaksanaannya, sebanyak 77 keluarga yang diwawancarai pada Studi Modul tidak dapat diwawancarai kembali pada Studi *Midline* MAMPU karena berbagai alasan, misalnya (i) berpindah alamat ke luar wilayah studi; (ii) berpindah alamat tetapi tidak terlacak¹⁰; (iii) tidak satu pun anggota keluarga berada di rumah pada saat tim peneliti melakukan pencacahan di lapangan; dan (iv) keluarga menolak untuk diwawancarai kembali. Beberapa keluarga induk menolak untuk diwawancarai kembali dengan berbagai alasan, di antaranya yaitu (i) pertanyaan yang harus dijawab cukup banyak sehingga menghambat aktivitas harian dan (ii) pendataan pada Studi *Baseline* MAMPU tidak meningkatkan jumlah bantuan atau program perlindungan sosial yang diterima keluarga tersebut.

Pengambilan data untuk metode kuantitatif dilakukan melalui pencacahan keluarga dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner Studi *Midline* MAMPU merupakan hasil pengembangan kuesioner Studi *Baseline* MAMPU. Kuesioner berisi pertanyaan untuk tingkat keluarga dan individu (anggota keluarga) dengan rincian sebagai berikut.

- a) Bab E: bertujuan menentukan kelayakan keluarga untuk menjadi sampel. Untuk memenuhi persyaratan menjadi keluarga sampel, sebuah keluarga harus tidak memiliki rencana pindah, dikepalai oleh individu berusia lebih dari 15 tahun, dan memiliki anggota keluarga yang berjenis kelamin perempuan.
- b) Bab S: informasi mengenai alamat dan nomor telepon keluarga.
- c) Bab R: data-data dasar seluruh anggota keluarga, seperti jenis kelamin, usia, kepemilikan dokumen kependudukan, status pernikahan, pendidikan, dan lain-lain.
- d) Bab W: informasi mengenai keterangan pekerjaan yang ditanyakan kepada setiap anggota keluarga yang berusia lebih dari 5 tahun dan tidak sedang bermigrasi.
- e) Bab M: informasi mengenai migrasi yang ditanyakan kepada setiap anggota keluarga yang sedang melakukan migrasi.
- f) Bab I: informasi mengenai kesehatan ibu dan reproduksi yang ditanyakan kepada setiap anggota keluarga perempuan yang berusia 6–49 tahun dan pernah/sedang hamil.

⁹Keluarga induk adalah keluarga yang pertama kali didata pada Studi *Baseline* MAMPU. Keluarga pecahan terbentuk akibat salah satu anggota keluarga induk mengalami pemekaran namun masih berdomisili di desa yang sama dengan keluarga induk. Keluarga pecahan pertama kali didata pada Studi Modul atau Studi *Midline* MAMPU. Keluarga pengganti adalah keluarga yang pertama kali didata pada Studi Modul atau Studi *Midline* MAMPU dengan tujuan menggantikan sampel keluarga induk yang tidak dapat diwawancarai kembali.

¹⁰Keluarga induk tidak terlacak jika berpindah alamat tetapi alamat terbarunya tidak diketahui oleh siapapun dan enumerator tidak dapat menghubungi keluarga tersebut melalui nomor telepon yang diperoleh saat Studi *Baseline* MAMPU.

- g) Bab H: informasi di tingkat keluarga mengenai kondisi rumah, harta, pinjaman, konsumsi, program-program perlindungan sosial dari pemerintah/pihak nonpemerintah yang diterima, serta partisipasi perempuan di masyarakat.
- h) Bab K dan K1: informasi mengenai kesehatan di tingkat keluarga, seperti penyakit yang diderita, pengobatan, dan pemanfaatan asuransi kesehatan yang dimiliki.
- i) Bab F: informasi mengenai partisipasi anggota keluarga perempuan berusia 15–40 tahun dalam kegiatan di masyarakat. Bab F baru ditambahkan pada Studi *Midline* MAMPU.
- j) Bab V: informasi mengenai persepsi anggota keluarga perempuan berusia 15–40 tahun yang pernah menikah terkait kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dan sikap terhadap upaya pelaporan KDRT. Bab V baru ditambahkan pada Studi *Midline* MAMPU.

Bagian dari kuesioner yang relevan diolah untuk analisis pada laporan ini adalah Bab H dan Bab K1. Bab H mengumpulkan informasi terkait status penerimaan program bantuan sosial. Sementara itu, informasi terkait pemanfaatan JKN-KIS yang digunakan untuk analisis pada laporan ini bersumber dari Bab K1 pada kuesioner. Bab K1 pertama kali dibuat pada Studi Modul sehingga analisis terkait perubahan perilaku pemanfaatan JKN-KIS pada laporan ini akan membandingkan kondisi pada 2015 dan kondisi pada 2017 ketika Studi *Midline* MAMPU dilakukan.

Bab H merupakan bagian dari kuesioner yang mengumpulkan informasi di tingkat keluarga, sedangkan modul-modul lainnya pada kuesioner berfokus pada data tingkat individu. Pada Bab H dikumpulkan informasi terkait akses keluarga terhadap program atau bantuan sosial baik yang diberikan oleh pemerintah maupun pihak nonpemerintah. Program pemerintah yang dimaksud adalah Bantuan Siswa Miskin (BSM), beasiswa pemerintah daerah, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), JKN-KIS, Raskin, PKH, Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (BLSM), Simpan Pinjam Perempuan (SPP), Kredit Usaha Rakyat (KUR), bantuan sarana produksi dan kredit, bedah rumah, penyediaan air bersih, jambanisasi, pelatihan keterampilan, dan pemberantasan buta huruf. Dapat dilihat bahwa jenis program pemerintah yang didata meliputi program yang menyoar keluarga miskin maupun kelompok. Sementara itu, program yang bersumber dari pihak nonpemerintah yang didata pada kuesioner diklasifikasikan berdasarkan bidangnya, yakni bantuan pendidikan, kesehatan, pangan, hukum, bantuan tunai, bantuan usaha kredit, bantuan usaha atau peralatan sarana produksi, bantuan perumahan/air bersih/sanitasi, dan pemberdayaan masyarakat. Tidak terdapat perbedaan pertanyaan untuk jenis program atau bantuan sosial yang diterima keluarga miskin baik pada kuesioner Studi *Baseline* MAMPU maupun Studi *Midline* MAMPU.

Bab K1 merupakan bagian dari kuesioner yang mengumpulkan informasi terkait perilaku keluarga dalam mengakses fasilitas kesehatan dan juga memanfaatkan asuransi kesehatan yang dimiliki. Bagian dari Bab K1 yang menggali informasi terkait pemanfaatan asuransi kesehatan yang dimiliki keluarga diperkenalkan pada kuesioner Studi Modul. Sementara itu, informasi tentang kepemilikan asuransi kesehatan yang digali pada kuesioner ini tidak terbatas hanya pada program asuransi kesehatan dari pemerintah tapi juga asuransi kesehatan yang dikelola pihak lain. Jenis asuransi yang kepemilikannya ditanyakan pada kuesioner adalah JKN-KIS, Jamkesda, Jaminan Persalinan Daerah (Jampersalda), asuransi pribadi, serta asuransi atau jaminan kesehatan dari perusahaan. Untuk setiap jenis asuransi kesehatan, setiap keluarga yang berhasil didata diminta untuk memberikan informasi terkait pemanfaatan asuransi kesehatan untuk berobat jalan, berobat inap, persalinan, imunisasi, maupun layanan kontrasepsi. Analisis perubahan perilaku pemanfaatan asuransi kesehatan dilakukan dengan membandingkan data hasil survei Studi Modul dan Studi *Midline* MAMPU.

1.3.4 Metode Kualitatif

Pada metode kualitatif, data primer diperoleh melalui wawancara mendalam, FGD, dan observasi. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara semi terstruktur. Di setiap kabupaten terdapat sekitar 60 wawancara yang dilakukan di tingkat keluarga, masyarakat/desa, kecamatan, dan kabupaten. Wawancara di tingkat keluarga mencakup wawancara dengan keluarga yang menjadi responden Studi *Baseline* MAMPU dan didatangi kembali saat Studi *Midline* MAMPU. Sementara itu, FGD yang dilakukan terdiri atas FGD mini dan FGD desa. FGD mini merupakan FGD kecil yang diikuti lima perempuan miskin yang semuanya merupakan anggota kelompok dampingan¹¹ atau semuanya bukan merupakan anggota kelompok dampingan. Di setiap desa dilakukan lima FGD mini, dan setiap FGD mini hanya membahas satu tema kerja MAMPU. Setiap FGD mini memiliki kriteria peserta tertentu sesuai dengan setiap tema yang dibahas. Sementara itu, FGD desa dilakukan satu kali setelah semua FGD mini selesai. FGD desa melibatkan perwakilan kelompok perempuan miskin dan tokoh-tokoh masyarakat atau kelompok elite desa.

Wawancara mendalam dan FGD mini bertujuan mendalami perubahan pengetahuan perempuan miskin terhadap manfaat program perlindungan sosial dan JKN-KIS, partisipasi mereka dalam pelaksanaan program, serta faktor dan aktor yang memengaruhi perubahan tersebut. Observasi dilakukan untuk mendapatkan gambaran yang lebih menyeluruh terkait ketersediaan layanan yang memengaruhi akses perempuan di lokasi studi terhadap program perlindungan sosial dan pemanfaatannya. FGD desa bertujuan mengonfirmasi temuan lapangan berdasarkan hasil wawancara mendalam, FGD mini, dan observasi kepada forum di tingkat desa, sekaligus menggali informasi lain yang relevan dan belum muncul dari penggalian sebelumnya. FGD desa juga berperan dalam memetakan informan untuk wawancara mendalam. Rangkuman kegiatan pengumpulan data primer kualitatif dapat dilihat pada Tabel 2.

¹¹Kelompok perempuan yang mendapat pendampingan dari lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan, baik yang berafiliasi dengan MAMPU maupun tidak. Pendampingan ini biasanya mencakup berbagai kegiatan pemberdayaan dan pelatihan bagi perempuan, baik terkait ekonomi maupun hal-hal nonekonomi.

Tabel 2. Kegiatan Pengumpulan Data Primer Kualitatif

Tingkat	Informan	Kegiatan Pengumpulan Data
Pusat	Direktorat Jenderal Perlindungan Jaminan Sosial Kementerian Sosial	Wawancara mendalam
	Mitra MAMPU untuk tema perlindungan sosial: Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA)	
Kabupaten	Dinas Kesehatan	Wawancara mendalam
	Dinas Sosial	
	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	
	Mitra MAMPU yang melakukan intervensi pada tema perlindungan sosial: PEKKA	
	Mitra MAMPU yang melakukan intervensi terkait tema perlindungan sosial: Bitra	
Kecamatan	Pusat kesehatan masyarakat (puskesmas)	Wawancara mendalam
	Pihak yang berkontribusi pada perubahan kondisi perempuan terkait akses mereka terhadap program perlindungan sosial dan pemanfaatannya, misalnya, Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK) dan pendamping/fasilitator PKH	
Desa	Pemerintah desa (kepala desa dan aparat desa)	Wawancara mendalam dan observasi
	Tokoh masyarakat (laki-laki dan perempuan)	
	Tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas kesehatan desa	
	Kader tingkat desa atau aktivis perempuan di tingkat desa (baik dari lembaga mitra MAMPU maupun lembaga lain)	
	Pihak yang berkontribusi pada perubahan kondisi perempuan terkait akses mereka terhadap program perlindungan sosial dan pemanfaatannya	FGD mini
	Perempuan miskin yang mengalami perubahan akses atau pemanfaatan program perlindungan sosial	
	Perempuan miskin anggota kelompok dampingan atau bukan anggota kelompok dampingan (baik mitra MAMPU maupun lembaga lain)	
	Masyarakat elite desa (laki-laki dan perempuan) dan perempuan miskin perwakilan peserta FGD mini	
Keluarga	Keluarga miskin yang pernah diwawancarai saat Studi <i>Baseline</i> MAMPU	Wawancara mendalam dan observasi

1.3.5 Analisis Data

Data kuantitatif dianalisis dengan menggunakan pendekatan statistik deskriptif yang membandingkan kondisi pada dua waktu, yakni 2014 (Studi *Baseline* MAMPU) dan 2017 (Studi *Midline* MAMPU).

Analisis data kualitatif pada studi ini terinspirasi oleh pendekatan *contribution analysis* (CA) yang dipelopori oleh John Mayne pada 2001. CA adalah pendekatan untuk mengkaji atribusi para pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program. CA tidak menekankan pada kausalitas dari intervensi dan dampak, tetapi justru bertujuan mengurangi ketidakpastian dalam mengkaji dampak program atau berbagai program yang berjalan terhadap perubahan yang diharapkan. Data kualitatif pada

studi ini dianalisis menggunakan pendekatan CA yang lebih sederhana dan telah dimodifikasi sesuai kebutuhan studi.

Pada tahap awal, tim peneliti mengembangkan kerangka berpikir dari setiap tema kerja yang mencakup (i) permasalahan pada setiap tema kerja, (ii) hambatan pada setiap tema kerja, dan (iii) identifikasi intervensi yang sudah dilakukan untuk mengatasi permasalahan yang ada. Kerangka berpikir dari setiap tema inilah yang membantu tim peneliti dalam menyusun pertanyaan penelitian dan instrumen penelitian. Selanjutnya, data kualitatif diolah dalam matriks dan dianalisis. Pada tahap akhir, data kuantitatif dan kualitatif bersifat saling melengkapi dalam menjawab pertanyaan penelitian yang diajukan.

II. AKSES DAN PERILAKU PEREMPUAN MISKIN TERHADAP PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL: KONDISI 2017 DAN PERUBAHANNYA

2.1 Keberadaan Program/Bantuan Perlindungan Sosial di Wilayah Studi

Pada 2017 di wilayah studi terdapat berbagai jenis program/bantuan untuk keluarga miskin baik yang bersumber dari Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, maupun pihak-pihak nonpemerintah, yakni individu/perusahaan/organisasi nonpemerintah. Jenis program/bantuan yang diberikan untuk masyarakat di wilayah studi meliputi uang tunai, bantuan penyediaan layanan kesehatan, bantuan pangan, bantuan peralatan penunjang kegiatan usaha, pembangunan/perbaikan infrastruktur, serta pelatihan dan pendampingan. Tabel 3 menampilkan ringkasan daftar program/bantuan yang terdapat di kabupaten studi beserta dengan informasi pihak pemberi bantuan dan kelompok penerima bantuan.

Mayoritas program yang bersumber dari Pemerintah Pusat memiliki cakupan wilayah nasional, yakni program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), Beras Sejahtera (Rastra), Program Indonesia Pintar (PIP), Program Simpanan Keluarga Sejahtera (PSKS), Program Keluarga Harapan (PKH), dan Dana Desa. Kecuali Dana Desa, program-program dari Pemerintah Pusat lainnya sudah lebih dahulu hadir di tengah masyarakat sejak sebelum Studi *Baseline* MAMPU. JKN-KIS dan Rastra merupakan pengembangan dari program Jamkesmas dan Raskin, sementara PIP dan PSKS sebelumnya dikenal masing-masing dengan nama BSM dan BLSM. Pada umumnya, masyarakat di wilayah studi masih menggunakan nama program pendahulunya untuk merujuk pada nama program yang baru. Selain program-program yang memiliki cakupan nasional, terdapat beberapa program dari Pemerintah Pusat yang hanya ditemui di salah satu kabupaten wilayah studi karena adanya permasalahan atau hambatan yang terkait dengan kondisi wilayah tersebut. Program Desa Peduli Gambut hanya ditemukan di Kubu Raya karena luasnya area tanah gambut di Kalimantan Barat. Sementara itu, Deli Serdang menerima program Desa Migran Produktif (Desmigratif) karena kabupaten ini merupakan salah satu kantong pekerja migran di Sumatra Utara.

Pemerintah kabupaten di seluruh wilayah studi sama-sama menyelenggarakan program Jampersalda dan Alokasi Dana Desa (ADD)¹². Selain itu, semua kabupaten studi memiliki program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) serta program pemeriksaan inspeksi visual dengan asam asetat (IVA)¹³ gratis di puskesmas. Meskipun demikian, belum semua pemerintah kabupaten wilayah studi telah mengintegrasikan program Jamkesda dengan JKN-KIS dari Pemerintah Pusat. Upaya pemerintah daerah untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat Daerah (JKN-KIS Daerah) dan Jampersalda bagi masyarakat yang belum tercakup oleh JKN-KIS dan Jaminan Persalinan (Jampersal) merupakan bukti bahwa pemerintah daerah berupaya melengkapi program Pemerintah Pusat yang bertujuan menyediakan layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

¹²ADD merupakan bentuk kewajiban pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran untuk pengembangan desa. ADD berbeda dengan program Dana Desa yang baru ada sejak 2015 sebagai mandat UU No. 6 Tahun 2014 tentang Desa. Dana Desa merupakan bentuk kewajiban Pemerintah Pusat mengalokasikan anggaran untuk pengembangan desa. Dana Desa dialokasikan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), sedangkan ADD dialokasikan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

¹³IVA merupakan upaya pendeteksian dini penyakit kanker serviks/mulut rahim.

Tabel 3. Daftar Program/Bantuan di Kabupaten Studi

Nama Program/Bantuan	Pihak Penyelenggara	Lokasi	Penerima Bantuan	Keterangan
Jenis Bantuan: Uang Tunai				
PSKS	Pemerintah Pusat	Semua kabupaten	Rumah tangga miskin sesuai BDT	Bantuan sosial berupa uang yang merupakan pengembangan dari BLSM
PKH	Pemerintah Pusat	Semua kabupaten	RTM sesuai BDT	Bantuan sosial bersyarat kepada keluarga penerima manfaat (KPM) yang memenuhi komponen kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial sebagai kriteria KPM
Dana Desa	Pemerintah Pusat	Semua kabupaten	Masyarakat desa	Dana Desa merupakan bentuk kewajiban Pemerintah Pusat mengalokasikan APBN untuk pengembangan desa yang dilaksanakan sejak 2015 sebagai mandat UU No. 6 Tahun 2014
ADD	Pemerintah daerah	Semua kabupaten	Masyarakat desa	ADD merupakan bentuk kewajiban pemerintah daerah mengalokasikan APBD untuk pengembangan desa yang telah dilaksanakan sejak sebelum 2014
Jenis Bantuan: Pangan				
Rastra	Pemerintah Pusat	Semua kabupaten	Mayoritas masyarakat desa ¹⁴	Bantuan sosial berupa beras bersubsidi sebanyak 15 kg/bulan per RTM yang merupakan pengembangan dari Raskin
Jenis Bantuan: Kesehatan				
PBI JKN-KIS	Pemerintah Pusat	Semua kabupaten	RTM sesuai BDT	RTM penerima jaminan kesehatan dari Pemerintah Pusat. JKN-KIS merupakan pengembangan dari Jamkesmas.
Generasi Sehat Cerdas (GSC)	Pemerintah Pusat	Kubu Raya	Ibu hamil dari RTM yang tidak menerima PKH	Program penanggulangan kemiskinan di bidang kesehatan dan pendidikan yang merupakan pengembangan dari Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) GSC
Jampersalda	Pemerintah daerah	Semua kabupaten	Perempuan miskin	Bantuan biaya persalinan dari pemerintah daerah
Pemeriksaan IVA gratis di puskesmas	Pemerintah daerah	Semua kabupaten	Perempuan	

¹⁴Meski penetapan sasaran penerima Rastra sudah menggunakan BDT, pada kenyataannya penerima Rastra juga mencakup masyarakat lain, baik dari keluarga miskin maupun tidak. Hal ini karena umumnya di desa studi masih terjadi praktik bagi rata beras dari Program Raskin/Rastra ((lihat Hastuti *et al.* (2015); Hastuti *et al.* (2013); Hastuti, Sulaksono, dan Mawardi (2012)).

Nama Program/Bantuan	Pihak Penyelenggara	Lokasi	Penerima Bantuan	Keterangan
PBI JKN-KIS Daerah	Pemerintah daerah	Deli Serdang; ¹⁵ Kubu Raya; Pangkep; TTS	Keluarga miskin yang tidak menerima JKN-KIS	Keluarga miskin penerima jaminan kesehatan dari pemerintah daerah. JKN-KIS Daerah merupakan pengembangan dari Jamkesda.
Jamkesda	Pemerintah daerah	Cilacap	Keluarga miskin yang tidak menerima JKN-KIS	Program jaminan kesehatan dari pemerintah daerah. Penerima Jamkesda bukan merupakan PBI JKN-KIS.
Kampung air susu ibu (ASI)	Pemerintah daerah	Deli Serdang	Masyarakat dusun	Program kampung percontohan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang ASI dan mendorong praktik ASI eksklusif
<i>Antenatal care</i> dan <i>postnatal care</i> terintegrasi	Pemerintah daerah	Cilacap	Ibu hamil dan ibu dengan bayi/balita	Layanan pemeriksaan kehamilan lengkap oleh tim puskesmas yang datang ke desa sebulan sekali
Kampung Keluarga Berencana (KB)	Pemerintah daerah	Kubu Raya	Masyarakat dusun	Program pemberdayaan masyarakat dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) untuk mewujudkan keluarga kecil berkualitas
Bantuan alat kesehatan	Pemerintah daerah	Pangkep	Masyarakat desa melalui puskesmas	
Pengobatan gratis	Pihak nonpemerintah	Deli Serdang; Kubu Raya	Masyarakat desa	
Bantuan alat kesehatan dan pengobatan gratis	Pihak nonpemerintah: kegiatan <i>corporate social responsibility</i> (CSR) perusahaan	Deli Serdang; Pangkep	Masyarakat desa melalui puskesmas/pos kesehatan desa (poskesdes)	
Penyuluhan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan reproduksi secara gratis	Pihak nonpemerintah: 'Aisyiyah	Cilacap; Pangkep	Perempuan anggota dan bukan anggota Balai Sakinah 'Aisyiyah (BSA)	
Pengobatan gratis	Pihak nonpemerintah: Komando Rayon Militer (Koramil)	Deli Serdang	Masyarakat desa	
Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM)	Pihak nonpemerintah: Pusat Pengembangan Sumber Daya Wanita (PPSW) Borneo	Kubu Raya	Perempuan hamil dan perempuan dengan bayi/balita	Program bersama antara PPSW Borneo dan IMA World Health. Salah satu bentuk kegiatannya adalah Kampanye Gizi Nasional (KGN) untuk mengurangi <i>stunting</i> .

¹⁵Program ini mulai berintegrasi dengan JKN-KIS pada Desember 2017 (BPJS Kesehatan, 2017).

Nama Program/Bantuan	Pihak Penyelenggara	Lokasi	Penerima Bantuan	Keterangan
Jenis Bantuan: Pendidikan				
PIP	Pemerintah Pusat	Semua kabupaten	Anak sekolah dari RTM sesuai BDT	Bantuan sosial berupa uang yang merupakan pengembangan dari BSM
GSC	Pemerintah Pusat	Kubu Raya	Anak sekolah dari RTM yang tidak menerima PKH	Program penanggulangan kemiskinan di bidang kesehatan dan pendidikan yang merupakan pengembangan dari PNPM GSC
Jenis Bantuan: Infrastruktur				
Bedah rumah	Pemerintah Pusat	Deli Serdang; Cilacap	RTM	Bantuan sosial berupa renovasi rumah RTM yang tidak layak huni
Program penyediaan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat (Pamsimas)	Pemerintah Pusat	Cilacap	Masyarakat desa	Program nasional untuk meningkatkan akses masyarakat perdesaan dan pinggiran kota terhadap fasilitas air minum dan sanitasi yang layak dan berkelanjutan
Tentara Manunggal Membangun Desa (TMMMD)	Pihak nonpemerintah: Tentara Nasional Indonesia (TNI)	TTS	Masyarakat desa	Program bersama antara TNI dan pemerintah
Pembangunan/perbaikan poskesdes, rumah tunggu persalinan, dan puskesmas pembantu (pustu)	Pemerintah daerah	Deli Serdang; Kubu Raya; Pangkep	Masyarakat desa khususnya di sekitar fasilitas kesehatan yang dibangun/diperbaiki	
Pembangunan/perbaikan jalan poros desa dan tempat ibadah	Pemerintah daerah	Cilacap; Kubu Raya; Pangkep	Masyarakat desa	
Imbal swadaya	Pemerintah daerah	Kubu Raya	Masyarakat desa	Program pembangunan infrastruktur berskala besar dan serentak
Perbaikan jembatan/jalan, dan penyediaan air bersih	Pihak nonpemerintah: kegiatan CSR perusahaan	Kubu Raya; Pangkep	Masyarakat desa	
Jenis Bantuan: Peralatan, Modal, dan Pelatihan Usaha				
Bantuan pertanian/perikanan (bibit/pakan/pengairan)	Pemerintah daerah	Deli Serdang; Cilacap; Kubu Raya	Kelompok tani	
Pelatihan keterampilan/usaha	Pemerintah daerah	Deli Serdang	Kelompok usaha	

Nama Program/Bantuan	Pihak Penyelenggara	Lokasi	Penerima Bantuan	Keterangan
Pemberian modal usaha	Pihak nonpemerintah: kegiatan CSR perusahaan	Pangkep	Pemilik usaha	
Jenis Bantuan: Pendampingan, Pemberdayaan, dan Pelatihan Non-Usaha				
Pembentukan Desmigratif	Pemerintah Pusat	Deli Serdang	Masyarakat desa	Program nasional sebagai bentuk komitmen pemerintah meningkatkan perlindungan terhadap tenaga kerja Indonesia (TKI)
Desa Peduli Gambut	Pemerintah Pusat	Kubu Raya	Kelompok perempuan dan petani/pemilik pohon	Program binaan Badan Restorasi Gambut (BRG) dengan bentuk kegiatan, antara lain, pemberdayaan ekonomi melalui pengolahan hasil tanaman tanah gambut dan pencegahan kebakaran lahan gambut melalui pembuatan sumur bor di tengah hutan. Pemberdayaan ekonomi dikhususkan bagi kelompok perempuan, sedangkan pemanfaat sumur bor di tengah hutan adalah petani/pemilik pohon yang memiliki pohon di areal hutan.
Program Pencegahan Kekerasan dalam Rumah Tangga (PKDRT)	Pemerintah daerah	Deli Serdang	Masyarakat desa	
Program Cilacap tanpa kekerasan (Citra)	Pemerintah daerah	Cilacap	Masyarakat desa	Program terpadu untuk mengurangi kasus kekerasan
Program Usaha Ekonomi Produktif (UEP)	Pemerintah daerah	Pangkep	Kelompok usaha	Program pemberdayaan ekonomi untuk meningkatkan kesempatan kerja dan pendapatan RTM
Pendampingan kelompok perempuan	Pihak nonpemerintah: 'Aisyiyah	Cilacap; Pangkep	Kelompok perempuan Balai Sakinah 'Aisyiyah	
Pendampingan kelompok perempuan pekerja rumahan	Pihak nonpemerintah: Bitra	Deli Serdang	Kelompok perempuan pekerja rumahan dari Serikat Pekerja Sejahtera	
Pendampingan kelompok pekerja migran	Pihak nonpemerintah: Migrant Care	Cilacap	Perempuan pekerja migran luar negeri anggota kelompok Desa Peduli Buruh Migran (Desbumi)	
Pendampingan kelompok perempuan	Pihak nonpemerintah: PEKKA	Kubu Raya	Perempuan anggota PEKKA dan masyarakat desa	

Nama Program/Bantuan	Pihak Penyelenggara	Lokasi	Penerima Bantuan	Keterangan
Klinik Layanan Informasi dan Konseling (KLIK)	Pihak nonpemerintah: PEKKA	Kubu Raya	Perempuan anggota PEKKA dan masyarakat desa	Program konsultasi hukum berbasis komunitas yang dikembangkan PEKKA berdasarkan konteks dan kebutuhan komunitas perempuan kepala keluarga
Sidang isbat nikah	Pihak nonpemerintah: PEKKA	Kubu Raya	Perempuan anggota PEKKA dan masyarakat desa	Pelaksanaan sidang isbat nikah secara gratis, khususnya bagi pasangan yang menjadi korban kerusuhan di Sambas desa
Pelayanan terpadu satu atap (yandu)	Pihak nonpemerintah: PEKKA	Kubu Raya	Perempuan anggota PEKKA dan masyarakat desa	Kegiatan yang menggabungkan sekaligus antara KLIK dan sidang isbat nikah
Pendampingan kelompok perempuan & pelatihan usaha	Pihak nonpemerintah: Oxfam	Pangkep	Kelompok perempuan	
Pendampingan kelompok perempuan	Pihak nonpemerintah: Sanggar Suara Perempuan (SSP)	TTS	Kelompok perempuan	
Pendampingan kelompok perempuan & bantuan infrastruktur	Pihak nonpemerintah: CARE-CIS	TTS	Kelompok perempuan	
Pelatihan ketahanan pangan dan gizi	Pihak nonpemerintah: Helen Keller International	TTS	Kelompok perempuan yang mendapat pelatihan	
Jenis bantuan: Lainnya				
Pendataan untuk PBI JKN-KIS dan program perlindungan sosial lainnya	Pihak nonpemerintah: Bitra	Deli Serdang	Perempuan pekerja rumahan anggota Serikat Pekerja Rumahan (SPR) yang belum menerima JKN-KIS dan program perlindungan sosial	
Pendataan untuk PBI JKN-KIS Daerah	Pihak nonpemerintah: PEKKA	Kubu Raya	Perempuan anggota Serikat PEKKA dan masyarakat miskin yang belum menerima JKN-KIS	

Sumber: Hasil olah data wawancara individu, 2017.

Keterangan: Studi ini hanya mengumpulkan data keberadaan program di wilayah studi berdasarkan informasi dari hasil wawancara dengan aparat desa, yang mungkin saja tidak menggambarkan keseluruhan program yang berada di wilayah studi. Hal ini disebabkan pemerintah desa tidak memiliki dokumen resmi yang dapat dirujuk untuk menjadi basis informasi jenis program/bantuan yang berada di wilayah desa tempat mereka tinggal.

Selain itu, pemerintah daerah menyediakan dukungan lain berupa bantuan pembangunan/perbaikan infrastruktur kesehatan (seperti poskesdes, rumah tunggu persalinan, dan pustu) yang berpotensi meningkatkan akses masyarakat terhadap pemanfaatan JKN-KIS.

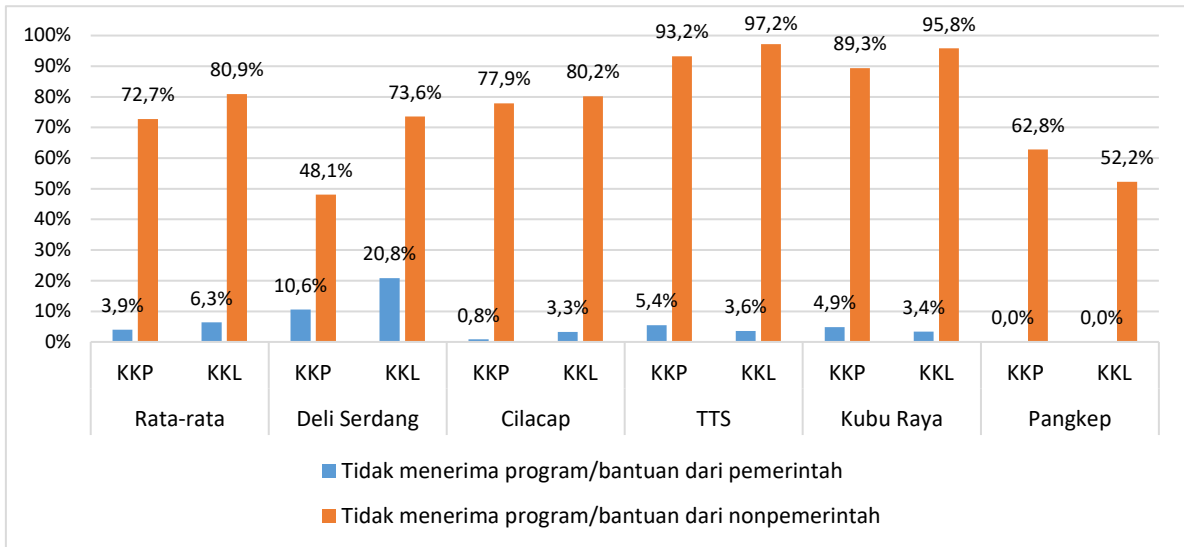
Studi ini menemukan bahwa beberapa pemerintah kabupaten di wilayah studi juga telah menjalin kerja sama dengan sejumlah perusahaan untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan daerah. Contohnya, Pemerintah Kabupaten Cilacap bekerja sama dengan Pertamina dan PT Sunchang untuk berbagi pembiayaan melalui skema tanggung jawab sosial perusahaan atau CSR. Pemerintah Kabupaten Kubu Raya, Pangkep, dan TTS juga sedang berada dalam tahap perencanaan untuk berbagi pembiayaan JKN-KIS Daerah dengan menggunakan pendekatan CSR. Upaya-upaya tersebut dilakukan untuk meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap jaminan kesehatan.

Program/bantuan dari pihak nonpemerintah yang ditemui di wilayah studi didominasi oleh pihak organisasi nonpemerintah yang memiliki kegiatan pendampingan di desa studi dan bantuan dari perusahaan yang berlokasi di dalam atau sekitar desa studi. Hanya sebagian kecil bantuan yang diterima masyarakat di wilayah studi yang berasal dari individu. Organisasi nonpemerintah dan perusahaan membawa program/bantuan tersebut masuk ke desa studi baik secara langsung ke desa/kelompok sasaran maupun melalui kerja sama dengan pemerintah kabupaten¹⁶. Umumnya program/bantuan dari organisasi nonpemerintah diberikan melalui kelompok-kelompok dampingan. Namun, ada beberapa program/bantuan yang dapat diakses oleh masyarakat nonkelompok dampingan, seperti Program KLIK, sidang isbat nikah, dan Akademi Paradigta yang diselenggarakan oleh PEKKA di Kubu Raya. Selain itu, ada koperasi simpan pinjam yang dibentuk oleh Bitra di Deli Serdang.

Mayoritas program/bantuan dari pihak nonpemerintah yang dijumpai di wilayah studi berwujud kegiatan pemberdayaan ekonomi, bantuan kesehatan, pembangunan/perbaikan infrastruktur, dan pemberdayaan perempuan. Umumnya program pemberdayaan perempuan oleh pihak nonpemerintah yang ditemui di wilayah studi dilakukan dalam bentuk pendampingan kelompok. Upaya pemberdayaan kelompok perempuan umumnya diawali dengan pemberdayaan ekonomi melalui kegiatan simpan pinjam dan pelatihan usaha. Kegiatan ini kemudian dilanjutkan dengan berbagai bentuk kegiatan lain, seperti pelatihan komunikasi di depan publik serta pelatihan untuk mengasah kemampuan bernegosiasi dan berpendapat. Salah satu tujuan dari penyelenggaraan kegiatan pemberdayaan perempuan adalah peningkatan kesadaran perempuan untuk memperjuangkan hak-haknya sebagai warga negara yang kedudukannya setara dengan laki-laki. Meskipun tidak terdapat hambatan formal bagi perempuan untuk mengakses program perlindungan sosial, program pemberdayaan dan peningkatan kapasitas perempuan seperti yang dijumpai di wilayah studi sangat diperlukan guna meningkatkan akses perempuan terhadap program perlindungan sosial baik yang bersumber dari pemerintah maupun pihak nonpemerintah.

¹⁶Mayoritas organisasi nonpemerintah yang melakukan pendampingan di desa studi telah berkegiatan di desa tersebut sejak sebelum Studi *Baseline* MAMPU dilakukan.

2.2 Akses Perempuan Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial



Gambar 1. Proporsi keluarga miskin yang tidak menerima program/bantuan (%)

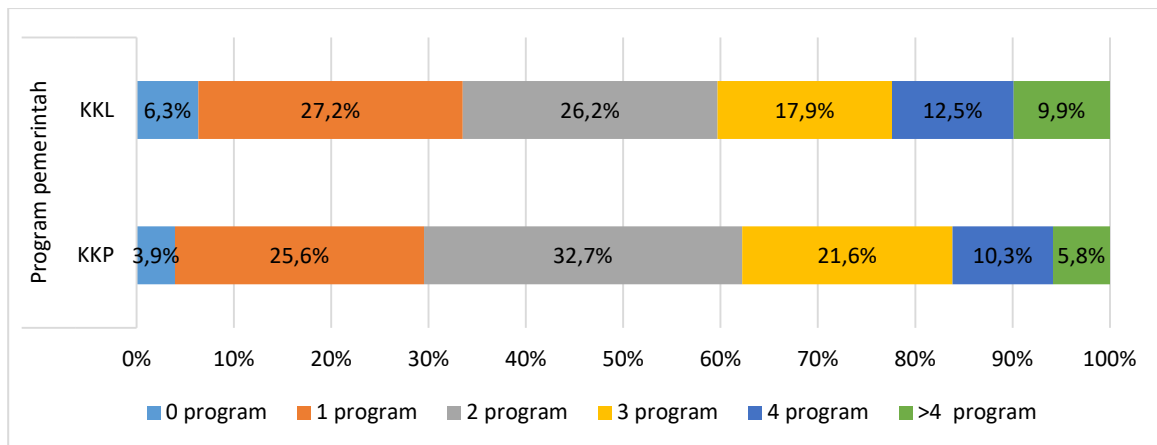
Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: KKP = keluarga yang dikepalai perempuan, KKL = keluarga yang dikepalai laki-laki.

Meski jumlah program/bantuan perlindungan sosial di wilayah studi dapat dikatakan cukup banyak, mayoritas cakupan penerima program/bantuan tersebut berada di tingkat desa atau kelompok dan bukan di tingkat rumah tangga. Kondisi ini sejalan dengan hasil survei yang menemukan bahwa tidak semua keluarga miskin di wilayah studi memiliki akses terhadap program/bantuan. Secara keseluruhan terdapat 4,15% keluarga miskin di seluruh wilayah studi yang tidak memiliki akses terhadap program/bantuan sama sekali, baik yang bersumber dari pemerintah maupun pihak nonpemerintah. Studi ini menemukan beberapa hambatan yang dialami keluarga miskin dalam mengakses program perlindungan sosial dari pemerintah. Hambatan tersebut adalah, antara lain, kriteria penerima program/bantuan perlindungan sosial yang tidak sesuai ketika pendataan dilakukan, keterbatasan kuota penerima program, atau cakupan wilayah penyaluran program/bantuan yang masih terbatas karena tidak semua program perlindungan sosial dari pemerintah berskala nasional. Untuk program yang bersumber dari pemerintah, baik pusat maupun daerah, terdapat 3,9% KKP dan 6,3% KKL yang tidak menerima program/bantuan dari pemerintah dalam bentuk apapun (Gambar 1). Data dari Deli Serdang menunjukkan angka yang paling tinggi dibandingkan dengan wilayah lainnya, yakni 10,6% KKP dan 20,8% KKL tidak menerima program pemerintah sama sekali. Sementara itu, semua keluarga yang disurvei di wilayah Pangkep menerima program/bantuan dari pemerintah dalam setahun terakhir.

Proporsi keluarga miskin yang tidak menerima program/bantuan dari pihak nonpemerintah jauh lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak menerima program/bantuan dari pemerintah (Gambar 1). Perlu diingat bahwa cakupan penerima program/bantuan nonpemerintah sangat bervariasi dan pada umumnya jauh lebih kecil dari cakupan penerima program/bantuan dari pemerintah. Meski jumlah bantuan dari pihak nonpemerintah di TTS banyak, bantuan tersebut memiliki cakupan yang kecil atau hanya menjangkau kelompok tertentu sehingga jumlah penerimanya sedikit. Sebaliknya, program nonpemerintah di Pangkep banyak yang memiliki cakupan desa khususnya program yang bersumber dari perusahaan yang beroperasi di sekitar desa studi sehingga hampir semua warga desa dapat mengakses program-program tersebut.

2.2.1 Akses Perempuan Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial dari Pemerintah



Gambar 2. Jumlah program dari pemerintah yang diterima keluarga miskin di wilayah studi (%)

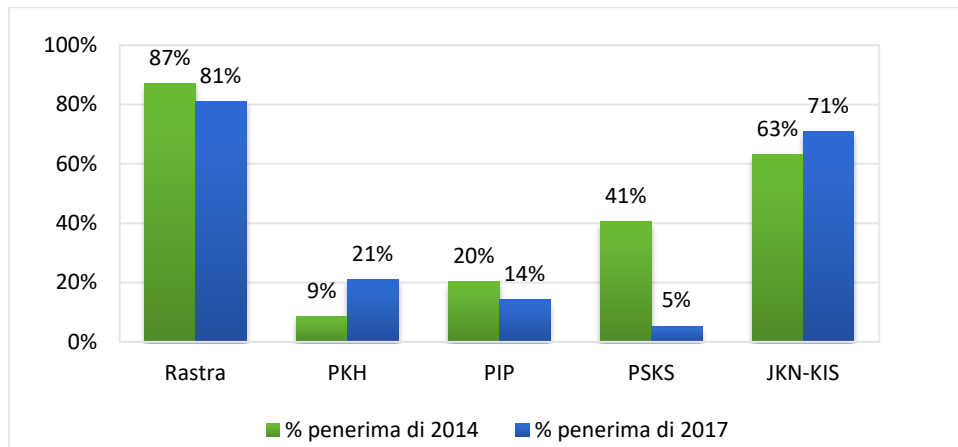
Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Secara keseluruhan ada 20 jenis program pemerintah yang ditanyakan dalam survei.

Rata-rata jumlah program pemerintah yang diterima keluarga miskin di wilayah studi berkisar dua hingga tiga program. Untuk penerimaan program dalam jumlah banyak, yakni empat program atau lebih, proporsi KKP lebih besar daripada KKL (Gambar 2). Untuk program/bantuan dari pemerintah, empat program yang paling banyak diterima keluarga miskin dalam setahun terakhir adalah Rastra, JKN-KIS, PKH, dan PIP.

Perbandingan data hasil survei Studi *Midline* MAMPU dan Studi *Baseline* MAMPU menunjukkan bahwa proporsi keluarga miskin di wilayah studi yang mengakses Rastra, PIP, dan PSKS cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir (Gambar 3). Penurunan paling tajam terjadi pada PSKS, mengingat pada 2017 tidak ada jadwal pencairan PSKS dari Pemerintah Pusat. Menurut jadwal pemerintah, pencairan PSKS di wilayah studi terakhir dilaksanakan pada 2015.

Di sisi lain, proporsi keluarga miskin di wilayah studi yang mengakses PKH dan JKN-KIS mengalami peningkatan. Hasil survei menemukan bahwa proporsi keluarga penerima PKH meningkat cukup drastis dari 9% menjadi 21%. Sejalan dengan temuan ini, hasil kualitatif juga menunjukkan adanya peningkatan jumlah penerima PKH di tingkat desa. Di Pangkep, misalnya, jumlah penerima PKH di ketiga desa studi pada 2014–2017 meningkat sangat drastis bahkan mencapai 132% - 374%. Peningkatan jumlah penerima PKH di wilayah studi terutama terjadi pada keluarga miskin dengan anggota keluarga lanjut usia, seperti yang dialami salah satu peserta FGD mini di Desa I yang baru menerima PKH lansia. Pada 2016 Kementerian Sosial melakukan perluasan jangkauan PKH dari sebelumnya 2,5 juta rumah tangga menjadi 6 juta rumah tangga (Radio Republik Indonesia, 2016). Selain menasar rumah tangga miskin dengan ibu hamil/menyusui dan anak usia sekolah, kriteria rumah tangga penerima PKH juga ditambahkan, yakni rumah tangga yang memiliki anggota lanjut usia serta penyandang disabilitas atau kecacatan berat. Perluasan cakupan PKH baik dari segi kuantitas maupun persyaratan penerima program menjelaskan peningkatan proporsi keluarga miskin penerima PKH di wilayah studi dalam kurun waktu tiga tahun terakhir.



Gambar 3. Perubahan akses keluarga miskin terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah yang terbanyak diterima di wilayah studi

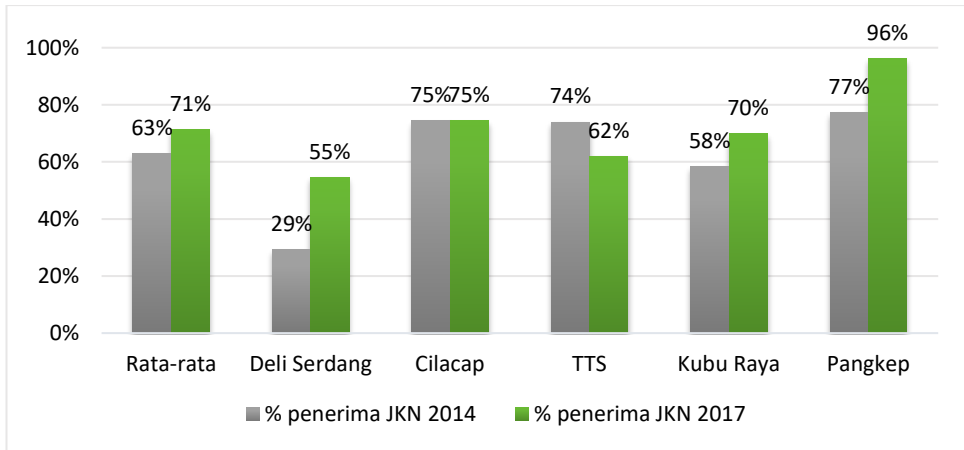
Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2014 dan 2017.

Untuk program JKN-KIS, secara umum terjadi perubahan pada proporsi keluarga miskin penerima JKN-KIS sepanjang 2014–2017, yakni meningkat dari 63% menjadi 71% (Gambar 4).¹⁷ Dengan kata lain, proporsi keluarga penerima JKN-KIS di wilayah studi meningkat dengan laju peningkatan 2,67% per tahun. Secara lebih detail, data per wilayah studi menunjukkan bahwa peningkatan proporsi keluarga penerima JKN-KIS dalam tiga tahun terakhir terjadi di Deli Serdang, Kubu Raya, dan Pangkep (Gambar 4). Sementara itu, di Cilacap tidak terjadi perubahan akses perempuan miskin terhadap JKN-KIS, dan di TTS yang terjadi adalah penurunan. Salah satu faktor yang berkontribusi meningkatkan proporsi keluarga miskin penerima JKN-KIS adalah keberadaan Program JKN-KIS Daerah yang diselenggarakan oleh pemerintah kabupaten studi. Kubu Raya merupakan kabupaten studi pertama yang mengadakan JKN-KIS Daerah, yakni sejak 2015. Di Pangkep dan TTS, program ini dimulai pada 2016. Sementara itu, Deli Serdang baru mulai mengintegrasikan Jamkesda ke dalam JKN-KIS sejak akhir 2017. Pada saat kegiatan lapangan dilakukan, Cilacap belum mengadakan JKN-KIS Daerah sehingga penerimaan JKN-KIS di Cilacap hanya bersumber dari Pemerintah Pusat. Hal ini dapat menjadi penyebab tidak berubahnya akses perempuan miskin di Cilacap terhadap JKN-KIS.

Seiring diberlakukannya prosedur penetapan rumah tangga penerima paket program perlindungan sosial PSKS, PIP, dan PBI JKN-KIS menggunakan BDT, terjadi penurunan jumlah rumah tangga penerima JKN-KIS yang awalnya menjadi penerima Jamkesmas sebagai program pendahulunya. Kondisi ini berlaku umum di Indonesia termasuk di seluruh kabupaten studi. Hal ini diduga terjadi karena akses terhadap Jamkesmas bisa juga diperoleh dengan pengajuan diri yang didukung dokumen berupa surat keterangan tidak mampu (SKTM) yang dikeluarkan pemerintah desa, sedangkan penerimaan PBI JKN-KIS didasarkan pada BDT. Perbedaan mekanisme ini mengakibatkan tidak semua penerima Jamkesmas akan menjadi PBI JKN-KIS. Sebagai implikasinya, terjadi penurunan jumlah penerima jaminan kesehatan dari pemerintah seperti yang tampak di TTS (Gambar 4). Untuk PBI JKN-KIS Daerah, mekanisme pengajuan diri menggunakan dukungan SKTM masih dapat dilakukan. Penurunan jumlah penerima JKN-KIS yang terjadi di TTS mengindikasikan kemungkinan bahwa cukup banyak keluarga miskin di TTS yang sebelumnya menjadi penerima Jamkesmas melalui mekanisme pengajuan diri menggunakan SKTM. Kondisi tersebut bisa jadi disebabkan terbatasnya kapasitas Pemerintah Kabupaten TTS

¹⁷Khusus untuk data penerima JKN-KIS 2014, data penerima Jamkesmas juga termasuk di dalamnya karena saat itu kartu PBI JKN-KIS memang belum terdistribusi seluruhnya.

untuk mengadakan JKN-KIS Daerah guna membantu masyarakat miskin yang tidak dapat mengakses JKN-KIS. Kapasitas pengadaan program JKN-KIS Daerah sangat dipengaruhi oleh kemampuan keuangan daerah yang kemudian berdampak pada cakupan kuota penerima bantuan.



Gambar 4. Perubahan akses keluarga miskin terhadap Program JKN-KIS (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017 dan 2014.

Keterangan: Dihitung dari total keluarga yang disurvei, yakni 1.666 keluarga (2017) dan 1.518 (2014).

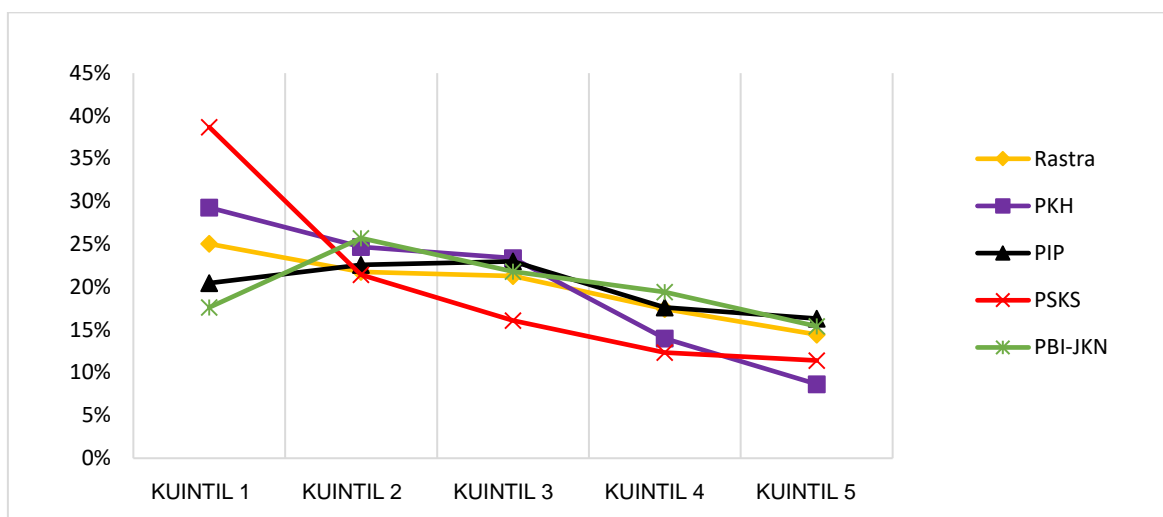
Pemerintah Indonesia mulai mendistribusikan kartu keluarga sejahtera (KKS) pada 2015 sebagai kartu penanda untuk keluarga kurang mampu. Penerima KKS berhak mendapatkan berbagai program/bantuan perlindungan sosial termasuk PBI JKN-KIS, Rastra, PSKS, dan PIP (jika memiliki anak yang tergolong usia sekolah). Sementara itu, penerima KKS bisa mendapat PKH jika memenuhi syarat tambahan, yakni memiliki anak bayi/balita, ibu hamil/menyusui, anak usia sekolah, atau lansia. Sebelum KKS diterbitkan, pemerintah telah lebih dulu mendistribusikan kartu perlindungan sosial (KPS) sehingga KKS berfungsi sebagai pengganti KPS. Saat KKS belum terdistribusi sepenuhnya pada 2015, keluarga miskin pemilik KPS masih dapat mengakses PSKS menggunakan KPS. Namun, saat ini seluruh KKS telah terdistribusikan sehingga KPS tidak lagi dapat digunakan untuk mengakses program perlindungan sosial¹⁸. Studi ini menemukan sebanyak 39,2% keluarga miskin di wilayah studi telah memiliki KPS/KKS.

Berdasarkan hasil diskusi dengan masyarakat di wilayah studi, umumnya mereka sudah mengetahui bahwa pemilik KKS bisa mendapat bantuan PSKS/BLSM, PIP, PBI JKN-KIS, dan PKH. Sementara itu, Rastra cenderung tidak dianggap sebagai bantuan yang khusus diterima oleh pemilik KKS karena maraknya asas bagi rata dalam distribusi bantuan ini. Khusus bantuan tunai tanpa syarat seperti PSKS, peserta mengeluhkan tidak adanya pencairan bantuan tunai lagi sejak mereka menerima KKS. Saat pencairan PSKS terakhir pada 2015, peserta masih menggunakan KPS sebagai kartu penanda keluarga kurang mampu.

Meskipun pencacahan yang dilakukan pada studi ini berfokus pada keluarga miskin, tingkat kesejahteraan keluarga dapat diurutkan dengan menggunakan teknik *principal component analysis* (PCA). PCA mengumpulkan informasi berdasarkan data dari sampel menggunakan sekumpulan variabel yang dapat mendefinisikan kesejahteraan, yakni variabel terkait kondisi

¹⁸Masyarakat di wilayah studi terakhir menggunakan KPS saat pencairan dana PSKS tahun 2015. Setelah itu, mereka menerima KKS sebagai pengganti KPS. Menurut masyarakat, KKS belum pernah digunakan untuk mencairkan dana bantuan sejak kartu tersebut diterima.

rumah dan harta yang dimiliki keluarga¹⁹. Dari hasil PCA tersebut, kesejahteraan keluarga miskin yang menjadi sampel studi ini dapat diurutkan ke dalam lima kuintil, dengan kuintil paling bawah menunjukkan tingkat kesejahteraan paling rendah. Analisis distribusi keluarga miskin penerima program berdasarkan kuintil kesejahteraan ditampilkan pada Gambar 5. Terlihat bahwa program PKH dan PSKS memiliki penargetan yang lebih tajam, sedangkan penargetan Rastra dan PIP cenderung lebih mendatar. Fakta ini mendukung temuan sebelumnya, yakni bahwa distribusi penerima manfaat Rastra cenderung menganut asas bagi rata. Dibandingkan dengan Rastra dan PIP, ketepatan sasaran penerima PKH dan PSKS terlihat lebih baik karena proporsi keluarga miskin penerima bantuan menurun tajam seiring dengan meningkatnya tingkat kesejahteraan keluarga yang menjadi sampel survei. Rendahnya distribusi keluarga miskin pada kuintil kesejahteraan terendah yang menjadi PBI-JKN jika dibandingkan dengan PSKS menunjukkan bahwa secara praktis masih terdapat perbedaan dalam penargetan distribusi program perlindungan sosial terhadap kelompok miskin. Hal ini bertentangan dengan pernyataan pemerintah bahwa semua pemilik KKS berhak mendapatkan keempat program/bantuan perlindungan sosial sekaligus, yakni PBI JKN-KIS, Rastra, PSKS, dan PIP (jika memiliki anak usia sekolah).



Gambar 5. Distribusi keluarga penerima program berdasarkan kuintil kesejahteraan

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Hasil survei menunjukkan bahwa tidak semua keluarga pemilik KPS/KKS di wilayah studi menerima JKN-KIS atau Rastra, dan sebaliknya, tidak semua keluarga penerima JKN-KIS atau Rastra memiliki KPS/KKS (Tabel 4). Sekitar 21,55% dan 45,26% keluarga miskin yang menjadi sampel studi ini merupakan PBI JKN-KIS atau Rastra yang tidak memiliki KPS/KKS. Di sisi lain, juga terdapat keluarga miskin yang tidak menjadi PBI JKN-KIS atau penerima Rastra, terlepas dari kepemilikan KPS/KKS. Proporsi keluarga miskin yang tidak mendapat program tanpa memiliki KPS/KKS lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi keluarga miskin yang tidak mendapat program tapi memiliki KPS/KKS. Hal ini menunjukkan masih terdapat permasalahan dalam penetapan rumah tangga yang menjadi sasaran penerima program perlindungan sosial dari Pemerintah Pusat yang berdasarkan BDT. Tingginya proporsi keluarga penerima program tanpa kepemilikan KPS/KKS mengindikasikan bahwa ada mekanisme lain bagi keluarga miskin di wilayah studi yang tidak mendapatkan KPS/KKS

¹⁹Variabel yang digunakan untuk mendefinisikan kesejahteraan keluarga pada studi ini adalah sumber utama air minum dan mencuci, tempat pembuangan air, material atap, tembok, lantai bangunan tempat tinggal, sumber energi utama, tabungan, kendaraan, pinjaman, hewan ternak, dan aset lainnya.

untuk mengakses program perlindungan sosial dari Pemerintah Pusat. Salah satunya adalah praktik bagi rata dalam program Rastra yang sudah terjadi sejak lama dan merupakan temuan yang umum dalam studi evaluasi Raskin di seluruh wilayah Indonesia (lihat Hastuti *et al.* (2015); Hastuti *et al.* (2013); Hastuti, Sulaksono, dan Mawardi (2012); dan Hastuti *et al.* (2008)). Mayoritas pemerintah di desa studi memiliki kebijakan sendiri dalam penyaluran Rastra, seperti menambah jumlah penerima dari kelompok masyarakat miskin atau langsung membagi rata untuk seluruh kelompok masyarakat termasuk aparat desa. Hal ini menjelaskan sangat tingginya jumlah penerima Rastra yang tidak memiliki KPS/KKS di wilayah studi, yakni 45,26% (Tabel 4).

Tabel 4. Akses terhadap Program dan Kepemilikan KPS/KKS

Kepemilikan KPS/KKS	PBI JKN-KIS	Bukan PBI JKN-KIS	Penerima Rastra	Bukan Penerima Rastra
Punya KPS/KKS	30,07%	9,12%	35,71%	3,48%
Tidak punya KPS/KKS	21,55%	39,26%	45,26%	15,55%

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Dihitung dari total keluarga yang disurvei, yakni 1.666 keluarga.

Adanya keluarga PBI JKN-KIS yang tidak memiliki KPS/KKS dapat terjadi karena beberapa hal. Salah satunya adalah keberadaan Program JKN-KIS Daerah yang memungkinkan keluarga miskin mengakses layanan JKN-KIS tanpa memiliki KPS/KKS. Data hasil survei menunjukkan jumlah keluarga miskin di Pangkep yang menjadi PBI JKN-KIS pada 2017 mencapai 84,7%. Temuan dari hasil wawancara menunjukkan dengan adanya JKN-KIS Daerah yang diberlakukan sejak Januari 2016 cakupan kepesertaan JKN-KIS di ketiga desa studi di Pangkep meningkat sebesar 20%-40%. Peningkatan ini juga dapat terjadi karena JKN-KIS Daerah di Pangkep menggunakan skema pengusulan yang memungkinkan program ini lebih tepat sasaran dan memiliki cakupan lebih luas. Pengusulan dapat dilakukan oleh bidan desa, seperti yang ditemukan di Desa K, dan oleh aparat pemerintah desa seperti yang terjadi di Desa L. Dari 1.000 kartu keluarga (KK) yang diusulkan Pemerintah Desa L, sekitar 50% di antaranya telah menerima JKN-KIS Daerah secara bertahap. Sisanya belum dapat diakomodasi menjadi penerima JKN-KIS Daerah. Hal ini bisa jadi terkait dengan alasan kuota dan prioritas berdasarkan kondisi kesejahteraan.

Meskipun demikian, studi ini juga menemukan perempuan miskin baik pada KKP maupun KKL di seluruh kabupaten studi yang belum menerima JKN-KIS. Hal ini dapat terjadi karena mereka tidak termasuk ke dalam kategori 25% rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan terbawah berdasarkan BDT, atau masih dalam proses pengusulan untuk menjadi PBI JKN-KIS Daerah. Sebagai konsekuensinya, terdapat sebagian kecil perempuan miskin yang membuat JKN-KIS secara mandiri dengan kategori kelas III karena belum menjadi PBI JKN-KIS. Biasanya kartu jaminan tersebut dibuat pada saat sakit atau menjelang persalinan, dan pembayaran iurannya dihentikan setelah kartu tersebut selesai digunakan.

Hasil survei menunjukkan sekitar 60% keluarga miskin di wilayah studi tidak memiliki KPS atau KKS, dengan proporsi yang setara antara kelompok KKP dan KKL, yakni masing-masing 61,4% dan 64,6%. Selain permasalahan ketidaktepatan penetapan rumah tangga penerima program yang telah dijelaskan sebelumnya, terdapat faktor-faktor lain yang dapat menimbulkan kondisi ini. Salah satunya adalah ketiadaan KK. Di TTS, misalnya, ada indikasi kohabitasi²⁰ yang menghambat

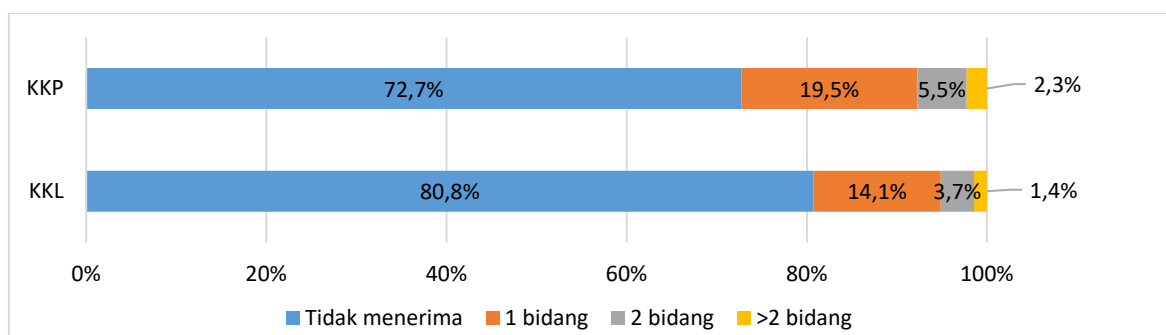
²⁰Tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kohabitasi umum ditemukan di TTS dan banyak di antara pasangan kohabitasi yang sudah memiliki anak. Biasanya kohabitasi dilakukan oleh masyarakat miskin untuk menghindari besarnya biaya pernikahan karena banyak ritual adat yang harus dipenuhi.

akses keluarga miskin khususnya KKP untuk menerima program perlindungan sosial dari pemerintah. Tidak adanya pernikahan berarti tidak adanya buku nikah/akta pernikahan dan akta cerai; padahal, dokumen ini merupakan salah satu syarat pembuatan KK. KK diperlukan sebagai identitas hukum sebuah keluarga. Dalam konteks penerimaan program perlindungan sosial dari pemerintah, KK menjadi basis pendataan penerima program karena Pemerintah Pusat menetapkan sasaran penerima program dengan menggunakan basis rumah tangga.

Selain praktik kohabitasi, ketiadaan KK juga bisa disebabkan oleh praktik menikah dini yang masih ditemukan di beberapa wilayah studi. Umumnya, pasangan yang menikah di usia dini menikah secara agama sehingga tidak mendapat buku nikah. Setelah cukup usia untuk memiliki kartu tanda penduduk (KTP), barulah mereka bisa membuat buku nikah dan KK. Temuan tersebut sejalan dengan hasil survei yang menunjukkan bahwa terdapat 17,2% keluarga miskin di wilayah studi yang tidak memiliki KK dan tidak menerima program/bantuan sama sekali dari pemerintah. Sebaliknya, ada 8,61% keluarga miskin di wilayah studi yang tidak memiliki KK tetapi menerima program/bantuan dari pemerintah seperti JKN-KIS, Rastra, dan PSKS²¹. Lebih lanjut, studi ini juga menggali alasan keluarga miskin tidak memiliki KK melalui survei keluarga. Sekitar 35% keluarga miskin yang disurvei mengungkapkan bahwa ketidaklengkapan kepemilikan dokumen pendukung KK menjadi alasan utama mereka tidak memiliki KK. Selain itu, 29% keluarga miskin yang tidak memiliki KK mengaku sudah melakukan pengurusan KK, tetapi KK belum jadi saat pendataan dilakukan. Hanya sebagian kecil responden yang menyebutkan hambatan pembuatan KK adalah biaya, yakni 7%.

2.2.2 Akses Perempuan Miskin terhadap Bantuan dari Pihak Nonpemerintah

Akses terhadap program/bantuan yang berasal dari pihak nonpemerintah yang digali dalam studi ini melalui survei dikelompokkan ke dalam sembilan bidang, yakni bidang pendidikan, kesehatan, pangan, hukum, bantuan tunai, bantuan usaha kredit, bantuan usaha/peralatan sarana produksi, bantuan perumahan/air bersih/sanitasi, dan pemberdayaan masyarakat. Rata-rata keluarga miskin di wilayah studi hanya menerima program dari pihak nonpemerintah pada satu bidang saja (Gambar 6). Hasil survei menunjukkan sangat sedikit keluarga miskin di wilayah studi yang menerima bantuan dari pihak nonpemerintah untuk lebih dari satu bidang. Meskipun demikian, tetap ada sejumlah kecil keluarga miskin di wilayah studi yang menerima bantuan dari pihak nonpemerintah untuk dua bidang atau lebih. Proporsi KKP penerima program dalam jumlah yang lebih banyak, yakni dua bidang atau lebih, selalu lebih tinggi daripada KKL.

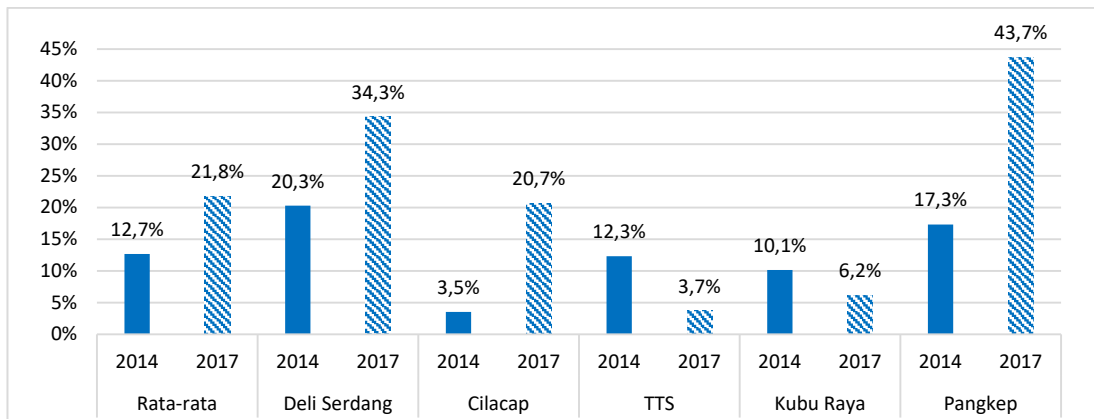


Gambar 6. Jumlah program nonpemerintah yang diterima keluarga miskin (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

²¹Keluarga miskin pemilik KKS berhak menerima ketiga program ini tanpa syarat tambahan, misalnya harus memiliki anak usia sekolah untuk mengakses PIP.

Perbandingan data hasil survei Studi *Midline* MAMPU dan Studi *Baseline* MAMPU menunjukkan bahwa proporsi keluarga miskin di wilayah studi yang mengakses program bantuan dari pihak nonpemerintah cenderung meningkat dalam tiga tahun terakhir (Gambar 7), khususnya di Deli Serdang, Cilacap, dan Pangkep. Peningkatan ini mungkin disebabkan adanya beberapa bantuan pengobatan dan pemeriksaan kesehatan reproduksi gratis bagi masyarakat di Deli Serdang, Cilacap, dan Pangkep. Bantuan berasal dari, antara lain, kegiatan CSR, mitra MAMPU, dan organisasi nonpemerintah lain (Tabel 3). Bantuan-bantuan tersebut bersifat umum dan tanpa syarat sehingga memperbesar peluang masyarakat untuk mengaksesnya.

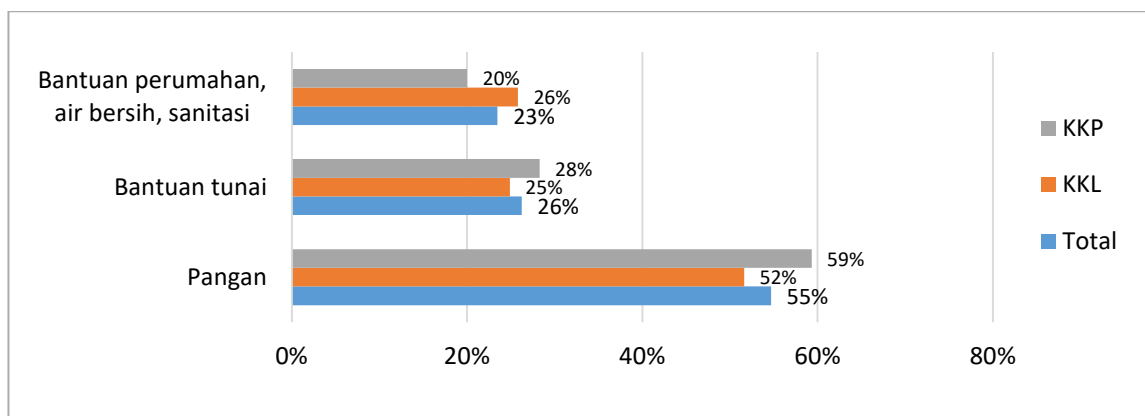


Gambar 7. Proporsi keluarga penerima program nonpemerintah di wilayah studi

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017 dan 2014.

Keterangan: Dihitung dari total keluarga yang disurvei, yakni 1.666 keluarga (2017) dan 1.518 (2014).

Dilihat dari jenisnya, program/bantuan nonpemerintah yang paling banyak diterima keluarga miskin di wilayah studi dalam setahun terakhir adalah bantuan pangan, bantuan tunai, dan bantuan untuk perumahan/air bersih/sanitasi. Studi ini tidak menemukan adanya perbedaan akses antara KKP dan KKL terhadap bantuan perumahan dan air bersih, bantuan tunai, dan bantuan pangan (Gambar 8) mengingat ketiga jenis bantuan tersebut diberikan pada tingkat desa. Berdasarkan hasil wawancara dan FGD mini, beberapa organisasi nonpemerintah memberikan bantuan pangan dalam bentuk pemberian makanan tambahan dan sembako bagi ibu hamil dan bayi/balita. Bantuan ini biasanya diberikan melalui kegiatan pos pelayanan terpadu (posyandu).



Gambar 8. Proporsi keluarga penerima bantuan nonpemerintah yang terbanyak diterima di wilayah studi

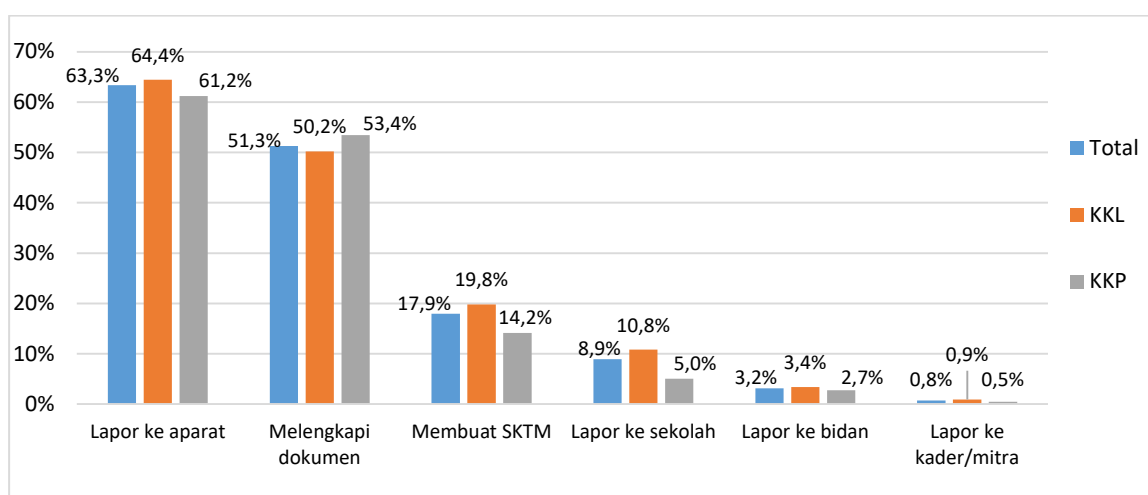
Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Dihitung dari total keluarga yang disurvei, yakni 1.666 keluarga.

2.2.3 Upaya Mengakses Program Perlindungan Sosial

Hasil survei menunjukkan sekitar 60% keluarga miskin tidak melakukan upaya apapun dalam rangka memperbaiki akses mereka terhadap program perlindungan sosial yang bersumber dari pemerintah. Bila dilihat lebih lanjut, proporsi KKP dan KKL yang tidak melakukan upaya apapun dalam memperbaiki akses terhadap program perlindungan sosial cukup setara, yakni 60,85% untuk KKP dan 58,83% untuk KKL. Beberapa alasan yang dikemukakan oleh keluarga miskin yang tidak melakukan upaya apapun dalam rangka mengakses program perlindungan sosial di antaranya adalah bersikap pasrah, merasa belum berkesempatan mendapat rezeki tersebut, takut bertanya, dan tidak mengetahui apa yang harus dilakukan (Kusumawardhani *et al.*, 2016).

Berdasarkan hasil survei, terdapat 40% responden keluarga miskin yang mengaku pernah melakukan upaya untuk dapat mengakses program perlindungan sosial dari pemerintah. Dua jenis upaya yang paling sering ditempuh adalah melapor kepada pihak-pihak yang dipercaya dapat menyelesaikan masalah tersebut dan melengkapi dokumen (Gambar 9). Secara umum tidak terlihat adanya perbedaan upaya untuk mengakses program pemerintah yang dilakukan oleh KKP dan KKL. Hasil survei menunjukkan upaya melapor didominasi dengan pelaporan kepada aparat desa. Hanya sedikit sekali responden yang melapor kepada pihak selain aparat desa, yakni kader nonposyandu, pengurus organisasi mitra MAMPU, guru atau pihak sekolah lainnya, dan bidan. Masyarakat sering kali menganggap pemerintah desa sebagai representasi Pemerintah Pusat atau pemerintah daerah, terutama dengan adanya penyaluran beberapa program perlindungan sosial yang dilakukan melalui pemerintah desa seperti JKN-KIS dan Rastra. Sementara itu, upaya melengkapi dokumen ditempuh masyarakat karena dokumen identitas dasar seperti KTP dan KK merupakan basis pendataan penerima program untuk keluarga kurang mampu. Selain itu, terdapat sekitar 18% keluarga miskin di wilayah studi yang membuat SKTM agar mereka dapat mengakses program Pemerintah Pusat yang ditargetkan untuk keluarga kurang mampu. Rendahnya proporsi keluarga miskin yang melakukan pengajuan SKTM dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti penggunaan SKTM yang terbatas untuk program tertentu dan informasi tentang SKTM yang tidak diketahui masyarakat secara luas (Rahmitha *et al.*, 2016: 38).



Gambar 9. Upaya keluarga miskin untuk mengakses program/bantuan dari pemerintah

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: N = 657 keluarga. Responden dapat memilih lebih dari satu pilihan jawaban upaya mengakses program.

Pada dasarnya pemerintah desa juga memahami bahwa KK merupakan dokumen penting yang harus dimiliki setiap keluarga, terutama jika ingin mendapatkan program perlindungan sosial dari pemerintah. Studi ini menemukan adanya upaya dari pemerintah desa yang dapat menjadi langkah awal bagi keluarga miskin untuk meningkatkan akses mereka terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah. Pada 2016, Pemerintah Desa M di TTS bekerja sama dengan pihak gereja, SSP,²² dan catatan sipil mengadakan nikah massal gratis bagi pasangan yang melakukan kohabitasi. Nikah massal ini sekaligus memfasilitasi semua pasangan yang terlibat untuk pembuatan akta nikah, KTP, dan KK. Sementara itu, sejak 2016 pemerintah di salah satu desa studi di Deli Serdang bekerja sama dengan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Disdukcapil) untuk pembuatan administrasi kependudukan secara massal di kantor desa satu tahun sekali. Temuan tersebut dapat menjadi indikasi adanya upaya dari pemerintah desa dalam memfasilitasi peningkatan akses masyarakat miskin di desanya terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah, yakni melalui kepemilikan identitas hukum.

Hasil wawancara dan FGD mini di Kubu Raya menunjukkan adanya upaya perempuan miskin untuk mendapatkan bantuan kesehatan dari pemerintah. Setelah Pemerintah Kabupaten Kubu Raya menyelenggarakan Program JKN-KIS Daerah, masyarakat miskin di Desa H mulai aktif mencari tahu cara menjadi penerima program ini. Upaya ini teramati baik pada kelompok perempuan miskin yang menjadi anggota PEKKA, mitra MAMPU yang berkegiatan di Desa H, maupun bukan. Upaya yang dilakukan untuk mencari tahu adalah berinisiatif mendatangi kader PEKKA di desa tersebut atau kantor Dinas Kesehatan kabupaten dengan membawa dokumen KTP dan KK.

Kotak 1 **Upaya Warga Desa H Menjadi PBI JKN-KIS Daerah**

Pada 2016, anggota dan simpatisan²³ PEKKA di desa H berinisiatif menyerahkan KTP dan KK kepada kader PEKKA di desa mereka untuk dibantu diusulkan menjadi PBI JKN-KIS Daerah. Inisiatif ini tumbuh setelah mereka mendapat sosialisasi dari kader PEKKA pada 2015 tentang keberadaan JKN-KIS Daerah di Kubu Raya. Awalnya, sosialisasi ini dilakukan di internal kelompok, tetapi kemudian kader PEKKA juga menyosialisasikannya kepada masyarakat di sekitar sekretariat kelompok.

Selain anggota dan simpatisan PEKKA, beberapa warga di salah satu rukun tetangga (RT) juga pernah mendatangi Dinas Kesehatan Kubu Raya. Mereka merupakan warga miskin yang belum menerima JKN-KIS. Ketika mendengar tentang keberadaan JKN-KIS Daerah, mereka berinisiatif datang ke kantor Dinas Kesehatan untuk mencari tahu cara menjadi penerima program ini dengan membawa KTP dan KK.

Bagi masyarakat miskin di Desa H, kehadiran JKN-KIS Daerah dianggap sebagai angin segar untuk bisa menjadi PBI JKN-KIS. Pada umumnya, anggota/simpatisan PEKKA dan masyarakat yang berupaya menjadi PBI JKN-KIS Daerah pernah menerima Jamkesmas. Mereka kehilangan jaminan kesehatan setelah program tersebut beralih menjadi JKN-KIS pada 2014.

Keterangan: Disarikan dari berbagai sumber data lapangan Desa H, 2017.

Pembuatan KK dipandang sebagai upaya awal pemenuhan dokumen identitas dasar agar sebuah keluarga tercatat secara hukum sehingga dapat masuk ke dalam proses pendataan oleh pemerintah. Berdasarkan temuan Studi Modul, beberapa keluarga miskin di Kubu Raya dan Pangkep, baik penerima maupun nonpenerima program perlindungan sosial, sengaja membuat

²²Sanggar Suara Perempuan (SSP) merupakan organisasi nonpemerintah di NTT yang berafiliasi dengan KOMNAS Perempuan, salah satu mitra MAMPU yang berfokus pada upaya penguatan kepemimpinan perempuan dalam mengatasi kekerasan terhadap perempuan. SSP melakukan pendampingan di dua desa studi di TTS.

²³Meski sama-sama bergabung dengan kelompok PEKKA, terdapat perbedaan antara anggota dan simpatisan. Anggota kelompok memiliki status sebagai kepala keluarga, memiliki hak pilih, dan berhak untuk dipilih sebagai ketua/pengurus kelompok. Sementara itu, simpatisan kelompok biasanya memiliki suami tetapi tertarik dengan kegiatan kelompok PEKKA. Simpatisan memiliki hak pilih tetapi tidak berhak dipilih sebagai ketua/pengurus kelompok.

KK sebagai upaya mendapatkan program (Kusumawardhani *et al.*, 2016: 71). Studi *Midline* MAMPU menemukan adanya tindak lanjut dari PEKKA terhadap upaya pemenuhan dokumen identitas dasar keluarga miskin melalui kegiatan yandu (pelayanan terpadu satu atap) di wilayah studi. PEKKA mengadakan kegiatan ini di Desa G pada 2015 dan Desa H pada 2016 untuk membantu masyarakat miskin memperoleh identitas hukum. Kegiatan tersebut tidak tertutup pada kelompok dampingan PEKKA saja. Kegiatan yandu mencakup pelaksanaan sidang isbat nikah serta pembuatan buku nikah dan akta kelahiran dengan melibatkan Pengadilan Agama, Kantor Urusan Agama (KUA), dan Kantor Catatan Sipil. Terdapat 46 pasangan di Desa G dan 80 pasangan di Desa H yang mengikuti yandu. Setelah memiliki buku nikah, mereka bisa mendapatkan KK yang pembuatannya juga difasilitasi oleh PEKKA.

Hasil Studi Modul menunjukkan bahwa PEKKA juga pernah mengadakan sidang isbat nikah pada 2015 di Desa H. Saat itu terdapat 25 pasangan yang mengikuti sidang isbat nikah, dan mereka tidak hanya berasal dari dusun dampingan PEKKA. Berbeda dengan yandu, kegiatan sidang isbat nikah pada 2015 hanya memfasilitasi pasangan untuk menikah secara resmi agar memiliki akta nikah. Meningkatnya jumlah pasangan yang mengikuti sidang isbat nikah di Desa H, dari sebelumnya 25 pasangan pada 2015 menjadi 80 pasangan pada 2016, menunjukkan adanya peningkatan minat dan kesadaran para pasangan tersebut untuk mengikuti sidang isbat nikah agar dapat memiliki dokumen identitas hukum (buku nikah dan KK). Dalam konteks studi ini, kesediaan masyarakat miskin mengakses layanan pembuatan identitas hukum merupakan upaya mereka membuka akses terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah. Temuan tersebut juga bisa mengindikasikan bahwa ketika suatu layanan didekatkan kepada masyarakat, peluang masyarakat miskin untuk dapat dan mau mengakses layanan tersebut menjadi lebih terbuka. Kegiatan afirmatif seperti yang dilakukan PEKKA di Kubu Raya dan SSP di TTS bersama pemerintah desa di wilayah dampingan mereka dapat membantu meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap layanan pembuatan dokumen identitas hukum yang berpotensi meningkatkan akses mereka terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah.

Studi ini menemukan adanya perubahan perilaku di kalangan PBI JKN-KIS di Deli Serdang dan di salah satu dusun di Desa H di Kubu Raya terkait dengan upaya mengakses JKN-KIS. Temuan Studi Modul menunjukkan bahwa ketika masyarakat miskin menemukan perbedaan/kesalahan identitas di kartu JKN-KIS, mereka cenderung pasrah karena tidak bisa mengakses manfaat program meski memiliki kartu untuk mengakses JKN-KIS (Kusumawardhani *et al.*, 2016). Mereka juga cenderung menyalahkan pemerintah atas kesalahan identitas tersebut. Temuan Studi *Midline* MAMPU menunjukkan bahwa kini mereka menjadi lebih aktif untuk meminta perbaikan ketika menemukan kesalahan identitas, baik atas nama dirinya maupun anggota keluarganya. Di Desa H, misalnya, upaya perbaikan ini biasanya dilakukan dengan cara melapor kepada kader PEKKA dan meminta bantuan kader tersebut untuk mendampingi atau memfasilitasi perbaikan identitas di kantor BPJS Kesehatan. Namun, ada juga yang langsung mendatangi kantor BPJS Kesehatan Kubu Raya untuk memperbaiki perbedaan identitas tersebut. Sementara itu, langkah yang ditempuh PBI JKN-KIS di Deli Serdang adalah langsung mendatangi kantor BPJS Kesehatan. Memperbaiki kesalahan identitas pada kartu JKN-KIS merupakan upaya awal yang dapat dan harus dilakukan oleh PBI agar dapat mengakses layanan kesehatan menggunakan skema JKN-KIS.

Temuan lain dari studi ini adalah adanya aksi kolektif²⁴ untuk mengakses program perlindungan sosial di kalangan perempuan miskin yang tergabung dalam kelompok dampingan mitra MAMPU

²⁴Mengacu pada studi yang dilakukan Migunani (2017: vii), aksi kolektif perempuan didefinisikan sebagai pembentukan formal/informal dan kegiatan kelompok/jaringan, yang terutama terdiri atas perempuan, yang bertujuan menciptakan perubahan positif pada kehidupan perempuan. Aksi kolektif dimaknai sebagai proses bekerja untuk memengaruhi perubahan dan dijalankan oleh kelompok-kelompok yang secara sadar bertindak bersama-sama.

di Kubu Raya dan Deli Serdang. Sebetulnya, aksi kolektif ini bukan yang pertama kali dijumpai di wilayah studi selama studi ini berlangsung. Studi *Baseline* MAMPU menemukan adanya aksi kolektif lain yang sudah dilakukan (Rahmitha *et al.*, 2015).²⁵ Namun, aksi kolektif oleh SPR Sejahtera yang ditemukan pada Studi *Midline* MAMPU di Deli Serdang merupakan aksi pertama yang secara khusus terkait dengan upaya meningkatkan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial pemerintah. Selain itu, sebelum bergabung dengan kelompok dampingan, perempuan anggota kelompok tidak pernah terlibat dalam aksi kolektif mana pun. Di Deli Serdang aksi kolektif kader SPR Sejahtera lebih berfokus pada kelompok dampingan, sedangkan aksi kolektif kader PEKKA di Kubu Raya sudah mencakup masyarakat miskin di luar kelompok dampingan. Saat kegiatan lapangan Studi *Midline* MAMPU dilakukan, aksi kolektif perlindungan sosial di Kubu Raya telah memberikan hasil positif dalam peningkatan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan kesehatan dari pemerintah daerah.

Kotak 2 **Aksi Kolektif dalam Meningkatkan Akses Perempuan Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial dari Pemerintah**

Ha (41 tahun) dan Ut merupakan kader PEKKA di Desa H. Ha pertama kali mengumpulkan data anggota kelompok PEKKA di Desa G dan H yang belum memiliki Jamkesmas pada 2010. Data (KK dan KTP) ini diajukan ke Dinas Kesehatan Kubu Raya untuk diusulkan sebagai penerima Jamkesda. Saat itu Ha hanya mengajukan data dari anggota kelompok, ditambah satu lansia dari Desa H (Ah; laki-laki) yang harus segera menjalani operasi katarak. Ha melakukan pendataan tersebut atas arahan Serikat PEKKA. Beberapa nama yang diusulkan Ha dan Serikat PEKKA kemudian berhasil mendapat Jamkesda, termasuk Ah. Setelah memiliki kartu Jamkesda, Ah langsung menjalani operasi katarak.

Pada 2015, atas arahan Dinas Kesehatan Kubu Raya, Ut memasukkan data anggota kelompok PEKKA untuk diusulkan sebagai calon PBI JKN-KIS Daerah. Data yang dimasukkan adalah hasil pendataan kader PEKKA pada 2010, ditambah dengan data baru anggota kelompok dan masyarakat miskin yang belum menerima JKN-KIS pada 2014. Saat itu total data yang dimasukkan oleh Ut sekitar 500 KK se-Kubu Raya. Salah satu kriteria masyarakat yang diusulkan adalah tidak memiliki pekerjaan tetap (bekerja serabutan), termasuk Ah yang kembali diusulkan sebagai calon PBI JKN-KIS Daerah. Menurut Ha, proses setelah memasukkan data hingga kartu JKN-KIS Daerah dikeluarkan hanya memakan waktu sekitar satu bulan. Pengeluaran kartu ini terjadi secara bertahap. Ha memperkirakan dari 500-an data KK yang dimasukkan sekitar 80% di antaranya berhasil menjadi PBI JKN-KIS Daerah, termasuk Ah. Saat ditemui secara terpisah, Ah mengaku sangat bersyukur bisa mendapat jaminan kesehatan. Dengan kondisinya yang sudah tua, Ah cukup sering menggunakan kartu JKN-KIS Daerah untuk berobat gratis di puskesmas.

Ju (34 tahun) merupakan kader SPR Sejahtera di Desa A. Sebagai pengurus serikat, ia mendapat arahan dari Bitra untuk mendata perempuan pekerja rumahan anggota SPR Sejahtera yang belum menerima program perlindungan sosial. Pada 2016, Ju dan teman-teman SPR Sejahtera melakukan pendataan dan mengusulkan sekitar 400 KK sebagai calon PBI JKN-KIS. Pada 2017, Ju dan SPR Sejahtera kembali melakukan pendataan dan mengusulkan 14 KK sebagai calon penerima PKH, PIP, dan program bedah rumah. Ju menyerahkan hasil pendataan dan usulannya kepada Bitra untuk diajukan kepada Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan tingkat kabupaten dan provinsi. Namun, saat kegiatan lapangan Studi *Midline* MAMPU dilakukan, proses pengajuan ini masih tertahan di tingkat kabupaten.

Pendataan yang dilakukan oleh Ju dan SPR Sejahtera merupakan bagian dari program dampingan Bitra yang sejak 2016 mulai memfokuskan kegiatannya pada peningkatan akses perempuan pekerja rumahan terhadap program perlindungan sosial pemerintah. Program ini dilakukan di seluruh kabupaten/kota yang menjadi wilayah dampingan Bitra, yakni Deli Serdang, Langkat, Binjai, dan Medan.

Keterangan: Disarikan dari berbagai sumber data lapangan di Kubu Raya dan Deli Serdang, 2017.

Dalam jumlah yang sangat kecil, studi ini juga menemukan beberapa perempuan miskin yang sengaja membuat JKN-KIS mandiri kelas III karena belum menjadi PBI. Mayoritas dari mereka

²⁵Contohnya adalah aksi kolektif anggota SPR Sejahtera di Deli Serdang untuk meminta kenaikan upah dan penyediaan sebagian alat produksi, seperti benang dan biaya listrik untuk menjahit.

membuat JKN-KIS mandiri untuk persiapan persalinan. Dengan demikian, nantinya mereka akan bisa bersalin secara gratis di puskesmas atau rumah sakit menggunakan skema JKN-KIS. Namun, tingkat keberlanjutan JKN-KIS mandiri relatif rendah. Masyarakat cenderung berhenti membayar iuran setelah selesai memanfaatkan layanan, seperti ditemukan di Cilacap dan Kubu Raya.

Si membuat JKN-KIS mandiri saat hamil. Ia mendaftar untuk kelas III dengan iuran Rp25.500/bulan. “Tujuannya memang untuk keperluan melahirkan, karena dengar dari tetangga yang sudah melahirkan sesar biayanya besar.” Si khawatir jika ternyata harus melahirkan secara sesar. Oleh karena itu, suaminya segera mengurus pembuatan JKN-KIS di kantor BPJS Kesehatan. Setelah melahirkan, suami Si berhenti membayar iuran. Si mengaku suaminya pernah bermaksud membayar, tetapi karena sudah terlambat lima bulan ada ketakutan akan terkena denda. Suami Si pun akhirnya memilih tidak membayar sama sekali.” (perempuan, Desa I, 2017)

Sejalan dengan hasil survei terkait upaya keluarga miskin dalam mengakses program perlindungan sosial dari pemerintah (Gambar 9), temuan dari hasil wawancara dan diskusi di wilayah studi juga mengonfirmasi bahwa secara umum belum ada perubahan upaya signifikan di kalangan keluarga miskin yang tidak memiliki akses terhadap program perlindungan sosial untuk memperbaiki akses mereka. Masyarakat miskin cenderung masih bersikap pasif dalam mengupayakan dirinya menjadi PBI JKN-KIS. Walaupun demikian, temuan dari kualitatif menemukan adanya beberapa upaya yang telah dilakukan keluarga miskin di wilayah studi untuk dapat mengakses program perlindungan sosial dari pemerintah. Akan tetapi, upaya yang dilakukan masih didominasi upaya individual seperti menyampaikan keluhan/harapan kepada ketua RT atau kepala dusun secara pribadi. Terkadang, keluhan ini juga disampaikan kepada kader posyandu, bidan desa, atau kader dari lembaga-lembaga yang melakukan pendampingan di desa. Di Desa E di Cilacap, masyarakat biasanya menyampaikan keluhan tentang program perlindungan sosial dan pendataan kepada salah satu warga yang dikenal sebagai mitra statistik.

Kondisi tersebut masih sama dengan temuan kualitatif Studi Modul bahwa mayoritas keluarga miskin penerima program perlindungan sosial, baik KKP maupun KKL, ternyata memang tidak melakukan upaya apa pun untuk menjadi penerima program. Artinya, mereka menjadi penerima program bukan karena bersikap lebih aktif dibandingkan dengan keluarga lain yang tidak menjadi penerima program. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa sikap pasif dalam mengupayakan sebagai penerima program memang masih umum ditemukan pada keluarga miskin, baik keluarga yang sudah menerima program maupun keluarga yang belum menerima program. Sementara itu, pada keluarga miskin nonpenerima program perlindungan sosial, upaya yang dilakukan terpusat pada konsultasi²⁶ individu, baik dengan aparat desa²⁷ maupun selain aparat desa. Meski proporsinya sangat sedikit, upaya KKL lebih variatif dan KKL melakukan beberapa upaya yang tidak dilakukan KKP, yakni membangun jejaring politik dan meminjam²⁸ sarana program milik teman (Kusumawardhani *et al.*, 2016: 71).

Belum signifikannya perubahan perilaku di kalangan perempuan miskin di mayoritas desa studi dalam berupaya menjadi PBI JKN-KIS dipengaruhi faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang menghambat perubahan perilaku perempuan miskin adalah perasaan malu/takut untuk bertanya dan mentalitas pasrah bahwa rezeki di tangan Tuhan, dan menjadi penerima program dianggap sebagai rezeki dari Tuhan. Kondisi ini sejalan dengan temuan Syukri, Mawardi, dan

²⁶Maknanya lebih pada penyampaian keluhan karena tidak menerima program dan terkadang juga diikuti dengan penyampaian keinginan/harapan untuk bisa menjadi penerima program.

²⁷Umumnya, aparat desa yang dijangkau masyarakat miskin adalah ketua RT dan kepala dusun. Mereka dianggap sebagai representasi aparat desa yang paling mudah diakses.

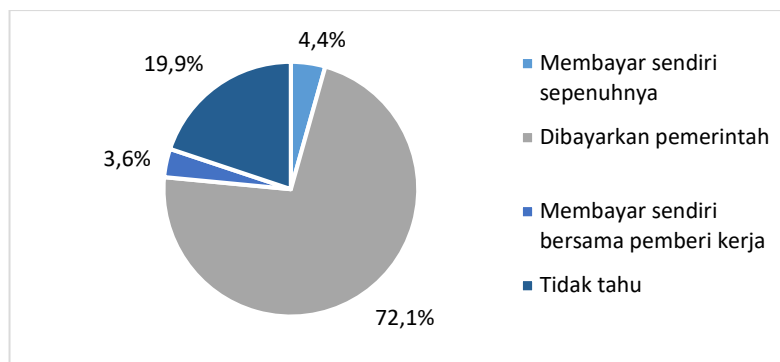
²⁸Meskipun demikian, memindahtangankan kartu kepesertaan program bukanlah hal yang dibenarkan.

Akhmadi (2013) bahwa inferioritas pada masyarakat miskin, khususnya perempuan miskin, menghambat mereka menyuarakan pendapatnya. Dalam konteks Studi *Midline* MAMPU, inferioritas ini menghambat perempuan miskin dalam mempertanyakan hak mereka atas penerimaan JKN-KIS. Sementara itu, faktor eksternal yang berperan adalah informasi bahwa penetapan penerima program diatur Pemerintah Pusat sehingga muncul anggapan upaya yang dilakukan akan sia-sia (Kusumawardhani *et al.*, 2016: 73).

2.3 Pemanfaatan JKN-KIS di Wilayah Studi

2.3.1 Tipe Keanggotaan JKN-KIS

Hasil survei menunjukkan bahwa mayoritas penerima JKN-KIS di wilayah studi merupakan PBI JKN-KIS (Gambar 10), yakni kelompok masyarakat yang iuran JKN-nya dibayarkan oleh pemerintah. Rata-rata di kelima wilayah studi menunjukkan 72,1% dari penerima JKN-KIS merupakan kelompok PBI yang iuran per bulannya dibayarkan oleh pemerintah. Cukup banyak proporsi responden yang tidak mengetahui pihak yang membayarkan iuran bulanan JKN-nya, yaitu 19,9%. Sementara itu, proporsi keluarga miskin yang membayar iuran JKN-KIS secara mandiri, baik sepenuhnya maupun bersama pemberi kerja, mencapai 8%.



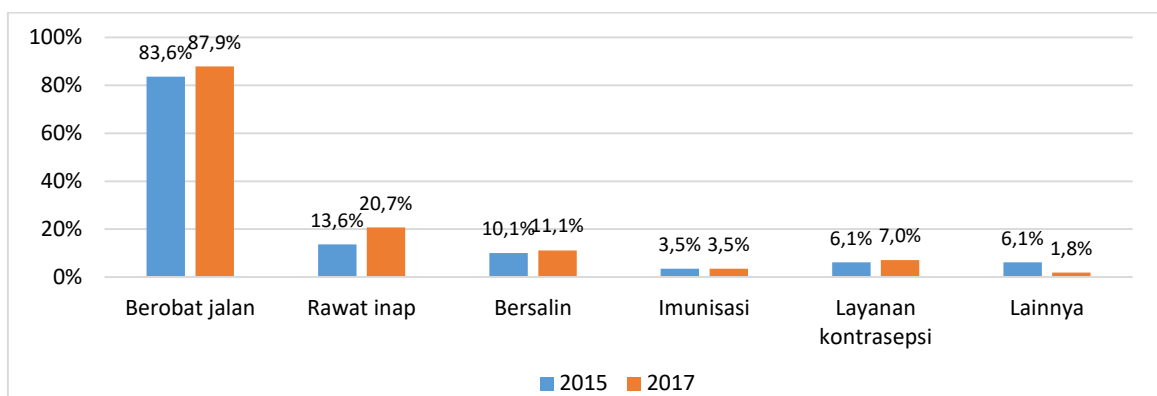
Gambar 10. Pihak yang membayarkan iuran JKN-KIS (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Dalam survei tidak dibedakan Program JKN-KIS yang berasal dari Pemerintah Pusat atau pemerintah daerah.

Meskipun sumber pembiayaan iuran JKN-KIS beragam, hasil wawancara mendalam dan FGD mini menemukan bahwa secara umum tidak terdapat perbedaan manfaat serta fasilitas kesehatan yang dapat diakses, baik antara PBI JKN-KIS dan PBI JKN-KIS Daerah maupun antara PBI dan non-PBI. Fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengakses manfaat JKN-KIS adalah fasilitas kesehatan di tingkat desa—poskesdes/pustu/pos bersalin desa (polindes)/klinik swasta—dan di tingkat yang lebih tinggi. Sejauh ini, penggunaan JKN-KIS di fasilitas kesehatan tingkat desa umumnya masih terbatas pada layanan pengobatan ringan untuk berobat jalan, pemeriksaan kehamilan, dan persalinan. Di puskesmas, selain layanan-layanan tersebut, JKN-KIS juga bisa digunakan untuk mengakses alat kontrasepsi dan layanan rawat inap. Khusus di Deli Serdang, JKN-KIS bisa digunakan untuk mendapatkan layanan imunisasi dan alat kontrasepsi di fasilitas kesehatan tingkat desa. Sementara itu, di seluruh kabupaten studi, penggunaan JKN-KIS untuk operasi hanya berlaku di RS baik di tingkat kabupaten maupun provinsi.

2.3.2 Layanan Kesehatan yang Diakses dengan JKN-KIS



Gambar 11. Layanan kesehatan yang diakses dengan JKN-KIS di wilayah studi

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2015 dan 2017.

Keterangan: Data 2015 merupakan hasil survei Studi Modul. Perbandingan ini tidak dapat menggunakan data Studi *Baseline* MAMPU karena jenis data yang berbeda dengan 2017.

Perbandingan data hasil survei 2015 dan 2017 menunjukkan bahwa secara umum terdapat peningkatan pemanfaatan program JKN-KIS selama 2015–2017 meski tidak signifikan (Gambar 11). Hal tersebut dapat disebabkan salah satunya karena adanya upaya peningkatan layanan di fasilitas kesehatan. Masyarakat di desa studi di Kubu Raya mengungkapkan terdapat perubahan waktu layanan di poskesdes. Berbeda dengan saat kegiatan lapangan Studi *Baseline* MAMPU dan Studi Modul, saat ini poskesdes tersebut beroperasi hampir 24 jam.²⁹ Berdasarkan hasil wawancara individu dan FGD mini, kini bidan bersedia melayani pemeriksaan meski di luar waktu operasional termasuk hari Sabtu dan Minggu, baik di poskesdes maupun dipanggil ke rumah. Ketika melayani pengobatan di rumah, bidan juga mengarahkan pasien agar selanjutnya berobat langsung ke poskesdes menggunakan JKN-KIS. Sementara itu di Cilacap, sejak 2016 peserta JKN-KIS bisa melakukan layanan pemeriksaan ultrasonografi (USG) secara gratis di rumah sakit umum daerah.

Hasil FGD mini di seluruh wilayah studi menemukan bahwa mayoritas perempuan miskin yang menjadi PBI JKN-KIS telah mengetahui jenis-jenis layanan kesehatan yang umumnya bisa mereka dapatkan jika berobat menggunakan JKN-KIS di fasilitas kesehatan desa, seperti pengobatan umum, pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan alat kontrasepsi. Mereka sudah mengetahui informasi tersebut sejak menerima kartu PBI. Menurut mereka, manfaat layanan JKN-KIS relatif sama dengan program pendahulunya, yakni Jamkesmas. Meskipun tidak ada perbedaan kualitas layanan antara Jamkesmas dan JKN-KIS, masyarakat di wilayah studi mengakui bahwa penggunaan Jamkesmas dianggap lebih fleksibel karena bisa digunakan di puskesmas mana saja dan bisa langsung berobat ke rumah sakit tanpa harus mendapat rujukan dari poskesdes atau puskesmas terlebih dahulu. Penggunaan JKN-KIS dianggap lebih rumit karena harus melalui mekanisme berjenjang yang diawali dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan hanya boleh digunakan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) pada saat kondisi darurat.

Meski pemahaman perempuan miskin di wilayah studi terkait manfaat JKN-KIS relatif sudah baik, beberapa faktor menyebabkan pemanfaatan layanan JKN-KIS di wilayah studi belum optimal. Salah satunya adalah masih adanya tenaga kesehatan di tingkat desa yang tidak memberikan

²⁹Perubahan jam layanan poskesdes ini merupakan hasil respon kepala puskesmas dan Dinas Kesehatan yang menindaklanjuti banyaknya keluhan warga desa terhadap waktu layanan di poskesdes tersebut.

layanan-layanan tersebut; walaupun diberikan, layanan JKN-KIS tidak sepenuhnya gratis. Contohnya, ada bidan desa di Kubu Raya yang tidak bersedia membantu persalinan menggunakan skema JKN-KIS karena menganggap pembayaran klaim rumit dan lambat. Namun, menurut bidan di desa lain di Kubu Raya, kondisi ini sebetulnya hanya terjadi pada masa-masa awal pelaksanaan JKN-KIS. Studi ini juga menemukan masih ada perempuan miskin PBI JKN-KIS yang belum bisa mengakses alat kontrasepsi gratis di fasilitas kesehatan tingkat desa. Hal ini biasanya disebabkan terbatasnya jatah distribusi alat kontrasepsi dari puskesmas sehingga tenaga kesehatan di desa harus menyediakannya atas biaya pribadi. Sementara itu, salah satu kepala puskesmas di Cilacap menyebutkan bahwa belum banyak pasien yang berobat menggunakan JKN-KIS karena menilai mekanisme penggunaannya yang rumit. Peraturan yang mengharuskan JKN-KIS dimanfaatkan secara berjenjang mulai dari FKTP dan harus pada FKTP yang tertera di kartu JKN-KIS dinilai sebagai sesuatu yang rumit. Studi ini juga menemukan ada beberapa PBI JKN-KIS di salah satu desa studi yang mengaku enggan berobat menggunakan skema JKN-KIS di poskesdes karena bidan membatasi penggunaannya hanya empat kali per bulan.

Hasil wawancara dan FGD di seluruh wilayah studi menemukan bahwa PBI JKN-KIS cenderung pasif dalam mengupayakan haknya untuk memperoleh layanan kesehatan gratis berdasarkan ketentuan program. Salah satu contoh sikap pasif tersebut adalah keengganan bertanya kepada bidan desa ketika dikenakan sejumlah bayaran meski berobat menggunakan JKN-KIS. Mayoritas masyarakat miskin mengaku bahwa mereka belum mengetahui secara pasti bagaimana penggunaan JKN-KIS yang seharusnya; apakah gratis sepenuhnya atau mereka tetap harus membayarkan sebagian biaya pengobatan.³⁰ Beberapa PBI JKN-KIS bahkan berkeyakinan bahwa jika bidan mengenakan biaya, hal ini sudah sesuai dengan aturan yang ada. Sebagai contoh kasus yang ditemukan pada kegiatan FGD mini di Desa G, saat bidan desa menerapkan biaya Rp20.000—Rp25.000 per suntikan KB, masyarakat kelompok PBI JKN-KIS tidak menyanggahnya; padahal, mereka tahu bahwa seharusnya layanan suntikan KB tidak dipungut biaya. Inferioritas yang melekat pada perempuan miskin menumbuhkan stereotip bidan desa sebagai “orang pintar” sementara PBI JKN-KIS cenderung menganggap dirinya sebagai bukan “orang pintar”.³¹ Mentalitas ini dapat menghambat terjadinya perubahan perilaku perempuan miskin yang menjadi PBI untuk memanfaatkan JKN-KIS.

Sementara itu, berbeda dengan PBI yang harus berobat di FKTP milik pemerintah, studi ini menemukan beberapa peserta JKN-KIS mandiri di Deli Serdang yang memilih mengganti FKTP-nya karena merasa tidak puas dengan layanan di fasilitas kesehatan sebelumnya. Peserta JKN-KIS mandiri memang relatif lebih leluasa dalam menentukan FKTP yang diinginkan, berbeda dengan PBI yang harus berobat di FKTP milik pemerintah. Biasanya, peserta JKN-KIS mandiri cenderung memilih FKTP milik pihak nonpemerintah atau praktik swasta karena pertimbangan, misalnya, antrean pasien yang lebih sedikit, jarak dari tempat tinggal yang lebih dekat, dan kualitas layanan yang lebih bagus.

2.3.3 Layanan Kesehatan Berobat Jalan dan Rawat Inap

Rata-rata tingkat pemanfaatan JKN-KIS oleh keluarga miskin di wilayah studi yang pernah sakit dalam dua tahun terakhir untuk berobat jalan mencapai 67%. Namun, terdapat variasi di antara wilayah studi. Variasi data antarwilayah menunjukkan bahwa pada 2017 pemanfaatan JKN-KIS untuk berobat jalan yang tertinggi adalah di Pangkep dan yang paling rendah adalah di Cilacap dan Kubu Raya (Tabel 5). Tingginya pemanfaatan JKN-KIS di Pangkep untuk berobat kemungkinan

³⁰Kondisi tersebut hanya terjadi ketika PBI JKN-KIS berobat di fasilitas kesehatan tingkat desa. Sementara itu, akses terhadap pemanfaatan layanan JKN-KIS di puskesmas dan RS relatif tidak bermasalah.

³¹Lihat Syukri, Mawardi, dan Akhmadi (2013).

besar disebabkan adanya kebijakan pemerintah daerah untuk mewajibkan tenaga kesehatan menetap di fasilitas kesehatan tempatnya bertugas. Dengan demikian, masyarakat bisa mengakses layanan pengobatan ringan di fasilitas kesehatan desa kapan pun. Sebaliknya, hasil wawancara mendalam dan FGD mini di Kubu Raya menemukan bahwa masyarakat cenderung menggunakan JKN-KIS untuk pengobatan dengan biaya besar, seperti persalinan atau operasi. Sementara itu, mereka memilih mengeluarkan biaya sendiri untuk pengobatan sakit ringan dengan membeli obat di warung terdekat. Hal ini dapat terjadi karena akses ke fasilitas kesehatan yang cenderung masih terbatas, baik dari segi jarak, transportasi, kondisi jalan, maupun waktu operasional fasilitas kesehatan.

Tabel 5. Perubahan Pemanfaatan Layanan Kesehatan Berobat Jalan dan Rawat Inap Menggunakan JKN-KIS di Wilayah Studi

Penggunaan JKN	Deli Serdang		Cilacap		TTS		Kubu Raya		Pangkep	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017
Berobat jalan	75,0%	53,1%	22,0%	42,4%	100,0%	82,8%	0,0%	47,8%	62,5%	91,9%
Rawat inap	0,0%	26,6%	16,7%	20,3%	0,0%	15,2%	0,0%	11,0%	12,5%	13,2%

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2015 dan 2017.

Keterangan: Dihitung dari jumlah keluarga penerima JKN-KIS yang pernah sakit dalam dua tahun terakhir dan berobat ke fasilitas kesehatan.

Perbandingan data antarwilayah pada Tabel 5 menunjukkan adanya perubahan yang cukup drastis pada pemanfaatan JKN-KIS untuk berobat jalan di daerah Deli Serdang dan Kubu Raya. Di Kubu Raya, meningkatnya pemanfaatan JKN-KIS untuk berobat jalan diperkirakan terjadi karena perubahan jam layanan operasional poskesdes yang menjadi hampir 24 jam sehingga masyarakat dapat lebih leluasa mengakses layanan kesehatan termasuk untuk berobat jalan. Pemanfaatan JKN-KIS untuk rawat inap juga mengalami peningkatan sepanjang 2015–2017 (Tabel 5). Di antara keempat wilayah tersebut, pemanfaatan JKN-KIS untuk rawat jalan di Deli Serdang mengalami penurunan yang paling drastis sedangkan pemanfaatan JKN-KIS untuk rawat inap mengalami peningkatan. Hal ini dapat terjadi karena ketersediaan fasilitas kesehatan di Deli Serdang yang makin baik dalam tiga tahun terakhir dan sangat memadai, khususnya praktik swasta. Hasil diskusi dengan masyarakat di Deli Serdang mengindikasikan bahwa PBI JKN-KIS di daerah tersebut cenderung memilih berobat jalan di praktik swasta, sedangkan fasilitas kesehatan pemerintah lebih diutamakan untuk layanan rawat inap. Alasan PBI JKN-KIS di Deli Serdang untuk cenderung memilih praktik swasta dalam berobat jalan adalah, antara lain, jarak yang lebih dekat, kualitas obat yang lebih bagus, dan kualitas pelayanan yang lebih baik. Ketiga alasan ini mendorong PBI rela mengakses layanan kesehatan berbayar di praktik kesehatan swasta. Temuan ini hanya terjadi di Deli Serdang yang secara relatif tingkat kesejahteraan masyarakatnya paling tinggi dibandingkan dengan keempat wilayah studi lainnya.

2.3.4 Layanan Kesehatan selain Berobat Jalan dan Rawat Inap

Di seluruh wilayah studi, tingkat pemanfaatan JKN-KIS untuk persalinan cenderung rendah, dan peningkatan yang terjadi dalam dua tahun terakhir tidak signifikan (Tabel 6). Studi ini menemukan beberapa faktor yang dapat menjelaskan rendahnya pemanfaatan JKN-KIS untuk persalinan. Salah satu alasannya adalah ketersediaan fasilitas layanan bersalin yang masih terbatas. Di Kubu Raya dan TTS, misalnya, jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan tingkat desa masih minim, ditambah dengan akses jalan yang buruk dan terbatasnya sarana transportasi menuju fasilitas tersebut. Selain itu, tidak semua fasilitas kesehatan di desa studi bisa digunakan untuk layanan persalinan

karena tidak semua tenaga kesehatan yang bertugas adalah bidan dan peralatan kesehatan yang mendukung masih kurang. Dengan demikian, fasilitas kesehatan tersebut hanya bisa diakses untuk berobat jalan, sedangkan persalinan harus dilakukan di fasilitas kesehatan lain yang ada di desa atau langsung dirujuk ke puskesmas. Temuan kualitatif juga menunjukkan adanya bidan di salah satu desa studi yang menolak melayani persalinan menggunakan layanan JKN-KIS karena mekanisme pembayaran yang rumit sehingga PBI harus mengakses fasilitas kesehatan di desa lain atau langsung ke puskesmas. Turunnya tingkat pemanfaatan JKN-KIS di Kubu Raya untuk bersalin dapat terjadi karena adanya program Jampersalda (Tabel 6). Menurut hasil wawancara mendalam, bidan di fasilitas kesehatan desa studi di Kubu Raya cenderung mengarahkan persalinan yang dibiayai menggunakan skema Jampersalda karena mekanisme penggantian biaya persalinan untuk Jampersalda relatif lebih mudah daripada JKN-KIS. Mekanisme penggantian biaya persalinan Jampersalda dilakukan langsung dari pemerintah kabupaten (Dinas Kesehatan melalui puskesmas) kepada bidan. Sementara untuk JKN-KIS, penggantian biaya persalinan harus dilakukan melalui BPJS Kesehatan terlebih dahulu.

Tabel 6. Perubahan Pemanfaatan Layanan Kesehatan selain Berobat Jalan dan Rawat Inap Menggunakan JKN-KIS di Wilayah Studi

Penggunaan JKN-KIS	Deli Serdang		Cilacap		TTS		Kubu Raya		Pangkep	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017
Bersalin	12,9%	13,9%	4,1%	6,9%	13,6%	17,7%	22,5%	13,3%	6,0%	7,5%
Imunisasi	0,0%	0,0%	1,4%	1,0%	5,3%	9,2%	12,5%	4,8%	1,3%	2,6%
Kontrasepsi	0,0%	0,9%	1,4%	4,0%	16,7%	26,2%	7,5%	1,9%	0,0%	3,4%
Lainnya	6,5%	3,7%	8,2%	1,0%	5,3%	1,5%	22,5%	3,8%	1,3%	0,8%

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2015 dan 2017.

Keterangan: Dihitung dari seluruh sampel keluarga yang memiliki JKN-KIS.

Umumnya PBI memiliki pertimbangan tertentu untuk tetap melakukan persalinan dengan skema JKN-KIS di fasilitas kesehatan atau tidak, mengingat fasilitas kesehatan yang terdekat tidak selalu dapat diakses. Pada akhirnya, banyak PBI yang cenderung memilih melahirkan di rumah dengan bantuan bidan desa meski tidak bisa menggunakan skema JKN-KIS. Hal ini berdampak pada tingkat pemanfaatan JKN-KIS untuk persalinan yang jauh lebih rendah daripada berobat jalan. Selain itu, di beberapa kabupaten studi terdapat dukun tradisional yang banyak diakses untuk membantu persalinan daripada pengobatan. Di Kubu Raya, penggunaan dukun bayi dalam proses persalinan erat kaitannya dengan tradisi turun-temurun dan ritual yang membuat calon ibu merasa nyaman.

Studi ini menemukan bahwa masyarakat di wilayah studi telah mengetahui bahwa pemeriksaan IVA di puskesmas dapat dilakukan secara gratis dengan menggunakan JKN-KIS. Informasi ini umumnya baru diketahui pada 2016/2017, yakni ketika kegiatan pemeriksaan IVA gratis di puskesmas dilaksanakan sebagai rangkaian kegiatan kampanye pemerintah untuk mencegah kanker serviks. Setelah kegiatan tersebut, akses terhadap pemeriksaan IVA dapat dilakukan dengan menggunakan JKN-KIS. Meskipun perempuan di desa studi mengetahui bahwa pemeriksaan IVA dapat diakses dengan JKN-KIS, masih banyak PBI yang belum tertarik melakukan tes IVA dengan alasan belum merasa perlu karena tidak memiliki keluhan apapun terkait organewanitanya. Selain itu, ada kelompok perempuan PBI yang enggan melakukan tes IVA karena akses transportasi ke puskesmas yang jauh. Dalam jumlah terbatas, hasil kualitatif menemukan beberapa perempuan di Desa J yang menggunakan JKN-KIS untuk mengakses layanan pemeriksaan IVA gratis di puskesmas.

Selain utuk bersalin, pemanfaatan JKN-KIS untuk layanan imunisasi dan kontrasepsi juga masih rendah. Imunisasi bayi biasanya dilakukan di posyandu dan tanpa mempertimbangkan kepemilikan JKN-KIS. Hal ini sejalan dengan rendahnya pemakaian JKN-KIS untuk imunisasi (Tabel 6). Sementara itu, akses terhadap layanan kontrasepsi gratis untuk skema JKN-KIS umumnya baru bisa didapat di puskesmas. Terbatasnya distribusi alat kontrasepsi ke fasilitas kesehatan di desa menyebabkan tenaga kesehatan harus menyediakan layanan tersebut menggunakan dana pribadi. Kondisi ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan layanan kontrasepsi gratis tidak bisa diakses di fasilitas kesehatan di desa dan baru bisa diakses di puskesmas. Dengan mempertimbangkan jarak dan biaya transportasi, perempuan PBI cenderung memilih mengakses kontrasepsi jenis pil atau suntik di fasilitas kesehatan desa menggunakan skema pasien umum. Deli Serdang merupakan satu-satunya kabupaten studi yang menyediakan layanan alat kontrasepsi hingga ke fasilitas kesehatan di desa sehingga memudahkan PBI untuk mengakses layanan ini secara gratis menggunakan skema JKN-KIS. Namun, pemanfaatan JKN-KIS untuk mengakses layanan kontrasepsi di Deli Serdang sangat rendah dibandingkan dengan daerah lainnya, misalnya TTS. Temuan ini menunjukkan bahwa ketersediaan akses terhadap sebuah layanan kesehatan secara gratis tidak serta merta berimplikasi pada meningkatnya permintaan terhadap layanan kesehatan tersebut.

Pemanfaatan JKN-KIS untuk imunisasi di Kubu Raya menurun sepanjang 2015–2017, yakni dari 12,5% menjadi 4,8%. Hal ini dapat terjadi karena makin banyaknya jumlah posyandu di Kubu Raya dalam tiga tahun terakhir³² yang menyediakan layanan imunisasi saat kegiatan rutin posyandu yang dapat diakses gratis tanpa perlu menggunakan JKN-KIS. Sementara itu, data dari TTS menunjukkan peningkatan pemanfaatan JKN-KIS untuk layanan kontrasepsi yang cukup drastis dalam tiga tahun terakhir. Data hasil survei menunjukkan mayoritas keluarga miskin di TTS yang menjadi sampel studi mengakses layanan kontrasepsi yang disediakan di puskesmas.

Akses terhadap pemanfaatan JKN-KIS tidak hanya dipengaruhi oleh kepemilikan kartu JKN-KIS. Faktor-faktor lain juga memengaruhi keputusan perempuan miskin untuk mengakses layanan kesehatan dengan menggunakan JKN-KIS. Bagi perempuan dari keluarga miskin, penerimaan JKN-KIS tidak cukup menjamin akses mereka terhadap layanan program ini. Hasil wawancara dan FGD mini dari seluruh wilayah studi menyimpulkan terdapat beberapa faktor lain yang sering menjadi pertimbangan untuk memanfaatkan JKN-KIS. Faktor-faktor tersebut di antaranya adalah (i) jarak, sarana transportasi, dan biaya transportasi ke fasilitas kesehatan, (ii) kegiatan pengasuhan di rumah, dan (iii) kekhawatiran meninggalkan pekerjaan. Kondisi jalan dan sarana transportasi di Kubu Raya adalah yang paling memprihatinkan dibandingkan dengan keempat wilayah studi lainnya sehingga pertimbangan terkait transportasi menuju fasilitas kesehatan terdekat menjadi sangat relevan dalam kehidupan masyarakat di wilayah studi ini. Mayoritas perempuan miskin di seluruh desa studi bekerja di sektor informal dan sering kali kegiatan ekonomi mereka bersifat subsisten. Situasi ini mengakibatkan mereka berpotensi kehilangan penghasilan harian jika meninggalkan pekerjaan untuk berobat ke fasilitas kesehatan.

Dari sisi ketersediaan layanan, layanan kesehatan yang bisa diakses 24 jam menggunakan JKN-KIS adalah persalinan, layanan gawat darurat, dan operasi. Di luar layanan ini, terdapat ketentuan bahwa JKN-KIS hanya bisa digunakan sepanjang waktu operasional fasilitas kesehatan. Waktu operasional ini mengacu pada kebijakan di setiap kabupaten, misalnya, waktu operasional fasilitas kesehatan di Kubu Raya adalah Senin hingga Sabtu pukul 08.00–14.00. Studi ini menemukan indikasi bahwa durasi jam operasional fasilitas kesehatan berkaitan erat dengan tingkat

³²Di Desa G ada penambahan satu posyandu sementara di Desa H tidak ada penambahan jumlah posyandu, tetapi ada pengaktifan posyandu yang sebelumnya vakum, dan di Desa I semua posyandu di setiap dusun sudah kembali aktif.

pemanfaatan JKN-KIS di wilayah tersebut. Seperti yang dapat dilihat pada Tabel 5, penggunaan JKN-KIS untuk berobat di Pangkep yang memiliki waktu operasional fasilitas kesehatan 24 jam merupakan yang tertinggi. Sebaliknya, penggunaan JKN-KIS untuk berobat di Kubu Raya yang waktu operasionalnya terbatas dan dalam praktiknya sering tutup saat waktu operasional merupakan yang terendah. Selain itu, dari sisi ketersediaan fasilitas kesehatan, perbandingan jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan dengan luas desa di Pangkep relatif sudah memadai. Sebaliknya, perbandingan jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan dengan luas desa di Kubu Raya sangat tidak memadai.

Meskipun pemerintah kabupaten telah menetapkan waktu operasional layanan fasilitas kesehatan, studi ini menemukan belum semua tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas kesehatan tingkat desa mematuhi ketentuan waktu operasional ini. Dengan mempertimbangkan kualitas penyedia layanan dan keterbatasan waktu operasional fasilitas kesehatan desa bagi skema JKN-KIS, beberapa PBI di Deli Serdang, Kubu Raya, dan TTS memilih tidak menggunakan skema ini. Di Deli Serdang, keterbatasan waktu operasional fasilitas kesehatan yang melayani pasien JKN-KIS menyebabkan PBI memilih berobat ke fasilitas kesehatan lain yang relatif masih terjangkau dan tanpa skema JKN-KIS. Sebaliknya, fasilitas kesehatan tingkat desa di Pangkep justru selalu buka hingga hampir 24 jam. Berdasarkan kebijakan Pemerintah Kabupaten Pangkep, tenaga kesehatan harus menetap di fasilitas kesehatan tempatnya bertugas sehingga masyarakat desa, khususnya pemilik JKN-KIS, bisa berobat sewaktu-waktu.

Dalam norma keluarga yang umum berlaku di Indonesia, perempuan/istri cenderung dianggap sebagai pihak yang bertanggung jawab terhadap pengasuhan atau perawatan anggota keluarga. Pada kondisi tertentu, tanggung jawab ini bisa menghambat perempuan untuk melakukan aktivitas di luar rumah, seperti bekerja atau bahkan berobat ke fasilitas kesehatan. Samarakoon dan Parinduri (2014: 2) menyebutkan bahwa patriarki dan budaya tradisional di Asia telah membatasi akses perempuan terhadap pendidikan, fasilitas kesehatan, dan pasar tenaga kerja. Sementara itu, beberapa studi menemukan bahwa keterbatasan finansial dan jarak ke fasilitas kesehatan merupakan faktor yang secara signifikan menghambat keluarga miskin mengakses layanan kesehatan (Kusumawardhani *et al.*, 2016; Yumna *et al.*, 2016; Dwicaksono, Nurman, dan Prasetya, 2012; Titaley, Dibley, dan Roberts, 2010). Keterbatasan finansial membuat keluarga miskin merasa terbebani dengan biaya transportasi dan biaya-biaya lain yang tidak ditanggung JKN-KIS.

San (63 tahun) merupakan PBI JKN-KIS. Namun, ia lebih memilih berobat ke bidan desa yang berlokasi dekat rumah meski harus membayar Rp40.000 per kedatangan. Jika ingin berobat menggunakan JKN-KIS, San harus ke puskesmas yang jauh dari rumahnya. Waktu tempuh ke puskesmas sekitar 30 menit dan San harus mengeluarkan ongkos untuk angkutan umum. (perempuan, FGD mini, Desa F, 2017)

Dilihat dari jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan di wilayah studi, ketersediaan layanan masih terbatas, kecuali di Deli Serdang. Fasilitas kesehatan lanjutan juga berada di luar desa studi, yakni di ibukota kecamatan (puskesmas)³³ dan ibukota kabupaten/provinsi (RSUD). Sementara itu, ketersediaan kamar untuk fasilitas rawat inap bagi pengguna JKN-KIS juga sangat terbatas. Mayoritas peserta mandiri JKN-KIS membayar iuran untuk mendapat layanan perawatan kelas III yang ruang perawatannya juga diakses oleh peserta PBI JKN-KIS. Di Cilacap, kondisi tersebut mengakibatkan ruang perawatan kelas III di RS yang menerima JKN-KIS selalu penuh dan sering kurang sehingga berpotensi menghambat perempuan miskin mengakses ruang perawatan yang sesuai dengan skema layanan PBI JKN-KIS.

³³Dari 15 desa studi, hanya 2 desa yang memiliki puskesmas; masing-masing berada di Deli Serdang dan Pangkep.

Meskipun secara umum tidak terdapat perbedaan manfaat yang diterima peserta mandiri JKN-KIS dan PBI JKN-KIS, studi ini menemukan masih adanya keluhan dari perempuan PBI JKN-KIS terkait perbedaan jenis obat dan jalur antrean antara pasien JKN-KIS dan pasien umum saat berobat di puskesmas atau RSUD. Kondisi ini juga sudah ditemukan saat Studi Modul (Kusumawardhani *et al.*, 2016). Dampaknya, PBI JKN-KIS terkadang memilih berobat sebagai pasien umum, seperti yang dilakukan seorang perempuan di Desa I. Ia memilih berobat menggunakan jalur umum karena menilai kualitas obat untuk pasien umum lebih bagus daripada obat untuk pasien yang berobat menggunakan kartu bantuan.

III. ANALISIS FAKTOR DAN AKTOR YANG MEMENGARUHI PERUBAHAN AKSES PEREMPUAN MISKIN TERHADAP JKN-KIS

3.1 Analisis Faktor Pendorong dan Penghambat Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap JKN-KIS

3.1.1 Faktor Pendorong Keberadaan Program JKN-KIS Daerah

Faktor pendorong utama yang meningkatkan perubahan akses perempuan terhadap JKN-KIS dalam tiga tahun terakhir di wilayah studi adalah keberadaan Program JKN-KIS Daerah. JKN-KIS Daerah berperan besar dalam peningkatan persentase penerima JKN-KIS di Kubu Raya dan Pangkep (lihat Gambar 4 di subsubbab 2.2.1). JKN-KIS Daerah dapat terwujud karena adanya kerja sama antara Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, dan BPJS Kesehatan yang dituangkan ke dalam kebijakan daerah.

Keberadaan JKN-KIS Daerah telah membuka peluang masyarakat miskin di wilayah studi untuk mengakses jaminan perlindungan kesehatan dari pemerintah. Masyarakat mengetahui keberadaan JKN-KIS Daerah dari sosialisasi yang dilakukan tenaga kesehatan di tingkat desa dan puskesmas, serta dari kelompok dampingan mitra MAMPU. Persentase PBI JKN-KIS masih dapat meningkat karena setiap tahun pemerintah daerah berupaya menambah kuota PBI JKN-KIS Daerah. Pelaksanaan JKN-KIS Daerah menunjukkan komitmen pemerintah daerah untuk melindungi kesejahteraan masyarakatnya dengan memberikan jaminan kesehatan.

JKN-KIS Daerah memiliki beberapa prinsip penyelenggaraan yang berpotensi mendorong peningkatan akses masyarakat miskin terhadap JKN-KIS, yaitu, antara lain:

- a) Mekanisme pengusulan yang partisipatif sehingga memungkinkan masyarakat untuk dapat mengusulkan penerima JKN-KIS Daerah dengan cara mengumpulkan data/dokumen ke bidan desa/pemerintah desa yang akan diusulkan lebih lanjut ke Dinas Kesehatan. Pengusulan ini dapat dilakukan baik pada saat kondisi mendesak sedang sakit di fasilitas kesehatan maupun sebelum sakit. Pengusulan saat kondisi mendesak cenderung dilakukan sendiri oleh keluarga, sedangkan pengusulan sebelum keadaan mendesak dilakukan secara kolektif oleh pemerintah desa, bidan desa, dan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU.
- b) Adanya sejumlah kriteria kepesertaan yang ditetapkan untuk memastikan ketepatan sasaran penerima program. Kriteria tersebut meliputi, antara lain, (i) bukan PBI JKN-KIS; (ii) merupakan warga tidak mampu yang ditunjukkan dengan SKTM yang dikeluarkan oleh pemerintah desa; dan (iii) dapat membuktikan kepemilikan KTP dan KK sebagai identitas kependudukan daerah tersebut. Ketiga kriteria ini mudah dipenuhi sehingga berpotensi membantu memperluas cakupan masyarakat penerima JKN-KIS Daerah.

a) Sosialisasi

Faktor kedua yang turut berperan dalam mendorong peningkatan akses masyarakat terhadap JKN-KIS adalah sosialisasi atau proses penyebaran informasi, baik menyangkut keberadaan JKN-KIS Daerah maupun terkait keseluruhan manfaat layanan dalam skema JKN-KIS. Temuan di lapangan

menunjukkan bahwa penyebaran informasi terkait JKN-KIS Daerah dan JKN-KIS sangat berperan dalam mendorong masyarakat untuk mengusahakan haknya sebagai penerima program tersebut. Sosialisasi yang dilakukan di tingkat desa dapat menjangkau masyarakat yang lebih luas daripada sosialisasi yang hanya dilakukan hingga tingkat kecamatan.

Hasil diskusi dengan masyarakat di wilayah studi menunjukkan pentingnya pelibatan aktor-aktor di tingkat desa dan masyarakat sebagai kepanjangan tangan aktor di tingkat kecamatan/kabupaten dalam upaya sosialisasi dan penyebaran informasi. Pengamatan di wilayah studi menunjukkan sosialisasi di tingkat kecamatan umumnya dilakukan di puskesmas, sedangkan sosialisasi di tingkat desa dan masyarakat dilakukan di kantor desa, posyandu, atau kelompok dampingan mitra MAMPU. Sosialisasi di posyandu dan kelompok dampingan mitra MAMPU umumnya disampaikan saat kegiatan/pertemuan rutin. Studi ini menemukan bahwa kegiatan sosialisasi JKN-KIS Daerah yang dilakukan oleh kader PEKKA kepada masyarakat di sekitar wilayah dampingan PEKKA telah mendorong masyarakat sekitar untuk mengajukan diri sebagai PBI JKN-KIS Daerah. Pengajuan ini dapat dilakukan baik melalui kader PEKKA maupun disampaikan secara langsung ke kantor Dinas Kesehatan.

Studi ini juga menemukan bahwa perempuan di wilayah studi menuai manfaat dari kegiatan sosialisasi berupa meningkatnya pengetahuan mereka terkait pemanfaatan JKN-KIS untuk pemeriksaan IVA. Sosialisasi tentang pemeriksaan IVA ini umumnya dilakukan tenaga kesehatan di puskesmas dan fasilitas kesehatan desa, kader posyandu, dan kelompok dampingan mitra MAMPU. Meski masih dalam skala kecil, perubahan pengetahuan tersebut memungkinkan perempuan yang menjadi PBI JKN-KIS untuk memanfaatkan JKN-KIS dalam mengakses layanan pemeriksaan IVA gratis di puskesmas, seperti yang ditemukan di Pangkep.

b) Pendampingan Kelompok

Pada kelompok dampingan mitra MAMPU, sosialisasi terkait JKN-KIS Daerah dilakukan melalui pertemuan rutin dan buletin kelompok. Keduanya merupakan media penyebaran informasi secara internal yang cukup efektif. Berbagai literatur menyebutkan bahwa minimnya informasi dan kesadaran perempuan terhadap persyaratan program perlindungan sosial merupakan beberapa faktor yang dapat menghambat mereka mengakses program-program tersebut. Mengikuti kegiatan berkelompok dan mendapat pendampingan dari organisasi pemberdayaan perempuan merupakan upaya yang bisa ditempuh perempuan miskin untuk mendapatkan berbagai informasi, termasuk tentang keberadaan program daerah yang berpeluang meningkatkan kesejahteraannya. Berkelompok juga dapat menumbuhkan kesadaran kritis perempuan, terutama kesadaran untuk mau berupaya mendapatkan program dan manfaat program yang menjadi haknya. Sejalan dengan hal tersebut, studi ini menemukan bahwa perempuan yang mengikuti kelompok dampingan memiliki kesempatan lebih besar untuk mendapatkan paparan informasi dari pihak luar, misalnya terkait keberadaan Program JKN-KIS Daerah dan syarat untuk menjadi penerima program ini, dibandingkan dengan perempuan yang tidak terlibat dalam kegiatan kelompok sama sekali. Lebih lanjut, kelompok perempuan yang menjadi dampingan dari organisasi nonpemerintah—yang melakukan pendampingan pada peningkatan akses perempuan terhadap program perlindungan sosial dan memiliki kerja sama dengan pemerintah daerah dalam upaya peningkatan ini—berpeluang lebih besar untuk dimasukkan ke dalam proses pendataan calon penerima program daripada kelompok perempuan lainnya. Hal ini tampak dari temuan bahwa kelompok perempuan yang mendapat pendampingan dari PEKKA memiliki akses dan peluang lebih besar untuk menjadi penerima JKN-KIS Daerah daripada kelompok perempuan lain yang mendapat pendampingan dari organisasi nonpemerintah tetapi tidak secara khusus berfokus pada upaya peningkatan akses perempuan terhadap program perlindungan sosial.

3.2.2 Faktor Penghambat

Kepemilikan JKN-KIS ternyata tidak menjamin pemanfaatan keseluruhan layanan JKN-KIS dengan optimal oleh pemiliknya. Studi ini menemukan beberapa faktor yang menghambat pemanfaatan JKN-KIS di wilayah studi. Di antara faktor-faktor penghambat ini, ada yang menghalangi akses terhadap manfaat JKN-KIS secara keseluruhan dan yang hanya menghambat akses pada sebagian layanan JKN-KIS.

a) Mekanisme Penggunaan JKN-KIS

Faktor penghambat pemanfaatan JKN-KIS yang ditemukan di seluruh wilayah studi berhubungan dengan mekanisme penggunaan JKN-KIS yang dinilai cukup rumit bagi sebagian masyarakat. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, hal ini terjadi karena akses terhadap fasilitas kesehatan dengan JKN-KIS harus dilakukan secara berjenjang yang dimulai dari FKTP. Selain itu, akses terhadap fasilitas kesehatan terbatas hanya di FKTP yang tertera pada kartu JKN-KIS. Kerumitan lain juga terjadi karena kesalahan atau ketidaksesuaian data pada kartu JKN-KIS yang mengakibatkan kartu tidak dapat digunakan sehingga manfaat layanan program tersebut tidak dapat diakses.

b) Infrastruktur

Studi ini menemukan bahwa keterbatasan infrastruktur layanan (baik dari segi jumlah maupun sebaran) dan akses jalan menuju fasilitas kesehatan juga masih menjadi penghambat bagi masyarakat dalam memanfaatkan JKN-KIS, khususnya untuk layanan persalinan dan kontrasepsi gratis. Kondisi ini disebabkan belum tersedianya layanan tersebut di semua fasilitas kesehatan desa yang dapat diakses oleh masyarakat. Keterbatasan infrastruktur layanan kesehatan memperparah akses pemanfaatan JKN-KIS terutama ketika kemampuan finansial juga terbatas.

c) Tradisi lokal

Pemanfaatan JKN-KIS khususnya untuk layanan bersalin masih terkendala oleh nilai-nilai tradisi lokal yang masih kental di beberapa wilayah studi. Contohnya, masyarakat Kubu Raya masih memercayakan pemeriksaan kehamilan dan persalinan kepada dukun bayi karena praktik ini merupakan tradisi turun-temurun, khususnya di lingkungan masyarakat suku Madura yang bermukim di Kubu Raya. Konsekuensinya, tradisi penggunaan dukun bayi dalam proses persalinan menjadi faktor penghambat pemanfaatan JKN-KIS untuk layanan bersalin bagi ibu hamil.

d) Mekanisme Kepesertaan JKN-KIS Mandiri

Bagi keluarga miskin yang belum menjadi PBI JKN-KIS, membuat JKN-KIS mandiri dianggap sebagai upaya solutif untuk menghindari pengeluaran biaya dalam jumlah besar saat menghadapi kebutuhan pengobatan yang mendesak, seperti persalinan atau operasi. Hasil wawancara di wilayah studi menunjukkan tingkat keberlanjutan JKN-KIS mandiri pada kelompok keluarga miskin sangat rendah. Pembayaran iuran berhenti seiring berakhirnya kebutuhan pengobatan. Membayar iuran JKN-KIS secara mandiri sangatlah berat bagi keluarga miskin, apalagi dengan adanya kebijakan bahwa kepesertaan JKN-KIS mandiri wajib dilakukan secara kolektif, yakni mencakup seluruh anggota keluarga yang tercantum di dalam satu KK.

e) Inferioritas

Selain faktor eksternal yang sudah disebutkan, terdapat sebuah faktor internal yang berperan dalam menjelaskan perilaku pasif perempuan miskin dalam upaya mendapatkan dan memanfaatkan program perlindungan sosial dari pemerintah. Mayoritas perempuan miskin memiliki mentalitas inferior yang membuat mereka merasa tidak percaya diri untuk memperjuangkan hak mengakses program perlindungan sosial dari pemerintah sekalipun mereka tahu bahwa sesungguhnya mereka berhak mendapatkannya. Studi ini menemukan bahwa perilaku aktif memperjuangkan hak mengakses program perlindungan sosial cenderung lebih terlihat pada perempuan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU karena mereka telah mengalami proses pendampingan dan pemberdayaan yang turut menumbuhkan rasa percaya diri.

3.2 Analisis Aktor Pendorong Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap JKN-KIS

Meningkatnya rata-rata persentase penerima JKN-KIS di wilayah studi (lihat Gambar 4 di subsubbab 2.2.1) mengindikasikan bahwa telah terjadi peningkatan akses perempuan miskin terhadap jaminan kesehatan dalam tiga tahun terakhir. Studi ini menemukan bahwa peningkatan akses perempuan miskin terhadap JKN-KIS dapat terjadi karena peran serta beberapa aktor. Aktor yang berkontribusi besar dalam mendorong perubahan akses perempuan miskin di wilayah studi terhadap JKN-KIS di antaranya adalah pemerintah daerah yang terdiri dari pejabat di tingkat kabupaten (kepala daerah, Dinas Kesehatan, dan Dinas Sosial) dan pihak-pihak yang menjadi kepanjangan tangan mereka di tingkat kecamatan dan desa khususnya, yakni petugas puskesmas dan bidan desa. Di tingkat masyarakat, aktor yang dinilai berkontribusi mendorong perubahan akses perempuan miskin terhadap JKN-KIS dalam tiga tahun terakhir adalah anggota kelompok dampingan mitra MAMPU yang berlokasi di 11 desa dari 15 desa yang menjadi wilayah studi³⁴.

Pemerintah daerah di wilayah studi memiliki peran penting dalam meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap jaminan perlindungan kesehatan melalui penyelenggaraan program JKN-KIS Daerah. Di tingkat desa, pemerintah desa dan bidan memiliki peran cukup penting dalam proses pengusulan calon penerima JKN-KIS Daerah kepada Dinas Kesehatan. Pemerintah desa dan bidan merupakan pihak-pihak potensial yang menjadi kepanjangan tangan pemerintah daerah di tingkat lokal karena mereka lebih mudah dijangkau oleh masyarakat. Di beberapa desa studi yang menjadi wilayah dampingan mitra MAMPU, pengusulan calon penerima program JKN-KIS Daerah dilakukan oleh kader kelompok dampingan mitra MAMPU tersebut. Di tingkat masyarakat, informasi keberadaan JKN-KIS Daerah biasanya diteruskan oleh kader posyandu dan kader dampingan mitra MAMPU melalui kegiatan rutin posyandu dan kegiatan kelompok dampingan. Seperti halnya pemerintah desa dan bidan, kader posyandu dan kader kelompok dampingan mitra MAMPU merupakan aktor-aktor yang berpotensi sebagai penerus informasi kepada masyarakat yang lebih mudah dijangkau.

Organisasi nonpemerintah, khususnya mitra MAMPU, merupakan aktor lain yang cukup berperan dalam meningkatkan akses perempuan miskin terhadap JKN-KIS. Gambar 12 menyajikan kronologi kehadiran mitra MAMPU dan organisasi nonpemerintah lainnya di wilayah studi, khususnya yang melakukan pendampingan terkait akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial termasuk JKN-KIS. Mitra MAMPU di wilayah studi umumnya telah hadir sejak 2014 (Gambar 12). Bahkan di Kubu Raya, mitra MAMPU telah hadir sejak 2003. Studi ini menemukan bahwa proses

³⁴Di setiap kabupaten studi terdapat minimal dua desa studi yang menjadi dampingan mitra MAMPU.

pendampingan dan advokasi yang sudah berlangsung relatif cukup lama berhasil menumbuhkan sikap kritis di antara kelompok perempuan, pemerintah desa, dan pejabat daerah di tingkat kabupaten yang mendapat pendampingan untuk bersama-sama bergerak meningkatkan kesejahteraan perempuan miskin. Proses ini juga telah menghasilkan hubungan kerja sama yang positif antara Pemerintah Kabupaten Kubu Raya dan kelompok PEKKA, baik yang secara khusus terkait dengan JKN-KIS Daerah maupun tidak. Contoh bentuk kerja sama terkait JKN-KIS Daerah adalah PEKKA yang menjadi mitra Dinas Kesehatan untuk melakukan proses pendataan calon penerima JKN-KIS Daerah pada 2015 dan melakukan verifikasi data tunggakan peserta JKN-KIS mandiri kelas III pada 2017³⁵. Keberadaan dan keterlibatan PEKKA dalam melakukan pendataan dan verifikasi tersebut berpotensi meningkatkan akses masyarakat miskin di Kubu Raya, khususnya kelompok keluarga yang dikepalai perempuan, terhadap program jaminan kesehatan dari pemerintah. Temuan ini juga dapat menjelaskan terjadinya peningkatan akses keluarga miskin terhadap JKN-KIS yang cukup drastis di Kubu Raya dalam tiga tahun terakhir (Gambar 4).



Gambar 12. Timeline (lini masa) kehadiran organisasi nonpemerintah yang melakukan pendampingan terkait peningkatan akses perempuan terhadap program perlindungan sosial di wilayah studi

Sumber: Hasil olah data kualitatif, 2014–2017.

Studi ini menemukan bahwa pemerintah desa dan organisasi mitra MAMPU juga berperan dalam memfasilitasi pembuatan identitas hukum bagi masyarakat miskin yang diperlukan dalam proses pendataan calon penerima program perlindungan sosial pemerintah, termasuk JKN-KIS Daerah. Kepemilikan identitas hukum merupakan langkah awal dalam upaya mendapatkan program perlindungan sosial baik dari Pemerintah Pusat maupun pemerintah daerah, salah satunya JKN-KIS Daerah. Dalam pelaksanaannya, organisasi mitra MAMPU bekerja sama dengan Pengadilan Agama, KUA, dan Kantor Catatan Sipil untuk mendorong masyarakat di wilayah studi dalam melengkapi dokumen kependudukannya. Contoh bentuk fasilitasi yang dilakukan salah satu mitra

³⁵PEKKA hanya melakukan pendataan dan verifikasi di wilayah dampingan PEKKA, sedangkan verifikasi di luar wilayah dampingan PEKKA dilakukan oleh Dinas Kesehatan. Sementara itu, contoh bentuk hubungan kerja sama lainnya yang tidak terkait JKN-KIS Daerah adalah dukungan Bupati Kubu Raya terhadap Program Akademi Paradigta yang diinisiasi Serikat PEKKA Kubu Raya (bersama-sama dengan PPSW Borneo) dengan menginstruksikan pengalokasian Dana Desa Rp15.000.000 untuk membiayai kegiatan program ini (Peraturan Bupati No. 10/2017: 18). Alokasi ini mengalami peningkatan dari sebelumnya Rp9.500.000 pada 2016. Bupati Kubu Raya juga mewisuda secara langsung para akademia (murid/alumni Akademi Paradigta) di kantor bupati.

MAMPU, yakni PEKKA, adalah kegiatan pelayanan terpadu satu atap atau yandu. Kegiatan yandu mencakup pelaksanaan sidang isbat nikah serta pembuatan buku nikah dan akta kelahiran dengan melibatkan Pengadilan Agama, KUA, dan Kantor Catatan Sipil. Di Kubu Raya, pemerintah kabupaten juga berperan dalam pembiayaan kegiatan tersebut.

Aktor lain yang juga aktif melakukan sosialisasi JKN-KIS kepada masyarakat adalah BPJS Kesehatan dan kader kelompok dampingan mitra MAMPU yang beroperasi di wilayah studi. Studi ini menemukan bahwa kedua aktor tersebut bekerja sama melakukan sosialisasi yang bertujuan menginformasikan manfaat layanan yang bisa diperoleh menggunakan JKN-KIS sekaligus mendorong masyarakat yang belum menjadi peserta untuk membuat JKN-KIS. Sosialisasi tersebut umumnya dilakukan di tingkat kecamatan dan desa sebagai bentuk respon atas permintaan dan bentuk fasilitasi dari pemerintah desa setempat. Sementara itu, sosialisasi terkait pemanfaatan JKN-KIS untuk pemeriksaan IVA lebih sering dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kepanjangan tangan dari tenaga kesehatan, yakni Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dan kader posyandu. Di wilayah studi yang menjadi wilayah dampingan mitra MAMPU, sosialisasi tersebut juga dilakukan oleh kader dampingan mitra MAMPU baik kepada perempuan anggota kelompok maupun perempuan di luar kelompok.

IV. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Studi *Midline* MAMPU bertujuan mendalami perubahan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial dalam kurun waktu 2014–2017. Akses yang dimaksud dalam konteks studi ini mencakup akses untuk menjadi penerima program perlindungan sosial dan akses untuk mendapatkan manfaat program setelah menjadi penerima program perlindungan sosial. Studi ini secara khusus lebih mendalami program JKN-KIS dibandingkan dengan program perlindungan sosial lainnya mengingat JKN-KIS memiliki cakupan terluas dibandingkan program perlindungan sosial lainnya dari Pemerintah Indonesia.

Tingkat kepemilikan KKS sebagai penanda keluarga miskin di wilayah studi masih rendah sebagaimana dapat dilihat dari hasil survei yang menunjukkan sekitar 60% keluarga miskin di wilayah studi tidak memiliki KKS. Proporsi keluarga miskin di wilayah studi yang tidak memiliki KKS relatif setara antara kelompok KKP dan KKL. Dua faktor yang diperkirakan menyebabkan hal ini terjadi adalah ketidaktepatan penetapan rumah tangga miskin yang menjadi sasaran penerima program dan juga ketiadaan KK sebagai dokumen identitas hukum sebuah keluarga.

Perbandingan data hasil survei Studi *Midline* MAMPU dan Studi *Baseline* MAMPU menunjukkan bahwa proporsi keluarga miskin di wilayah studi yang mengakses Rastra, PIP, dan PSKS cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir, sedangkan proporsi keluarga miskin yang mengakses PKH dan JKN-KIS meningkat. Peningkatan ini merupakan konsekuensi dari kebijakan Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah melalui perluasan cakupan dan persyaratan keluarga penerima PKH serta penyelenggaraan Program JKN-KIS Daerah yang mengadopsi konsep JKN-KIS. JKN-KIS Daerah diselenggarakan guna memperluas akses masyarakat yang belum menjadi penerima JKN-KIS dalam memperoleh layanan jaminan perlindungan kesehatan.

Secara umum, dalam tiga tahun terakhir ditemukan beberapa upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial. Upaya-upaya ini bersumber dari pihak pemerintah dan pihak masyarakat. JKN-KIS Daerah merupakan contoh praktik program perlindungan sosial yang mengombinasikan upaya peningkatan akses terhadap program perlindungan sosial dari kedua pihak. Melalui mekanisme pengusulan dalam skema JKN-KIS Daerah, masyarakat miskin yang belum menjadi PBI JKN-KIS berpeluang mengupayakan dirinya atau kerabatnya untuk menjadi PBI JKN-KIS Daerah. Pengusulan ini dilakukan oleh pemerintah desa dan kelompok masyarakat melalui tenaga kesehatan desa dan kelompok dampingan mitra MAMPU. Dengan demikian, JKN-KIS Daerah merupakan bentuk kolaborasi yang melibatkan pemerintah dan kelompok masyarakat dalam rangka memperluas akses masyarakat terhadap asuransi kesehatan.

Salah satu upaya masyarakat dalam meningkatkan akses terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah adalah membuat KK. Pembuatan KK umumnya dilakukan sebagai upaya awal pemenuhan dokumen identitas dasar agar sebuah keluarga tercatat secara hukum. Di beberapa wilayah studi, upaya tersebut difasilitasi oleh pemerintah desa dan mitra MAMPU melalui penyediaan layanan pembuatan identitas hukum secara gratis. Temuan bahwa terdapat peningkatan jumlah keluarga miskin yang mengakses layanan ini mengindikasikan tingginya minat dan kesadaran keluarga miskin untuk melengkapi identitas hukum sebagai upaya awal memenuhi kelengkapan administrasi guna mengakses program perlindungan sosial dari pemerintah. Di sisi lain, temuan tersebut juga mengindikasikan bahwa ketika suatu layanan didekatkan kepada

masyarakat, peluang masyarakat miskin untuk dapat dan mau mengakses layanan tersebut menjadi lebih terbuka. Kegiatan afirmatif seperti yang dilakukan PEKKA di Kubu Raya dan SSP di TTS bersama pemerintah desa di wilayah dampingan mereka berpotensi meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap layanan pembuatan dokumen identitas hukum yang bermanfaat untuk memperbaiki akses mereka terhadap program perlindungan sosial dari pemerintah.

Dengan demikian, fasilitasi pemerintah di tingkat kabupaten dan pemerintah desa dalam upaya meningkatkan akses masyarakat miskin, termasuk perempuan miskin, terhadap program perlindungan sosial pemerintah tampak dalam hal:

- a) pengadaan Program JKN-KIS Daerah, khususnya melalui penerapan mekanisme pengusulan, seperti ditemukan di Pangkep dan Kubu Raya; dan
- b) kerja sama dengan organisasi mitra untuk mengadakan nikah massal gratis, sidang isbat nikah, dan pelayanan terpadu bagi masyarakat di tingkat desa seperti yang ditemukan di Kubu Raya dan TTS.

Pemerintah daerah memegang peranan sangat penting dalam menjamin akses dan ketersediaan layanan kesehatan bagi masyarakatnya. Peranan pemerintah daerah melalui penyelenggaraan Program JKN-KIS Daerah patut diapresiasi sebagai bentuk sinergi dengan Pemerintah Pusat dalam rangka menyelenggarakan layanan jaminan perlindungan kesehatan dengan cakupan universal. Di samping itu, aktor-aktor di tingkat desa dan masyarakat (pemerintah desa, tenaga kesehatan desa, kader posyandu, dan kader kelompok dampingan mitra MAMPU) berkontribusi dalam melakukan aksi kolektif untuk meningkatkan akses masyarakat miskin, termasuk perempuan miskin, terhadap JKN-KIS. Mereka merupakan aktor-aktor yang relatif mudah dijangkau oleh masyarakat desa. Secara khusus, keterlibatan PEKKA dalam menjadi mitra Dinas Kesehatan untuk melakukan proses pendataan calon penerima JKN-KIS Daerah Kubu Raya juga sangat berpotensi meningkatkan akses keluarga yang dikepalai perempuan terhadap program jaminan kesehatan dari pemerintah.

Perubahan perilaku kelompok miskin dalam memperjuangkan haknya mengakses program perlindungan sosial merupakan proses panjang yang memerlukan waktu lama. Studi *Midline* MAMPU telah mengidentifikasi adanya perubahan upaya dari kelompok miskin dalam memperoleh haknya mengakses JKN-KIS. Upaya ini dilakukan dengan melengkapi dokumen kependudukan dan mengurus SKTM. Terkait perubahan perilaku, hasil survei pada studi ini menunjukkan 60% keluarga miskin yang menjadi sampel studi masih bersikap pasif dalam mengupayakan haknya mengakses program perlindungan sosial, dan proporsinya setara baik antara KKP maupun KKL. Artinya, masih banyak pekerjaan yang harus dilakukan untuk memberdayakan kelompok miskin agar dapat memperjuangkan haknya sendiri.

Terkait akses perempuan miskin dalam mendapatkan manfaat dari program JKN-KIS, perbandingan data hasil survei dan wawancara mendalam pada Studi Modul dan Studi *Midline* MAMPU menunjukkan bahwa secara umum tidak ada perbedaan pola pemanfaatan JKN-KIS, baik pada KKP maupun KKL. Mayoritas masyarakat miskin di wilayah studi memanfaatkan JKN-KIS untuk berobat, dan masih sedikit yang menggunakannya untuk bersalin. Sementara itu, hasil wawancara mendalam menunjukkan adanya peningkatan waktu layanan fasilitas kesehatan (baik di tingkat desa maupun kecamatan) dan penambahan jenis layanan pemeriksaan yang dapat diakses secara gratis menggunakan skema JKN-KIS sepanjang 2015–2017, yakni pemeriksaan IVA dan USG.

Studi ini menemukan bahwa upaya sosialisasi untuk meningkatkan pengetahuan kelompok miskin terkait akses program perlindungan sosial yang dilakukan di wilayah studi telah berjalan cukup baik. Perempuan di wilayah studi menuai manfaat dari kegiatan sosialisasi, di antaranya berupa

meningkatnya pengetahuan mereka terkait pemanfaatan JKN-KIS untuk pemeriksaan IVA. Upaya sosialisasi yang dilakukan dengan mengidentifikasi aktor-aktor yang tepat terbukti bermanfaat mendorong masyarakat untuk memiliki ketertarikan lebih jauh terhadap program perlindungan sosial. Dengan ketertarikan ini, masyarakat akan bersedia mengusahakan akses terhadap program tersebut di masa depan. Meskipun demikian, studi ini menemukan bahwa kegiatan sosialisasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan, tenaga kesehatan desa, kader posyandu, dan kader kelompok dampingan mitra MAMPU cenderung masih terbatas pada kelompok perempuan tertentu.

Studi ini menemukan bahwa pemanfaatan JKN-KIS tidak hanya dipengaruhi oleh kepemilikan kartu JKN-KIS. Terdapat sejumlah faktor yang menghambat pemanfaatan JKN-KIS secara optimal di wilayah studi, di antaranya yaitu (i) mekanisme penggunaan JKN-KIS yang dinilai cukup rumit; (ii) jarak, sarana dan biaya transportasi ke fasilitas kesehatan, serta buruknya kualitas infrastruktur jalan menuju fasilitas kesehatan; (iii) pertentangan dengan nilai-nilai tradisi lokal terkait pemeriksaan kehamilan dan persalinan; dan (iv) rigiditas skema pembayaran JKN-KIS mandiri yang harus dilakukan secara kolektif sehingga membebani keluarga miskin secara finansial. Ada tidaknya tenaga kesehatan yang menetap di desa juga turut menentukan tingginya pemanfaatan JKN di sebuah wilayah. Kebijakan Pemerintah Kabupaten Pangkep yang mengharuskan tenaga kesehatan menetap di fasilitas kesehatan tempatnya bertugas mendorong pemanfaatan JKN-KIS di wilayah tersebut. Tingkat pemanfaatan JKN-KIS di Pangkep menjadi lebih tinggi daripada empat wilayah studi lainnya dengan adanya kebijakan ini. Secara khusus, kegiatan pengasuhan di rumah dan kekhawatiran meninggalkan pekerjaan menjadi pertimbangan lain bagi perempuan miskin dalam memanfaatkan layanan kesehatan.

Hasil wawancara dan FGD di seluruh wilayah studi juga menemukan bahwa perempuan PBI JKN-KIS cenderung pasif dalam mengupayakan haknya untuk memperoleh layanan kesehatan gratis berdasarkan ketentuan program. Perasaan inferior di kalangan perempuan miskin mengakibatkan mereka tidak percaya diri dalam memperjuangkan hak mereka mengakses layanan program. Faktor internal ini merupakan salah satu determinan yang secara signifikan menghambat perubahan perilaku perempuan miskin. Sejauh ini, perubahan perilaku baru mulai terlihat pada sebagian kecil perempuan yang terlibat dalam kegiatan pendampingan. Dalam jumlah kecil, perubahan perilaku perempuan miskin terkait pemanfaatan program perlindungan sosial tampak dalam hal meningkatnya kesadaran dan kemauan memperbaiki kesalahan identitas pada kartu JKN-KIS agar mereka dapat memanfaatkan program ini. Beberapa perempuan miskin juga menggunakan JKN-KIS untuk melakukan pemeriksaan IVA gratis di puskesmas.

Studi ini mengidentifikasi beberapa aktor yang dinilai berperan dalam mendorong perubahan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial di wilayah studi dalam tiga tahun terakhir. Studi ini menilai bahwa pemerintah daerah dan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU memiliki kontribusi yang besar dalam meningkatkan akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial. Peranan pemerintah daerah melalui penyelenggaraan program JKN-KIS Daerah patut diapresiasi sebagai bentuk sinergi dengan Pemerintah Pusat dalam rangka menyelenggarakan layanan jaminan perlindungan kesehatan dengan cakupan universal. Sementara itu, keterlibatan PEKKA dalam menjadi mitra Dinas Kesehatan untuk melakukan proses pendataan calon penerima JKN-KIS Daerah Kubu Raya juga sangat berpotensi meningkatkan akses keluarga yang dikepalai perempuan terhadap program jaminan kesehatan dari pemerintah.

4.2 Rekomendasi

Meskipun telah melakukan berbagai upaya perluasan cakupan penerima program perlindungan sosial, pemerintah masih perlu memperbaiki ketepatan sasaran keluarga penerima program perlindungan sosial. Hal ini disebabkan masih banyaknya keluarga miskin di wilayah studi yang tidak memiliki KKS sehingga mereka tidak dapat mengakses program perlindungan sosial yang menjadi haknya. Di Pangkep ditemukan adanya praktik baik untuk memperbaiki akses keluarga miskin terhadap program perlindungan sosial yang dapat menjadi contoh untuk pemerintah daerah lainnya. Kebijakan pembaruan data penerima PKH dan PBI JKN-KIS melalui mekanisme pengusulan yang dilakukan secara berjenjang dari tingkat dusun, desa, hingga ke Dinas Sosial seperti yang dilakukan di Pangkep dapat menjadi mekanisme alternatif untuk memperbaiki ketepatan sasaran rumah tangga penerima program perlindungan sosial. Mekanisme yang partisipatif ini memungkinkan masyarakat miskin yang sebelumnya masuk dalam kategori *exclusion error*³⁶ bisa menjadi penerima program.

Dalam rangka memperluas akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial, perlu dikembangkan diskusi terkait potensi pemanfaatan program *corporate social responsibility* (CSR) dan Dana Desa untuk berbagi pembiayaan PBI JKN-KIS Daerah. Kerja sama ini berpotensi mendorong peningkatan proporsi PBI JKN-KIS Daerah karena kuota penerima manfaat program ini bisa bertambah. Dukungan dana CSR terhadap pembiayaan Jamkesda di Cilacap bisa menjadi contoh praktik baik dari pelibatan pihak swasta dalam pembiayaan program pemerintah daerah. Dalam konteks JKN-KIS Daerah, pemanfaatan CSR dan Dana Desa tidak hanya dapat dilakukan untuk pembiayaan iuran JKN-KIS bagi PBI yang sudah ada, tetapi juga dalam rangka perluasan cakupan PBI. Hal ini juga merupakan salah satu upaya pelibatan pemerintah desa dan perusahaan swasta (pihak nonpemerintah) secara lebih aktif dalam membantu pemerintah daerah melindungi masyarakat miskin.

Perubahan perilaku kelompok miskin dalam memperjuangkan haknya mengakses program perlindungan sosial merupakan proses panjang yang memerlukan waktu lama. Sikap pasif yang ditunjukkan kelompok miskin merupakan konsekuensi dari rendahnya pengetahuan dan rasa berdaya mereka dalam hak mengakses program perlindungan sosial. Studi ini telah mengidentifikasi adanya perubahan upaya dalam mengakses program perlindungan sosial dari pemerintah oleh kalangan perempuan miskin yang mengikuti kegiatan pendampingan kelompok. Oleh karena itu, kegiatan ini perlu dikembangkan untuk menjangkau kalangan perempuan miskin dalam skala yang lebih luas.

³⁶Warga miskin yang tidak mampu justru tidak termasuk ke dalam daftar penerima bantuan atau program perlindungan sosial.

DAFTAR ACUAN

- Asian Development Bank (2013) *The Social Protection Index: Assessing Results for Asia and The Pacific* [dalam jaringan] <<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/30293/social-protection-index.pdf>> [20 Juni 2018].
- BPJS Kesehatan (2017) *Resmi, Pemerintah Kabupaten Deli Serdang integrasikan Jamkesda 2018 dalam Program JKN* [dalam jaringan] <<https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/629/Resmi-Pemerintah-Kabupaten-Deli-Serdang-Integrasikan-Jamkesda-2018-dalam-Program-JKN>> [27 Februari 2018].
- Chronic Poverty Research Centre (2009) *The Chronic Poverty Report 2008–09: Escaping Poverty Traps* [dalam jaringan] <<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/2566.pdf>> [18 Juni 2018].
- Dwicaksono, Adenantera, Ari Nurman, dan Panji Yudha Prasetya (2012) 'Jamkesmas dan Program Jaminan Kesehatan Daerah: Laporan Pengkajian di 8 Kabupaten/Kota dan 2 Provinsi.' Laporan Penelitian. Bandung: Perkumpulan INISIATIF.
- Hastuti, Bambang Sulaksono, M. Sulton Mawardi, Akhmadi, Rahmitha, Valentina Y.D. Utari, Dyan Widyaningsih, Dinar Dwi Prasetyo, dan Kartawijaya (2015) 'Perlindungan Kartu Perlindungan Sosial (KPS) dan Pelaksanaan Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (BLSM) 2013.' Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- Hastuti, Syaikhu Usman, Bambang Sulaksono, Sulton Mawardi, dan Muhammad Syukri (2013) 'Pemantauan Cepat Pelaksanaan Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (BLSM) 2013.' Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- Hastuti, Bambang Sulaksono, dan Sulton Mawardi (2012) 'Tinjauan Efektivitas Pelaksanaan Raskin dalam Mencapai Enam Tepat.' Kertas Kerja. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- Hastuti, Sulton Mawardi, Bambang Sulaksono, Akhmadi, Silvia Devina, dan Rima Prama Artha (2008) 'Efektivitas Pelaksanaan Raskin.' Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- International Labour Organization (2014) *World Social Protection Report 2014/2015* [dalam jaringan] <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf> [19 Juni 2018].
- Kusumawardhani, Niken, Dyan Widyaningsih, Valentina Y. D. Utari, Joseph Marshan, Dinar Dwi Prasetyo, Hafiz Arfyanto, Veto Tyas Indrio, dan Michelle Andrina (2016) 'Dinamika Penghidupan Perempuan Miskin: Studi Kasus Ketika Terjadi Perubahan Harga BBM.' Draft Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- Migunani (2017) 'Aksi Kolektif Perempuan untuk Pemberdayaan di Indonesia: Sebuah Studi tentang Aksi Kolektif yang Diinisiasi oleh Para Mitra Program MAMPU.' Laporan Penelitian. Yogyakarta: Migunani dan MAMPU.

- Perdana, Ari A. (2014) *The Future of Social Welfare Programs in Indonesia: From Fossil-Fuel Subsidies to Better Social Protection* [dalam jaringan] <https://www.iisd.org/gsi/sites/default/files/ffs_indonesia_briefing_welfare.pdf> [20 Juni 2018].
- Rahmitha, Hastuti, Dyan Widyaningsih, Niken Kusumawardhani, Dinar Dwi Prasetyo, Hafiz Arfyanto, Veto Tyas Indrio, dan M. Fajar Rakhmadi (2016) 'Penghidupan Perempuan Miskin dan Akses Mereka terhadap Pelayanan Umum.' *Draf Laporan Penelitian*. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- Samarakoon, Sujani dan Rasyad Parinduri (2014) 'Does Education Empower Women? Evidence from Indonesia.' Malaysia: Nottingham University Business School, University of Nottingham, Malaysia Campus.
- PEKKA (2014) *Menguak Keberadaan dan Kehidupan Perempuan Kepala Keluarga: Laporan Hasil Sistem Pemantauan Kesejahteraan Berbasis Komunitas (SPKBK-PEKKA)*. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- Radio Republik Indonesia (2016) *Mensos: 2016 Cakupan Perluasan Jangkauan PKH bagi Lansia dan ODKB* [dalam jaringan] <http://www.rri.co.id/post/berita/270961/nasional/mensos_2016_cakupan_perluasan_jangkauan_pkh_bagi_lansia_dan_odkb.html> [27 Maret 2018].
- Syukri, Muhammad, M. Sulton Mawardi, dan Akhmadi (2013) 'Studi Kualitatif Dampak PNPM-Perdesaan di Jawa Timur, Sumatra Barat, dan Sulawesi Tenggara.' *Laporan Penelitian*. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- Titaley, Christiana R, Michel J Dibley, dan Christine L Roberts (2010) 'Factors Associated with Underutilization of Antenatal Care Services in Indonesia: Results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007.' *BMC Public Health* 2010, 10: 485.
- World Bank (2017) *Indonesia Social Assistance Public Expenditure Review Update: Towards A Comprehensive, Integrated, and Effective Social Assistance System in Indonesia* [dalam jaringan] <<http://documents.worldbank.org/curated/en/535721509957076661/pdf/120905-REVISED-PUBLIC-Screen-English-1211-update.pdf>> [18 Juni 2018].
- Yumna, Athia, Sri Budiyati, Asep Kurniawan, Kartawijaya, Nurmala Selly Saputri, dan Yudi Fajar M. Wahyu (2016) 'The Maternal, Neonatal, and Child Health (MNCH) Service in the Early Years of Implementation of Universal Health Care Scheme in Indonesia: A Baseline Assessment.' *Draf Laporan Penelitian*. Jakarta: The SMERU Research Institute.

Peraturan Perundang-Undangan

- Peraturan Bupati Kubu Raya No. 10 Tahun 2017 tentang Tata Cara Penggunaan Alokasi Dana Desa, Dana Desa, dan Bagi Hasil Pajak dan Retribusi Daerah Kabupaten Kubu Raya Tahun Anggaran 2017.

The SMERU Research Institute

Telepon : +62 21 3193 6336

Faksimili : +62 21 3193 0850

Surel : smeru@smeru.or.id

Situs web : www.smeru.or.id

Facebook : [@SMERUInstitute](https://www.facebook.com/SMERUInstitute)

Twitter : [@SMERUInstitute](https://twitter.com/SMERUInstitute)

YouTube : [The SMERU Research Institute](https://www.youtube.com/channel/UC...)