

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Umum: *Studi Endline*



Hafiz Arfyanto

Ana Rosidha Tamyis

Asep Kurniawan

Dyan Widyaningsih

Jimmy Berlianto

Mayang Rizky

Niken Kusumawardhani

Nila Warda

Ruhmaniyati

Sri Murniati

Veto Tyas Indrio

LAPORAN PENELITIAN SMERU

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Umum: *Studi Endline*

Hafiz Arfyanto, Ana Rosidha Tamyis, Asep Kurniawan, Dyan Widyaningsih,
Jimmy Berlianto, Mayang Rizky, Niken Kusumawardhani, Nila Warda,
Ruhmaniyati, Sri Murniati, Veto Tyas Indrio

The SMERU Research Institute
September 2020

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Umum: Studi *Endline*

Penulis: Hafiz Arfyanto, Ana Rosidha Tamyis, Asep Kurniawan, Dyan Widyaningsih, Jimmy Berlianto, Mayang Rizky, Niken Kusumawardhani, Nila Warda, Ruhmaniyati, Sri Murniati, Veto Tyas Indrio

Foto Sampul: Dok. SMERU

Data Katalog-dalam-Terbitan The SMERU Research Institute

Hafiz Arfyanto

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Umum: Studi Endline / Hafiz Arfyanto, dkk.

--Jakarta: Smeru Research Institute, 2020

--xxii; 154 p; 29 cm.

ISBN 978-623-7492-45-0

ISBN 978-623-7492-46-7 [PDF]

1. Perempuan Miskin 2. Layanan Publik
I. Title

362.5 –ddc 23

Diterbitkan oleh:

The SMERU Research Institute

Jl. Cikini Raya No. 10A

Jakarta 10330

Indonesia



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 dicetak oleh The SMERU Research Institute dengan dukungan dari Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU). Program MAMPU merupakan inisiatif bersama Pemerintah Indonesia dan Pemerintah Australia yang bertujuan meningkatkan akses perempuan miskin di Indonesia terhadap layanan penting dan program pemerintah lainnya dalam rangka mencapai kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan.

Temuan, pandangan, dan interpretasi dalam laporan ini merupakan tanggung jawab penulis dan tidak berhubungan dengan atau 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.

TIM PENELITIAN

Peneliti SMERU

Hafiz Arfyanto, Ana Rosidha Tamyis, Asep Kurniawan, Dyan Widyaningsih,
Jimmy Berlianto, Mayang Rizky, Niken Kusumawardhani, Nila Warda,
Ruhmaniyati, Sri Murniati, Veto Tyas Indrio

Peneliti Daerah

Anas Sutisna, Andi Kasirang T. Baso, Andi Tenri Darhyati, Dany Hadiana, Farida Hanim,
Lina Rozana, Maria Helena Klaudia Tuto Sorywutun, Nur Fitriani, Pitriati Solihah, Rahmat Saiful,
Robertus Tomy Laka, Siti Hidayati, Steve Christianlara, Upik Sabainingrum, Wini Pudyastuti

Peneliti Lapangan

Agus Rianto, Anas Sutisna, Andi Cipta Surya, Andi Mardaya, Astina, Atin Supriyatin, Charis Suhud,
Dedi Samsiar, Dhika Pratama Arizona, Dwi Agustina, Efrianti, Erlina Permatasari, Fany Lestari,
Fathurohim, Fery Rince Sila, Firman Fran Samuelson Silalahi, Fitri Yanna Zega, Fortunatus Dodok,
Fransiska H. Witak, Hendra Sonang Pakpahan, Henny Afika, Herlina Pratiwi, Herry Oktavian
Siagian, Intan Permatasari, Jidream Martred Bell, Jonatan Pilmon Silla, Junedi E. P. Fobia, Kurniadi,
Maria Helena Klaudia Tuto Sorywutun, Marintan Monica Rohi Padjaja, Nining Ade Ningsih, Skm.,
M.Kes., Novi Kumala Putri, Nurmayasinta, Nurul Inayah Hutasuhut, Purnamasari, Putra Kurniadi,
Rahmat Saiful, Ramlan Bahar, Rini Mulliyani, Romi Comando Girsang, Rosmeri Simarmata,
Rubiyanto Nuzuluddin, Sabiruddin, Siti Arbi'Ah, Taufan Ibnussamad Delanova, Ummu Salamah,
Wahyu Romiyanto, Yaner Adrianus Sae, Yefta Y. Naubnome, Yuni Laferani

UCAPAN TERIMA KASIH

Laporan ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Untuk itu, kami menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada Bapak Stewart Norup dan Atik Dewi 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 jalannya penelitian 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.

Akses Perempuan Miskin Terhadap Layanan Umum: Studi *Endline*

Hafiz Arfyanto, Ana Rosidha Tamyis, Asep Kurniawan, Dyan Widyaningsih, Jimmy Berlianto, Mayang Rizky, Niken Kusumawardhani, Nila Warda, Ruhmaniyati, Sri Murniati, Veto Tyas Indrio

Studi ini merupakan bagian dari studi MAMPU, yaitu studi longitudinal yang dilakukan selama enam tahun (2014–2020) melalui kerja sama antara Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU) dan The SMERU Research Institute. Studi ini bertujuan mendokumentasikan perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan umum pada lima tema kehidupan dari dua sisi, yaitu ketersediaan layanan dan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan, sepanjang 2017–2019. Kelima tema tersebut adalah (i) perlindungan sosial bidang kesehatan bagi keluarga perempuan miskin, (ii) perlindungan kondisi kerja perempuan pekerja rumahan, (iii) perlindungan bagi perempuan miskin pekerja migran Indonesia, (iv) peningkatan status kesehatan dan gizi perempuan, dan (v) pengurangan kekerasan terhadap perempuan. Studi ini dilakukan di 15 desa yang tersebar di lima kabupaten di lima provinsi menggunakan dua pendekatan, kuantitatif dan kualitatif. Hasil studi ini menunjukkan bahwa perubahan akses terlihat nyata, baik dari sisi ketersediaan layanan maupun perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan, pada tema perlindungan sosial bidang kesehatan dan peningkatan status kesehatan dan gizi perempuan. Sementara itu, perubahan pada tiga tema lainnya cenderung kecil dan spesifik. Temuan utama dari studi ini adalah peningkatan ketersediaan layanan belum tentu dapat mendorong perempuan miskin untuk mengakses layanan tersebut. Oleh karena itu, upaya peningkatan akses harus dilakukan pada dua sisi, yaitu ketersediaan layanan dan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan. Upaya peningkatan ketersediaan layanan telah terbukti dapat dilakukan dengan cara menambah jumlah dan keterjangkauan layanan. Sementara itu, perubahan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan dapat didekati dengan melakukan kegiatan penyuluhan/sosialisasi. Meskipun demikian, faktor-faktor penghambat perubahan akses, seperti keterbatasan pengetahuan dan kurangnya cakupan layanan, perlu mendapat perhatian khusus dari para pemangku kepentingan. Apabila faktor-faktor penghambat ini tidak dihilangkan, upaya peningkatan akses yang selama ini gencar dilakukan akan menjadi sia-sia sehingga perempuan miskin menjadi makin sulit meningkatkan kesejahteraan mereka.

Kata kunci: perempuan miskin, layanan publik, perubahan akses

DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH	i
ABSTRAK	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR KOTAK	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM	viii
RANGKUMAN EKSEKUTIF	xii
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang dan Ruang Lingkup Studi	1
1.2 Tujuan Studi	2
1.3 Metodologi	3
1.4 Struktur Laporan	7
II. PERLINDUNGAN SOSIAL BIDANG KESEHATAN BAGI KELUARGA PEREMPUAN MISKIN	9
2.1 Pengantar	9
2.2 Perubahan Kepesertaan JKN	11
2.3 Perubahan Akses Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional	19
2.4 Kesimpulan dan Rekomendasi	26
III. PERLINDUNGAN KONDISI KERJA PEREMPUAN PEKERJA RUMAHAN	29
3.1 Pengantar	29
3.2 Kondisi Kerja Perempuan Pekerja Rumahan	32
3.3 Peralihan Kerja Perempuan Pekerja Rumahan	37
3.4 Kesimpulan dan Rekomendasi	43
IV. PERLINDUNGAN TERHADAP PEREMPUAN MISKIN PEKERJA MIGRAN INDONESIA (PMI)	46
4.1 Pengantar	46
4.2 Akses Perempuan PMI Miskin terhadap Jalur Keberangkatan Prosedural	49
4.3 Akses Perempuan PMI Miskin terhadap Layanan Perlindungan Sebelum Bekerja	57
4.4 Akses Perempuan PMI Miskin terhadap Layanan Perlindungan Setelah Bekerja	61
4.5 Kesimpulan dan Rekomendasi	63
V. PENINGKATAN STATUS KESEHATAN DAN GIZI PEREMPUAN	67
5.1 Pengantar	67
5.2 Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Kesehatan dan Gizi	69
5.3 Kesimpulan dan Rekomendasi	86
VI. PENGURANGAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN: LAYANAN PELAPORAN KDRT	90
6.1 Pengantar	90
6.2 Kondisi KDRT di Wilayah Studi	92
6.3 Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pelaporan KDRT	97
6.4 Kesimpulan dan Rekomendasi	114
VII. AKSES PEREMPUAN MISKIN TERHADAP LAYANAN PUBLIK PADA LIMA TEMA PENGHIDUPAN	117
7.1 Ringkasan Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Publik	117

7.2 Peran Pemangku Kepentingan dalam Meningkatkan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Publik pada Lima Tema Penghidupan	119
7.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Publik	120
DAFTAR ACUAN	123
LAMPIRAN	127

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perincian Kuesioner Studi Endline	5
Tabel 2. Ketersediaan Layanan Pelaporan KDRT di Wilayah Studi	97
Tabel 3. Pelaporan Pengandaian dan Pelaporan Aktual	104

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Lokasi studi	3
Gambar 2. Profil sampel studi <i>endline</i>	5
Gambar 3. Kerangka analisis	7
Gambar 4. Kepesertaan JKN tahun 2017 dan 2019	11
Gambar 5. Cara mendapatkan JKN PBI tahun 2019 (%)	12
Gambar 6. Aksi kolektif untuk mendapatkan JKN PBI Daerah	13
Gambar 7. Perubahan jenis kepesertaan JKN 2017–2019	17
Gambar 8. Distribusi kepesertaan JKN 2019	19
Gambar 9. Pemanfaatan JKN oleh keluarga yang memiliki JKN tahun 2017 dan 2019 (%)	20
Gambar 10. Pemanfaatan JKN untuk bersalin 2017–2019 (%)	22
Gambar 11. Pemanfaatan JKN untuk berobat jalan 2017–2019 (%)	23
Gambar 12. Pemanfaatan JKN untuk rawat inap 2017–2019 (%)	24
Gambar 13. Pemanfaatan JKN untuk imunisasi 2017–2019 (%)	24
Gambar 14. Pemanfaatan JKN untuk pemeriksaan dini kanker serviks 2017–2019 (%)	25
Gambar 15. Pemanfaatan JKN untuk kontrasepsi 2017–2019 (%)	26
Gambar 16. Gambaran umum PPR pada studi 2019	31
Gambar 17. Jumlah PPR menurut wilayah studi 2017 dan 2019	32
Gambar 18. Proses (faktor-aktor) yang memengaruhi konteks pekerjaan PPR	37
Gambar 19. Distribusi peralihan kerja PPR di lima kabupaten studi	38
Gambar 20. Proses (faktor-aktor) yang mendorong peralihan kerja di Desa B, Deli Serdang	42
Gambar 21. Proses (faktor-aktor) yang mendorong peralihan kerja di tiga desa studi di Kabupaten Pangkep	43
Gambar 22. Determinan keberangkatan melalui jalur prosedural (<i>odd ratio-logistic regression</i>)	49
Gambar 23. Aktor penyedia layanan dan peranannya dalam mendorong akses PMI terhadap migrasi prosedural di Cilacap	51
Gambar 24. Aktor yang berperan dalam setiap tahap perjalanan dalam migrasi nonprosedural	56

Gambar 25. Perbedaan ketersediaan layanan dan perilaku PMI di wilayah MAMPU dan non-MAMPU	57
Gambar 26. Akses perempuan PMI terhadap layanan perlindungan sebelum bekerja (%)	60
Gambar 27. Pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali pada 2017 dan 2019 (N=91)	70
Gambar 28. Praktik persalinan dengan tenaga kesehatan pada 2017 dan 2019 (N=91)	73
Gambar 29. Kronologi peningkatan praktik persalinan tidak aman di Desa O	74
Gambar 30. Pengetahuan ibu mengenai IMD dan ASIE pada 2017 dan 2019	77
Gambar 31. Praktik IMD dan ASIE pada 2017 dan 2019	78
Gambar 32. Penggunaan kontrasepsi jangka panjang pada 2017 dan 2019	80
Gambar 33. Proporsi pengetahuan dan partisipasi deteksi dini kanker pada 2017 dan 2019	82
Gambar 34. Kronologi aksi kolektif pengadaan alat tes IVA di Desa L	84
Gambar 35. Pemahaman perempuan miskin mengenai KDRT	92
Gambar 36. Tanggapan perempuan miskin terhadap jenis-jenis KDRT	93
Gambar 37. Tanggapan perempuan miskin terhadap KDRT fisik	95
Gambar 38. Dinamika pengalaman KDRT responden—kondisi <i>midline</i> dan <i>endline</i>	96
Gambar 39. Pihak yang dituju untuk melaporkan KDRT	99
Gambar 40. Pelaporan aktual untuk KDRT yang menimpa orang lain	105
Gambar 41. Alur pelaporan KDRT di Desa M di TTS, serta Desa D dan Desa E di Cilacap periode <i>endline</i> (2017–2019)	107
Gambar 42. Ringkasan perubahan akses perempuan miskin pada lima tema penghidupan	118

DAFTAR KOTAK

Kotak 1. Aksi Kolektif Oleh Serikat Pekerja Rumahan Kabupaten Deli Serdang (2019)	14
Kotak 2. Aksi Kolektif oleh Kader BPJS Kesehatan Kabupaten Kubu Raya (2019)	15
Kotak 3. Prosedur Melakukan Migrasi Prosedural	53
Kotak 4. Ilustrasi Cerita Kekerasan Fisik	93

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kriteria Informan/Responden	128
Lampiran 2. Akses Perempuan Miskin terhadap JKN-KIS	130
Lampiran 3. Perlindungan Kondisi Kerja Perempuan Pekerja Rumahan	134
Lampiran 4. Perlindungan terhadap Perempuan PMI	137
Lampiran 5. Peningkatan Status Kesehatan dan Gizi Perempuan	140
Lampiran 6. Pengurangan Kekerasan terhadap Perempuan: Layanan Pelaporan KDRT	147

DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM

APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASIE	air susu ibu eksklusif
Bhabinkamtibmas	Bhayangkara Pembina Keamanan dan Ketertiban Masyarakat
BITRA	Bina Keterampilan Pedesaan Indonesia
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BNP2TKI	Badan Nasional Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia
BP2MI	Badan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPJS-TK	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan
BPS	Badan Pusat Statistik
BSA	Balai Sakinah 'Aisyiyah
Bumdes	Badan Usaha Milik Desa
CU	Credit Union
dasolin	dana sosial ibu bersalin
Desbumi	Desa Peduli Buruh Migran
Desmigratif	Desa Migran Produktif
Dinkes	Dinas Kesehatan
Dinsos	Dinas Sosial
Disnaker	Dinas Tenaga Kerja
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DTKS	Data Terpadu Kesejahteraan Sosial
faskes	fasilitas kesehatan
FGD	diskusi kelompok terfokus
FKTP	fasilitas kesehatan tingkat pertama
IJM	inkar janji menikah
ILO	International Labour Organization
IMD	inisiasi menyusui dini
IVA	inspeksi visual asam asetat
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
Jampersal	Jaminan Persalinan
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
JPMP	Jaringan Peduli Masalah Perempuan

K4	pemeriksaan kehamilan minimal empat kali
Kabumi	Komunitas Buruh Migran
kades	kepala desa
kantreskrim	kepala unit reserse dan kriminal
KB	Keluarga Berencana
KDRT	kekerasan dalam rumah tangga
Kemendagri	Kementerian Dalam Negeri
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
kespro	kesehatan reproduksi
KIBBLA	kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak
KIS	Kartu Indonesia Sehat
KK	kartu keluarga
KKL	keluarga yang dikepalai laki-laki
KKP	keluarga yang dikepalai perempuan
KLIK	Klinik Layanan Informasi dan Konseling
Komnas Perempuan	Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan
Konjen	Konsulat Jenderal
KPKG	Kelompok Pemerhati Kesetaraan Gender
KTP	kartu tanda penduduk
KtP	kekerasan terhadap perempuan
Kube	Kelompok Usaha Bersama
lansia	orang lanjut usia
LLB	Laki-Laki Baru
LSM	lembaga swadaya masyarakat
LTSA	Layanan Terpadu Satu Atap
MAMPU	Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan
MKJP	metode kontrasepsi jangka panjang
nakes	tenaga kesehatan
NIK	nomor induk kependudukan
OPD	organisasi perangkat daerah
Ornop	organisasi nonpemerintah
P2TP2A	Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak
P2TP2A Citra	Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak Cilacap Tanpa Kekerasan
P3MI	Perusahaan Penempatan Pekerja Migran Indonesia

P4TKI	Pos Pelayanan Penempatan dan Perlindungan TKI
Pangkajep	Pangkajene dan Kepulauan
PAP	Pembekalan Akhir Pemberangkatan
PBI	penerima bantuan iuran
PBPU	pekerja bukan penerima upah
PEKKA	Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga
pemda	pemerintah daerah
pemdes	pemerintah desa
pemkab	pemerintah kabupaten
Pensosmas	penyuluh sosial masyarakat
perbup	peraturan bupati
perda	peraturan daerah
perdes	peraturan desa
permen	peraturan menteri
polwan	polisi wanita
permenkes	peraturan menteri kesehatan
PK	perjanjian kerja
PKB	Petugas Keluarga Berencana
PKTD	Pimpinan Kelompok Tingkat Desa
PMI	pekerja migran Indonesia
polindes	pos bersalin desa
polres	kepolisian resor
polsek	kepolisian sektor
posbindu	pos pembinaan terpadu
poskesdes	pos kesehatan desa
posyandu	pos pelayanan terpadu
PP	peraturan pemerintah
PPA	Pelayanan Perempuan dan Anak
PPR	perempuan pekerja rumahan
PPT	pusat pelayanan terpadu
PRT	pekerja rumah tangga
puskesmas	pusat kesehatan masyarakat
pustu	puskesmas pembantu
ranperda	rancangan peraturan daerah
RPJMN	rencana pembangunan jangka menengah nasional
RT	rukun tetangga

RW	rukun warga
sadanis	pemeriksaan payudara klinis
sadari	pemeriksaan payudara sendiri
Sakernas	Survei Angkatan Kerja Nasional
SD	sekolah dasar
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i> /Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
SKD	Subpembina Kader Desa
SKM	surat keterangan miskin
SMK	sekolah menengah kejuruan
SPR	Serikat Pekerja Rumahan
SSP	Sanggar Suara Perempuan
tabulin	tabungan ibu bersalin
TKI	tenaga kerja Indonesia
TTS	Timor Tengah Selatan
UU	undang-undang
WHO	<i>World Health Organisation</i> /Badan Kesehatan Dunia
WNI	warga negara Indonesia
Yandu	pelayanan terpadu satu atap

RANGKUMAN EKSEKUTIF

Dalam beberapa dekade terakhir, Program Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU) memusatkan perhatiannya pada intervensi terhadap perempuan miskin dan organisasi perempuan (mitra MAMPU) yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan, termasuk perempuan miskin. Program MAMPU bertujuan meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik melalui area-area tematik yang mencakup (i) perlindungan sosial bidang kesehatan bagi keluarga perempuan miskin, (ii) perlindungan kondisi kerja perempuan pekerja rumahan (PPR), (iii) perlindungan bagi perempuan miskin pekerja migran Indonesia (PMI), (iv) peningkatan status kesehatan dan gizi perempuan, dan (v) pengurangan kekerasan terhadap perempuan.

Studi ini adalah studi *endline* yang merupakan bagian dari studi longitudinal selama enam tahun. Sejak studi *midline* yang dilakukan pada 2017, studi longitudinal ini mendokumentasikan perubahan pada kehidupan perempuan miskin, terutama akses mereka terhadap layanan dasar publik. Dengan menggunakan pendekatan metode gabungan (*mixed methods*), studi *endline* ini menggabungkan analisis kuantitatif dan kualitatif untuk melihat perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik yang terjadi di wilayah studi selama 2017–2019. Secara garis besar, data kuantitatif yang dibandingkan antarperiode mampu menangkap perubahan kondisi perempuan miskin dalam mengakses layanan dasar publik. Sementara itu, data kualitatif yang dikumpulkan akan menjelaskan proses terjadinya perubahan pada akses tersebut. Secara keseluruhan, studi ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang menyeluruh mengenai perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik sepanjang 2017–2019.

Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan bagi Keluarga Perempuan Miskin

Studi *endline* MAMPU yang dilakukan pada 2019 bertujuan melihat perubahan kepesertaan dan pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh perempuan miskin selama 2017–2019 dengan menganalisis setiap aktor dan faktor pendorong serta penghambat kepesertaan dan pemanfaatan JKN sejak 2017 (*midline*). Program JKN dipilih sebagai fokus karena pemerintah telah berkomitmen untuk mencapai target cakupan jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*) pada akhir 2019. Adapun kepesertaan JKN dalam studi ini, penggolongannya dibagi ke dalam dua kelompok besar, yaitu penerima bantuan iuran (PBI) dan bukan penerima bantuan iuran (non-PBI).

Pada tema ini, wilayah studi dibagi ke dalam tiga kategori berdasarkan status intervensi mitra MAMPU dengan fokus pada bidang perlindungan sosial di sektor kesehatan, baik sebagai fokus utama intervensi maupun bukan. Perinciannya adalah:

- a) kelompok wilayah yang sedang diintervensi, yaitu oleh (i) Yayasan Bina Keterampilan Pedesaan Indonesia (BITRA Indonesia) di Deli Serdang (Desa A dan Desa B) dan (ii) 'Aisyiyah di Cilacap (Desa D) dan Pangkep (Desa J, Desa K, dan Desa L);
- b) kelompok wilayah yang pernah diintervensi, yaitu desa dampingan Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA) di Kubu Raya (Desa G dan Desa H); dan
- c) kelompok wilayah tujuh desa yang tidak pernah diintervensi MAMPU. Kelompok terakhir ini selanjutnya disebut wilayah non-MAMPU.

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dan Kartu Indonesia Sehat

Secara umum, hasil survei menunjukkan terjadinya peningkatan kepesertaan JKN dari 2017 hingga 2019. Peningkatan kepesertaan JKN didominasi oleh peningkatan jumlah peserta PBI yang terjadi di semua kelompok wilayah. Faktor pendorong peningkatan kepesertaan JKN dipilah berdasarkan jenisnya, yaitu PBI dan non-PBI, dengan melihat perubahan pada sisi penawaran dan permintaan. Untuk kepesertaan PBI, peningkatan terjadi karena ada penambahan suplai kuota kepesertaan JKN PBI dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah tiap-tiap daerah. Sementara itu, pada sisi permintaan, perubahan ini terjadi antara lain berkat aksi kolektif berbagai aktor yang memfasilitasi keluarga miskin untuk mengakses JKN PBI.

Aksi kolektif ditemukan di hampir semua desa, tetapi prosesnya berbeda-beda, tergantung pada jejaring yang dimiliki aktor yang menginisiasinya. Aktor yang berperan dalam aksi kolektif tersebut dapat dibagi ke dalam dua kelompok, yaitu perangkat desa dan aktivis sosial. Aktor perangkat desa biasanya menempuh jalur prosedural biasa sehingga mereka cenderung pasif dan hanya menunggu hasil. Sementara itu, aktor dari kalangan aktivis sosial biasanya memiliki informasi yang lebih komprehensif dan mampu memanfaatkan kedekatan dengan pejabat publik untuk membantu perempuan miskin mengakses JKN sebagai peserta PBI. Berbeda dengan perangkat desa, kalangan aktivis sosial memeriksa perkembangan usulan yang mereka ajukan secara lebih aktif.

Pada keluarga yang belum menjadi peserta JKN mayoritas mengaku bahwa mereka belum mengetahui persyaratan dan prosedur pendaftaran. Ketaktahuan ini tampaknya berhubungan dengan tingkat keaktifan dalam kegiatan kemasyarakatan. Secara umum, hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa mayoritas keluarga yang memiliki JKN mengikuti berbagai kegiatan kemasyarakatan.

Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional

Peningkatan kepesertaan JKN ternyata belum diikuti dengan peningkatan pemanfaatan JKN. Hasil studi menunjukkan bahwa perubahan pemanfaatan JKN tidak signifikan secara statistik. Dengan kata lain, pemanfaatan JKN oleh keluarga miskin selama 2017–2019 pada umumnya tidak mengalami peningkatan. Tidak berubahnya pemanfaatan JKN secara umum disebabkan oleh, antara lain, empat hal. Pertama, layanan JKN bertumpang-tindih dengan program pemerintah yang tidak mensyaratkan kepesertaan JKN. Kedua, terdapat hambatan dalam mengakses fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) untuk sebagian layanan JKN karena jarak yang jauh, sarana/prasarana transportasi yang kurang baik, dan jam operasional FKTP yang terbatas. Ketiga, kartu JKN belum bisa digunakan karena bermasalah, misalnya adanya ketaksesuaian antara data pada kartu dan dokumen kependudukan yang dimiliki. Keempat, adanya preferensi pribadi untuk memanfaatkan layanan kesehatan non-JKN dengan alasan kepraktisan, kualitas, dan kecocokan layanan.

Rekomendasi

Berdasarkan hasil studi ini, beberapa rekomendasi yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut.

- a) Pemerintah perlu melibatkan masyarakat dalam upaya menjamin ketepatan sasaran bantuan iuran bagi peserta JKN PBI di tengah keterbatasan kuota. Pelibatan masyarakat bisa dilakukan melalui kolaborasi dengan para aktivis sosial dengan memanfaatkan kegiatan sosial di desa untuk menggali dan memverifikasi data keluarga miskin yang layak dibantu untuk mengakses JKN.

- b) Selain itu, Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah (pemda) perlu bekerja sama dalam mengintegrasikan data untuk menghindari penonaktifan peserta JKN PBI secara tiba-tiba (tanpa pemberitahuan).
- c) Untuk menghindari tumpang-tindih layanan, penyelarasan antarprogram mesti dilakukan. Jika hal tersebut masih tidak bisa dihindari, perlu dibuat aturan main yang jelas dan dapat dipahami semua pihak agar layanan-layanan tersebut bisa menjangkau sasaran secara maksimal.
- d) Untuk mengatasi akses masyarakat yang terhambat akibat kurangnya sarana/prasarana pendukung, koordinasi dan kolaborasi antarpemerintah sampai ke tingkat terendah (desa) perlu digalakkan.
- e) Kegiatan-kegiatan sosial yang biasa diikuti perempuan perlu dimanfaatkan secara optimal sebagai sarana untuk menyosialisasikan jenis layanan kesehatan yang dapat diakses dengan menggunakan JKN.

Perlindungan Kondisi Kerja Perempuan Pekerja Rumahan

Pekerja rumahan merupakan pekerja yang rentan terhadap eksploitasi kerja. Mereka pada umumnya identik dengan upah rendah serta jam kerja yang panjang tanpa sistem perlindungan dalam bekerja. Di Indonesia, pekerja rumahan tidak mendapatkan banyak perhatian. Hal ini ditandai dengan belum adanya definisi hukum pekerja rumahan dan adanya anggapan bahwa pekerja rumahan bukanlah pekerja. Temuan studi *midline* juga menegaskan adanya permasalahan terkait kondisi kerja, seperti upah yang rendah, jam kerja yang panjang, absennya kontrak tertulis, serta minimnya perlindungan sosial bagi tenaga kerja (Tamyis dan Warda, 2019).

Tema ini menyoroti dua topik utama terkait PPR, yaitu kondisi kerja dan peralihan kerja. Topik kondisi kerja ditujukan untuk melihat perubahan upah, waktu kerja, kontrak kerja, dan fasilitas kerja yang diterima PPR. Sementara itu, topik peralihan kerja ditujukan untuk melihat perbedaan kondisi antara PPR yang beralih dan PPR yang tidak beralih ke pekerjaan lain serta mendalami proses peralihan kerja. Metode penelusuran proses (*process tracing*) yang digunakan untuk melihat proses peralihan kerja hanya diterapkan di masing-masing satu desa di Kabupaten Deli Serdang dan satu desa di Kabupaten Pangkep.

Kondisi Kerja Perempuan Pekerja Rumahan

Hasil survei menunjukkan sedikitnya perubahan yang terjadi pada kondisi kerja PPR di lima kabupaten studi. Secara kualitatif, ditemukan beberapa upaya PPR untuk mengubah kondisi kerja mereka, misalnya melalui negosiasi dengan pemberi kerja. Upaya tersebut terutama ditemukan di wilayah MAMPU. Ditemukan pula bahwa PPR di semua kabupaten studi pada umumnya belum memiliki akses terhadap layanan perlindungan ketenagakerjaan. Sebagian PPR di Kabupaten Deli Serdang sempat mengakses layanan perlindungan ketenagakerjaan dengan bantuan BITRA Indonesia, tetapi hal ini tidak berlanjut karena mereka merasa bahwa iurannya memberatkan.

Sekalipun tidak banyak perubahan yang teridentifikasi, studi ini menemukan beberapa faktor dan aktor yang bisa memengaruhi kondisi kerja serta memiliki potensi untuk mendorong perubahan tersebut. Negosiasi merupakan faktor yang ditemukan memengaruhi kondisi kerja. Namun, pengaruhnya baru terlihat pada komponen upah per satuan produksi dan masih terpusat pada sebagian PPR di Kabupaten Deli Serdang. Sementara itu, di salah satu kabupaten non-MAMPU, perubahan pemberi kerjalah yang ditemukan mendorong perubahan kondisi kerja PPR.

Terdapat beberapa aktor yang ditemukan memengaruhi ataupun mempunyai potensi untuk memberikan pengaruh lebih besar terhadap kondisi kerja, yaitu BITRA Indonesia, sesama PPR, dan pemberi kerja. BITRA Indonesia merupakan aktor yang hanya terdapat di wilayah MAMPU. Aktor sesama PPR merujuk pada anggota pengurus Serikat Pekerja Rumahan atau SPR (wilayah MAMPU) serta PPR yang berperan sebagai ketua kelompok (wilayah non-MAMPU). Sementara itu, pemberi kerja sebagai aktor pendorong perubahan pada umumnya ditemukan di wilayah non-MAMPU.

Peralihan Kerja Perempuan Pekerja Rumahan

Sepanjang 2017–2019, terjadi beberapa perubahan kondisi kerja PPR. Meski demikian, PPR yang beralih kerja pada umumnya tetap tidak memiliki akses terhadap perlindungan ketenagakerjaan. Terdapat indikasi peningkatan upah pada PPR yang beralih kerja, tetapi hal ini hanya ditemukan di Kabupaten Pangkep.

Dalam prosesnya, peralihan kerja lebih didorong oleh perubahan kondisi kehidupan PPR atau perubahan dalam rantai produksi. Hasil pendalaman tim kualitatif menunjukkan bahwa peralihan kerja akibat perubahan kondisi kehidupan PPR lebih cenderung terjadi di Kabupaten Deli Serdang yang sebenarnya tidak memiliki tren peralihan kerja tertentu. Meski demikian, di kabupaten ini, tetap ditemukan faktor pendorong peralihan kerja yang pada umumnya terkait dengan perubahan standar kondisi kerja, misalnya kebutuhan akan upah yang lebih tinggi karena ada anggota keluarga yang sakit. Terdapat tren peralihan kerja di Kabupaten Pangkep yang terjadi akibat penurunan pasokan mete di ketiga desa studi. Penurunan pasokan mete makin menyulitkan PPR untuk mendapatkan bahan produksi secara rutin. Hal ini mendorong PPR untuk mengakses jenis pekerjaan lain agar penghasilan mereka lebih stabil.

Temuan-temuan di kedua daerah mengindikasikan pentingnya peranan jejaring dalam proses peralihan kerja. Aktor yang teridentifikasi memengaruhi proses peralihan kerja PPR adalah keluarga dan sesama PPR yang telah beralih kerja ataupun kenalan yang bekerja di tempat lain. Aktor-aktor ini menghubungkan PPR yang hendak beralih kerja dengan pemberi kerja atau sumber modal. Keluarga juga berperan sebagai sumber modal atau jaring pengaman, terutama ketika PPR beralih menjadi pekerja mandiri yang rentan terhadap guncangan finansial.

Rekomendasi

Terdapat beberapa hal yang perlu dilakukan pemangku kepentingan untuk meningkatkan kondisi PPR yang masih jauh dari ideal. Laporan ini menyajikan enam rekomendasi utama, yaitu (i) penyusunan kebijakan perlindungan PPR, (ii) pemberian dukungan bagi inisiatif perlindungan PPR, (iii) perluasan dan peningkatan peran SPR, (iv) penyaluran bantuan modal dan program pelatihan, (v) kerja sama multipihak untuk meningkatkan pengetahuan mengenai hak-hak PPR, dan (vi) pembentukan wadah untuk dialog pemberi kerja dan PPR.

Perlindungan bagi Perempuan Miskin Pekerja Migran Indonesia

Upaya perlindungan bagi PMI prosedural (bermigrasi melalui P3MIⁱ) masih menghadapi banyak tantangan, termasuk tantangan sebelum mereka bekerja dan setelah mereka kembali dari

ⁱPerusahaan Penempatan Pekerja Migran Indonesia yang dulu disebut PJTKI.

migrasi. Sementara itu, jumlah PMI nonprosedural—yang lebih rentan terhadap eksploitasi—diperkirakan melebihi jumlah PMI prosedural. Sebagai upaya untuk meningkatkan akses perempuan PMI terhadap layanan perlindungan migrasi, MAMPU melakukan pendampingan di Cilacap melalui Migrant CARE sejak 2014. Oleh karena itu, PMI dari Cilacap disebut sebagai PMI wilayah MAMPU dan PMI dari wilayah lainnya disebut sebagai PMI wilayah non-MAMPU. Mengingat survei dilakukan pada purna-PMI dengan keberangkatan terakhir setidaknya pada 2004, akses terhadap layanan perlindungan dapat dibedakan antara PMI yang berangkat sebelum dan mereka yang berangkat sesudah 2014. Namun, karena tidak diperoleh responden yang berangkat setelah 2017, analisis perubahan dalam periode 2017–2019 dilakukan secara kualitatif. Pada 2017, pemerintah menerbitkan Undang-Undang (UU) No. 18 Tahun 2017 tentang Perlindungan PMI (UU Perlindungan PMI) untuk mengoreksi UU No. 39 Tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia di Luar Negeri yang dianggap gagal memberikan pijakan perlindungan bagi PMI.

Akses Perempuan Miskin Pekerja Migran Indonesia terhadap Jalur Keberangkatan Prosedural

PMI di wilayah MAMPU memiliki peluang untuk melakukan migrasi prosedural hampir 12 kali lebih besar daripada PMI di wilayah non-MAMPU, tetapi hal ini tampaknya tidak berkaitan dengan periode keberangkatannya. Bermigrasi secara prosedural telah menjadi kebiasaan PMI wilayah MAMPU sejak masa sebelum 2014. Oleh karena itu, Cilacap mendapatkan status sebagai kantong migran yang kemudian mendorong berbagai aktor berkomitmen untuk melakukan upaya perlindungan bagi PMI. Beberapa aktor, seperti pemda, bergerak sejak masa sebelum 2014 dengan melakukan sosialisasi migrasi aman kepada PMI dan pemdes serta pengawasan terhadap P3MI yang jumlahnya puluhan dan jangkauannya luas hingga tingkat desa. Sementara itu, kehadiran Migrant CARE sejak 2014 berkontribusi dalam mendekatkan layanan terkait migrasi sampai tingkat desa. Mereka membentuk Desa Peduli Buruh Migran (Desbumi) di Desa E melalui penguatan kapasitas pemdes dan pemberdayaan purna-PMI dan keluarganya melalui Komunitas Buruh Migran (Kabumi).

Di Kubu Raya (wilayah non-MAMPU), mayoritas PMI bermigrasi secara nonprosedural akibat kurangnya kesadaran akan migrasi aman. Hal ini dipengaruhi oleh minimnya layanan prosedural yang dapat diakses PMI, selain juga banyaknya kemudahan untuk bermigrasi secara nonprosedural. Lokasi Kubu Raya yang secara geografis dekat dengan Malaysia dan adanya keterlibatan oknum petugas imigrasi memudahkan PMI untuk bermigrasi secara nonprosedural. Sementara itu, pemda ataupun organisasi nonpemerintah (ornop) tampaknya tidak melakukan upaya serius untuk mendorong migrasi prosedural. Karena Kubu Raya bukan wilayah kantong migran, perlindungan PMI tidak dianggap sebagai isu penting di wilayah ini.

Akses Perempuan Miskin Pekerja Migran Indonesia terhadap Layanan Perlindungan Sebelum Bekerja

Dalam hal layanan sebelum bekerja, meskipun perempuan PMI prosedural memiliki akses terhadap perlindungan yang lebih baik daripada perempuan PMI nonprosedural, akses tersebut belum optimal. Sebagai contoh, akses PMI prosedural terhadap layanan perlindungan administrasi masih sekitar 65% untuk penguasaan perjanjian penempatan dengan P3MI dan 59% untuk penguasaan perjanjian kerja dengan majikan. Keduanya merupakan hak PMI yang dijamin oleh UU Perlindungan PMI. Meski demikian, pelanggaran untuk menghindari tuntutan hukum dari PMI jika terjadi permasalahan pada saat bekerja kerap dilakukan oleh oknum P3MI, agen di luar negeri, ataupun majikan PMI. Sementara itu, perempuan PMI prosedural memiliki akses yang cukup tinggi (76%) terhadap layanan perlindungan teknis berupa pembekalan sebelum bekerja. Namun, untuk mengakses layanan tersebut, PMI masih harus menanggung biaya yang tinggi,

padahal UU Perlindungan PMI telah menghapuskan biaya penempatan dan mengalihkannya menjadi tanggung jawab pemerintah. Hal ini dipengaruhi oleh belum adanya peraturan turunan dari UU tersebut dan terbatasnya anggaran pemda.

Masih besarnya biaya penempatan yang membebani PMI prosedural juga merupakan konsekuensi dari belum optimalnya fungsi Layanan Terpadu Satu Atap (LTSA). LTSA dibentuk di Cilacap pada 2017 sebagai amanat UU Perlindungan PMI untuk memberikan kemudahan bagi calon PMI dalam pengurusan persyaratan bermigrasi. Namun, baik PMI, pemdes, maupun kader Desbumi belum mengetahui keberadaan LTSA seiring makin berkurangnya intensitas pendampingan Migrant CARE. Oleh karena itu, PMI tetap mengandalkan jasa P3MI yang secara penuh mewakili PMI dalam proses pendaftaran dan penempatan di LTSA.

Akses Perempuan Miskin Pekerja Migran Indonesia terhadap Layanan Perlindungan Setelah Bekerja

Layanan perlindungan bagi purna-PMI melalui program reintegrasi ekonomi belum berjalan secara efektif. Kegiatan pemberdayaan ekonomi, seperti kegiatan Program Desbumi di Cilacap dan Program Desmigratif di Deli Serdang, yang ditemukan pada saat studi *midline* tidak lagi berjalan. Dari sisi layanan, hal ini dipengaruhi oleh pendampingan usaha yang tidak berkelanjutan dan tidak adanya strategi pengakhiran program (*exit strategy*). Sementara itu, dari sisi purna-PMI, kecenderungan untuk membandingkan hasil usaha yang relatif kecil dengan penghasilan mereka ketika menjadi PMI aktif menyurutkan semangat purna-PMI untuk melanjutkan usaha. Hal ini bahkan memunculkan keinginan untuk kembali menjadi PMI. Adanya kegiatan usaha purna-PMI/keluarga PMI di Cilacap yang masih bertahan pada saat studi *endline*, seperti kegiatan Program Desmigratif, didukung oleh kreativitas pendamping program dalam menggiatkan pemasaran usaha dampungannya. Namun, ketiadaan pencatatan purna-PMI dan terbatasnya skala program mengakibatkan rendahnya tingkat ketepatan dan ketercukupan sasaran program.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Hingga 2019, perempuan miskin PMI masih rentan terhadap eksploitasi, baik oleh pihak perantara maupun majikan, dalam proses bermigrasi. Meski PMI di wilayah MAMPU memiliki akses terhadap jalur prosedural yang lebih baik, PMI prosedural tetap menanggung biaya migrasi yang besar akibat masih dominannya peran P3MI dalam proses penempatan dan belum optimalnya implementasi UU Perlindungan PMI. PMI nonprosedural hampir tidak dapat mengakses layanan perlindungan sebelum bekerja, sementara tidak ada upaya yang serius dari pemerintah atau ornop untuk membujuk mereka agar beralih ke jalur prosedural. Berbagai kondisi tersebut tidak menyurutkan keinginan PMI untuk tetap bermigrasi. Bagi perempuan purna-PMI, program reintegrasi ekonomi pun belum menjanjikan perbaikan kesejahteraan bagi mereka.

Diperlukan upaya lebih besar untuk meningkatkan akses PMI terhadap layanan perlindungan migrasi. Bagi PMI prosedural, pemerintah perlu memastikan implementasi UU Perlindungan PMI dengan, antara lain, (i) mempercepat penerbitan aturan teknis, terutama terkait mekanisme penghapusan biaya penempatan; (ii) mengoptimalkan peran dan jangkauan LTSA kepada calon PMI untuk mengurangi ketergantungan mereka pada P3MI yang berkonsekuensi biaya migrasi yang tinggi. Pengawasan pemda terhadap P3MI harus ditingkatkan mengingat dominasi P3MI dalam proses penempatan PMI sehingga melemahkan upaya perlindungan PMI. Bagi PMI nonprosedural, kolaborasi antara pemerintah di setiap lini dan ornop, seperti praktik baik di wilayah MAMPU, perlu dilakukan di wilayah yang didominasi PMI dengan migrasi nonprosedural. Terakhir, untuk mencegah migrasi yang berulang, diperlukan penguatan program reintegrasi ekonomi yang didukung dengan rekapitulasi data purna-PMI untuk memastikan ketercukupan dan ketepatan sasaran program.

Peningkatan Status Kesehatan dan Gizi Perempuan

Tema peningkatan status kesehatan dan gizi perempuan terdiri atas lima topik, yaitu (i) pemeriksaan kehamilan, (ii) persalinan, (iii) pemberian gizi bagi bayi oleh perempuan melalui inisiasi menyusui dini (IMD) serta pemberian air susu ibu eksklusif (ASIE), (iv) penggunaan kontrasepsi jangka panjang, dan (v) deteksi dini kanker serviks dan payudara. Pada tema ini, terdapat tiga kategori wilayah intervensi, yakni (i) desa yang sedang diintervensi (empat desa), (ii) desa yang pernah diintervensi (dua desa), dan (iii) desa yang tidak pernah diintervensi atau dikategorikan sebagai wilayah non-MAMPU (sembilan desa). Kategorisasi ini didasarkan pada kondisi desa yang sedang, pernah, atau tidak pernah mendapatkan intervensi dari mitra MAMPU terkait tema kesehatan dan gizi perempuan.

Pemeriksaan Kehamilan

Terdapat peningkatan persentase ibu yang memeriksakan kehamilannya setidaknya empat kali (K4ⁱⁱ). Pendorong utama perubahan dari sisi penyedia layanan adalah ketersediaan layanan yang memadai dan sosialisasi. Pemdes berperan besar dalam mendukung ketersediaan layanan, terutama melalui pengalokasian Dana Desa. Bidan dan kader pos pelayanan terpadu (posyandu) berperan dalam menyosialisasikan pentingnya pemeriksaan kehamilan secara rutin. Dari sisi pengguna layanan, keaktifan dalam kegiatan posyandu dan kelas ibu hamil turut mendorong perempuan miskin untuk memeriksakan kehamilannya secara lebih rutin.

Persalinan

Baru ada 84% ibu yang melakukan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan (nakes). Berbagai perubahan pada sisi penyedia layanan belum sepenuhnya memadai dan mampu mendorong peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan persalinan. Meski terdapat perbaikan infrastruktur layanan persalinan dan akses menuju faskes, jumlah dan persebaran faskes untuk layanan persalinan belum merata. Selain itu, sosialisasi tentang keberadaan layanan gratis untuk menunjang persalinan di faskes masih terbatas. Dari sisi pengguna layanan, kendala biaya menghambat perempuan miskin untuk mengakses layanan persalinan di faskes.

Praktik Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian ASI Eksklusif

Terjadi peningkatan persentase ibu yang mempraktikkan IMD dan pemberian ASIE. Persalinan di faskes berperan penting dalam meningkatkan praktik IMD. Sementara itu, kunjungan kader posyandu kerumah ibu menyusui, seperti yang ditemukan di satu desa MAMPU di Pangkep dan satu desa non-MAMPU di Timor Tengah Selatan (TTS) adalah upaya untuk memaksimalkan pemberian ASIE. Faktor pendukung lainnya adalah sosialisasi tentang IMD dan ASIE oleh bidan melalui kegiatan posyandu dan kelas ibu hamil. Di satu desa MAMPU di Pangkep, sosialisasi juga dilakukan melalui kelas reproduksi.

Penggunaan Kontrasepsi Jangka Panjang

Terdapat penurunan sebesar 6% jumlah perempuan miskin yang menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP). Dari sisi ketersediaan layanan, MKJP biasanya baru bisa diakses di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) sehingga berkonsekuensi pada jarak dan

ⁱⁱ Istilah untuk menyebut kunjungan keempat ke fasilitas kesehatan (faskes) untuk pemeriksaan kehamilan yang dilakukan pada trimester III.

biaya transpor. Dari sisi pengguna layanan, kendala medis dan psikologis pada penggunaan MKJP mendorong perempuan miskin untuk memilih kontrasepsi jangka pendek, termasuk beralih dari MKJP. Masih adanya kekeliruan pemahaman mengenai MKJP jenis susuk dan spiral juga mengindikasikan sosialisasi yang belum utuh.

Pemeriksaan Deteksi Kanker secara Dini

Terjadi peningkatan jumlah perempuan miskin yang melakukan tes inspeksi visual asam asetat (IVA), pemeriksaan payudara sendiri (sadari), dan pemeriksaan payudara klinis (sadanis) dengan tren peningkatan yang lebih tinggi di desa MAMPU. Perempuan miskin yang aktif dalam kegiatan kemasyarakatan dan berada di wilayah intervensi memiliki akses terhadap layanan deteksi dini kanker yang lebih baik daripada perempuan miskin yang tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan sama sekali dan berada di wilayah non-MAMPU. Perempuan yang mengakses layanan deteksi dini kanker masih didominasi kelompok elite, seperti kader posyandu dan anggota kelompok dampingan. Sementara itu, perempuan miskin di luar kelompok tersebut melakukan tes IVA karena ada keluhan atau rujukan dari nakes. Berbagai pihak, termasuk anggota kelompok dampingan mitra MAMPU, telah berupaya memfasilitasi ketersediaan layanan deteksi dini kanker, khususnya tes IVA dan sadanis, secara gratis. Namun, layanan ini pada umumnya hanya tersedia di puskesmas. Sosialisasi mengenai kanker serviks dan payudara juga belum merata. Kurang terpaparnya perempuan miskin pada isu ini menyebabkan terbatasnya pengetahuan mereka. Sebagai akibatnya, partisipasi mereka dalam melakukan deteksi kanker secara dini masih rendah. Selain itu, belum adanya keluhan, kendala psikologis terkait proses pemeriksaan, dan adanya larangan suami menghambat perempuan miskin untuk melakukan pemeriksaan tersebut.

Rekomendasi

Terdapat tiga langkah spesifik yang perlu diambil untuk meningkatkan status kesehatan dan gizi perempuan, yaitu (i) penyusunan kegiatan sosialisasi yang lebih terencana dan melibatkan multipihak, (ii) promosi upaya preventif terhadap praktik persalinan yang tidak aman, dan (iii) perluasan kegiatan pendampingan bagi perempuan miskin. Upaya mengubah perilaku perempuan miskin agar mau mengakses layanan kesehatan yang tersedia membutuhkan waktu, proses, dan kegiatan yang berkelanjutan. Pendampingan kelompok bagi perempuan yang telah berlangsung bertahun-tahun terbukti cukup mampu mendorong perubahan perilaku. Pemerintah perlu memperluas atau mereplikasi kegiatan pendampingan semacam ini untuk menjangkau sebanyak mungkin perempuan miskin di desa. Upaya ini bisa dilakukan melalui kerja sama dengan berbagai ornop yang menyediakan pendampingan kelompok bagi perempuan miskin.

Pengurangan Kekerasan terhadap Perempuan: Layanan Pelaporan Kekerasan dalam Rumah Tangga

Studi ini berfokus pada akses perempuan miskin terhadap layanan pelaporan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Mitra MAMPU yang teridentifikasi melakukan kegiatan terkait KDRT adalah Sanggar Suara Perempuan (SSP), BITRA Indonesia, PEKKA, dan 'Aisyiyah. Sebanyak 469 individu perempuan berusia 17–40 tahun dan berstatus pernah menikah menjadi responden survei. Data kualitatif diperoleh melalui wawancara dan diskusi kelompok terfokus (FGD) di tingkat desa di semua lokasi studi. Pengumpulan informasi secara mendalam dilakukan di TTS dan Cilacap melalui wawancara dengan korban KDRT yang melapor serta aktor penyedia layanan pelaporan KDRT di kedua wilayah yang dianggap mendukung perilaku pelaporan oleh perempuan miskin.

Kondisi Kekerasan dalam Rumah Tangga di Wilayah Studi

Perempuan miskin di wilayah studi dapat mengidentifikasi serta mengelompokkan perilaku kekerasan yang mereka ketahui atau mungkin terjadi di lingkungannya ke dalam empat jenis KDRT sesuai dengan UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan KDRT. Namun, hasil survei menunjukkan masih banyaknya responden yang tidak memperlmasalahkan KDRT. Responden survei pada umumnya menganggap kekerasan fisik yang dilakukan suami sebagai upaya mendisiplinkan istri; hal ini berkaitan dengan peran suami sebagai kepala keluarga menurut norma yang berlaku di Indonesia. Persepsi responden terkait kekerasan fisik secara umum tidak mengalami perubahan dalam periode 2017–2019.

Perbandingan hasil survei studi *midline* dan *endline* memperlihatkan adanya peningkatan proporsi responden yang mengalami KDRT. Hal ini sebaiknya tidak hanya dilihat sebagai indikasi bertambahnya jumlah kasus KDRT di wilayah studi, tetapi juga bisa diartikan sebagai meningkatnya kepercayaan responden kepada tim peneliti sehingga mereka mungkin lebih terbuka dalam menyampaikan KDRT yang dialaminya. Temuan survei juga memperlihatkan pertambahan jenis KDRT yang dialami. Hal ini dapat berarti meningkatnya pemahaman responden mengenai jenis KDRT atau meningkatnya keparahan KDRT—bertransformasi menjadi kekerasan multidimensi. Studi ini menemukan bahwa peningkatan jumlah kasus dan kompleksitas KDRT tidak selalu diiringi dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang KDRT yang terjadi.

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pelaporan Kekerasan dalam Rumah Tangga

Ketersediaan layanan pelaporan KDRT di wilayah studi tidak mengalami perubahan sejak studi *midline*. Layanan pelaporan KDRT di wilayah studi terbagi ke dalam tiga kelompok berdasarkan penyedia layanannya, yakni (i) layanan pelaporan KDRT yang disediakan oleh individu, (ii) layanan pelaporan KDRT yang disediakan oleh lembaga, dan (iii) layanan pelaporan KDRT yang disediakan oleh komunitas atau lembaga swadaya masyarakat (LSM). Studi ini menemukan bahwa kualitas layanan pelaporan KDRT yang tersedia di wilayah studi cukup bervariasi. Upaya perbaikan kualitas layanan pelaporan KDRT di wilayah studi melalui kegiatan sosialisasi sering kali dilakukan dengan frekuensi dan cakupan peserta yang terbatas. Studi ini menemukan bahwa perempuan miskin cenderung melaporkan KDRT kepada penyedia layanan pelaporan di tingkat desa, seperti kepala desa (kades), perangkat desa/kepala dusun (kadus)/rukun tetangga (RT)/rukun warga (RW), tokoh masyarakat/adat/agama, kader LSM atau komunitas, dan bidan desa/puskesmas.

Alur proses pelaporan KDRT di kedua wilayah pendalaman (TTS dan Cilacap) relatif sama, kecuali pada aspek pilihan aktor penyedia layanan pelaporan. Perempuan miskin tidak selalu melaporkan KDRT kepada pihak yang dianggap memiliki kapasitas terbaik dalam menyelesaikan masalah KDRT. Beberapa faktor lain, seperti kemudahan akses dan kedekatan personal, turut menentukan kepada siapa perempuan miskin memilih melaporkan KDRT. Mediasi masih menjadi pilihan utama dalam penanganan awal pelaporan KDRT, baik di Cilacap maupun TTS, meskipun upaya ini tidak selalu efektif dalam mencegah terjadinya KDRT yang berulang.

Studi ini menemukan adanya hambatan yang dialami perempuan miskin dalam melaporkan KDRT, baik KDRT yang menimpa orang lain maupun yang menimpa diri sendiri. Hal ini terlihat dari tingkat pelaporan pengandaian yang selalu lebih tinggi daripada tingkat pelaporan aktual. Faktor penghambat pelaporan KDRT dari sisi perempuan miskin mencakup banyaknya konsekuensi yang akan mereka terima jika melaporkan KDRT, kurangnya informasi mengenai layanan pelaporan KDRT, serta terbatasnya sumber daya yang mereka miliki untuk mengakses layanan pelaporan KDRT di luar desa. Faktor penghambat lainnya adalah anggapan bahwa KDRT merupakan urusan pribadi yang seharusnya tidak dicampuri orang lain. Hambatan dari sisi aktor penyedia layanan

pelaporan KDRT mencakup, antara lain, keterbatasan pengetahuan dan kemampuan dalam menangani kasus KDRT yang dilaporkan, keterbatasan kemampuan untuk menjangkau perempuan miskin hingga tingkat desa, serta kurangnya kerja sama dan koordinasi yang terstruktur di antara sesama aktor penyedia layanan pelaporan KDRT. Studi ini menemukan bahwa partisipasi perempuan miskin dalam kegiatan kemasyarakatan merupakan faktor pendorong perilaku pelaporan KDRT. Partisipasi tersebut berpotensi meningkatkan pengetahuan serta menambah kepercayaan diri dan jejaring perempuan miskin. Keberadaan sosialisasi mengenai KDRT dan layanan pelaporannya yang telah dilakukan oleh berbagai pihak sepanjang periode studi (*baseline-midline-endline*) juga turut mendorong perilaku pelaporan KDRT. Faktor pendorong lainnya adalah ketersediaan dan keberagaman layanan pelaporan KDRT di seluruh wilayah studi, meliputi layanan yang disediakan oleh individu, lembaga, komunitas, maupun LSM, pada tingkat desa hingga kabupaten.

Rekomendasi

Studi ini merekomendasikan tiga pendekatan utama untuk mendorong perilaku pelaporan KDRT oleh perempuan miskin, yaitu (i) peningkatan akses terhadap layanan pelaporan KDRT, (ii) peningkatan kesadaran akan hak-hak perlindungan dalam KDRT, dan (iii) peningkatan pengetahuan serta kemampuan para aktor penyedia layanan pelaporan KDRT.

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Publik pada Lima Tema Penghidupan

Peran Pemangku Kepentingan dalam Meningkatkan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Publik

Kolaborasi antara Pemerintah Pusat dan pemda serta pemangku kepentingan lain, seperti ornop dan perempuan miskin, dibutuhkan untuk meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada lima tema penghidupan. Pemerintah terbukti telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik, walaupun masih belum optimal. Sebagai contoh, pemberian jaminan sosial ketenagakerjaan kepada pekerja rumahan masih terkendala masalah iuran yang menyebabkan mereka tidak lagi mendapatkan perlindungan sosial ketenagakerjaan. Situasi semacam ini menggambarkan perlunya kolaborasi antarpemangku kepentingan untuk mencapai tujuan pemerataan akses terhadap layanan publik. Bentuk-bentuk kolaborasi tersebut sudah terlihat di semua wilayah studi pada beberapa tema penghidupan, meskipun masih terdapat beberapa kendala. Sebagai contoh, kontribusi pemda dalam menanggung iuran JKN memunculkan kerja sama antara pemdes dan kader mitra MAMPU di daerah, seperti PEKKA, terkait upaya peningkatan kepesertaan JKN. Akan tetapi, faktor-faktor, seperti kondisi infrastruktur desa, masih menghambat perempuan miskin dalam mengakses layanan kesehatan dengan menggunakan JKN.

Selain adanya kolaborasi pada upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan umum dengan menjamin ketersediaan layanan, ada pula kolaborasi pada upaya untuk mendorong perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan. Sebagai contoh, kolaborasi antara perempuan miskin, 'Aisyiyah, dan tenaga kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan akses pada sisi ketersediaan layanan dan perilaku mengakses layanan. 'Aisyiyah, anggota Balai Sakinah 'Aisyiyah (BSA), dan bidan desa mengusulkan pengadaan layanan tes IVA gratis melalui musyawarah perencanaan pembangunan desa (musrenbangdes) di Desa L. Usulan tersebut diterima dan pengelolaannya diserahkan kepada bidan desa. Akan tetapi, peminat tes

IVA masih sangat sedikit. Sebagian peminat tes IVA tergabung dalam kelompok dampingan 'Aisyiyah dan mengikuti kelas reproduksi. Mereka turut mengajak, baik secara langsung maupun tidak langsung, perempuan lain untuk berpartisipasi dalam kegiatan pemeriksaan kesehatan reproduksi gratis tersebut. Upaya semacam ini tidak dapat berjalan tanpa dukungan pemdes. Oleh karena itu, peran pemdes perlu mendapatkan perhatian khusus agar dapat menjadi bagian penting dalam upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan umum.

Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Publik

Hasil studi ini menunjukkan adanya tiga faktor yang mendukung perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada lima tema penghidupan, yaitu (i) komitmen pemangku kepentingan, (ii) kegiatan penyuluhan/sosialisasi, dan (iii) aksi kolektif. Komitmen pemangku kepentingan pada umumnya mendorong peningkatan akses dari sisi ketersediaan layanan, sedangkan kegiatan sosialisasi dan aksi kolektif cenderung berfungsi sebagai pemicu terjadinya perubahan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan. Komitmen pemangku kepentingan, seperti Pemerintah Pusat, pemda, pemdes, dan mitra MAMPU, cukup terlihat pada lima tema penghidupan di wilayah studi. Sebagai contoh, Pemerintah Pusat dan pemda berupaya meningkatkan akses masyarakat terhadap JKN dengan menambah kuota peserta. Selain komitmen pemangku kepentingan, kegiatan sosialisasi juga mendorong peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan publik. Pada tema pengurangan KDRT terhadap perempuan, sosialisasi berperan sebagai salah satu sumber informasi mengenai jenis dan penanganan KDRT di desa-desa studi. Apabila informasi ini disampaikan secara konsisten dan tepat, perempuan dapat menentukan apakah kejadian yang mereka atau kerabat mereka alami adalah KDRT dan bagaimana mereka merespons KDRT di sekitar mereka.

Upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan publik juga menghadapi beberapa kendala. Studi ini menemukan tiga faktor penghambat perubahan akses perempuan miskin, yaitu keterbatasan pengetahuan dan pemahaman tentang penggunaan layanan, norma sosial, dan kurangnya cakupan layanan. Studi ini menemukan bahwa rendahnya pengetahuan mengenai persyaratan dan prosedur pendaftaran merupakan alasan utama perempuan miskin tidak memiliki JKN. Kekurangan informasi tersebut membatasi akses mereka untuk mendapatkan jaminan kesehatan; hal ini pada akhirnya memperkecil peluang mereka untuk menggunakan layanan kesehatan. Pada kelompok PPR, anggapan bahwa perlindungan sosial tenaga kerja terlalu muluk menghambat mereka untuk mendapat layanan perlindungan. Selain iurannya memberatkan, mereka menganggap mempunyai jaminan sosial adalah sebuah "kemewahan". Bagi mereka, jaminan sosial adalah untuk karyawan/pekerja lain seperti pekerja pabrik, bukan pekerja rumahan. Pada layanan pelaporan KDRT, norma sosial berupa anggapan bahwa masalah KDRT merupakan ranah pribadi yang seharusnya tidak diceritakan kepada—atau dicampuri oleh—orang lain menekan upaya perempuan miskin untuk melaporkan kejadian KDRT. Kurangnya cakupan layanan juga terbukti menghambat perubahan akses perempuan miskin. Sebagai contoh, tidak semua fasilitas kesehatan menyediakan layanan kontrasepsi dan deteksi kanker secara dini. Hal ini menghambat perempuan miskin dalam mengakses layanan tersebut karena mereka harus mengunjungi fasilitas kesehatan tertentu.

Secara umum, upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada lima tema penghidupan harus dilakukan dari dua sisi, yaitu ketersediaan layanan dan perubahan perilaku perempuan miskin. Upaya peningkatan ketersediaan layanan terbukti dapat dilakukan dengan menambah jumlah dan cakupan layanan. Perubahan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan dapat dicapai melalui kegiatan penyuluhan/sosialisasi. Meskipun demikian, faktor-faktor penghambat perubahan akses, seperti keterbatasan pengetahuan dan kurangnya cakupan layanan, perlu mendapatkan perhatian khusus dari para pemangku kepentingan. Apabila

faktor-faktor penghambat ini tidak diatasi, upaya peningkatan akses yang selama ini dilakukan secara gencar akan menjadi sia-sia, dan upaya peningkatan kesejahteraan perempuan miskin akan makin sulit dilakukan.

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Ruang Lingkup Studi

Perempuan miskin menghadapi berbagai tantangan yang mempersulit mereka untuk keluar dari kemiskinan. Perempuan miskin yang bekerja sebagai pekerja rumahan, misalnya, merupakan salah satu contoh dari hal ini pada aspek ketenagakerjaan. Sebagian besar mereka tidak mendapatkan fasilitas tunjangan kesehatan dan ketenagakerjaan dari pemberi kerja (Tamyis dan Warda, 2019: 18). Tidak hanya pada perempuan pekerja rumahan, tantangan dalam hal ketenagakerjaan juga dialami perempuan miskin yang merupakan pekerja migran Indonesia (PMI). Perempuan PMI masih menghadapi kesulitan untuk mendapatkan perlindungan atas hak-haknya, di antaranya hak untuk berkomunikasi dengan keluarga (Hutagalung dan Indrio, 2019: 18). Pola-pola permasalahan yang dihadapi perempuan miskin ini merupakan cerminan keterbatasan akses mereka terhadap layanan perlindungan sosial tenaga kerja.

Tidak hanya pada aspek ketenagakerjaan, dua aspek lain, yaitu kesehatan dan keamanan, juga menunjukkan hal serupa. Selama beberapa tahun terakhir, perempuan miskin masih mengalami kesulitan dalam mengakses berbagai layanan publik, termasuk layanan kesehatan. Dalam hal ini, salah satu faktor kuncinya adalah asuransi; perempuan dari keluarga miskin membutuhkan asuransi kesehatan agar bisa mengakses layanan kesehatan dengan mudah. Kenyataannya, sekitar 29% keluarga miskin masih belum terdaftar (dengan kata lain, belum terlindungi) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada 2017, meskipun tren pendaftaran kepesertaan JKN-KIS meningkat tiap tahun sejak 2014 (Widyaningsih dan Kusumawardhani, 2019: 19). Kemudian, dari sisi kesehatan ibu, akses perempuan miskin terhadap pelayanan persalinan oleh tenaga medis masih belum merata, dan akses mereka terhadap layanan deteksi dini kanker masih sangat rendah (Widyaningsih, Elmira, dan Prasetyo, 2019: 17).

Demikian pula halnya dengan aspek keamanan. Kendati hak untuk merasa aman merupakan salah satu hak asasi manusia, kenyataan berbicara lain. Pada 2016, satu dari setiap tiga perempuan berusia 15–64 tahun di Indonesia mengalami kekerasan fisik dan/atau kekerasan seksual oleh pasangan (Badan Pusat Statistik, 2017: 1).

Temuan-temuan tersebut sejalan dengan beberapa studi yang menyatakan bahwa akses perempuan, terutama mereka yang miskin, terhadap berbagai dimensi pelayanan publik tidaklah merata (Holmes dan Scott, 2016: 33; Cameron, 2019: 1). Perbaikan akses perempuan terhadap perlindungan sosial, pekerjaan (baik di dalam maupun luar negeri), kesehatan, dan perlindungan dari kekerasan penting untuk dilakukan karena dapat mengakibatkan perubahan signifikan pada kehidupan perempuan (Cameron, 2019: 9).

Selama beberapa dekade terakhir, Program Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU) telah memusatkan perhatian pada intervensi terhadap perempuan miskin dan organisasi perempuan (mitra MAMPU) yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan, termasuk perempuan miskin. Program MAMPU bertujuan memperbaiki akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada tema-tema kerja berikut, yaitu (i) akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial, (ii) akses perempuan miskin pekerja rumahan terhadap perlindungan sosial tenaga kerja, (iii) akses perempuan buruh migran luar negeri terhadap perlindungan ketenagakerjaan, (iv) peningkatan status kesehatan dan gizi perempuan, dan (v) pengurangan kekerasan terhadap perempuan.

Untuk mendokumentasikan pencapaian tujuan jangka panjangnya, Program MAMPU bekerja sama dengan The SMERU Research Institute dalam melakukan penelitian longitudinal selama enam tahun (2014–2020). Studi ini adalah studi *endline* dari studi longitudinal tersebut yang mengamati perubahan pada kehidupan perempuan miskin sejak studi *midline* 2017, terutama dalam hal akses mereka terhadap layanan dasar publik. Dengan menggunakan pendekatan *mixed-methods*, studi ini menggabungkan analisis kuantitatif dan kualitatif dalam melihat perubahan yang terjadi. Data kuantitatif yang dibandingkan antarperiode akan mampu menangkap perubahan kondisi perempuan miskin dalam mengakses layanan dasar publik. Sementara itu, data kualitatif yang dikumpulkan akan mampu menjelaskan proses terjadinya perubahan pada akses tersebut. Secara keseluruhan, studi ini diharapkan dapat memberikan gambaran menyeluruh terkait perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik sepanjang 2017–2019.

1.2 Tujuan Studi

Secara khusus, penelitian ini bertujuan menjawab pertanyaan penelitian berikut.

- a) Bagaimana perubahan akses perempuan miskin terhadap pelayanan publik sejak 2017 sampai sekarang?
 - (1) Bagaimana perubahan ketersediaan (*supply*) layanan publik? [Dilihat dari aspek infrastruktur, penyedia layanan, dan mekanisme pelayanan, baik secara kuantitas maupun kualitas].
 - (2) Bagaimana perubahan perilaku perempuan miskin (*demand*) dalam mengakses layanan publik?
- b) Bagaimana proses terjadinya perubahan ketersediaan layanan publik dan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan publik selama lima tahun terakhir?
 - (1) Faktor-faktor apa yang memengaruhi perubahan dan bagaimana peranan tiap faktor? [Faktor dapat meliputi aksi kolektif, perubahan (tren ataupun guncangan) lingkungan, dan kebijakan ataupun program pemerintah].
 - (2) Siapa saja aktor yang memengaruhi perubahan dan bagaimana peranan setiap aktor?

Dengan lima tema kerja MAMPU sebagai kerangka besarnya, studi *endline* ini mencurahkan perhatian yang lebih mendalam pada topik-topik:

- a) perubahan kepesertaan perempuan miskin dalam JKN-KIS dan pemanfaatan layanan kesehatan dengan menggunakan JKN-KIS (kerangka: Tema 1);
- b) perubahan kondisi kerja dan peralihan kerja perempuan pekerja rumahan (kerangka: Tema 2);
- c) perubahan akses perempuan PMI terhadap layanan migrasi aman, terutama faktor pendorong penentuan jalur keberangkatan (kerangka: Tema 3);
- d) perubahan perilaku dalam memeriksakan kehamilan, bersalin, mempraktikkan inisiasi menyusui dini (IMD) dan ASI eksklusif, menggunakan kontrasepsi, dan memeriksakan kesehatan reproduksi (kerangka: Tema 4); dan
- e) perubahan perilaku melapor dan layanan pelaporan korban kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) (kerangka: Tema 5).

1.3 Metodologi

1.3.1 Lokasi Studi

Studi *endline* dilakukan di wilayah yang sama dengan wilayah studi *baseline* dan *midline*. Lokasi penelitian terdiri atas lima kabupaten yang tersebar di lima kelompok besar kepulauan di Indonesia. Untuk uraian terperinci mengenai metode pemilihan wilayah, lihat Rahmitha *et al.* (2016: 11–16). Pemilihan wilayah studi ini dirancang untuk memberikan variasi regional, yaitu menggambarkan keragaman kondisi sosial-ekonomi yang terjadi di Indonesia. Lima kabupaten terpilih diharapkan dapat menggambarkan variasi dari lima pulau atau kelompok pulau di Indonesia: Sumatra, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, dan Nusa Tenggara. Selain itu, pemilihan kabupaten studi juga memperhitungkan tingkat kemiskinan yang relatif tinggi pada tingkat nasional maupun provinsi, representasi wilayah yang memiliki permasalahan terkait lima tema bidang kerja MAMPU, dan representasi wilayah kerja mitra MAMPU. Pendalaman kualitatif tiap tema hanya dilakukan pada dua kabupaten terpilih dengan mempertimbangkan temuan survei keluarga, meskipun pengumpulan informasi dasar kualitatif tetap dilakukan di seluruh lokasi studi. Perincian lokasi studi dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Lokasi studi

1.3.2 Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan dua metode, yakni metode kuantitatif dan kualitatif, agar seluruh pertanyaan penelitian dapat terjawab dengan baik (lihat pertanyaan penelitian pada bagian Tujuan Studi). Sebagai contoh, metode kualitatif digunakan untuk menangkap proses perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik. Proses perubahan diidentifikasi melalui penelusuran aktor dan faktor yang berkontribusi terhadap perubahan. Penelusuran ini juga bertujuan mengetahui mekanisme kontribusi aktor dan faktor terhadap perubahan tersebut. Selain itu, metode kualitatif digunakan untuk melihat perubahan ketersediaan layanan publik. Sementara itu, metode kuantitatif digunakan untuk mengidentifikasi perubahan perilaku perempuan miskin.

Pengumpulan data untuk kedua metode dilakukan secara bertahap sebanyak dua kali. Survei keluarga dilakukan pada November 2019 dan diikuti dengan pengumpulan data kualitatif pada Februari 2020. Hasil pengolahan data survei keluarga digunakan untuk menyusun instrumen kualitatif. Kemudian, tim peneliti kualitatif mengumpulkan data dan melakukan pendalaman informasi berdasarkan temuan survei keluarga. Hasil pengumpulan data yang menggunakan kedua metode akan menangkap perubahan yang dialami perempuan miskin dalam mengakses layanan publik selama dua tahun terakhir serta faktor dan aktor yang menyebabkan perubahan tersebut.

a) Metode Kuantitatif

Unit sampel utama pada studi ini adalah keluarga miskin. Penentuan kriteria kesejahteraan sudah disesuaikan dengan konteks lokal melalui diskusi kelompok terfokus (FGD) yang dilakukan pada studi *baseline* 2014. Untuk uraian terperinci mengenai penentuan keluarga sampel pada 2014, lihat Rahmitha *et al.* (2016: 17–18). Pada studi ini, anggota keluarga mencakup ayah, ibu, anak yang belum menikah, anak yang sudah berstatus janda/duda, cucu, orang tua, mertua, dan kerabat lain yang menjadi tanggungan kepala keluarga. Dengan demikian, definisi keluarga pada studi ini berbeda dengan definisi rumah tangga¹. Keluarga pada studi ini terdiri atas tiga jenis: (i) keluarga induk, yaitu keluarga miskin yang didata pada studi *baseline* MAMPU 2014; (ii) keluarga pecahan, yaitu keluarga baru hasil pemekaran keluarga induk; dan (iii) keluarga pengganti, yaitu keluarga dari daftar keluarga miskin yang diperoleh pada studi *baseline* MAMPU 2014.

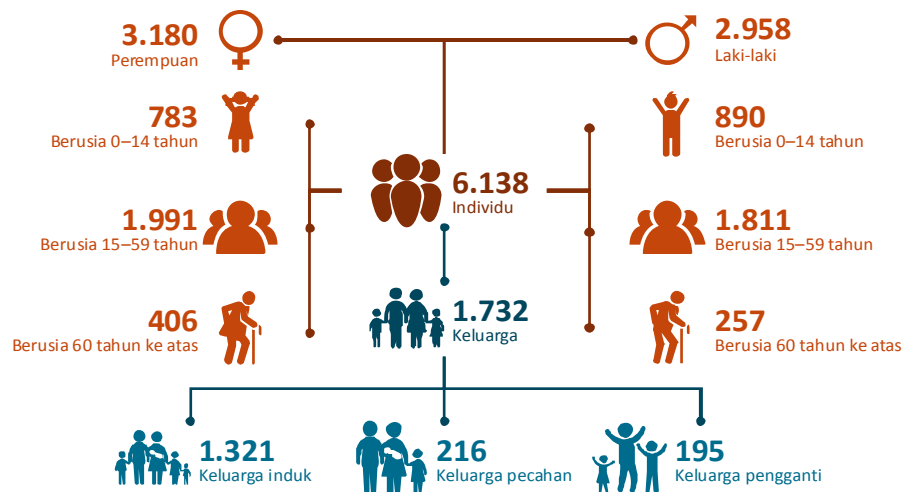
Karena studi ini menggunakan pendekatan longitudinal,² proses pelacakan dilakukan terhadap keluarga induk/pengganti yang pindah domisili dalam wilayah desa studi dan/atau mengalami pemekaran³. Untuk menjaga jumlah sampel, studi ini menerapkan konsep keluarga pengganti. Keluarga pengganti dipilih dari daftar keluarga miskin jika ada keluarga yang pindah domisili ke lokasi selain desa studi, menolak diwawancarai, atau tidak dapat ditemui selama periode survei. Daftar keluarga miskin adalah daftar yang berisikan nama-nama keluarga miskin yang tidak terpilih sebagai sampel pada tiga studi sebelumnya. Metode *snowball* digunakan ketika semua nama pada daftar keluarga miskin telah terpilih; metode ini digunakan dengan memperhatikan informasi dari aparat desa dan tokoh masyarakat sesuai kriteria pembentukan daftar keluarga miskin pada studi *baseline* MAMPU.

Pendataan keluarga pada studi *endline* mencapai 1.732 keluarga yang mencakup 6.138 anggota keluarga yang tersebar di 15 desa studi. Dari jumlah tersebut, 1.321 keluarga merupakan keluarga induk, kemudian berturut-turut 216 keluarga pecahan dan 195 keluarga pengganti. Tingkat kesuksesan pelacakan pada studi *endline* mencapai 90,6% dari jumlah keluarga yang didata pada studi *midline* MAMPU 2017, atau sekitar 87% dari jumlah keluarga yang didata pada studi *baseline* MAMPU 2014. Profil singkat sampel studi ini dapat dilihat pada Gambar 2.

¹Rumah tangga adalah seorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan fisik/sensus dan biasanya makan bersama dari satu dapur. Yang dimaksud dengan makan dari satu dapur adalah bahwa kebutuhan sehari-hari dipenuhi secara bersama sebagai satu kesatuan.

²Mendatangi kembali keluarga yang telah didata pada saat studi *midline* MAMPU untuk pembaruan data.

³Pemekaran berarti terpisahnya anggota keluarga karena pernikahan/perceraian yang kemudian diikuti dengan terbentuknya keluarga baru dari unit keluarga yang sebelumnya terdata pada studi *midline* MAMPU. Studi ini menggunakan istilah “keluarga pecahan” untuk menyebut keluarga baru tersebut.



Gambar 2. Profil sampel studi *endline*

Pengumpulan data pada survei keluarga menggunakan bantuan kuesioner. Kuesioner ini terdiri atas 11 bab dan merupakan pengembangan dari kuesioner yang digunakan pada studi *midline* MAMPU. Perincian kuesioner dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Perincian Kuesioner Studi Endline

Judul Bab	Deskripsi	Tingkat Pengamatan
E	Keterangan tentang keluarga yang akan menjadi sampel	Keluarga
S	Keterangan lokasi responden	Keluarga
R	Keterangan dasar mengenai anggota keluarga, seperti usia, jenis kelamin, dan pendidikan	Individu
W	Informasi mengenai detail pekerjaan, seperti lapangan usaha, status pekerjaan, dan metode pengupahan	Individu
M	Informasi mengenai migrasi anggota keluarga yang sedang bermigrasi	Individu
N	Informasi mengenai migrasi luar negeri anggota keluarga yang pernah bekerja di luar negeri sejak 2004 dan telah pulang ke Indonesia; baru ditambahkan pada studi <i>endline</i> MAMPU	Individu
I	Informasi mengenai kesehatan ibu dan kesehatan reproduksi; ditanyakan kepada perempuan berusia 6–49 tahun yang pernah hamil ^a	Individu
F	Informasi mengenai partisipasi sosial anggota keluarga perempuan berusia 15–40 tahun dalam kegiatan kemasyarakatan	Individu
V	Informasi mengenai persepsi anggota keluarga perempuan berusia 15–40 tahun yang pernah menikah tentang kejadian dan pelaporan KDRT	Individu
H	Karakteristik dasar keluarga, seperti konsumsi, pinjaman, aset, dan akses terhadap program pemerintah	Keluarga
K	Informasi mengenai kesehatan, kepemilikan asuransi kesehatan, dan pemanfaatan asuransi kesehatan	Keluarga

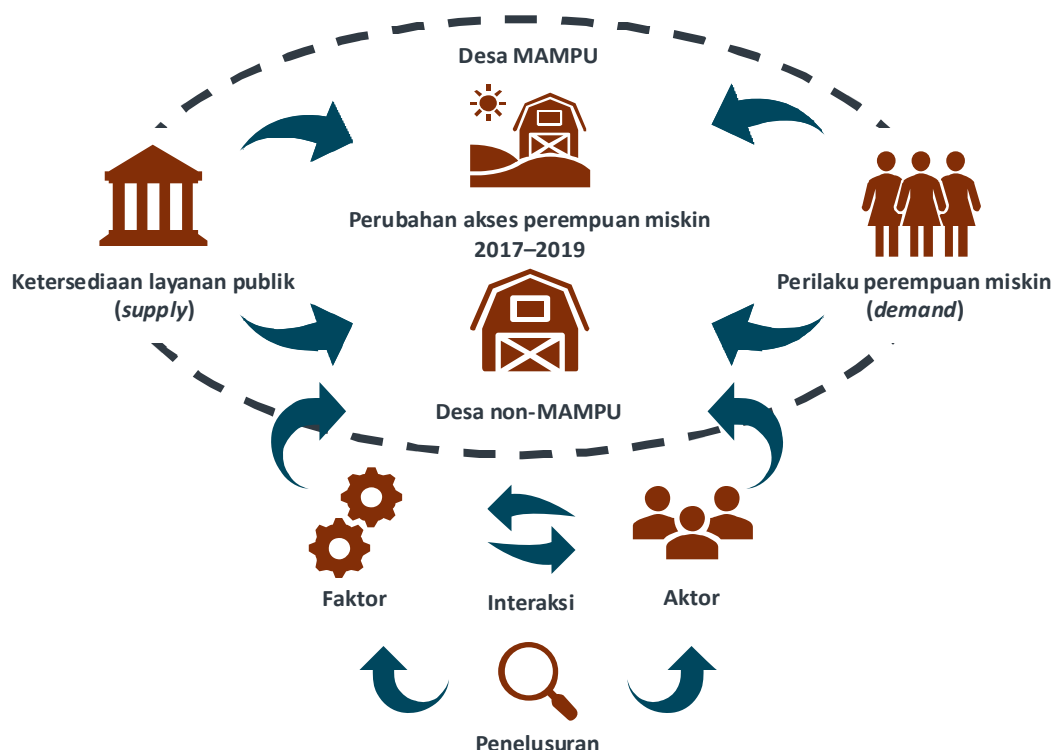
^aPada kenyataannya, perempuan termuda yang pernah hamil pada studi ini berusia 14 tahun.

b) Metode Kualitatif

Metode kualitatif dalam studi ini bertujuan mengumpulkan dua jenis informasi: informasi dasar dan informasi pendalaman studi kasus. Informasi dasar meliputi informasi umum tentang lima tema kerja MAMPU di wilayah studi, seperti tren/kondisi perubahan, faktor dan aktor yang memengaruhi perubahan, dan upaya perempuan untuk memengaruhi perubahan tersebut. Pengumpulan informasi dasar dilakukan di semua wilayah studi. Sementara itu, informasi pendalaman mencakup informasi khusus terkait tema kerja MAMPU yang menjadi fokus pada satu wilayah studi (lihat Gambar 1). Masing-masing informasi digali berdasarkan dua tingkatan: tingkat kabupaten dan tingkat desa. Metode yang digunakan untuk menggali informasi dasar adalah wawancara mendalam dan FGD. Informan/responden wawancara mendalam dan FGD mencakup beberapa elemen masyarakat, seperti aparat desa, mitra MAMPU di daerah, tenaga kesehatan di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), tokoh masyarakat, dan perempuan miskin. Perincian kriteria informan/responden untuk setiap tema kerja tersedia pada Tabel A1 di bagian Lampiran.

1.3.3 Analisis Data

Untuk mengidentifikasi perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik, studi ini menggunakan kerangka analisis utama yang tersaji dalam Gambar 3. Analisis perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik yang menjadi tujuan utama studi ini dilakukan dengan fokus pada dua komponen besar, yaitu ketersediaan layanan publik dan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan publik. Analisis perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik dilakukan dengan membandingkan kondisi antara desa-desa yang pernah atau masih mendapat intervensi mitra MAMPU dan desa-desa yang tidak pernah diintervensi mitra MAMPU. Aktor dan faktor yang mendorong atau menghambat perubahan ini ditelusuri lebih mendalam untuk melihat bagaimana mekanisme interaksi antara aktor dan faktor memengaruhi perubahan tersebut.



Gambar 3. Kerangka analisis

Teknik analisis kuantitatif yang digunakan dalam studi ini adalah analisis deskriptif dan analisis inferensial sederhana. Analisis deskriptif digunakan untuk melihat perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan publik, sedangkan analisis inferensial sederhana digunakan untuk meninjau perbandingan antara dua titik waktu (2017 dan 2019) dan antara dua kelompok, yaitu kelompok di wilayah yang pernah atau masih diintervensi mitra MAMPU dan kelompok di wilayah yang tidak pernah diintervensi mitra MAMPU.

Studi ini menggunakan dua teknik analisis kualitatif, yaitu analisis perbandingan dan tren dan analisis proses *tracing*. Analisis perbandingan dan tren dilakukan dengan menyusun matriks melalui penyesuaian indikator-indikator spesifik tiap tema kerja. Matriks ini kemudian digunakan untuk menemukan faktor dan aktor yang menghambat atau mendukung proses perubahan. Analisis proses *tracing* dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab perubahan dan mendalami proses perubahan secara kronologis. Kedua jenis analisis ini digunakan untuk melihat perbandingan antara dua kelompok, yaitu kelompok di wilayah yang pernah atau masih diintervensi mitra MAMPU dan kelompok di wilayah yang tidak pernah diintervensi mitra MAMPU selama periode 2017–2019.

1.4 Struktur Laporan

Laporan ini terdiri atas delapan bab utama. Bab I berisi latar belakang dan metodologi studi. Bab II menganalisis akses perempuan miskin terhadap JKN. Bab III membahas sejauh mana perubahan akses perempuan miskin pekerja rumahan terhadap perlindungan sosial tenaga kerja. Bab IV melihat akses perempuan PMI terhadap jalur prosedural dan layanan migrasi aman. Bab V membahas perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan dan gizi perempuan; fokusnya adalah isu kesehatan ibu dan gizi serta isu kesehatan reproduksi. Bab VI memaparkan perkembangan perilaku perempuan miskin dalam melaporkan kejadian KDRT. Bab VII

memaparkan sintesis perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada lima tema kehidupan.

II. PERLINDUNGAN SOSIAL BIDANG KESEHATAN BAGI KELUARGA PEREMPUAN MISKIN

2.1 Pengantar

2.1.1 Ruang Lingkup Studi

Salah satu tema studi Program MAMPU adalah akses perempuan miskin terhadap program perlindungan sosial di Indonesia. Jika studi *baseline* dan *midline* dilakukan untuk melihat kondisi awal dan perubahan pada berbagai layanan perlindungan sosial, maka studi *endline* pada 2019, difokuskan pada layanan perlindungan kesehatan, dalam hal ini Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program JKN dipilih sebagai fokus karena pemerintah telah berkomitmen untuk mencapai target jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*) pada akhir 2019.

Program JKN mulai berlaku pada 2014 setelah perusahaan penyedia jaminan kesehatan selesai bertransformasi menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai dengan ketentuan Undang-Undang (UU) No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Berdasarkan UU tersebut, semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta JKN. Adapun kepesertaan JKN, penggolongannya dapat dibagi ke dalam dua kelompok besar, yaitu penerima bantuan iuran (PBI) dan bukan penerima bantuan iuran (non-PBI).⁴

Peserta JKN PBI adalah peserta yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayari pemerintah sebagaimana diamanatkan oleh UU Sistem Jaminan Sosial Nasional.⁵ Sementara itu, peserta JKN non-PBI adalah peserta yang iurannya tidak dibayari pemerintah, melainkan dibiayai oleh dana pribadi dan/atau perusahaan tempat peserta bekerja. Peserta JKN non-PBI terdiri atas (i) pekerja penerima upah (PPU) dan anggota keluarganya, (ii) pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan anggota keluarganya, dan (iii) bukan pekerja (BP) dan anggota keluarganya.

Salah satu upaya pemerintah untuk memperluas jangkauan kepesertaan JKN adalah diterbitkannya Peraturan Presiden (Perpres) No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Pasal 12 Perpres tersebut menyatakan bahwa penduduk yang belum terdaftar dapat didaftarkan pada BPJS Kesehatan oleh pemerintah daerah (pemda), baik provinsi atau kabupaten/kota. Kemudian, pada Pasal 28 ayat (2) dijelaskan bahwa iuran penduduk yang didaftarkan oleh pemda bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dengan status peserta JKN PBI.

Menurut laporan pengelolaan program dan laporan keuangan jaminan sosial kesehatan tahun 2018, cakupan kepesertaan meningkat 10,68% dari 187.982.949 jiwa pada 2017 menjadi 208.054.199 jiwa pada 2018. Diharapkan bahwa pada 2019, kepesertaan program ini bisa mencapai 257,5 juta jiwa untuk mencapai target cakupan kepesertaan semesta.

Berdasarkan studi *midline* MAMPU, keluarga miskin di wilayah studi yang menjadi peserta JKN meningkat dari 63% pada 2014 menjadi 71% pada 2017. Peningkatan kepesertaan ini juga diikuti

⁴Untuk definisi peserta JKN PBI dan JKN non-PBI, lihat <www.bpjs-kesehatan.go.id>.

⁵UU Republik Indonesia No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

dengan peningkatan pemanfaatan, walaupun tidak signifikan (Widyaningsih dan Kusumawardhani, 2019). Studi *endline* MAMPU pada 2019 bertujuan melihat perubahan kepesertaan dan pemanfaatan JKN oleh perempuan miskin selama 2017–2019 dengan menganalisis setiap aktor dan faktor pendorong yang berperan dalam meningkatkan kepesertaan dan pemanfaatan JKN sejak 2017 (*midline*). Selain itu, studi ini juga membahas aktor dan faktor penghambat yang menjadi kendala bagi masyarakat dalam mengakses kepesertaan dan pemanfaatan JKN.

2.1.2 Metodologi

Survei pada studi *endline* ini mendata 1.732 keluarga miskin. Pada analisis perlindungan sosial, keluarga dibagi menjadi tiga kelompok wilayah intervensi, yakni:

- a) enam desa yang sedang diintervensi oleh Yayasan Bina Keterampilan Pedesaan Indonesia (BITRA Indonesia) di Kabupaten Deli Serdang (Desa A dan Desa B) serta 'Aisyiyah di Kabupaten Cilacap (Desa D) dan Kabupaten Pangkep (Desa J, Desa K, dan Desa L);
- b) dua desa yang pernah diintervensi Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA) di Kabupaten Kubu Raya (Desa G dan Desa H);
- c) dan tujuh desa yang tidak pernah diintervensi mitra MAMPU yang dikategorikan sebagai wilayah non-MAMPU.

Kategorisasi ini didasarkan pada kondisi desa yang sedang, pernah, atau tidak pernah mendapatkan intervensi dari mitra MAMPU terkait tema perlindungan sosial, baik sebagai fokus utama intervensi maupun bukan. Sebagai gambaran umum, sampel keluarga secara keseluruhan terdiri atas keluarga yang dikepalai laki-laki (KKL) sebesar 70,55% dan keluarga yang dikepalai perempuan (KKP) sebesar 29,45%. Usia mayoritas kepala keluarga adalah 45 tahun ke atas (60,4%), dengan distribusi usia mayoritas KKL pada kisaran 25–54 tahun dan mayoritas KKP di atas 54 tahun. Secara rata-rata, kepala keluarga memiliki pendidikan tertinggi SD/ sederajat (57,7%). Sebagian besar keluarga memiliki anggota 1–3 orang (54%) dan 4–6 orang (41,2%) (Gambar A1 di Lampiran).

Studi kualitatif dimulai dengan pengumpulan informasi umum melalui diskusi kelompok terfokus (FGD) bersama perempuan pemilik kartu JKN yang dilanjutkan dengan wawancara pendalaman. Lokasi wilayah pendalaman dipilih berdasarkan temuan kuantitatif dengan kriteria bahwa terjadi peningkatan jumlah peserta JKN secara signifikan dan peningkatan tersebut didorong oleh, antara lain, aksi kolektif.

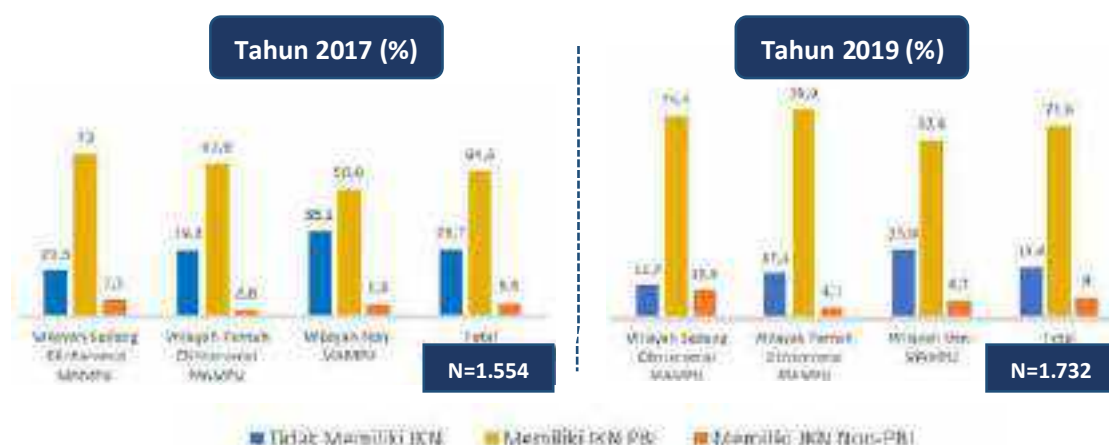
Aksi kolektif perempuan didefinisikan sebagai pembentukan kelompok/jaringan yang bersifat formal/informal dan secara sadar bekerja bersama-sama dengan tujuan menciptakan perubahan positif bagi kehidupan perempuan (Migunani, 2017). Dalam studi ini, keberadaan aksi kolektif diidentifikasi dari pengakuan responden yang terlibat dalam suatu kegiatan yang diselenggarakan oleh lembaga atau kelompok untuk mendapatkan akses JKN.

Kabupaten yang menjadi lokasi pendalaman informasi adalah Deli Serdang dan Kubu Raya. Wawancara pendalaman dilakukan dengan informan pengguna manfaat JKN yang dipilih dari KKL dan KKP. Penggalan informasi kemudian dilanjutkan ke aktor-aktor yang berperan, di antaranya kader dan pejabat di desa, pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), organisasi mitra MAMPU, dan dinas terkait di kabupaten.

2.2 Perubahan Kepesertaan JKN

2.2.1 Kepesertaan JKN Tahun 2017 dan 2019

Secara umum, hasil survei menunjukkan peningkatan kepesertaan JKN sejak 2017 hingga 2019. Peningkatan tersebut dapat dilihat dari menurunnya persentase keluarga yang tidak memiliki JKN. Persentase keluarga tanpa JKN pada 2017 adalah 29,7%, dan pada 2019 turun menjadi 19,4%. Penurunan ini terjadi di semua wilayah studi. Jika dilihat dari jenis kepemilikan JKN, yaitu PBI dan non-PBI, kepesertaan JKN PBI meningkat dari 64,5% (2017) menjadi 72,6% (2019), dan kepesertaan JKN non-PBI naik dari 5,9% (2017) menjadi 8% (2019). Secara keseluruhan, peningkatan peserta JKN PBI lebih tinggi daripada peserta JKN non-PBI. Pola yang sama terjadi di setiap kelompok wilayah (Gambar 4).



Gambar 4. Kepesertaan JKN tahun 2017 dan 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Tidak ditemukan perbedaan kepesertaan JKN yang signifikan secara statistik antara KKP dan KKL pada keluarga miskin di wilayah studi. Oleh karena itu, analisis berikutnya tidak membandingkan antara KKP dan KKL (Gambar A2 di Lampiran). Studi kualitatif juga menemukan tidak adanya perbedaan perlakuan antara KKP dan KKL ketika mengakses kepesertaan JKN.

Penyebab peningkatan kepesertaan JKN kemudian dipilah berdasarkan jenisnya, yaitu PBI dan non-PBI, dengan melihat perubahan pada sisi *supply* dan *demand*. Untuk peserta JKN non-PBI, peningkatan tampaknya lebih dipengaruhi oleh sisi *supply*, yaitu keaktifan BPJS Kesehatan dengan strategi “jemput bolanya” menerima pendaftaran peserta mandiri. Sebagai contoh, di Kabupaten Deli Serdang, BPJS Kesehatan mengoperasikan mobil BPJS Kesehatan yang secara berkala membuka pendaftaran di area puskesmas. Sementara itu, di Kabupaten Kubu Raya, BPJS Kesehatan merekrut sejumlah orang untuk menjadi kader BPJS Kesehatan yang bertugas mencari orang/keluarga yang belum memiliki kartu JKN untuk didaftarkan sebagai peserta segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PbPU). Pada sisi *demand*, tidak terjadi banyak perubahan jika dibandingkan dengan situasi pada saat studi *midline*. Peningkatan kepesertaan JKN tetap lebih besar didorong oleh kebutuhan mendesak untuk mengakses layanan JKN, seperti persalinan ataupun sakit yang memerlukan rawat inap di rumah sakit.

Untuk kepesertaan JKN PBI, pada sisi *supply*, peningkatan terjadi karena ada penambahan kuota kepesertaan JKN PBI, baik dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) maupun APBD masing-masing daerah. Dari APBN, pada 2019 Pemerintah Pusat menambah kuota peserta JKN

PBI dari 92,4 juta jiwa menjadi 96,8 juta jiwa. Sementara itu, dari APBD, kuota bertambah dengan diperbesarnya anggaran untuk menanggung peserta JKN PBI yang dibiayainya.⁶ Sebagai contoh, jumlah peserta JKN PBI Daerah di Kabupaten Kubu Raya bertambah dari 10.710 jiwa (2018) menjadi 54.526 jiwa (per Januari 2020). Selain itu, di Kabupaten Deli Serdang, peserta JKN PBI Daerah bertambah dari 79.758 jiwa (2018) menjadi 124.556 jiwa (per Januari 2020) (Tabel A2 dan Tabel A3 di Lampiran).

Sementara itu, pada sisi *demand*, perubahan terjadi karena aksi kolektif yang memfasilitasi keluarga miskin dalam mengakses JKN PBI. Berdasarkan hasil analisis kuantitatif, dari 1.258 keluarga yang memiliki JKN PBI, sebanyak 17,6% mendaftarkan diri secara kolektif.⁷ Aksi kolektif ditemukan di semua kelompok wilayah intervensi dan terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik antarkelompok wilayah, dengan pemanfaatan aksi kolektif terbanyak di wilayah yang sedang diintervensi MAMPU, yaitu mencapai 21,6% (Gambar 5). Hal ini mengindikasikan besarnya peran mitra MAMPU pada aksi kolektif di wilayah yang sedang diintervensi dalam mendukung perubahan akses perempuan miskin.



Gambar 5. Cara mendapatkan JKN PBI tahun 2019 (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

2.2.2 Aksi Kolektif sebagai Upaya untuk Mengakses JKN PBI

Dari hasil wawancara dan FGD, dapat disimpulkan bahwa aksi kolektif terutama ditujukan untuk mengakses kepesertaan JKN PBI yang dibiayai oleh APBD (JKN PBI Daerah). Keluarga yang menjadi sasaran aksi kolektif ini dapat dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu (i) peserta yang sama sekali belum memiliki kartu JKN, (ii) peserta yang kehilangan kepesertaan JKN PBI Pusat, dan (iii) peserta JKN mandiri yang tidak sanggup membayar tunggakan iuran.

Alur proses aksi kolektif berbeda-beda karena bergantung pada jejaring yang dimiliki inisiatornya. Namun, secara umum prosesnya mencakup (i) pengumpulan dokumen kependudukan keluarga,

⁶Kebijakan ini merupakan implementasi dukungan pemda atas penyelenggaraan JKN sesuai dengan Instruksi Presiden No. 8 Tahun 2017.

⁷Persentase terbesar peserta JKN PBI adalah yang ditetapkan pemerintah (80,5%). Mereka adalah keluarga yang termasuk dalam daftar Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS).

(ii) penyerahan dokumen yang telah terkumpul kepada Dinas Sosial (Dinsos) ataupun Dinas Kesehatan (Dinkes) untuk diverifikasi, dan (iii) pengiriman daftar calon peserta yang telah diverifikasi Dinsos/Dinkes ke kantor BPJS Kesehatan daerah masing-masing untuk didaftarkan sebagai peserta JKN PBI Daerah. Ilustrasi proses ini dapat dilihat pada Gambar 6.



Gambar 6. Aksi kolektif untuk mendapatkan JKN PBI Daerah

Sumber: Hasil wawancara informasi dasar dan FGD.

Aktor yang berperan dalam aksi kolektif ini dapat dipilah menjadi dua kelompok, yaitu perangkat desa dan aktivis sosial. Aktor perangkat desa ditemukan di desa-desa pada semua kelompok wilayah intervensi, termasuk wilayah non-MAMPU. Sebagai contoh, desa-desa non-MAMPU yang perangkat desanya terlihat memiliki peran menonjol adalah Desa C (Kabupaten Deli Serdang), serta Desa M dan Desa N (Kabupaten Timor Tengah Selatan atau TTS). Namun, dalam hal ini, aktor perangkat desa hanya melakukan pendataan, mengumpulkan dokumen, dan kemudian menyerahkan hasil kerjanya kepada dinas terkait. Setelah itu, aktor perangkat desa biasanya hanya menunggu instruksi berikutnya dari dinas terkait karena jalur yang ditempuh merupakan jalur prosedural biasa.

Berbeda dengan aktor perangkat desa, aktor dari kalangan aktivis sosial selalu memonitor perkembangan usulan yang mereka ajukan. Berdasarkan kelompok wilayah intervensi, aksi kolektif yang dipelopori aktivis sosial dapat diperinci sebagai berikut.

Pertama, di wilayah yang sedang diintervensi MAMPU. Aksi kolektif ditemukan di Desa A serta Desa B (Kabupaten Deli Serdang)—dimotori oleh kader Serikat Pekerja Rumahan (SPR). Selain itu, aksi kolektif juga ditemukan di Desa L (Kabupaten Pangkep)—diinisiasi oleh kader Balai Sakinah ‘Aisyiyah (BSA) dan bidan desa. Aksi kolektif ini dilakukan karena BITRA Indonesia dan ‘Aisyiyah yang bergerak di wilayah tersebut memang menjadikan peningkatan akses perlindungan sosial bidang kesehatan sebagai salah satu agenda kerjanya.

Di kabupaten pendalaman Deli Serdang, aksi kolektif pada 2019 dilakukan karena ada kesempatan untuk memanfaatkan jejaring dengan salah seorang anggota DPRD Sumatra Utara (Sumut) yang maju kembali sebagai calon anggota legislatif pada pemilu 2019. Ini meruoakan aksi kolektif kedua karena masih banyak usulan yang tidak terakomodasi pada aksi kolektif sebelumnya.⁸ Berbeda dengan sebelumnya, aksi kolektif kali ini mencakup perempuan yang bukan anggota SPR.

⁸Pada 2017, SPR pernah melakukan aksi kolektif berupa mendaftarkan anggotanya untuk mendapatkan akses kepesertaan JKN PBI melalui Dinsos Deli Serdang (Widyaningsih dan Kusumawardhani, 2019).

Kotak 1

Aksi Kolektif Oleh Serikat Pekerja Rumahan Kabupaten Deli Serdang (2019)

J (36 tahun) merupakan Ketua SPR Sumut. Dalam posisinya sebagai ketua, ia dan lembaga pendampingnya, BITRA Indonesia, kerap berinteraksi dengan anggota DPRD Sumut dalam upaya memperjuangkan lahirnya peraturan daerah (perda) tentang perlindungan pekerja rumahan. Pada satu kesempatan menjelang pemilu 2019, salah satu anggota DPRD menyatakan komitmennya untuk membantu SPR memperoleh kartu JKN PBI.

Komitmen itu kemudian ditindaklanjuti oleh J dengan menugaskan pimpinan kelompok tingkat desa SPR di setiap desa untuk mengumpulkan dokumen persyaratan di desa masing-masing. Dokumen yang dikumpulkan adalah fotokopi kartu tanda penduduk (KTP) dan kartu keluarga (KK). Dalam prosesnya, keluarga yang mengumpulkan dokumen tidak terbatas pada anggota SPR, tetapi juga nonanggota karena informasinya menyebar melalui kegiatan wirid yang berlangsung tiap minggu di desa mereka masing-masing.

Dokumen-dokumen yang terkumpul direkapitulasi dan dibuat daftarnya oleh pengurus SPR dan dibantu oleh staf BITRA Indonesia. Hasil rekapitulasi kemudian diserahkan oleh J pada satu kesempatan pertemuan terbuka antara anggota DPRD tersebut dan masyarakat di Desa B pada Februari 2019. Namun, penyerahan dokumen tidak dilakukan kali itu saja. Dokumen susulan juga beberapa kali diserahkan J di sela rapat pembahasan Rancangan Peraturan Daerah Perlindungan Pekerja Rumahan di kantor DPRD Sumut. Akan tetapi, J tidak ingat dan tidak memiliki catatan berapa banyak dokumen yang ia serahkan.

J bersama staf BITRA Indonesia juga selalu menanyakan perkembangan status pengajuan permohonan mereka. Menurut J, proses mengajukan dokumen hingga keluarnya kartu JKN PBI terbilang cepat, hanya sekitar satu bulan. Kartu disampaikan kepada J dalam dua tahap. Tahap terakhir keluar sekitar dua hari sebelum pemungutan suara pemilu 2019. Menurut keterangan BITRA Indonesia, dari hasil aksi kolektif ini diperoleh sejumlah 600 kartu yang tersebar di wilayah dampingan BITRA Indonesia di Kabupaten Deli Serdang.

Sayangnya, walaupun ikut diusulkan, J tidak termasuk yang mendapatkan kartu. J hanya bisa bersabar atas kenyataan ini. Di sisi lain, masih banyak kartu yang belum dibagikan kepada pemiliknya dan masih berada di rumah J. Menurut J, kartu-kartu itu bukan milik anggota SPR sehingga ia tidak mengenal nama-nama yang tertera di kartu-kartu tersebut.

Walaupun yang mendapatkan kartu sudah makin banyak, BITRA Indonesia masih mengajukan 350 kepala keluarga ke Dinsos Deli Serdang karena masih banyak anggota SPR yang belum memiliki kartu JKN PBI. J termasuk yang akan diusulkan kembali. Alur proses aksi kolektif yang dimotori SPR Kabupaten Deli Serdang tersebut dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Sumber: Wawancara pendalaman.

Kedua, di wilayah yang pernah diintervensi MAMPU. Aksi kolektif ditemukan di Desa G dan Desa H (Kabupaten Kubu Raya)—dimotori oleh PEKKA. Walaupun tidak lagi mendapatkan pendanaan dari MAMPU, PEKKA tetap menjalankan agenda kerjanya untuk peningkatan kepesertaan JKN. Hal ini dilakukan dengan memanfaatkan jejaring dan kedekatannya dengan pemerintah, baik itu Dinkes maupun bupati. Dalam melakukan aksi kolektif, PEKKA tidak membatasi pelayanannya hanya untuk kelompok dampingannya, tetapi juga untuk keluarga miskin lainnya.

Ketiga, di wilayah non-MAMPU. Di Desa I (Kabupaten Kubu Raya), ditemukan aksi kolektif untuk mengakses kepesertaan JKN PBI. Aksi kolektif ini diinisiasi oleh seorang kader BPJS Kesehatan yang tergerak karena seringnya ia bertemu dengan warga miskin yang menunggak iuran BPJS—warga yang bahkan mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Kesempatan

untuk membantu warga miskin terbuka ketika ia memperoleh informasi bahwa tersedia kuota JKN PBI yang besar untuk Kabupaten Kubu Raya dalam APBD 2019. Informasi terkait kuota ini ia peroleh baik dari BPJS Kesehatan maupun Dinkes.

Kotak 2
Aksi Kolektif oleh Kader BPJS Kesehatan Kabupaten Kubu Raya (2019)

E (40 tahun) adalah kader BPJS Kesehatan yang telah bertugas sejak 2016. Sebelumnya ia merupakan kader pos pelayanan terpadu (posyandu) di desanya. Sebagai kader BPJS Kesehatan, tugas utamanya adalah mengajak orang untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan dan menagih iuran bagi yang sudah menjadi peserta mandiri sambil mengingatkan denda yang harus dibayar jika menunggak iuran. Namun, karena keprihatinannya, ia malah melakukan inisiatif di luar tugasnya.

Dengan memanfaatkan jejaring bidan, pekerja sosial, dan sesama kader posyandu di berbagai desa, E memulai sebuah aksi kolektif. Di Desa I, ia mengajak W (seorang penyuluh sosial masyarakat atau pensosmas) dan D (kader posyandu Desa I) untuk membantu mengumpulkan dokumen persyaratan pendaftaran kepesertaan JKN PBI dari keluarga miskin. Di Desa G, ia mengajak Y (bidan desa) yang kemudian juga melibatkan kader-kader posyandu di setiap RT/dusun. Kader posyandu di Desa G dilibatkan karena banyak di antara mereka merupakan kader PEKKA yang telah berpengalaman melakukan aksi kolektif serupa sebelumnya bersama PEKKA. Dokumen yang dikumpulkan adalah fotokopi KTP, KK, dan surat keterangan miskin (SKM) dari pemerintah desa (pemde).

Proses pengumpulan dan penyetoran dokumen dilakukan secara rutin setiap bulan. Ada sekitar 20–30 berkas dokumen persyaratan yang diterima W, D, maupun Y setiap bulan. Y biasanya menyetorkan sendiri dokumen ke Dinkes, sedangkan W dan D mengumpulkan dan menyerahkan berkas kepada E untuk diserahkan kepada Dinkes. Menurut E, hampir semua nama dari berkas yang diserahkan lolos menjadi peserta JKN PBI. Penyebab utama tidak lolosnya beberapa nama adalah adanya kesalahan administrasi, seperti kesalahan pengetikan nomor induk kependudukan (NIK) ataupun hasil fotokopi yang tidak jelas. Usulan yang dinyatakan tidak lolos tersebut bisa langsung diajukan ulang kepada Dinkes/kader BPJS Kesehatan.

Waktu yang dibutuhkan sejak pengumpulan dokumen persyaratan hingga keluarnya kartu peserta BPJS Kesehatan bervariasi, umumnya satu hingga tiga bulan. Ada juga yang sampai proses 6–12 bulan belum mendapatkan kartunya, tetapi E dan Y rutin memeriksa status kepesertaan keluarga yang mereka daftarkan melalui aplikasi BPJS Kesehatan. Alur proses aksi kolektif yang dimotori kader BPJS Kesehatan Kabupaten Kubu Raya tersebut dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Sumber: Wawancara pendalaman.

2.2.3 Perubahan Jenis Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional 2017–2019

Studi ini juga menemukan terjadinya dinamika kepesertaan JKN. Studi kuantitatif melihat dinamika kepesertaan JKN dari 1.464 keluarga yang bisa diwawancarai pada 2017 dan 2019. Pertama, ada peralihan kepesertaan dari non-PBI ke PBI. Dari 81 keluarga yang memiliki JKN non-PBI pada 2017, sebanyak 21% beralih menjadi JKN PBI pada 2019 (Gambar 7). Peralihan jenis kepesertaan JKN ini terjadi di setiap wilayah intervensi, dan hanya kelompok wilayah yang pernah diintervensi yang peralihannya secara statistik berbeda secara signifikan. Ada kemungkinan

bahwa perubahan ini terjadi karena para aktor yang memfasilitasi keluarga miskin dalam mengakses PBI memberi peluang kepada peserta JKN non-PBI untuk didaftarkan menjadi peserta JKN PBI. Mereka adalah peserta JKN non-PBI yang tidak sanggup membayar tunggakan iuran JKN non-PBI segmen PBPU. Sementara itu, aktor yang dimaksud adalah perangkat desa dan para aktivis sosial, baik dari mitra MAMPU (seperti kader SPR binaan BITRA Indonesia di Kabupaten Deli Serdang dan kader PEKKA di Kabupaten Kubu Raya) maupun kalangan non-MAMPU (seperti kader BPJS Kesehatan, pensosmas, dan bidan desa). Pengakuan seorang peserta FGD terkait kepindahan dari non-PBI menjadi PBI: “Saya dari tahun 2014 punya kartu BPJS yang bayar, tapi sebulan yang lalu saya diminta kader posyandu mengumpulkan fotokopi KTP dan KK. *Ndak* lama, sekitar sebulan jadilah kartu BPJS gratis saya” (FGD Tema 1, Desa I, Kabupaten Kubu Raya, 18 Februari 2020).

Dalam hal ini, kebijakan kabupaten juga turut memengaruhi. Pada wawancara mendalam di dua kabupaten studi, yaitu Kubu Raya dan Deli Serdang, pemda setempat mengakui bahwa banyak peserta JKN non-PBI yang menunggak pembayaran iuran. Mereka akhirnya membuat kebijakan yang memperbolehkan migrasi dari JKN non-PBI ke JKN PBI dengan syarat bahwa peserta yang bersangkutan harus membuat pernyataan pengakuan berutang kepada BPJS Kesehatan. Kepala Dinkes Kabupaten Deli Serdang menjelaskan,

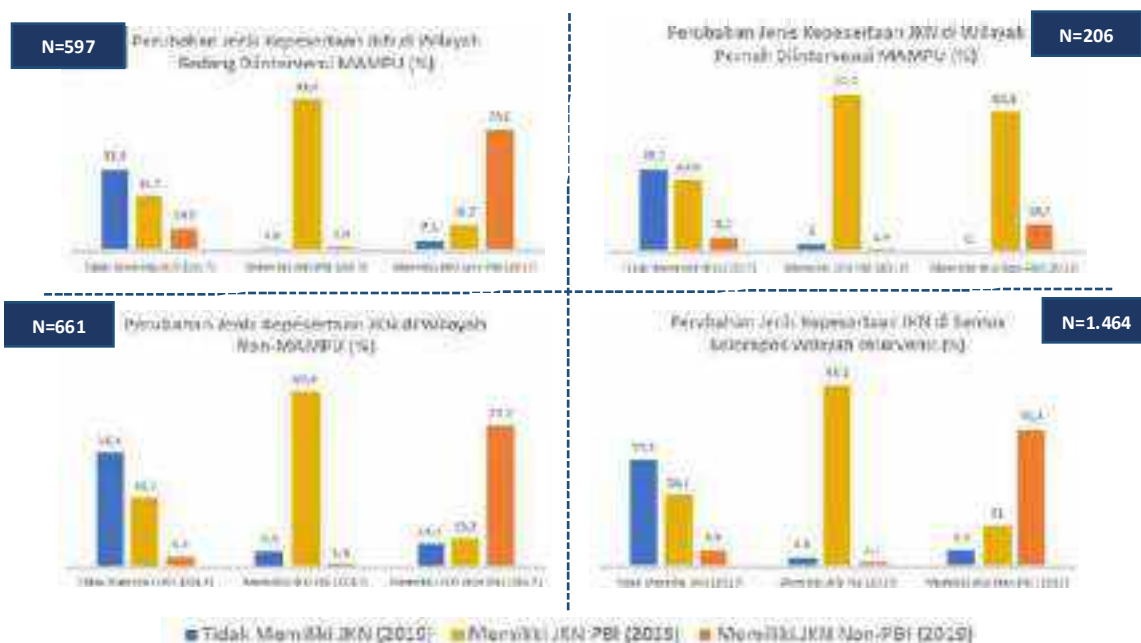
Prosesnya agak panjang untuk mengurus migrasi [peserta] mandiri ke PBI. BPJS minta dipisahkan antara pengajuan baru dan pengajuan yang mau dimigrasikan, dan orangnya harus membuat surat pernyataan kalau punya tunggakan walaupun tidak dibayar. (Wawancara Mendalam, 25 Februari 2020)

Kedua, peralihan kepesertaan dari JKN PBI ke JKN non-PBI juga terjadi, walaupun jumlahnya tidak besar. Dari 954 keluarga peserta JKN PBI pada 2017, sebanyak 2,1% beralih menjadi JKN non-PBI pada 2019. Meski perubahan ini terjadi di setiap kelompok wilayah, hasil uji signifikansi menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan berarti antarkelompok wilayah (Gambar 7). Peralihan ini tampaknya dipicu oleh penonaktifan kepesertaan JKN PBI seiring dengan pemutakhiran data yang dilakukan Pemerintah Pusat.⁹ Keluhan atas penonaktifan diungkapkan terutama oleh para informan di wilayah yang sedang diintervensi maupun wilayah non-MAMPU di Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Cilacap. Di Kabupaten Cilacap, misalnya, Kepala Desa (Kades) Desa E menginformasikan bahwa di desanya ada 300 peserta BPJS Kesehatan yang dihapus kepesertaannya. Sementara itu, informan di Kabupaten Pangkep menyatakan, “Jadi masalah sekarang itu, yang dinonaktifkan sepihak dari Pusat” (Bidan, Desa J, Kabupaten Pangkep, 15 Februari 2020).

Tidak didapat informasi yang cukup jelas mengapa pemutakhiran tersebut diiringi dengan penghapusan sebagian keanggotaan JKN PBI. Kades Desa E Kabupaten Cilacap mengatakan bahwa kepesertaan dihapus karena tidak pernah digunakan untuk mengakses layanan di fasilitas kesehatan (faskes) selama lima tahun. Sementara itu, Sekretaris Desa (Sekdes) Desa L Kabupaten Pangkep mengatakan bahwa, berdasarkan informasi yang ia terima dari Dinas Kesehatan, kuota JKN PBI di Kabupaten Pangkep sudah terpenuhi, bahkan berlebih, sehingga ada yang harus dihapus. Di sisi lain, ketika diwawancarai, Kepala Dinkes Kabupaten Deli Serdang hanya mengatakan bahwa penghapusan peserta JKN PBI oleh Pusat dilakukan tanpa pemberitahuan terlebih dahulu kepada daerah.

⁹Kebijakan penghapusan sebagian peserta PBI yang dibiayai APBN dapat dibaca pada berita-berita, seperti <<https://satelitpost.com/regional/cilacap/20-050-peserta-kis-dinonaktifkan-tak-masuk-basis-data-terpadu>> dan <<https://makassar.sindonews.com/berita/29583/4/6886-peserta-bpjs-kesehatan-di-pangkep-dinonaktifkan>>.

Akibat penonaktifan tersebut, sebagian keluarga terpaksa mendaftarkan diri menjadi peserta JKN non-PBI. Salah satu informan di Kabupaten Pangkep mengatakan, “Beberapa yang dinonaktifkan masih berusaha untuk mendaftar JKN mandiri agar tetap dapat memanfaatkan fasilitas JKN, tetapi akhirnya tetap tidak kuat membayar iuran” (Pimpinan Ranting ‘Aisyiyah Desa K, Kabupaten Pangkep, 17 Februari 2020).



Gambar 7. Perubahan jenis kepesertaan JKN 2017–2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

2.2.4 Belum Semua Keluarga Miskin Mengakses Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Walaupun kepesertaan meningkat, masih ditemukan sekitar 19,4% keluarga miskin yang belum memiliki kartu JKN (Gambar 4). Penyebabnya adalah terbatasnya *supply*, yaitu habisnya kuota JKN PBI untuk kabupaten yang bersangkutan. Kuota yang dimaksud bisa jadi dari APBN maupun APBD yang disesuaikan dengan anggaran yang tersedia. Masalah kuota ini tidak berbeda antarwilayah; semua desa di setiap kelompok wilayah intervensi MAMPU mengalaminya. Alhasil, yang terjadi adalah kondisi sebagaimana diceritakan para informan berikut.

Misalnya yang didata 100, yang diambil 50. Tinggal yang diambil yang di atas apa yang di bawah. Jadi dipotong jatahnya. (FGD tema 1, Desa F, Cilacap, Februari 2020)

Kita misalkan mengusul 50 orang, yang datang itu nanti kartunya cuma 25. (Sekdes Desa J, Pangkep, 15 Februari 2020)

Keterbatasan kuota JKN PBI juga menyebabkan masih banyaknya keluarga miskin yang belum semua anggotanya mengakses JKN. Dari 1.396 keluarga yang telah mengakses kepesertaan JKN pada 2019, proporsi yang belum semua anggotanya memiliki kartu JKN lebih dari sepertiga (Gambar 8). Permasalahan ini tidak hanya dialami keluarga peserta JKN PBI, tetapi juga keluarga peserta JKN non-PBI. Selain terbatasnya kuota, penyebab lainnya dijelaskan oleh Kepala Dinkes Kabupaten Deli Serdang. Pertama, pada keluarga yang bersangkutan, hanya sebagian anggota

yang didaftarkan sebagai peserta JKN mandiri. Ia mengatakan, “Dulu orang masih diperbolehkan mendaftar menjadi peserta JKN mandiri secara individual.”

Kedua, hal ini terjadi pada anggota keluarga yang keluarga induknya terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat. Ketika anggota keluarga tersebut menikah dan memiliki KK baru, pendaftaran anak/istri/suaminya ditolak karena, di BPJS Kesehatan, ia masih terdaftar atas nama KK orang tuanya. Ketiga, masih ditemukan kesalahan data kependudukan. “Walaupun masyarakat sudah punya E-KTP, tapi kenyataannya NIK ganda masih ada, sedangkan orangnya beda” (Kepala Dinkes, Kabupaten Deli Serdang, 25 Februari 2020). Keempat, kurangnya data alamat dalam dokumen kependudukan (KTP) menyebabkan kartu yang sesungguhnya sudah dibuat tidak sampai ke tangan penerima. “Padahal kartu sudah dikeluarkan oleh BPJS” (Kepala Dinsos, Kabupaten Deli Serdang, 24 Februari 2020).

2.2.5 Partisipasi Sosial Memengaruhi Akses Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Di sisi lain, belum meratanya kepemilikan kartu JKN pada masyarakat miskin disebabkan ketaktahuan sebagian mereka akan prosedur dan syarat pendaftaran JKN. Survei kuantitatif menemukan bahwa jawaban terbanyak (44,4%) dari belum dimilikinya kartu JKN adalah bahwa mereka tidak mengetahui prosedur dan syarat (Gambar A3 di Lampiran). Ketaktahuan ini menyebabkan mereka tidak bisa melengkapi dokumen kependudukan yang menjadi syarat pengajuan pendaftaran secara tepat waktu. Kondisi ini ditemukan terutama di desa non-MAMPU di TTS dengan masih besarnya jumlah keluarga miskin tanpa KTP dan/atau KK yang masih besar. Bahkan, ada orang tua yang tidak memiliki dokumen pernikahan sehingga mereka tidak bisa mengurus KK.

Ketaktahuan ini tampaknya berhubungan dengan keaktifan dalam partisipasi sosial.¹⁰ Secara umum, analisis kuantitatif menunjukkan bahwa mayoritas keluarga yang memiliki JKN mengikuti kegiatan bersama dan berada dalam resiprositas (Gambar A4 di Lampiran). Dengan kata lain, keaktifan dalam kegiatan sosial akan menambah pengetahuan mengenai JKN. Hal ini sejalan dengan temuan kualitatif bahwa kegiatan sosial merupakan ajang pertukaran informasi antarwarga masyarakat, di antaranya informasi mengenai pendaftaran JKN. Seorang informan menyatakan, “Masyarakat itu kalau ada mi satu yang tau, kan disebarkan mi dari mulut ke mulut” (Kader BSA di Desa J, Kabupaten Pangkep, 14 Februari 2020).

Akan tetapi, keaktifan dalam partisipasi sosial saja belum cukup jika tidak diiringi dengan hadirnya pihak yang bisa memberikan informasi. Hal ini ditunjukkan oleh analisis yang melakukan pemilahan berdasarkan wilayah intervensi. Pada wilayah yang sedang diintervensi, didapat data yang konsisten bahwa mayoritas yang tidak mengetahui syarat/prosedur untuk mendaftarkan diri menjadi peserta JKN adalah mereka yang juga tidak mengikuti kegiatan bersama dan tidak berada dalam resiprositas. Sementara itu, di wilayah yang pernah diintervensi dan wilayah non-MAMPU, walaupun responden berada dalam resiprositas dan mengikuti kegiatan bersama, mayoritas tetap tidak mengetahui syarat dan prosedur pendaftaran (Tabel A4 dan Tabel A5 di Lampiran). Ini berarti bahwa kehadiran pihak yang membawa informasi menjadi kunci. Dalam hal ini, tampaknya para kader mitra MAMPU memainkan peranan penting sebagai sumber informasi terkait prosedur dan syarat pendaftaran peserta JKN.

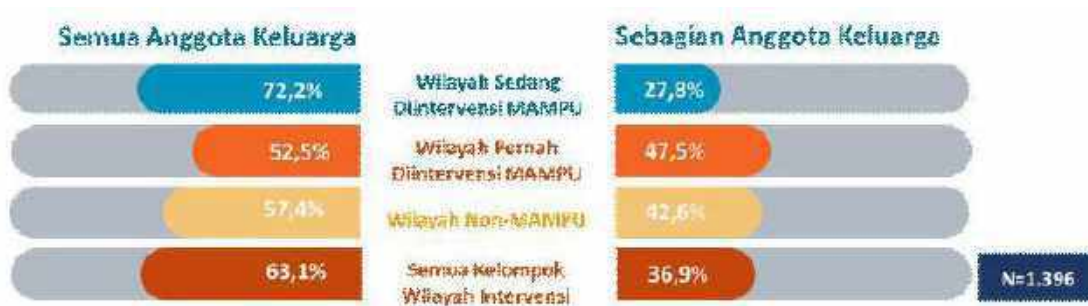
¹⁰Dalam studi ini, partisipasi sosial dibagi ke dalam dua jenis, yaitu kegiatan bersama dan resiprositas. Kegiatan bersama berbentuk arisan, pengajian/ibadah bersama, dan kegiatan sebagai anggota koperasi. Sementara itu, resiprositas adalah kegiatan membantu tetangga ketika mereka mengadakan hajatan atau ketika tetangga tertimpa musibah.

Hal yang sama juga terlihat pada keluarga yang hanya sebagian anggotanya memiliki kartu JKN. Jika dipilah berdasarkan kelompok wilayah intervensi, terlihat bahwa persentase paling kecil terdapat di wilayah yang sedang diintervensi (Gambar 8). Hal ini tampaknya terjadi karena hadirnya kader mitra MAMPU yang kerap mengecek kelengkapan kartu keluarga yang mereka usulkan ke BPJS Kesehatan ataupun Dinsos. Contohnya adalah pengalaman seorang pengguna JKN PBI di Kabupaten Deli Serdang yang salah satu anaknya tidak mendapatkan kartu. Dengan bantuan staf BITRA Indonesia, masalah itu ditanyakan ke kantor BPJS Kesehatan. Dari keterangan yang diperoleh, diketahui bahwa kartu sudah keluar, tetapi tidak jelas ada di mana. Beberapa bulan kemudian, kartu atas nama anaknya tersebut diantarkan ke rumahnya oleh kepala dusun.

Di wilayah yang pernah diintervensi sebenarnya peran itu juga dijalankan oleh bidan dan kader BPJS Kesehatan. Namun, mereka hanya sebatas mengecek melalui aplikasi yang mereka miliki jika ada masyarakat yang menanyakan kartu JKN yang belum diterima untuk anggota keluarganya. Hal yang sama terjadi di wilayah non-MAMPU; pemdes sebagai satu-satunya saluran informasi masyarakat desa cenderung bersikap pasif dan hanya meminta warganya menunggu ketika menanyakan kartu yang belum diterima bagi anggota keluarga mereka.

Sebagian besar masyarakat tetap mengharapkan menjadi PBI. Masyarakat hanya berharap kepada desa, desa pun hanya berwenang untuk mengajukan data calon penerima PBI, namun tidak bisa intervensi terhadap hasilnya. (Kades Desa M, 15 Februari 2020)

Peserta mengaku tidak bertindak proaktif untuk mendapatkan KIS karena saat KIS dibagikan, mereka sudah mendapat informasi, baik dari dusun maupun dari desa, bahwa KIS memang tidak dibagikan secara serentak dan yang belum mendapatkan KIS diminta bersabar. (FGD Tema 1, Desa N, 16 Februari 2020)



Gambar 8. Distribusi kepesertaan JKN 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

2.3 Perubahan Akses Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional

2.3.1 Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2017 dan 2019

Selain analisis kepesertaan, studi *endline* MAMPU juga menganalisis pemanfaatan JKN. Analisis pemanfaatan JKN tidak membedakan jenis kepesertaan JKN seperti halnya subbab sebelumnya. Penyebabnya adalah bahwa, di lapangan, didapati fakta bahwa tidak semua petugas kesehatan dan faskes mengetahui jenis kepesertaan JKN PBI dan JKN non-PBI dari warga yang menggunakan layanan. Dengan demikian, analisis kuantitatif dan kualitatif pada subbab pemanfaatan menggabungkan JKN PBI dan JKN non-PBI menjadi kelompok yang memiliki JKN.

Analisis kuantitatif dilakukan untuk melihat perubahan pemanfaatan JKN pada 982 keluarga yang sama dan memiliki JKN pada 2017 dan 2019. Hasilnya menunjukkan bahwa perubahan pemanfaatan pada keseluruhan jenis layanan JKN tidak signifikan secara statistik (Gambar 9). Hanya pemanfaatan untuk layanan persalinan yang berubah signifikan. Dengan kata lain, pemanfaatan JKN pada keluarga miskin sejak 2017 hingga 2019 secara umum cenderung stabil dan tidak mengalami peningkatan. Hal ini ditemukan merata di semua kelompok wilayah intervensi (MAMPU dan non-MAMPU).



Gambar 9. Pemanfaatan JKN oleh keluarga yang memiliki JKN tahun 2017 dan 2019 (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Tidak berubahnya penggunaan JKN secara umum terjadi karena, antara lain, empat hal. Pertama adalah adanya program pelayanan gratis dari pemerintah yang tidak mensyaratkan kepesertaan JKN. Kedua, akses ke faskes tingkat pertama (FKTP) untuk sebagian layanan JKN terhambat jarak yang jauh, sarana/prasarana transportasi yang kurang baik, serta jam operasional yang terbatas. Ketiga, kartu JKN belum bisa digunakan karena bermasalah, umumnya lantaran ketaksesuaian antara data pada kartu dan dokumen kependudukan yang dimiliki. Penyebab keempat adalah preferensi pribadi sehingga mereka lebih memilih layanan kesehatan non-JKN dengan alasan kepraktisan, kualitas, dan kecocokan dengan layanan.

Selain itu, mayoritas keluarga yang memanfaatkan JKN adalah keluarga yang berpartisipasi dalam kegiatan bersama serta resiprositas, dan secara statistik terdapat perbedaan signifikan di wilayah yang sedang diintervensi. Di wilayah yang sedang diintervensi, persentasenya justru cenderung lebih rendah daripada wilayah yang pernah diintervensi dan wilayah non-MAMPU (Gambar A6 di Lampiran). Hal ini bisa dijelaskan sebagai berikut.

- a) Program perlindungan sosial yang menjadi fokus mitra masih memprioritaskan peningkatan akses kepesertaan, belum sampai pada pemanfaatan layanan JKN. Ini terlihat pada BITRA Indonesia di Kabupaten Deli Serdang serta 'Aisyiyah di Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Cilacap. Sementara itu, di Kabupaten Kubu Raya, PEKKA masih menjalankan Program Pelayanan Terpadu Satu Atap (Yandu) dengan pendanaan dari pemda yang memfasilitasi pembuatan dokumen kependudukan sebagai bagian dari aksi kolektif untuk mendapatkan kepesertaan JKN PBI. Di sisi lain, Program Klinik Layanan Informasi dan Konseling (KLIK) yang salah satunya bertujuan mendorong pemanfaatan JKN sudah tidak berjalan ketika PEKKA tidak lagi mendapatkan pendanaan dari MAMPU.

- b) Mitra yang salah satu agenda kerjanya adalah penyediaan akses terhadap layanan kesehatan, seperti 'Aisyiyah di Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Cilacap, cenderung mendorong perempuan untuk mengakses layanan tanpa memperhitungkan penggunaan JKN atau tidak.
- c) Secara individual, kader mitra di desa cukup sering mengingatkan pemegang kartu JKN untuk memanfaatkan kepesertaannya, tetapi persepsi/preferensi dan akses layanan tampaknya lebih menentukan. Sebagai contoh, disampaikan oleh salah satu informan: "Saya sudah sering ingatkan teman-teman, datang ke puskesmas. Walaupun *gak* sakit, periksa apa sajakah, periksa tensi, periksa darah. Yang penting kartunya dipakai. Supaya ketahuan kartunya masih aktif atau *gak*. Cuma akhirnya tergantung orangnya" (Pengurus SPR di Desa A, Kabupaten Deli Serdang, 14–15 Februari 2020).

Perubahan pemanfaatan JKN Tahun 2017 dan 2019 pada perempuan berdasarkan KKP-KKL secara statistik hanya signifikan pada lebih rendahnya pemanfaatan oleh KKP daripada KKL (Gambar A5 di Lampiran). Faktor penyebabnya bisa diidentifikasi sebagai berikut.

- a) Layanan JKN yang tersedia untuk KKP relatif lebih sedikit daripada layanan untuk KKL. Sebagai contoh, kecil kemungkinan KKP mengakses JKN untuk layanan yang terkait dengan kehamilan dan persalinan.
- b) KKP yang umumnya berada pada golongan lanjut usia (lansia) beranggapan bahwa layanan JKN yang bisa diakses hanya berobat jalan dan rawat inap. Layanan JKN khusus lansia, seperti pemeriksaan gula darah, asam urat, dan kolesterol, masih belum diketahui secara merata. Walaupun ada program posyandu lansia, mereka umumnya tidak tahu bahwa layanan itu bisa diakses dengan menggunakan kartu JKN.
- c) Selain itu, perempuan KKP yang berusia di atas 50 tahun cenderung enggan melakukan tes IVA karena merasa sudah tua dan tidak perlu.

2.3.2 Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional Berdasarkan Jenis Layanan

JKN memiliki beragam jenis layanan yang dapat diakses keluarga miskin dengan pemanfaatan sesuai kebutuhan setiap anggota keluarga. Di antara jenis-jenis layanan tersebut adalah sebagai berikut.

a) Persalinan

Pemanfaatan JKN untuk anggota keluarga perempuan miskin yang melahirkan dalam kurun waktu satu tahun terakhir meningkat signifikan, tetapi tidak ada perbedaan antarkelompok wilayah intervensi (Gambar 10). Penyebabnya dapat dirumuskan sebagai berikut.

- (1) Perempuan miskin di semua desa studi telah memahami bahwa kartu JKN bisa digunakan untuk persalinan. Bahkan, dapat dikatakan, salah satu dorongan utama mengakses JKN adalah adanya jaminan biaya persalinan di dalamnya.
- (2) Akses ke fasilitas persalinan sudah makin mudah dijangkau. Di Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Cilacap, fasilitas bersalin sudah tersedia di pos kesehatan desa (poskesdes) ataupun pos bersalin desa (polindes) di semua desa. Di Kabupaten Kubu Raya, layanan bidan bisa diakses 24 jam dengan menggunakan JKN. Sementara itu, di Kabupaten Deli Serdang, praktik bidan swasta di desa sudah bisa menerima peserta JKN.
- (3) Selain itu, sebagian pemdes telah menyediakan ambulans desa untuk membawa ibu yang hendak bersalin ke puskesmas atau rumah sakit. Desa-desa yang dimaksud ada di tiap kelompok wilayah intervensi, yaitu (i) di desa yang sedang diintervensi (Desa B, Kabupaten Deli Serdang), (ii) desa yang pernah diintervensi (Desa G dan Desa H, Kabupaten Kubu Raya), dan (iii) desa non-MAMPU (Desa C di Kabupaten Deli Serdang dan desa-desa M, N, dan O di Kabupaten TTS).



Gambar 10. Pemanfaatan JKN untuk bersalin 2017–2019 (%)¹¹

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

b) Berobat Jalan

Jenis layanan kesehatan dengan pemanfaatan JKN tertinggi adalah berobat jalan. Pada 2017, keluarga yang memanfaatkan JKN sebanyak 665 keluarga dan 88,1% di antaranya memanfaatkannya untuk berobat jalan. Tidak jauh berbeda, pada 2019, dari 769 keluarga yang memanfaatkan JKN, 90% di antaranya memanfaatkannya untuk berobat jalan (Gambar 11). Penyebab tingginya pemanfaatan JKN untuk berobat jalan antara 2017 dan 2019 adalah banyaknya keluhan kesehatan/sakit yang memerlukan layanan berobat jalan. Berobat jalan adalah layanan paling dasar dalam JKN yang meliputi observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis, dan layanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit.¹² Kebutuhan berobat jalan juga sudah bisa dipenuhi di faskes yang terdapat di desa, seperti poskesdes, polindes, dan puskesmas pembantu.

Akan tetapi, pada 2019, masih terdapat 10% keluarga yang belum memanfaatkan JKN untuk berobat jalan. Berdasarkan wawancara mendalam dan FGD, mereka merasa belum perlu memanfaatkan JKN karena tidak sakit atau sakitnya ringan sehingga cukup membeli obat ke warung di dekat rumah. Selain itu, ditemukan pula masih adanya kartu JKN yang bermasalah sehingga mereka belum bisa menggunakannya untuk memperoleh layanan JKN untuk berobat jalan. Masalah kartu umumnya terjadi pada keluarga miskin yang baru terdaftar sebagai peserta JKN PBI. Masalah yang dialami adalah, antara lain:

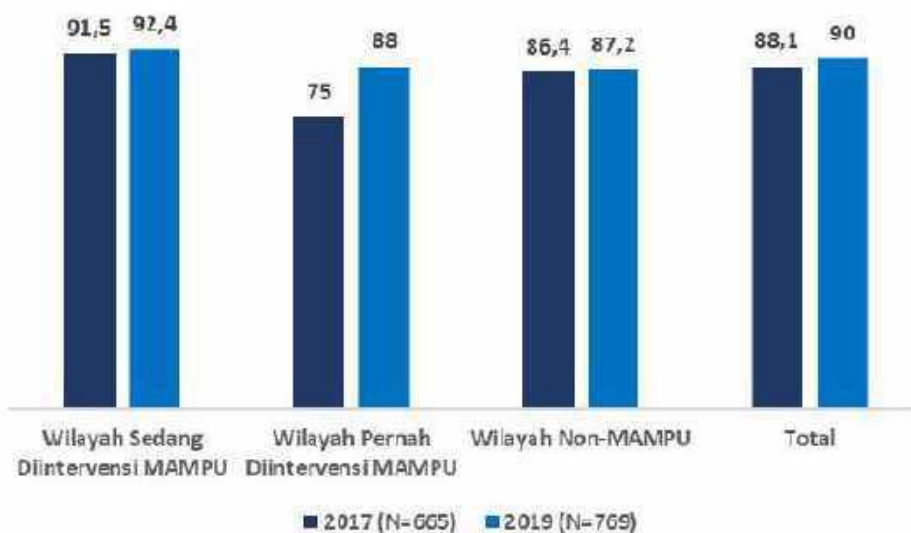
- (1) Kesalahan data kartu. Kesalahan berkisar pada perbedaan data NIK, nama, serta tanggal lahir peserta antara kartu JKN dan dokumen identitas. Sebagai contoh, seorang peserta FGD mengungkapkan masalah ini, “Kartu saya ada kesalahan tanggal lahir. Saya uruskan langsung ke kantor BPJS sambil *nyerahkan* fotokopi KTP dan KK. Saya isi formulir. Setelah itu, saya diminta datang lagi 2 minggu kemudian” (FGD tema 1 di Desa I, Kabupaten Kubu Raya, 18 Februari 2020).
- (2) Terdaftar di FKTP yang jauh dari domisili. Hal ini terjadi karena, untuk peserta JKN PBI, FKTP tempat peserta terdaftar ditentukan oleh BPJS Kesehatan. Seorang peserta FGD menyampaikan, “Saya sudah mau pakai ke puskesmas (Desa A), tetapi kata petugasnya,

¹¹Keluarga yang memiliki anggota keluarga perempuan yang pernah melahirkan pada 1 tahun terakhir serta berusia 15–49 tahun pada 2017 dan 2019 masing-masing berjumlah 70 dan 100 keluarga.

¹²Definisi berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1165/MENKES/SK/X/2007.

saya tidak terdaftar di sini. Kalau mau periksa [di puskesmas Desa A], saya harus urus pindah ke kantor BPJS” (FGD tema 1 di Desa A, Kabupaten Deli Serdang, 15 Februari 2020).

Untuk mengatasi masalah kartu tersebut, para informan umumnya mengurus sendiri ke kantor BPJS Kesehatan setempat. Namun, berdasarkan wawancara mendalam, banyak yang belum mengubah FKTP karena merasa belum perlu menggunakan layanannya. Hanya di Desa J, Kabupaten Pangkep, kartu peserta baru yang masuk ke pemdes biasanya diperiksa terlebih dahulu sebelum diserahkan kepada peserta. Jika ada kesalahan atau ketaksesuaian data, pemdes akan mengurusnya kembali ke BPJS Kesehatan.



Gambar 11. Pemanfaatan JKN untuk berobat jalan 2017–2019 (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

c) Rawat Inap

Pemanfaatan JKN untuk jenis layanan rawat inap sejak 2017 hingga 2019 relatif tidak berubah, dan persentasenya tetap tidak terlalu tinggi (Gambar 12). Keluarga miskin yang mengalami keluhan kesehatan/sakit lebih memilih mengatasinya dengan rawat jalan, bukan rawat inap. Dari wawancara mendalam dan FGD, ada dua alasan yang paling menonjol. Pertama, lokasi rumah sakit jauh dari domisili sehingga peserta JKN membutuhkan biaya yang terhitung besar untuk ukuran keluarga miskin di desa. Sebenarnya pemdes telah menyediakan ambulans desa yang bisa digunakan untuk mengantar dan menjemput pasien ke dan dari rumah sakit. Namun, tidak ditemukan informasi tentang masyarakat yang pernah mengaksesnya untuk keperluan rawat inap.

Kedua, terkait penyebab pertama, masih kuat budaya di tengah masyarakat bahwa harus ada anggota keluarga yang menemani pasien di rumah sakit. Untuk kebutuhan itu diperlukan biaya yang tidak sedikit karena keluarga harus menyediakan uang untuk kebutuhan sehari-hari dan/atau keperluan bolak-balik rumah dan rumah sakit. Akhirnya rawat inap kerap dihindari karena dianggap akan menimbulkan beban biaya bagi keluarga.

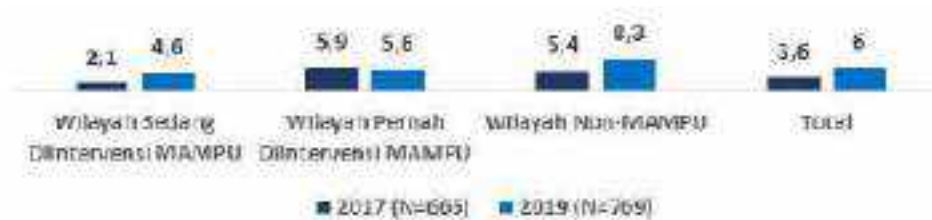


Gambar 12. Pemanfaatan JKN untuk rawat inap 2017–2019 (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

d) Imunisasi

Salah satu layanan kesehatan yang dapat diakses masyarakat tanpa menggunakan JKN adalah imunisasi. Jika dilihat pada Gambar 13, penggunaan JKN untuk imunisasi antartahun tidak berubah dan terbilang sangat rendah. Penyebabnya karena layanan tersebut bisa diakses secara gratis di posyandu ataupun poskesdes tanpa harus menggunakan kartu JKN. Imunisasi merupakan salah satu program prioritas Kementerian Kesehatan untuk melindungi anak-anak dari beberapa penyakit yang dapat menyebabkan kecacatan, bahkan kematian. Alhasil, pemerintah menyediakan imunisasi secara gratis dan bisa diakses dengan mudah melalui berbagai faskes di desa maupun puskesmas.¹³



Gambar 13. Pemanfaatan JKN untuk imunisasi 2017–2019 (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

e) Pemeriksaan Dini Kanker Serviks

Pemanfaatan JKN untuk pemeriksaan dini kanker serviks tidak berubah signifikan (Gambar 14). Pelayanan tes IVA yang disediakan puskesmas dapat diperoleh tanpa syarat kepesertaan JKN; warga yang hendak memeriksakan diri cukup membawa KTP dan KK.¹⁴ Di semua kabupaten, pemda memiliki program gratis yang dianggarkan setiap tahun. Sementara itu, di Kabupaten Cilacap dan Kabupaten Pangkep, program tes IVA gratis yang diselenggarakan mitra MAMPU ('Aisyiyah) pada 2017–2018 juga tidak mensyaratkan kepesertaan JKN.

¹³Kebijakan pemberian imunisasi secara gratis dapat dibaca di antaranya pada berita: <<https://www.kemkes.go.id/article/view/17010500004/tahun-ini-kemenkes-upayakan-tiga-vaksin-lengkapi-program-imunisasi-nasional.html>>.

¹⁴Di Kabupaten Deli Serdang, Kepala Dinkes menjelaskan bahwa ketika mengikuti tes IVA, peserta JKN memang diminta membawa kartu agar bisa direkam dan biayanya akan diklaim ke BPJS Kesehatan. Namun, jika ada yang tidak membawa kartu atau belum menjadi peserta JKN, pelayanan tetap akan diberikan dengan menggunakan dana program yang dibiayai APBD.



Gambar 14. Pemanfaatan JKN untuk pemeriksaan dini kanker serviks 2017–2019 (%)¹⁵

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

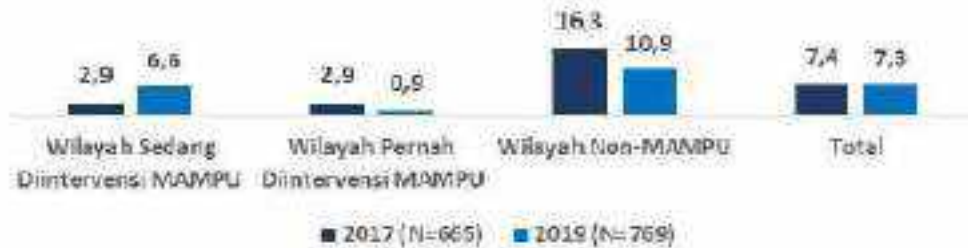
f) Kontrasepsi

Layanan kesehatan lain yang tidak memerlukan JKN adalah layanan kontrasepsi. Selain adanya program pemerintah yang tidak mensyaratkan JKN, ada banyak alternatif untuk kebutuhan kontrasepsi yang bisa dipilih keluarga miskin. Jika dilihat lebih saksama, pemanfaatan JKN untuk kebutuhan kontrasepsi relatif tidak berubah sejak 2017 sampai 2019, yakni tetap rendah (Gambar 15). Hal ini terjadi terutama di kelompok wilayah yang sedang dan tidak pernah diintervensi. Penyebabnya bisa diperinci sebagai berikut.

- (1) Di **desa-desa yang sedang diintervensi**, perempuan miskin di Desa B (Kabupaten Deli Serdang) serta Desa D dan F (Kabupaten Cilacap) tidak menggunakan JKN untuk kontrasepsi karena preferensi mereka akan layanan dan jenis kontrasepsinya. Mereka tidak berkeberatan untuk mendatangi bidan swasta, walaupun berbayar, karena mereka tidak harus antre, lokasinya dekat, waktu pelayanan longgar, konsultasi bisa lebih intens, dan mereka sudah cocok dengan jenis kontrasepsinya. Sementara itu, di Desa K (Kabupaten Pangkep), perempuan lebih memilih untuk mengakses layanan kontrasepsi di tempat praktik perawat swasta di desanya daripada harus menempuh jarak yang jauh ke faskes yang melayani JKN.
- (2) Di **desa-desa non-MAMPU** di Kabupaten TTS, perempuan tidak menggunakan kartu JKN karena:
 - (a) kuota alat kontrasepsi yang ditanggung JKN di faskes desa terbatas sehingga mereka terpaksa membayar,
 - (b) jarak ke puskesmas jauh dan ongkosnya lebih mahal daripada membayar pelayanan di desa, dan
 - (c) ada program gratis dari BKKBN yang tidak mensyaratkan kepesertaan JKN.
- (3) Pada wilayah yang **pernah diintervensi**, penggunaan JKN untuk layanan kontrasepsi cenderung menurun. Penurunan ini terjadi karena layanan di polindes berbayar. Hal ini disepakati oleh para bidan agar adil karena jatah kontrasepsi yang bisa digunakan dengan JKN sangat terbatas. Menurut salah satu bidan, “Jatah dari puskesmas tiap bulan hanya 1 kotak (20 buah), jadi kalau digratiskan malah bisa menimbulkan kecemburuan.

¹⁵Data dihitung dari perempuan berusia 15–49 tahun yang pernah hamil kemudian secara agregat pada tingkat keluarga, dengan jumlah keluarga tahun 2017 dan 2019 masing-masing 26 dan 39 keluarga.

Sebenarnya setiap bidan punya stok kontrasepsi jangka pendek, tetapi jika itu diberikan tidak bisa diklaim ke BPJS” (Bidan di Desa G, Kabupaten Kubu Raya, 20 Februari 2020). Meskipun demikian, pemakaiannya tidak berubah karena meski berbayar, harganya tidak terlalu mahal.



Gambar 15. Pemanfaatan JKN untuk kontrasepsi 2017–2019 (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

2.4 Kesimpulan dan Rekomendasi

2.4.1 Kesimpulan

a) Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Akses perempuan miskin terhadap kepesertaan JKN meningkat secara signifikan dalam dua tahun terakhir. Peningkatan terlihat terutama pada jenis kepesertaan JKN PBI. Faktor yang mendorong peningkatan ini adalah kebijakan penambahan kuota (*supply*) JKN PBI, baik dari APBN maupun APBD masing-masing daerah. Penambahan ini terjadi di wilayah yang sedang diintervensi, wilayah yang pernah diintervensi, dan wilayah non-MAMPU, dengan porsi yang berbeda-beda antardaerah.

Perubahan *supply* tersebut diikuti dengan peran para aktor di sisi *demand* yang memfasilitasi perempuan miskin untuk mengakses JKN PBI, terutama yang dibiayai APBD. Namun, aktor yang berperan dalam meningkatkan akses tersebut berbeda-beda. Di wilayah yang sedang dan pernah diintervensi, para aktivis sosial berperan besar dalam memfasilitasi pendaftaran melalui aksi kolektif. Aktivis sosial ini adalah para kader lembaga yang sedang bermitra (SPR/BITRA Indonesia) maupun yang pernah bermitra (PEKKA) dengan MAMPU dan aktivis lainnya, seperti kader BPJS Kesehatan, kader posyandu, atau pensosmas. Sementara itu, di wilayah non-MAMPU, peran tersebut hanya dijalankan oleh perangkat desa.

Jika dibandingkan antarwilayah, persentase terbesar keluarga miskin yang mendapat akses kepesertaan melalui aksi kolektif adalah mereka yang berada di wilayah yang sedang diintervensi. Hal ini membuktikan bahwa para kader mitra MAMPU, terutama mitra yang salah satu fokus pendampingannya adalah perlindungan sosial dan peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, memainkan peranan penting sebagai pemrakarsa aksi kolektif.

Meskipun demikian, dalam peningkatan tersebut tidak ditemukan perbedaan proporsi antara KKP dan KKL. Penyebabnya adalah bahwa kebijakan pemda maupun para aktor yang memfasilitasi akses kepesertaan JKN tidak membedakan perlakuan berdasarkan KKP-KKL.

Studi ini juga masih menemukan sebagian kecil keluarga miskin yang belum memiliki akses terhadap JKN. Hal ini terjadi karena kuota yang terbatas dan pemutakhiran data yang menghapus kepesertaan JKN PBI yang sebelumnya telah dimiliki. Oleh karena itu, pemda perlu memperkuat sistem pendataan untuk memastikan tidak ada keluarga miskin yang tertinggal.

Kader mitra MAMPU secara efektif memainkan peranan sebagai pemberi informasi terkait prosedur dan syarat pendaftaran peserta JKN dengan memanfaatkan kegiatan sosial perempuan yang tumbuh di desa. Di wilayah yang sedang diintervensi MAMPU, mayoritas yang tidak mengetahui syarat/prosedur juga tidak berpartisipasi dalam resiprositas dan kegiatan bersama. Demikian pula sebaliknya.

b) Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional

Peningkatan kepesertaan belum diikuti dengan peningkatan pemanfaatan. Studi ini menemukan tidak terjadinya perubahan pemanfaatan JKN dalam dua tahun terakhir. Hal ini terjadi pada setiap kelompok wilayah. Dari sisi *supply*, di antara penyebabnya adalah:

- (1) adanya program pelayanan gratis dari pemerintah yang tidak mensyaratkan kepesertaan JKN;
- (2) hambatan dalam mengakses FKTP untuk sebagian layanan JKN karena jarak yang jauh, sarana/prasarana transportasi yang kurang baik, dan jam operasional yang terbatas; dan
- (3) belum bisanya kartu JKN digunakan karena bermasalah, umumnya lantaran ketaksesuaian antara data pada kartu dan dokumen kependudukan yang dimiliki.

Pada sisi *demand*, belum optimalnya pemanfaatan JKN dipengaruhi oleh, antara lain, preferensi pribadi pemilik kartu akan layanan kesehatan yang mereka butuhkan. Ditemukan cukup banyak pemilik kartu JKN yang mengaku lebih memilih layanan swasta yang tidak menerima kartu JKN dengan alasan bahwa layanan swasta tersebut praktis, lebih dekat dari rumah, kualitasnya lebih baik, dan mereka telah terbiasa/cocok dengan layanan tersebut.

Pemanfaatan JKN oleh keluarga miskin dengan KKL lebih tinggi daripada keluarga miskin dengan KKP. Penyebabnya adalah bahwa beberapa jenis pemanfaatan JKN bagi perempuan, seperti pemeriksaan kehamilan dan layanan persalinan, lebih besar kemungkinannya untuk dimanfaatkan keluarga dengan KKL. Sementara itu, kurangnya sosialisasi menyebabkan layanan JKN bagi KKP, terutama kelompok lansia, tidak termanfaatkan secara optimal.

Belum optimalnya pemanfaatan JKN juga turut dipengaruhi fokus kerja pendampingan mitra MAMPU di tiap wilayah yang tidak spesifik pada penggunaan layanan JKN. Pada dua lokasi pendalaman, yaitu Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten Deli Serdang, pendampingan hanya terlihat pada peningkatan akses kepesertaan. Sementara itu, di Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Cilacap, mitra MAMPU yang melakukan pendampingan kesehatan lebih banyak mendorong pemanfaatan layanan yang tersedia dan membuka layanan gratis yang berlaku umum tanpa memperhitungkan penggunaan JKN.

2.4.2 Rekomendasi

- a) Pemerintah perlu melibatkan masyarakat dalam mengidentifikasi dan menyeleksi keluarga sasaran penerima JKN PBI. Keterlibatan masyarakat akan lebih kuat menjamin bahwa bantuan iuran tepat sasaran di tengah keterbatasan kuota. Pelibatan ini juga bermanfaat untuk mengantisipasi kesalahan data kepesertaan. Pelibatan masyarakat ini dapat dilakukan melalui aktivis sosial atau pendamping masyarakat yang memiliki rekam jejak bagus dalam mendampingi masyarakat miskin di daerahnya masing-masing.

- b) Para aktivis sosial atau petugas pemerintah yang melakukan pendataan perlu memanfaatkan kegiatan sosial di desa untuk menggali dan memverifikasi informasi data keluarga miskin yang layak dibantu agar bisa mengakses JKN. Studi ini menemukan bahwa kegiatan bersama (keagamaan ataupun nonkeagamaan) dan resiprositas menjadi sarana bagi perempuan untuk bertukar informasi.
- c) Pemda dan Pemerintah Pusat perlu menjalin kerja sama dalam pengintegrasian data untuk menghindari penonaktifan peserta JKN PBI yang terkesan tiba-tiba (tanpa pemberitahuan).
- d) Studi ini masih menemukan ketumpangtindihan antara layanan yang disediakan JKN dan layanan yang disediakan program pemerintah. Untuk mengoptimalkan pemanfaatan bagi yang membutuhkan, penyelarasan antarprogram mesti dilakukan. Jika kesamaan program belum bisa dihindari, perlu dibuat aturan main yang jelas dan dapat dipahami semua pihak agar layanan-layanan tersebut bisa menjangkau sasaran secara maksimal.
- e) Untuk mengatasi hambatan akses masyarakat karena kurangnya sarana/prasarana pendukung, koordinasi dan kolaborasi antarunsur pemerintah sampai tingkat terendah (desa) perlu digalakkan. Peningkatan FKTP yang selama ini dilakukan tidak akan maksimal jika akses masyarakat, terutama keluarga miskin, tidak turut diperbaiki. Lokasi yang mudah dijangkau tentu akan meningkatkan minat keluarga miskin untuk memanfaatkan kepesertaan JKN yang telah mereka miliki. Musyawarah perencanaan pembangunan (musrenbang) dapat menjadi sarana yang tepat untuk mewujudkan hal tersebut karena, melalui musrenbang, masing-masing lembaga pemerintahan dapat berbagi tugas sesuai kewenangannya.
- f) Di tingkat masyarakat, kegiatan sosial yang biasa diikuti perempuan juga perlu diperkuat fungsinya sebagai sarana sosialisasi jenis layanan kesehatan yang dapat diakses dengan menggunakan JKN. Selain itu, tanpa perlu menghilangkan karakter informalnya, kegiatan tersebut juga bisa dimanfaatkan sebagai sarana perumusan kebutuhan terkait peningkatan kualitas layanan kesehatan di desa, perbaikan akses menuju layanan di luar desa, ataupun hal lainnya terkait layanan kesehatan. Terakhir, dalam kerangka upaya ini, dibutuhkan fasilitasi oleh para aktivis sosial dan pendamping masyarakat.

III. PERLINDUNGAN KONDISI KERJA PEREMPUAN PEKERJA RUMAHAN

3.1 Pengantar

3.1.1 Latar Belakang dan Ruang Lingkup Studi

Bagian ini membahas secara lebih mendalam akses perempuan miskin terhadap peningkatan kondisi kerja, khususnya pada perempuan miskin pekerja rumahan. Isu pekerja rumahan dipilih karena pekerja rumahan rentan terhadap eksploitasi kerja. Biasanya pekerja rumahan identik dengan upah yang rendah dan jam kerja yang tinggi. Mereka juga hanya memiliki akses yang terbatas terhadap informasi dan berbagai sumber daya sehingga kurang memiliki suara dan perwakilan untuk mendapatkan kondisi kerja yang layak. Selain itu, para pekerja rumahan ditengarai memiliki akses terhadap bantuan hukum dan bantuan sosial yang sangat terbatas (Allen *et al.*, 2015). Tidak hanya itu, pekerja rumahan juga tergolong kelompok kerja perifer yang keberadaannya sangat sulit untuk dilihat sehingga tak jarang kontribusi mereka terhadap ekonomi dan masyarakat tidak dianggap penting (Mather, 2010). Pekerja rumahan juga berbeda dengan pekerja rumah tangga (PRT) ataupun anggota keluarga yang melakukan kegiatan mengurus rumah tangga, seperti mencuci dan memasak.

Di Indonesia, pekerja rumahan masih belum mendapatkan perhatian yang cukup. Hal ini ditandai dengan belum diratifikasinya Konvensi ILO No. 177 Tahun 1996 tentang pekerja rumahan.¹⁶ Akibatnya, sampai sekarang belum ada konsep dan definisi hukum yang jelas terkait pekerja rumahan di Indonesia. Meski pekerja rumahan termasuk dalam kategori pekerja, UU Ketenagakerjaan No. 13 Tahun 2003 tidak menyebutkan secara eksplisit hubungan kerja antara pekerja rumahan dan pemberi kerja sehingga tidak jarang, dalam praktiknya, pekerja rumahan di Indonesia memiliki hubungan kerja yang informal dan jauh dari jangkauan kebijakan serta program pemerintah (Fajerman, 2014). Temuan studi sebelumnya juga mengonfirmasi beberapa masalah pekerja rumahan di Indonesia yang berhubungan dengan kondisi kerja, di antaranya upah yang rendah, jam kerja yang panjang, absennya kontrak tertulis, serta minimnya perlindungan sosial tenaga kerja (Tamyis dan Warda, 2019).

Meskipun demikian, pekerja rumahan masih sangat diminati oleh angkatan kerja perempuan. Penyebabnya adalah bahwa jenis pekerjaannya fleksibel sehingga mereka dapat mengatur waktu untuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan bekerja sebagai pekerja rumahan. Argumen ini juga dipertegas oleh data Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) dari Badan Pusat Statistik (BPS) yang menunjukkan bahwa pada 2018, sebanyak 73,5% pekerja rumahan di Indonesia adalah perempuan. Mengingat besarnya keterlibatan perempuan dalam kasus pekerja rumahan di Indonesia, maka penelitian ini berfokus pada perempuan pekerja rumahan (PPR), khususnya yang berada dalam keluarga miskin, baik yang bekerja secara langsung pada pemberi kerja maupun yang bekerja melalui perantara, juga yang memiliki kontrak tertulis ataupun tidak.

¹⁶Berdasarkan dokumen ini, pekerja rumahan dapat didefinisikan sebagai orang yang bekerja dan memenuhi beberapa syarat, yaitu (i) bekerja di rumahnya atau di tempat lain pilihannya selain tempat pemberi kerja, (ii) bekerja untuk mendapatkan upah, dan (iii) menghasilkan produk atau jasa sesuai dengan permintaan pemberi kerja, terlepas dari siapa yang menyiapkan bahan, peralatan, ataupun *input* lain yang digunakan. Seseorang tidak bisa disebut sebagai pekerja rumahan jika dia mempunyai derajat otonomi serta kemandirian ekonomi yang cukup untuk dapat dikelompokkan sebagai pekerja mandiri menurut Undang-Undang (UU), peraturan, ataupun putusan pengadilan nasional setempat.

Yayasan Bina Keterampilan Pedesaan Indonesia (BITRA Indonesia) merupakan satu-satunya mitra MAMPU di lokasi studi yang memiliki program-program khusus untuk merespons permasalahan yang dihadapi pekerja rumahan. BITRA Indonesia hanya bekerja di wilayah Sumatra Utara dan, dalam konteks lokasi studi, bekerja di Desa A dan Desa B. Fokus BITRA Indonesia adalah pada pengorganisasian PPR dan peningkatan kapasitas PPR dalam bernegosiasi dengan pemberi kerja untuk meningkatkan kualitas kondisi kerjanya. Hal ini dilakukan terutama melalui fasilitasi pelatihan maupun pertemuan PPR yang tergabung dalam Serikat Pekerja Rumahan (SPR)¹⁷. Namun, berdasarkan hasil wawancara mendalam, saat ini BITRA Indonesia memprioritaskan program pengembangan ekonomi PPR melalui pengembangan usaha sebagai sumber penghasilan alternatif bagi PPR. Sementara itu, dalam hal pengorganisasian dan peningkatan kapasitas, BITRA Indonesia mulai mendorong agar PPR bisa melakukannya secara mandiri dengan pendampingan dari BITRA Indonesia.

Berdasarkan paparan di atas, Bab ini membahas lebih lanjut perubahan kondisi kerja PPR pada keluarga miskin dan peralihan kerja yang terjadi pada PPR pada rentang waktu 2017–2019. Selain memberikan gambaran umum tentang PPR, studi ini juga menggali aktor dan faktor yang dapat memengaruhi kondisi serta peralihan kerja yang dialami PPR di wilayah studi.

3.1.2 Metodologi

a) Definisi dalam Studi

Pada studi ini, terdapat pembagian klasifikasi wilayah berdasarkan ketersediaan mitra MAMPU yang berfokus pada kondisi kerja PPR. Mitra MAMPU yang berfokus pada isu-isu peningkatan kondisi kerja PPR hanya ada di Kabupaten Deli Serdang. Mitra MAMPU yang berada di Kabupaten Deli Serdang juga melakukan advokasi hingga tingkat kabupaten. Oleh karena itu, seluruh desa studi di Kabupaten Deli Serdang kemudian dikategorikan sebagai wilayah MAMPU. Untuk wilayah studi yang tidak memiliki mitra MAMPU dengan fokus pada peningkatan kondisi kerja PPR (Kabupaten Pangkep, Kabupaten Cilacap, Kabupaten Kubu Raya, dan Kabupaten Timor Tengah Selatan atau TTS), seluruh desa studinya akan dikelompokkan sebagai wilayah non-MAMPU. Dalam studi ini, Kabupaten Deli Serdang dan Kabupaten Pangkep terpilih sebagai lokasi pendalaman penelusuran proses (*process tracing*) karena keduanya memiliki jumlah penurunan PPR paling tinggi. PPR yang dimaksud dalam studi ini hanya berasal dari keluarga miskin.

Definisi PPR dalam studi ini mengacu pada definisi BPS tentang pekerja berbasis rumahan¹⁸ dan konvensi ILO No. 177 Tahun 1996 dengan sedikit penyesuaian. Beberapa poin penting yang menjadi landasan dalam definisi PPR pada studi ini adalah:

- (1) perempuan dari keluarga miskin berusia lebih dari lima tahun yang bekerja/membantu bekerja untuk memperoleh penghasilan setidaknya satu jam selama seminggu terakhir; atau
- (2) perempuan dari keluarga miskin berusia lebih dari lima tahun yang memiliki pekerjaan dalam satu bulan terakhir, tetapi tidak sedang bekerja dalam seminggu terakhir;

¹⁷SPR yang dimaksud adalah bagian dari SPR Sumatra Utara. SPR digadang-gadang sebagai serikat pekerja rumahan pertama di Indonesia dan dibentuk untuk berperan sebagai wadah pengorganisasian, pemberdayaan, dan perjuangan untuk kondisi kerja yang layak dan keadilan hak (Bina Keterampilan Pedesaan Indonesia, 2015).

¹⁸Sejak 2016, Sakernas menambahkan beberapa pertanyaan baru terkait isu ketenagakerjaan, termasuk pekerja berbasis rumahan. Pekerja berbasis rumahan dalam Sakernas diidentifikasi melalui pertanyaan sistem pembayaran/pengupahan pada buruh/karyawan/pegawai/pekerja bebas serta melalui lokasi tempat kerja.

- (3) kedudukan status kerjanya adalah sebagai buruh, pegawai, karyawan, atau pekerja bebas; dan
- (4) lokasi kerjanya bukan di tempat pemberi kerja ataupun tempat yang disediakan pemberi kerja, melainkan di rumah sendiri atau di rumah keluarga/teman/tetangga/ketua kelompok.

Definisi perlindungan sosial tenaga kerja dalam studi ini mencakup jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun. Keempat perlindungan sosial tenaga kerja ini mengacu pada Peraturan Pemerintah (PP) No. 44 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian, PP No. 45 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pensiun, dan PP No. 46 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Hari Tua. Pada ketiga PP disebutkan bahwa keempat perlindungan sosial tenaga kerja menjadi tanggung jawab pemberi kerja untuk mendaftarkan setiap pekerjanya ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (BPJS-TK). Apabila pemberi kerja terbukti lalai mendaftarkan pekerjanya, mereka harus menanggung risikonya, yaitu memberikan hak-hak pekerja sesuai dengan ketentuan dalam PP di atas.

b) Profil Perempuan Miskin Pekerja Rumahan

Pengumpulan data kuantitatif dilakukan pada 1.732 keluarga miskin pada 2019 dan berhasil mendata 3.179 orang perempuan. Dari semua perempuan yang berhasil didata, 2.612 orang termasuk dalam kategori bekerja dan hanya 33 di antaranya teridentifikasi sebagai PPR. Dari 33 PPR tersebut, 28 orang bekerja sebagai PPR pada pekerjaan utama dan 5 orang bekerja sebagai PPR pada pekerjaan sampingan. Selanjutnya, hasil survei juga menunjukkan bahwa PPR paling banyak ditemui di Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Cilacap seperti terlihat pada Gambar 17.

Secara umum, PPR pada pendataan tahun 2019 paling banyak ditemukan pada rentang usia 31–65 tahun (87,9%), yaitu pada kelompok usia dewasa yang masih tergolong produktif untuk bekerja. Selain itu, mereka juga memiliki tingkat pendidikan yang rendah—ditandai dengan tingginya proporsi PPR dengan pendidikan terakhir sekolah dasar (SD)/sederajat dan tidak tamat SD (75,7%). Kemudian, karena kebanyakan PPR berada pada rentang usia dewasa, mayoritas mereka memiliki berstatus pernikahan menikah dan cerai mati (84,8%). Tidak hanya itu, berdasarkan hasil survei yang dilakukan tim peneliti kuantitatif, semua PPR (100%) bekerja di sektor industri pengolahan. Hal ini dapat dilihat lebih jelas pada Gambar 16 .



Gambar 16. Gambaran umum PPR pada studi 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Jenis pekerjaan PPR di wilayah studi bervariasi. Beberapa contohnya adalah, antara lain, mengupas mete, menjahit jok bayi, melipat kertas sembahyang, menjahit dompet, mengupas bawang, memegang rambut palsu, dan menganyam atap. Informasi lebih lengkap mengenai jenis pekerjaan PPR yang ditemukan dalam studi ini dapat dilihat pada Tabel A7 di bagian Lampiran.

3.2 Kondisi Kerja Perempuan Pekerja Rumahan

3.2.1 Perubahan Kondisi Kerja Perempuan Pekerja Rumahan

Pada 2017, terdapat 79 PPR dari keluarga miskin yang tersebar di 5 wilayah studi. Jumlah ini tentunya lebih banyak jika dibandingkan dengan jumlah PPR pada 2019. Pada Gambar 17 terlihat bahwa penurunan terbanyak jumlah PPR terjadi di Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Deli Serdang. Penurunan jumlah PPR yang terjadi pada 2019 berkaitan erat dengan poin peralihan kerja yang akan dibahas pada Subbab 3.3 (Peralihan Kerja Perempuan Pekerja). Bagian selanjutnya membahas perubahan kondisi kerja dan perlindungan sosial tenaga kerja pada PPR pada 2017 dan 2019. Setelah itu, kondisi kerja PPR di wilayah MAMPU dan wilayah non-MAMPU dibandingkan untuk melihat perbedaan kondisi PPR pada dua jenis wilayah tersebut.

Berdasarkan temuan kuantitatif, tidak banyak perubahan kondisi PPR yang terdeteksi dari tes melalui uji statistik sederhana. Hal ini terkonfirmasi dengan tidak ditemukannya bukti perbedaan rerata jam kerja, proporsi upah per bulan, dan kontrak kerja. PPR pada kedua titik tahun masih bekerja lebih dari 30 jam/minggu secara rata-rata dengan upah kurang dari Rp500.000/bulan dan tanpa kontrak kerja. Data kuantitatif juga menunjukkan adanya penurunan jumlah PPR yang melakukan negosiasi dengan pemberi kerja dan jumlah PPR yang mendapatkan fasilitas kerja.¹⁹ Perbandingan kondisi kerja PPR dapat dilihat secara lebih jelas pada Gambar A8 di bagian Lampiran.



Gambar 17. Jumlah PPR menurut wilayah studi 2017 dan 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Hal senada juga ditemukan terkait masalah perlindungan tenaga kerja karena umumnya PPR dalam studi ini tidak mendapatkan fasilitas perlindungan tenaga kerja sebagaimana disebutkan

¹⁹ Meski terjadi penurunan proporsi PPR yang mendapat fasilitas kerja, temuan kualitatif menunjukkan adanya peningkatan jumlah THR atau jumlah botol sirup pada saat hari raya di Kabupaten Deli Serdang bagi PPR yang mendapatkan fasilitas kerja tersebut.

pada Subbab 3.1.2 (Definisi dalam Studi). Pada 2017, hanya satu orang PPR yang mendapatkan fasilitas perlindungan tenaga kerja, yaitu fasilitas jaminan kecelakaan kerja, dari pemberi kerjanya. Sementara itu, pada 2019, berdasarkan hasil survei, tidak ada responden yang memiliki perlindungan ketenagakerjaan, baik formal (BPJS-TK) maupun nonformal (perlindungan dari kecelakaan kerja yang disediakan pemberi kerja). Dalam hal ini, berdasarkan hasil wawancara mendalam dan FGD, PPR masih beranggapan bahwa meminta fasilitas perlindungan ketika bekerja pada pemberi kerja merupakan sesuatu yang berlebihan—padahal, masalah kecelakaan dan penyakit akibat kerja adalah permasalahan yang paling banyak disebutkan PPR dalam FGD.

Di sisi lain, berdasarkan hasil wawancara mendalam dan FGD, terdapat beberapa perubahan konteks pekerjaan PPR²⁰ yang hanya memengaruhi kondisi kerja secara tidak langsung. Perubahan tersebut terjadi pada upah per satuan produksi, jumlah uang/barang dalam tunjangan hari raya (THR) yang diterima, dan jenis barang yang diproduksi PPR. Sebagai contoh, terdapat peningkatan upah per satuan produksi di Kabupaten Deli Serdang dan Kabupaten Pangkep. Di Kabupaten Pangkep, ditemukan peningkatan upah dari Rp2.000–Rp2.500 per kilogram menjadi Rp3.000 per kg. Selain itu, terdapat juga sedikit perubahan jenis barang yang diproduksi di Kabupaten Pangkep yang berpengaruh terhadap waktu kerja karena prosesnya lebih sulit. Namun, perubahan konteks pekerjaan PPR tersebut hanya memberikan pengaruh kecil pada kondisi kerja secara umum. Hal itu terlihat dari minimnya perubahan pada data kuantitatif yang akan dijelaskan secara lebih mendalam pada Subbab 3.2.2 (Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Kondisi Kerja).

Jika dilihat dari lokasinya, yaitu wilayah MAMPU dan wilayah non-MAMPU pada 2019, temuan kuantitatif menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kondisi kerja. Di sisi lain, secara kualitatif, ditemukan beberapa upaya PPR untuk memengaruhi kondisi tersebut, terutama di wilayah MAMPU. Upaya PPR yang ditemukan berdasarkan FGD dan wawancara mendalam ini merujuk pada negosiasi yang terutama dilakukan oleh PPR di wilayah MAMPU.

PPR di wilayah MAMPU dapat melakukan negosiasi dengan pemberi kerja, baik secara kolektif, perwakilan, maupun perorangan. Salah satu contoh negosiasi yang terdeteksi adalah aksi mogok kerja. Hal ini dapat terjadi karena PPR di wilayah MAMPU bisa berkoordinasi dan bertukar informasi terkait masalah dan pelaksanaan negosiasi dengan pemberi kerja. Koordinasi dan pertukaran informasi antar-PPR tersebut terfasilitasi terutama melalui pertemuan rutin anggota SPR yang diadakan oleh BITRA Indonesia. Melalui pertemuan tersebut, PPR (anggota SPR) memperoleh berbagai materi yang mencakup pengetahuan mengenai teknik negosiasi dan hak-hak pekerja rumahan. Dengan adanya wadah SPR, PPR bisa berkomunikasi dengan lebih terbuka terkait negosiasi dengan pemberi kerja. Selain itu, PPR di wilayah studi MAMPU juga terlibat dalam advokasi rancangan peraturan daerah (ranperda) provinsi tentang perlindungan pekerja rumahan yang sampai saat ini pembahasannya masih menggantung di Kementerian Dalam Negeri. BITRA Indonesia memfasilitasi pelibatan tersebut dan mendorong agar SPR menjadi pihak yang lebih aktif dalam proses advokasi, sementara BITRA Indonesia mulai mengurangi peranannya. Oleh karena itu, PPR di wilayah MAMPU pada akhirnya memiliki kemampuan dan keberanian yang lebih besar untuk bernegosiasi.

Kondisi kerja yang secara umum cenderung mengalami stagnasi dapat dikatakan merupakan efek dua karakteristik pekerjaan rumahan, yaitu *informality* dan *invisibility*. Efek tersebut lebih kuat terdeteksi terutama pada PPR miskin yang menggantungkan penghasilannya hanya pada

²⁰Kondisi kerja mengacu pada komponen jumlah upah yang diterima, beban kerja, dan jenis fasilitas kerja yang secara langsung memengaruhi kondisi PPR ketika bekerja. Konteks kerja mengacu pada komponen lain yang secara tidak langsung bisa memengaruhi kondisi kerja, tetapi tidak serta-merta mengubah kondisi PPR dalam bekerja, seperti upah per satuan produksi dan jenis bahan produksi yang perlu dikerjakan.

pekerjaan rumahan. *Informality* dan *invisibility* membuat kondisi kerja PPR cenderung tak terlindungi. Hal ini terjadi karena para pekerja rumahan bukan hanya tidak termasuk dalam kategori pekerjaan formal (*informality*), tetapi umumnya juga masih dianggap berbeda dengan pekerja, misalnya pekerja pabrik (*invisibility*). "... *pengennya* punya hak yang sama *kaya* pekerja pabrik, ada THR, ada kenaikan upah, jaminan kesehatan, tetapi kerja di kampung ya *ga* mungkin..." (Peserta FGD di Desa D, Kabupaten Cilacap, 15 Februari 2020). Kutipan tersebut menggambarkan bahwa PPR sendiri pun sering kali tidak menempatkan dirinya sama seperti pekerja pabrik, walaupun mereka mengerjakan aktivitas yang sama. Kecenderungan stagnasi ini senada dengan temuan di negara-negara lain menurut beberapa literatur yang menggambarkan minimnya kondisi kerja pekerja rumahan, seperti di Argentina (Burchielli, Delaney, dan Goren, 2014), Turki (Tartanoğlu, 2018), Pakistan (Naz, 2017), dan India (Delaney, Burchielli, dan Connor, 2015).

3.2.2 Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Kondisi Kerja

a) Faktor yang Memengaruhi Kondisi Kerja

Tim kualitatif menemukan beberapa jenis perubahan, di antaranya upah per satuan produksi, jumlah uang/barang dalam THR, dan jenis barang yang diproduksi, meskipun hal-hal tersebut tidak berpengaruh secara langsung terhadap kondisi kerja PPR. Dalam hal ini, ada indikasi alasan yang berbeda mengenai tidak berpengaruhnya perubahan tersebut terhadap kondisi kerja secara umum²¹ antara wilayah MAMPU dan wilayah non-MAMPU. Ditemukan pula bahwa penyebab perubahan tersebut berbeda antara wilayah MAMPU dan wilayah non-MAMPU. Di wilayah MAMPU, perubahan didorong oleh PPR, terutama melalui negosiasi dengan pemberi kerja, tetapi cenderung masih terpusat pada sebagian PPR sehingga perubahan kondisi secara umum tidak tertangkap. Di wilayah non-MAMPU, perubahan didorong oleh keputusan pemberi kerja tanpa pengaruh dari sisi PPR. Hal ini akan dijelaskan lebih jauh pada paragraf selanjutnya.

Pertama, berdasarkan hasil wawancara mendalam dan FGD, upaya untuk melakukan negosiasi cenderung lebih banyak ditemukan di wilayah MAMPU dan, dalam beberapa kasus, memang membuahkan hasil. Saat ini, negosiasi di Desa A lebih umum dilakukan secara berkelompok oleh PPR anggota SPR atau diwakili oleh satu anggota SPR. Sementara itu, di Desa B, negosiasi lebih banyak dilakukan secara individual (terutama oleh anggota SPR), walaupun sebelumnya cenderung dilakukan secara berkelompok juga. Sebagai contoh, di Desa A, pekerja penjahit jok bayi pernah berhasil mendapatkan kenaikan upah dari Rp14.000²² menjadi Rp15.000 per lusin melalui negosiasi dengan orang kepercayaan pemilik usaha karena adanya kenaikan harga benang dan tarif listrik. Di Desa B, menurut hasil FGD, PPR saat ini lebih berfokus pada advokasi ranperda sehingga negosiasi dengan pemberi kerja diserahkan kepada masing-masing pekerja.

Di sisi lain, perubahan konteks tersebut tidak serta-merta mengubah kondisi kerja PPR secara umum karena masih adanya keterpusatan pengetahuan dan kemampuan negosiasi PPR anggota SPR.²³ Tidak terdeteksinya perubahan kondisi kerja secara umum (berdasarkan temuan kuantitatif) mengindikasikan bahwa keterpusatan pengetahuan dan kemampuan negosiasi–

²¹Kondisi kerja yang dimaksud kembali mengacu pada empat komponen utama yang telah dibahas, yaitu upah yang diterima PPR, waktu kerja, fasilitas kerja, dan kontrak kerja.

²²Berdasarkan informasi yang ditemukan pada saat studi *midline* 2017.

²³Dari jumlah keseluruhan 545 anggota SPR di Kabupaten Deli Serdang, terdapat 60 orang anggota di Desa A dan 25 orang di Desa B. Persentase jumlah anggota SPR terhadap jumlah keseluruhan PPR tidak berhasil didapatkan, tetapi di Desa B sendiri ditemukan bahwa jumlah anggotanya mengalami penyusutan dari 50 menjadi 25 orang selama 3 tahun terakhir.

sebagai determinan yang memengaruhi konteks kerja–tidak memadai untuk menghasilkan efek riak (*ripple effect*) yang signifikan. Dengan kata lain, pengetahuan dan kemampuan tersebut masih belum cukup luas menyebar ke PPR secara umum sehingga perubahan hanya terjadi pada sebagian PPR dalam jumlah yang belum signifikan. Hal ini tecermin dari, antara lain, jumlah penghasilan PPR per bulan yang, berdasarkan temuan kuantitatif, secara umum cenderung mengalami stagnasi. Berdasarkan pengalaman di Desa A dan Desa B, negosiasi bisa dilakukan PPR ketika PPR setidaknya telah mengetahui haknya serta cara untuk melakukan negosiasi, dan mereka terorganisasi atau terhubung dengan PPR lain yang memiliki kepentingan yang sama. Hal-hal tersebut lebih banyak dimiliki PPR anggota SPR karena telah mendapatkan pembekalan atau informasi langsung dari BITRA Indonesia. Sementara itu, PPR yang bukan anggota SPR tidak selalu mendapatkan informasi tersebut. Di Desa B, alih pengetahuan dan dorongan untuk negosiasi dilakukan kepada PPR nonanggota SPR hanya jika diketahui ada yang upahnya lebih rendah daripada upah PPR anggota SPR.

Pekerja [rumahan] yang tidak ikut SPR, jika diketahui oleh anggota SPR harga upah jahitnya rendah, disarankan untuk minta *nego* dengan *touke*-nya supaya upah kerjanya sama dengan yang lain. (Peserta FGD, Desa B, Deli Serdang, 17 Februari 2020)

Kecilnya dampak juga dapat dikatakan sebagai penyebab adanya cerita upaya perubahan sebelumnya yang menjadi tak teridentifikasi.²⁴ Salah satu cerita ini adalah upaya pengoordinasian pendaftaran kolektif BPJS Ketenagakerjaan pada 2018 di Desa B. Ketika itu BITRA Indonesia memanfaatkan program Gubernur Sumatra Utara²⁵ yang membuka kesempatan bagi 2.000 pekerja untuk mendapatkan kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan yang disubsidi selama tiga bulan pertama. Dari program tersebut, PPR anggota SPR di Desa B memang pada awalnya mendapat jaminan perlindungan kerja dari BPJS Ketenagakerjaan, tetapi, karena adanya kendala iuran pascasubsidi, akhirnya kepesertaan Jamsostek-nya pun tidak aktif lagi.

Kedua, berdasarkan hasil FGD di wilayah non-MAMPU, salah satu kabupaten, yaitu Pangkep, mengalami perubahan upah per satuan produksi yang disebabkan oleh perubahan pemasok bahan baku. PPR tidak mengetahui apa yang menyebabkan bergantinya pemasok, tetapi, setelah pergantian tersebut, ada perubahan jenis bahan baku yang diproduksi dan upah per satuan produksi. Jenis bahan baku yang baru cenderung lebih sulit diolah sehingga mungkin hal itu menjadi penyebab dinaikkannya upah per satuan produksi oleh pemberi kerja.

Dalam konteks ini, di Kabupaten Pangkep, tidak adanya bukti perubahan secara statistik, terutama dalam hal penghasilan per bulan, terindikasi dari tingkat kesulitan pekerjaan yang bertambah sehingga membutuhkan waktu pengerjaan yang lebih lama. Pertimbangan lainnya adalah bahwa hanya di Kabupaten Pangkep ditemukan adanya perubahan upah per satuan produksi. “Biasa dikerja 7 kg hingga 9 kg, turun jadi 4 kg ... Dulu, tidak susah karena di-oven” (Peserta FGD, Desa L, Kabupaten Pangkep, 20 Februari 2020). Sebagaimana tergambar pada kutipan tersebut, naiknya tingkat kesulitan produksi mete menyebabkan bertambahnya waktu yang dibutuhkan untuk mengerjakan bahan produksi dengan kuantitas yang sama seperti sebelumnya. PPR biasanya dibayar setelah menyerahkan kepada perantara bahan produksi yang telah dikerjakan sesuai dengan jumlah yang diambil dari perantara, misalnya satu karung. Dengan bertambahnya jumlah hari yang dibutuhkan untuk menyelesaikan target tersebut, jeda hari antarpembayaran yang diterima PPR makin bertambah, dari yang semula bisa diselesaikan dalam tiga hari bisa menjadi minimal lima hari. Sebagai akibatnya, penghasilan PPR dalam satu bulan mungkin tetap tak bertambah, walaupun upah per satuan produksinya bertambah.

²⁴Selain juga dipengaruhi oleh keterbatasan jumlah responden survei.

²⁵Program GN Lingkungan dari Gubernur Sumatra Utara yang didanai oleh dana CSR Bank Sumatra Utara.

Di sisi lain, perubahan cenderung tidak terjadi di desa-desa non-MAMPU di kabupaten lain, terutama karena tidak ada perubahan dari pemberi kerja dan minimnya dorongan dari PPR. Minimnya dorongan dari PPR lebih banyak disebabkan oleh ketaktahuan PPR akan haknya dan persepsi risiko yang diasosiasikan dengan negosiasi, misalnya risiko dipecat.

... karena kita juga butuh *si*, Bu, jadi *ga* berani nuntut macem-macem. Kita dikasi pekerjaan *aja udah* seneng.... (Peserta FGD, Citepus, Cilacap, 15 Februari 2020)

... sebenarnya kami menginginkan ada kenaikan upah *nyucuk* atap, tetapi kembali kepada Bos, kalau harga jual atap yang didapat Bos tidak ada kenaikan, kami pun tidak bisa memaksa Bos naikkan upah kerja kami... . (Peserta FGD, Desa H, Kubu Raya, 15 Februari 2020)

b) Aktor yang Memengaruhi Kondisi Kerja

Pada wilayah studi MAMPU, terdapat tiga aktor yang berpengaruh terhadap kondisi kerja PPR, yaitu BITRA Indonesia, rekan sesama PPR, dan pemberi kerja²⁶. BITRA Indonesia memiliki peranan krusial dalam memberikan informasi mengenai hak pekerja rumahan dan meningkatkan kemampuan negosiasi PPR. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan BITRA Indonesia, setelah 2017, BITRA Indonesia makin mendorong kemandirian PPR anggota SPR untuk saling memberdayakan dan bernegosiasi setelah melihat adanya perkembangan kapasitas jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Hal ini terlihat dari, antara lain, inisiatif Sekolah Peningkatan Kapasitas Bitra Indonesia yang salah satu materinya adalah negosiasi. Pemberian materi dari sekolah tersebut difasilitasi PPR anggota SPR yang sudah terlebih dahulu dilatih untuk bisa mengajarkannya kepada PPR lain, dan BITRA Indonesia hanya berperan dalam mengawasi. Dengan demikian, kemampuan negosiasi PPR anggota SPR memang didorong oleh inisiatif-inisiatif BITRA Indonesia.

Berikutnya, rekan sesama PPR merujuk pada pekerja yang biasanya memiliki otoritas atau posisi tertentu, misalnya anggota pengurus SPR. Sebagaimana terlihat pada kemandirian yang telah didorong oleh BITRA Indonesia, sesama PPR juga berkontribusi, misalnya dalam sirkulasi informasi mengenai negosiasi, dan menjadi rujukan ketika akan melakukan negosiasi.

Terakhir, pemberi kerja memiliki peranan krusial karena mereka menjadi penentu dalam perubahan kondisi kerja, baik karena adanya tekanan dari PPR maupun karena kebijakan mereka sendiri. Interaksi antara aktor tersebut dengan faktor yang telah disebutkan tadi terlihat secara umum pada Gambar 18 negosiasi menjadi faktor yang memengaruhi secara langsung, dan negosiasi pun dipengaruhi oleh BITRA Indonesia.

²⁶Pemberi kerja yang dimaksud dalam studi ini bisa berupa perantara/penyalur maupun pemilik usaha.



Gambar 18. Proses (faktor-aktor) yang memengaruhi konteks pekerjaan PPR

Sumber: Hasil FGD.

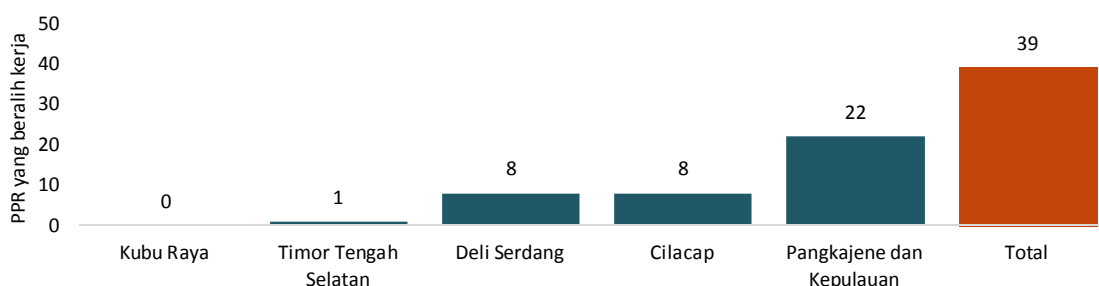
Di wilayah non-MAMPU, aktor yang berpengaruh terutama adalah pemberi kerja. Sama seperti sebelumnya, pemberi kerja memiliki peranan krusial karena menjadi penentu mengenai kondisi kerja PPR. Meski demikian, dalam praktiknya, perubahan kebijakan pemberi kerja dapat disebabkan oleh dorongan pihak luar, selain atas kesadarannya sendiri. Di sisi lain, ada juga PPR yang difungsikan atau berperan sebagai ketua kelompok²⁷. Ketua kelompok ini adalah orang yang paling bisa dipercaya oleh PPR dalam hubungannya dengan pemberi kerja. Hal ini berbeda dengan situasi di wilayah MAMPU yang lebih dipengaruhi kepengurusan PPR di SPR. PPR dalam peranan ini di wilayah non-MAMPU hanya dilihat sebagai aktor yang berpotensi memengaruhi kondisi kerja PPR, walaupun peranan untuk mengubah kondisi kerja tersebut belum dilakukan. Dengan demikian, proses yang terjadi di wilayah non-MAMPU, seperti terlihat pada Gambar 18, sedikit berbeda dengan proses di wilayah MAMPU. Terdapat alur yang cukup sederhana sebagaimana halnya mayoritas wilayah non-MAMPU yang juga tidak mengalami perubahan jika dibandingkan dengan situasi pada saat studi *midline*, baik dalam hal penghasilan, waktu kerja, fasilitas kerja, ataupun layanan perlindungan ketika bekerja.

3.3 Peralihan Kerja Perempuan Pekerja Rumahan

Hasil survei menunjukkan bahwa terdapat 62 PPR dari keluarga miskin pada 2017 yang sudah tidak lagi menjadi PPR pada 2019. Dari 62 PPR tersebut, 39 orang (62,1%) beralih kerja, sedangkan 23 lainnya (37,1%) memilih untuk tidak melakukan aktivitas kerja. PPR yang beralih kerja dalam studi ini adalah perempuan yang pada 2017 bekerja sebagai pekerja rumahan dan pada 2019 masih bekerja, tetapi tidak lagi sebagai pekerja rumahan. Dari 39 orang tersebut, teridentifikasi beragam pekerjaan yang bisa dikelompokkan menjadi beberapa status kerja. Komposisi 39 PPR ini adalah (i) 12 PPR teridentifikasi bekerja sebagai pengusaha (wirausaha), (ii) 6 PPR sebagai pekerja keluarga, dan (iii) 21 PPR bekerja sebagai buruh/karyawan/pegawai. Adapun jumlah PPR yang melakukan peralihan kerja menurut wilayah studi, keterangannya dapat dilihat pada Gambar 18.

²⁷Kelompok dalam konteks ini lebih merujuk pada pembagian bahan produksi per kelompok dari perantara atau pemilik usaha untuk kepentingan pembayaran atau koordinasi pengumpulan hasil pekerjaan masing-masing PPR. Kelompok tidak merujuk pada suatu bentuk pengorganisasian seperti halnya di wilayah MAMPU.

Senada dengan temuan survei, hasil wawancara mendalam dan FGD menunjukkan bahwa tren peralihan kerja PPR ke pekerjaan lain terjadi terutama di Kabupaten Pangkep dan sebagian kecil di Kabupaten Deli Serdang dan Kabupaten Cilacap. Berdasarkan wawancara mendalam dan FGD di Kabupaten Pangkep, terdapat tren penurunan pasokan mete di ketiga desa studi. Penurunan ini menyebabkan makin berkurangnya mete yang dapat dikerjakan oleh PPR, bahkan menyebabkan sebagian PPR tidak bisa bekerja. Tren tersebut akhirnya mendorong PPR untuk beralih kerja ke pekerjaan lain yang ketika itu bisa menampung banyak tenaga kerja dan menawarkan upah yang cenderung lebih tinggi daripada upah pengolahan mete, tetapi dengan adanya *opportunity cost* pada aspek lain. Hal ini dibahas secara lebih mendalam pada Subbab 3.3.2 (Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Peralihan Kerja PPR).



Gambar 19. Distribusi peralihan kerja PPR di lima kabupaten studi

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Sebagai catatan, peralihan kerja PPR di Kabupaten Cilacap cenderung bersifat sementara, dan peralihan penuh hanya ditemukan di Kabupaten Deli Serdang dan Kabupaten Pangkep. Sementara itu, di kabupaten lain, peneliti tidak menemukan peralihan kerja. Berdasarkan FGD di Desa E (Kabupaten Cilacap), peralihan kerja hanya bersifat sementara dan dipengaruhi musim tani. Dalam hal ini, sebagian PPR akan beralih ke pekerjaan pertanian, khususnya menjadi buruh tani pada musim tanam atau panen. Di luar itu, tidak ada kecenderungan peralihan kerja PPR secara permanen. Di Kabupaten Pangkep, PPR lebih banyak ditemukan beralih kerja menjadi pekerja pengupasan kepiting yang berlokasi di sekitar desa studi. Sementara itu, di Kabupaten Deli Serdang, peralihan PPR cenderung lebih beragam, seperti menjadi pekerja pabrik atau pekerja domestik. Oleh karena itu, analisis penelusuran proses (*process tracing*) pada Subbab 3.3.2 (Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Kondisi Kerja) difokuskan pada konteks Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Deli Serdang.

3.3.1 Perubahan Kondisi Kerja PPR yang Telah Beralih Kerja

Selaras dengan pembahasan pada Subbab 3.2.1 (Perubahan Kondisi Kerja Perempuan Pekerja Rumahan), kondisi kerja PPR yang telah beralih kerja difokuskan pada komponen upah, waktu kerja, dan layanan perlindungan dalam bekerja. Pembahasan akan langsung difokuskan pada konteks wilayah MAMPU dan wilayah non-MAMPU. Secara keseluruhan, terdapat perubahan pada komponen upah dan waktu kerja, sedangkan dalam layanan perlindungan, tidak ditemukan perubahan. Hal ini dibahas secara lebih mendalam pada paragraf-paragraf berikutnya.

Pertama, terdapat indikasi peningkatan upah pada PPR yang beralih kerja, tetapi hal ini hanya ditemukan di wilayah non-MAMPU, tepatnya di Kabupaten Pangkep. Seperti terlihat pada Tabel A7 di bagian Lampiran, terdapat penurunan persentase perempuan yang memiliki upah di bawah Rp500.000 per bulan. Berdasarkan wawancara mendalam dan FGD, PPR yang beralih kerja di

beberapa lokasi non-MAMPU cenderung mendapatkan upah dengan nominal lebih tinggi daripada upah ketika menjadi PPR. Nominal upah yang lebih tinggi terutama ditemukan di Kabupaten Pangkep karena mayoritas PPR beralih menjadi pekerja pengupas keping yang upahnya bisa mencapai Rp200.000–Rp300.000 per minggu.

Kedua, terjadi penurunan durasi kerja di lokasi MAMPU yang diindikasikan oleh waktu kerja sebagai pekerja mandiri maupun buruh pabrik yang cenderung lebih singkat. Beberapa PPR yang beralih menjadi pekerja mandiri biasanya bekerja dengan waktu yang cenderung lebih singkat daripada waktu kerja ketika menjadi PPR. Sebagai pekerja rumahan, PPR sering kali harus bekerja melewati jam kerja normal untuk mengejar target produksi. Untuk sebagian besar pekerjaan rumahan di lokasi MAMPU, hal ini sudah disepakati sejak awal. Karena itu, jam kerja mereka ketika beralih menjadi pekerja, seperti buruh pabrik atau pekerja bebas, bisa menjadi lebih singkat daripada jam kerja ketika mereka menjadi PPR.

Ketiga, terkait layanan perlindungan dalam bekerja, temuan kuantitatif menunjukkan bahwa tetap tidak ada PPR yang memiliki perlindungan setelah beralih kerja, baik di lokasi MAMPU maupun lokasi non-MAMPU. Analisis kualitatif juga menunjukkan bahwa PPR yang beralih menjadi pekerja tetap tidak mendapatkan perlindungan ketenagakerjaan, sekalipun mereka beralih menjadi pekerja pabrik. Berdasarkan wawancara mendalam dan FGD, mayoritas PPR beralih kerja menjadi pekerja yang tidak memiliki kontrak kerja formal, seperti buruh lepas. Untuk itu, dalam konteks perlindungan ketenagakerjaan, PPR yang beralih kerja cenderung tidak mengalami perubahan kondisi.

Dari sisi perilaku, PPR yang beralih kerja juga tetap tidak memprioritaskan perlindungan ketenagakerjaan karena kondisi pekerjaan dan keterbatasan sumber daya sehingga upaya untuk mengaksessnya pun rendah. Dengan kondisi pekerjaan yang upahnya masih cenderung rendah dan adanya kebutuhan untuk menangani urusan domestik, PPR yang beralih kerja lebih memperhatikan kondisi upah dan beban kerja. Hal ini tidak terlepas dari terbatasnya sumber daya yang dimiliki atau dapat diakses oleh PPR, seperti tingkat pendidikan, modal finansial, dan usia. Kondisi tersebut menyebabkan PPR tidak memiliki banyak pilihan dalam beralih kerja, khususnya jenis-jenis pekerjaan yang menyediakan akses ke perlindungan dalam bekerja, baik yang formal melalui BPJS-TK maupun bentuk lainnya yang bisa disediakan pemberi kerja.

Tidak berubahnya kondisi kerja PPR dipengaruhi oleh konteks bahwa responden ketika menjadi PPR, maupun ketika beralih, tidak keluar dari ekonomi informal sehingga menjadi rentan untuk tak memiliki perlindungan selama bekerja.²⁸ Tidak terlindunginya pekerja dalam ekonomi informal senada dengan temuan dalam berbagai literatur yang menunjukkan bahwa umumnya pekerja informal berada pada situasi rentan karena minimnya perlindungan (Charmes, 2012; Chen, 2012; Lund, 2012; Alfars, Lund, dan Moussié, 2017). Ketika menjadi PPR, responden berada di rantai produksi paling bawah tanpa kontrak kerja dan status hukum, sementara ketika beralih menjadi buruh, responden hanya berganti rantai produksi tanpa berubahnya posisi dalam formalitas ketenagakerjaan. Hal ini yang menempatkan perempuan dalam studi ini sulit untuk mengakses kerja layak (*decent work*).

²⁸Ada beragam definisi ekonomi informal yang dapat mencakup sektor informal dan tenaga kerja informal. Dalam konteks ketenagakerjaan, ekonomi informal umumnya merujuk pada pekerjaan tanpa kontrak formal/legal dan perlindungan sosial (Charmes, 2009; Kidd dan Damerau, 2016).

3.3.2 Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Peralihan Kerja PPR

Secara umum, terdapat tiga hal yang menghambat peralihan kerja PPR, terutama pada jenis pekerjaan yang memiliki kondisi kerja layak, yaitu sumber daya manusia (terutama pendidikan), usia, dan modal finansial atau akses ke modal finansial. Mayoritas PPR di semua kabupaten studi memiliki tingkat pendidikan paling tinggi SMP. Sebagian PPR, khususnya yang sudah berusia di atas 50 tahun, merasa bahwa usianya sudah terlalu tua untuk beralih ke jenis pekerjaan lain. Keterbatasan modal finansial, baik dari segi kepemilikan maupun akses, menjadi hambatan utama untuk menjadi pekerja mandiri. Oleh karena itu, pada dasarnya jenis pekerjaan alternatif yang bisa diakses oleh PPR, selain pekerjaan rumahan, memang terbatas.

a) Faktor yang Memengaruhi Peralihan Kerja

Di Kabupaten Deli Serdang, walaupun ditemukan beberapa PPR yang beralih kerja, tidak ada tren tertentu yang menyebabkan peralihan kerja di ketiga desa. Terdapat juga sebagian PPR yang beralih kerja untuk sementara waktu, terutama di Desa A, yaitu beralih kerja menjadi pekerja pabrik karena mereka sedang mogok kerja sebagai bentuk negosiasi kondisi kerja terhadap tauke.²⁹ Berdasarkan wawancara mendalam dengan BITRA Indonesia, memang cenderung tidak ada pekerja rumahan yang berganti pekerjaan secara total. Kalaupun ada, misalnya menjadi buruh pabrik, ketika pulang ke rumah biasanya mereka akan tetap mengerjakan pekerjaan rumahan.³⁰ Di antara ketiga desa di Kabupaten Deli Serdang, jumlah peralihan di Desa B sedikit lebih banyak daripada lokasi-lokasi lain sehingga pendalaman lebih difokuskan di Desa B.

Peralihan kerja PPR di Kabupaten Deli Serdang cenderung menjadi *coping strategy* dalam merespons konteks situasi personal. Kasus peralihan kerja penuh yang ditemukan di Desa B didorong sebagian besarnya oleh perubahan kondisi diri dan keluarga (kesehatan) yang pada akhirnya menuntut perubahan kondisi kerja. Selain itu, terdapat faktor ketidakpuasan pada kondisi kerja sebelumnya, terutama terkait upah yang perinciannya dapat dilihat pada Kotak A1 di bagian Lampiran.

Berdasarkan pendalaman informasi, aspek kondisi kerja tetap memberikan pengaruh terhadap keputusan PPR untuk beralih kerja sepenuhnya. Walaupun ada faktor situasional, misalnya anggota keluarga yang sakit, beberapa perubahan standar terlebih dahulu memengaruhi keputusan PPR untuk beralih kerja. Perubahan standar yang dimaksud merujuk pada munculnya kebutuhan akan penghasilan yang lebih tinggi atau jam kerja yang lebih singkat. Kebutuhan baru inilah yang pada akhirnya memberikan dorongan pada keputusan peralihan kerja informan. Dalam prosesnya, mayoritas PPR bisa beralih kerja karena memiliki dukungan, seperti informasi terkait peluang pekerjaan dan modal atau adanya sumber daya finansial yang bisa menjadi jaring pengaman ketika memulai usaha. Dukungan tersebut bisa didapatkan terutama dari lingkaran sosial terdekat, seperti keluarga, tetangga, ataupun sesama PPR.

Berbeda dengan situasi di Kabupaten Deli Serdang, peralihan kerja PPR di Kabupaten Pangkep lebih besar disebabkan oleh perubahan pada sisi penawaran, yaitu menurunnya pasokan mete

²⁹Tauke adalah istilah yang digunakan di desa studi di Kabupaten Deli Serdang untuk menyebut pemilik usaha. PPR bekerja pada tauke, yaitu pemilik usaha yang menyetorkan bahan produksi. Namun, PPR juga bisa mendapatkan pekerjaannya melalui perantara sehingga tidak langsung berhubungan dengan pemilik usaha.

³⁰BITRA Indonesia juga tidak mendorong PPR untuk beralih pekerjaan. BITRA Indonesia hanya mengarahkan PPR agar mereka memiliki penghasilan tambahan karena penghasilan sebagai pekerja rumahan tergolong sangat kecil. Hal ini dilakukan melalui dua program, yaitu Credit Union (CU) dan Kelompok Usaha Bersama (Kube).

yang terjadi di ketiga desa studi.³¹ Di beberapa lokasi, khususnya Desa L, pasokan mete sempat menghilang selama beberapa waktu. "Tidak ada yang lain, itu *jih* keping" (Informan wawancara mendalam, Desa L, Kabupaten Pangkep, 23 Februari 2020). Kutipan tersebut menggambarkan situasi yang dihadapi PPR ketika harus beralih kerja, yaitu terbatasnya alternatif pekerjaan selain pengupasan keping. Di Desa J, jumlah perantara pun berkurang karena menurunnya pasokan mete. Hasil FGD menunjukkan bahwa kondisi ini mulai terasa sejak akhir 2017 atau awal 2018. Hal ini mendorong sebagian PPR untuk akhirnya berhenti sepenuhnya menjadi pengupas mete dan beralih menjadi pekerja, terutama pengupas keping.

Temuan di Kabupaten Pangkep lebih kuat menunjukkan bahwa peralihan kerja menjadi satu-satunya *coping strategy* PPR dalam merespons perubahan situasi terkait harapan akan alternatif pekerjaan. PPR yang beralih pekerjaan cenderung tidak ingin kembali menjadi pengupas mete, sekalipun pasokannya sudah normal. Penyebabnya adalah bahwa, walaupun selama ini pekerjaan rumahan menjadi sumber penghidupan yang paling terbuka untuk diakses PPR, kondisi kerjanya tidak memuaskan, terutama dalam hal upah.

Mungkin dari segi penghasilannya lebih banyak keping daripada jambu. (Informan wawancara mendalam, Desa L, Pangkep, 19 Februari 2020)

Cuman saya ada jaga anakku, andaikan tidak ada, *mending* saya kerja keping, kerja mete susah. (Peserta FGD, Desa J, Pangkep, 15 Februari 2020)

Kutipan peserta FGD di atas merupakan salah satu bentuk ekspresi PPR terkait keinginan sebagian PPR untuk mendapatkan pekerjaan lain dengan kondisi kerja yang lebih baik, tetapi terdapat hambatan untuk mengaksesnya. Kecenderungan ke arah pekerjaan pengupasan keping juga menjadi anggapan mayoritas informan karena upahnya bisa mengimbangi—bahkan umumnya melebihi—pekerjaan rumahan.

Berdasarkan cerita proses peralihan, seperti terlihat pada Kotak A2 di bagian Lampiran, pendalaman informasi mendapati bahwa jejaring sosial sebenarnya menjadi sumber daya yang paling diandalkan PPR dalam beralih kerja. Di ketiga desa studi di Kabupaten Pangkep, terbatasnya alternatif jenis pekerjaan lain yang tersedia dan bisa diakses membuat PPR mengandalkan jenis-jenis pekerjaan yang perekrutannya hanya membutuhkan jejaring tanpa syarat sumber daya lain, misalnya pendidikan. Hal ini menimbulkan kesulitan tersendiri bagi PPR yang tidak memiliki jejaring tersebut sehingga upaya mereka untuk mengakses pekerjaan itu lebih banyak berupa membangun jejaring yang akhirnya bisa menghubungkan mereka ke pekerjaan. Dengan demikian, modal sosial dalam bentuk jejaring dengan orang yang dapat menghubungkan PPR dengan pemberi kerja menjadi determinan dalam proses alih kerja yang didorong penurunan pasokan mete.

b) Aktor yang Memengaruhi Peralihan Kerja

Secara umum, tidak ada aktor yang teridentifikasi mendorong peralihan kerja PPR di semua desa studi. Aktor yang memengaruhi hanya berperan dalam proses peralihan PPR, bukan menyebabkan peralihan itu sendiri. Untuk itu, peralihan kerja dapat dikatakan disebabkan oleh konteks situasi sebagai faktor, sementara aktor berperan dalam proses peralihan tersebut. Dalam hal ini, terdapat dua aktor utama yang teridentifikasi, yaitu sesama PPR yang sudah beralih kerja atau kenalan pada jenis pekerjaan lain dan keluarga PPR.

³¹Berdasarkan wawancara mendalam dengan Dinas Perdagangan, pasokan mete di Kabupaten Pangkep berkurang karena makin tidak produktifnya pohon mete, alih fungsi lahan mete, dan menurunnya kualitas biji mete.

Pertama adalah sesama PPR yang sudah beralih kerja atau kenalan pada jenis pekerjaan lain. Peran mereka terutama adalah menghubungkan PPR kepada pemberi kerja atau ke sumber modal. Untuk bisa bekerja dalam beberapa jenis pekerjaan, seperti buruh pabrik atau buruh pengupasan keping, umumnya PPR membutuhkan kenalan yang sudah bekerja di tempat tersebut untuk membawanya agar bisa bekerja di sana. Selain itu, salah satu informan pendalaman menyebutkan bahwa beliau bisa mengakses lembaga keuangan untuk membangun usaha karena adanya informasi dari sesama PPR yang sudah terlebih dahulu beralih menjadi pekerja mandiri. Hal ini diuraikan pada cerita d dan Kotak A2 di bagian Lampiran. Dari keterangan tersebut terlihat bahwa proses peralihan kerja PPR terbantu oleh hubungan sosial dengan orang yang dapat menghubungkan mereka dengan pemberi kerja.

Kedua, keluarga juga berperan dalam memberikan dukungan berupa modal dan jaring pengaman. Dalam konteks studi ini, keluarga terutama berperan dalam peralihan PPR menjadi pekerja mandiri. Berdasarkan pendalaman informasi, untuk membuka usaha, selain modal yang dimiliki sendiri, umumnya PPR juga mendapatkan dukungan modal finansial dari keluarga. Selain itu, PPR yang beralih kerja dengan membuka usaha lebih bisa mengambil risiko usaha ketika terdapat anggota keluarga lain yang bisa menjadi sumber penghasilan, misalnya suami.

Di Kabupaten Deli Serdang, peranan aktor keluarga lebih terlihat terutama dalam konteks sebagai jaring pengaman maupun sumber modal ketika PPR beralih menjadi pekerja mandiri. Hal ini tidak terlepas dari temuan bahwa hanya di Kabupaten Deli Serdang beberapa PPR beralih menjadi pekerja mandiri. Di Kabupaten Pangkep, dalam proses peralihan kerja PPR yang umumnya menjadi pekerja nonpekerja rumahan, relevansi aktor sebagai sumber dukungan modal atau jaring pengaman kurang terlihat. Didasari oleh temuan mengenai proses peralihan, faktor, dan aktor, secara garis besar alurnya ditunjukkan pada Gambar 20.



Gambar 20. Proses (faktor-aktor) yang mendorong peralihan kerja di Desa B, Deli Serdang

Sumber: Hasil wawancara mendalam.

Di Kabupaten Pangkep, peranan aktor terlihat paling jelas sebagai penghubung dengan pemberi kerja atau sumber informasi mengenai peluang pekerjaan lain. Hal ini dilakukan baik oleh keluarga maupun sesama PPR, walaupun memang lebih cenderung dilakukan sesama PPR yang juga terdampak oleh penurunan pasokan mete sehingga mereka memiliki agenda yang sama dalam mencari pekerjaan lain. Perlu menjadi catatan bahwa jejaring sosial yang ditemukan sebagai determinan dalam proses peralihan kerja lebih condong diperankan oleh teman dekat atau

keluarga dari informan yang beralih kerja. Untuk itu, secara garis besar temuan mengenai proses peralihan, faktor, dan aktor ini ditunjukkan oleh Gambar 21.



Gambar 21. Proses (faktor-aktor) yang mendorong peralihan kerja di tiga desa studi di Kabupaten Pangkep

Sumber: Wawancara mendalam dan FGD.

Didasari temuan di kedua kabupaten (Deli Serdang dan Pangkep), didapati adanya kesamaan terkait peranan jejaring dalam proses alih kerja. Di Kabupaten Deli Serdang, faktor pendorongnya adalah perubahan standar kondisi kerja pribadi yang dibutuhkan PPR, sementara di Kabupaten Pangkep, faktor pendorongnya adalah penurunan pasokan bahan untuk dikerjakan. Peranan jejaring dalam menghubungkan PPR dengan pemberi kerja atau sumber modal pun sama-sama terkait erat dengan kekerabatan/keluarga atau sesama PPR yang sudah terlebih dahulu beralih kerja. Temuan tersebut menunjukkan bahwa partisipasi atau keaktifan dalam kegiatan masyarakat tidak menjadi penentu dalam proses PPR beralih kerja. Usaha PPR dalam beralih kerja lebih besar dipengaruhi oleh lingkaran sosial terdekat yang sudah dimiliki PPR. Hal ini juga didukung dengan hasil analisis uji statistik sederhana yang tidak menemukan hubungan yang kuat antara peralihan kerja dan tingkat partisipasi PPR dalam kegiatan kemasyarakatan. Data terkait peralihan kerja PPR dan partisipasi mereka dalam kegiatan kemasyarakatan dapat dilihat lebih jelas pada Gambar A7 di bagian Lampiran.

3.4 Kesimpulan dan Rekomendasi

3.4.1 Kesimpulan

Perempuan miskin pekerja rumahan masih menjadi salah satu kelompok tenaga kerja yang minim kondisi kerja layak dan rentan karena tidak adanya perlindungan ketenagakerjaan dan masih terbatasnya kesempatan untuk mengakses kehidupan layak. Studi ini menemukan bahwa hal tersebut masih menjadi kecenderungan baik di lokasi MAMPU maupun lokasi non-MAMPU. Terkait kondisi kerja, pada dasarnya sudah ada beberapa upaya yang dilakukan, mulai dari menegosiasikan kondisi kerja dengan pemberi kerja hingga terlibat dalam advokasi kebijakan. Hal tersebut merupakan langkah positif untuk meningkatkan kondisi kerja PPR dan, dalam studi ini, hal tersebut ditengarai dapat memengaruhi konteks pekerjaan PPR. Hal ini ditemukan terutama di wilayah MAMPU dengan BITRA Indonesia sebagai mitra MAMPU yang merupakan aktor yang memengaruhi kemampuan negosiasi PPR. Namun, secara umum, kondisi yang saat ini dihadapi PPR di seluruh wilayah studi masih cukup jauh dari ideal, yaitu ketika pekerja rumahan terlindungi secara legal-formal dan memiliki kanal kekuasaan untuk memperjuangkan haknya secara mudah di hadapan pemberi kerja.

Perempuan miskin pekerja rumahan memiliki akses yang minim terhadap perlindungan tenaga kerja, baik ketika menjadi pekerja rumahan maupun ketika beralih kerja, karena terbatasnya kesempatan bagi pekerja rumahan untuk masuk ke ekonomi formal. Pekerja rumahan sebagai bagian dari ekonomi informal di rantai produksi paling bawah atau periferal berada pada posisi yang sulit untuk memastikan atau memperjuangkan perlindungan ketenagakerjaan. Dalam hal ini, aspek upah dan fasilitas lain masih sering menjadi masalah atau sumber ketakpuasan bagi PPR.

Status sebagai pekerja yang perifer di antara ekonomi informal, dalam banyak kasus, juga telah ditemukan menyebabkan pekerja rumahan menjadi minim kuasa/pengaruh dalam mengubah keadaannya, tidak diperhatikan, dan tidak terlindungi (Burchielli, Delaney, dan Goren, 2014; Hassan dan Azman, 2014; Delaney, Burchielli, dan Connor, 2015).

Peralihan kerja sebagai bagian dari *coping strategy* PPR terhadap perubahan keadaan telah sedikit meningkatkan komponen tertentu dari kondisi kerjanya, seperti nominal upah per satuan produksi. Meski demikian, peralihan kerja tetap tidak mengubah kondisi hampir nihilnya layanan perlindungan ketenagakerjaan. Hal ini terjadi karena peralihan kerja PPR ditandai dengan peralihan *informal-to-informal* dengan jenis pekerjaan yang tetap tidak memiliki perlindungan hukum dan ketenagakerjaan. PPR cenderung memiliki sumber daya yang terbatas untuk bisa masuk ke jenis pekerjaan dengan perlindungan ketenagakerjaan. Oleh karena itu, ruang gerak PPR untuk bisa mengusahakan dirinya menjadi tenaga kerja yang terlindungi sangat terbatas.

Satu hal yang perlu menjadi catatan penting adalah bahwa perubahan kondisi kerja yang dipengaruhi PPR bukanlah suatu hal yang mustahil. Walaupun menghadapi resistensi, PPR yang telah memiliki pengetahuan mengenai hak dan cara bernegosiasi tetap berdaya dalam melakukan negosiasi dengan pemberi kerja dan pemangku kepentingan lain. Keberdayaan yang didorong oleh pengetahuan dan koordinasi juga menjadi bagian penting yang belum banyak dicatat dan diperhatikan oleh penelitian lain. Faktanya, dalam konteks studi ini, fenomena tersebut juga masih cenderung ditemukan di wilayah MAMPU dengan adanya aktor yang berfokus pada pemberdayaan PPR, sementara tren yang sama belum muncul di wilayah non-MAMPU. Oleh karena itu, hal tersebut merupakan aspek yang bisa lebih banyak digali dalam konteks lain dalam rangka menyoroti perlindungan pekerja rumahan sebagai tenaga kerja yang tidak terpisahkan dari mata rantai produksi di Indonesia.

3.4.2 Rekomendasi

Berdasarkan paparan sebelumnya, terdapat enam hal yang dapat dilakukan baik oleh pemerintah maupun organisasi/lembaga nonpemerintah dalam rangka meningkatkan kondisi kerja dan penghidupan PPR di Indonesia. Beberapa langkah tersebut dapat dilihat pada poin-poin berikut.

a) Menyusun kebijakan perlindungan PPR

Pemerintah Pusat perlu meratifikasi Konvensi ILO No. 177 Tahun 1996 agar pekerja rumahan sebagai tenaga kerja memiliki payung hukum yang bersifat tetap. Hal ini penting untuk memastikan bahwa perlindungan ketenagakerjaan, sebagaimana tercantum juga dalam UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, bisa mencakup perlindungan bagi pekerja rumahan sebagai tenaga kerja. Dalam pelaksanaannya, substansi konvensi dapat diterjemahkan ke dalam peraturan implementasi yang secara khusus mencakup pekerja rumahan atau memasukkannya ke dalam peraturan relevan yang sudah ada.

b) Mendukung dan mereplikasi inisiatif perlindungan pekerja rumahan

Inisiatif perlindungan pekerja rumahan melalui instrumen perda seperti halnya di Sumatra Utara perlu mendapatkan dukungan dari Pemerintah Pusat. Inisiatif tersebut penting setidaknya untuk mengawasi implementasi pengakuan hukum pekerja rumahan yang bahkan belum banyak ditemukan di negara lain. Selain itu, perlindungan melalui instrumen perda juga perlu didorong di daerah-daerah lain untuk makin memperluas upaya perlindungan PPR. Dengan adanya upaya pengakuan hukum secara sporadis di berbagai daerah, pengakuan hukum pekerja rumahan juga bisa lebih kuat untuk didorong.

c) Memperluas dan menguatkan SPR

Studi menunjukkan bahwa pengorganisasian bermanfaat dalam meningkatkan kualitas pekerjaan PPR yang ikut berserikat, tetapi cakupannya belum menyeluruh. Pengorganisasian yang difasilitasi terlebih dahulu oleh organisasi masyarakat sipil, seperti BITRA Indonesia, dapat menjadi titik awal yang bisa direplikasi organisasi lain untuk PPR di daerah-daerah lain. Hal ini terutama menjadi penting, mengingat masih banyaknya PPR yang merasa dirinya memang berbeda dengan pekerja lain sehingga tidak memungkinkan untuk mendapatkan kondisi kerja yang lebih baik. Pelibatan aktif PPR menjadi krusial dalam proses ini agar secara inkremental pengorganisasian dapat mendorong keterlibatan PPR yang lebih otonom dalam proses negosiasi dan advokasi kebijakan.

d) Menyalurkan bantuan modal dan program pelatihan

Pemda dan/atau pemdes perlu memperhatikan pekerja rumahan dalam penyaluran program pelatihan dan/atau pemberian modal usaha. Hal ini dapat dilakukan melalui dua skenario umum, yaitu memanfaatkan program yang ada atau menggandeng pihak lain, seperti pihak swasta. Rekomendasi ini pada intinya menekankan pada pengerucutan penargetan sebagian penerima manfaat pada kelompok tertentu, termasuk PPR, sehingga keikutsertaan PPR dapat lebih dipastikan. Sebagai contoh, di tingkat desa, pemdes dapat secara afirmatif mengikutsertakan PPR yang ada di desa dalam membangun bisnis Badan Usaha Milik Desa, terutama dalam hal memproduksi barang. Hal ini dapat dilakukan mengingat mayoritas pekerja rumahan telah memiliki kelompok sehingga program dapat langsung disalurkan melalui kelompok pekerja rumahan. Hal ini menjadi esensial bagi PPR dalam mengatasi keterbatasan alternatif penghidupan yang bisa diakses dan meningkatkan kualifikasi PPR untuk mengakses pekerjaan layak.

e) Kerja sama multipihak untuk meningkatkan pengetahuan akan hak PPR

Jajaran pemda, khususnya Dinas Ketenagakerjaan, perlu menginisiasi kerja sama berbagai pihak, khususnya kolaborasi antara lembaga pemerintah dan kalangan nonpemerintah, untuk menyosialisasikan hak-hak pekerja dan hal-hal yang bisa dilakukan untuk memperbaiki kondisi kerja pekerja rumahan. Program ini menjadi krusial agar PPR dapat lebih berdaya dan otonom dalam meningkatkan posisi tawar dan kondisi kerjanya. Dalam hal ini, peningkatan pemahaman dan penyebaran informasi kepada organisasi perangkat daerah terkait juga perlu diinisiasi terlebih dahulu oleh Pemerintah Pusat. Hal yang sama juga dapat dilakukan oleh lembaga nonpemerintah sebagai inisiator program yang menggandeng aktor pemerintah dalam rangka menyosialisasikan hak pekerja. Dalam hal ini, peran pemerintah, khususnya pemangku kepentingan terdekat, seperti Dinas Ketenagakerjaan, menjadi krusial untuk memastikan bahwa pemerintah mengetahui kondisi pekerja rumahan di daerahnya dan isu atau permasalahan yang dihadapi pekerja rumahan.

f) Memberi wadah dialog antara pemberi kerja dan pekerja rumahan

Pemda perlu menginisiasi forum atau mekanisme lain yang dapat memfasilitasi dialog antara pemberi kerja dan pekerja rumahan, mengingat bahwa pekerja rumahan sering kali berada pada rantai produksi yang jauh dari pemberi kerja yang lebih memiliki otoritas atau pengaruh dalam mengubah kondisi kerja pekerja rumahan.

IV. PERLINDUNGAN TERHADAP PEREMPUAN MISKIN PEKERJA MIGRAN INDONESIA (PMI)

4.1 Pengantar

Perlindungan terhadap PMI masih menghadapi banyak permasalahan tidak hanya pada saat bekerja, tetapi juga sebelum penempatan dan saat kepulangan. Pada 2017, terdapat 4.349 PMI yang mengadakan permasalahan kepada *crisis center* Badan Nasional Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia (BNP2TKI)³². Di antaranya adalah PMI ingin dipulangkan, gaji tidak dibayar, gagal berangkat, dan sakit (Badan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia, 2019). Di luar itu, jumlah PMI yang mengalami masalah tetapi tidak melaporkan diperkirakan lebih besar. Banyak pengamat yang menganggap Undang-Undang (UU) No. 39 Tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia di Luar Negeri gagal dalam memberikan pijakan hukum untuk melindungi PMI, baik karena norma yang diatur tidak sinkron dengan peraturan lain secara horizontal dan vertikal (Husni, 2010) maupun karena melegitimasi peran dominan dari Perusahaan Penempatan Pekerja Migran Indonesia (P3MI)³³ (Wisnuwardhani *et al.*, 2018). Oleh karena itu, pada November 2017 Pemerintah Indonesia mengesahkan UU No. 18 Tahun 2017 tentang Perlindungan Pekerja Migran Indonesia (UU Perlindungan PMI) yang mengatur secara lebih terperinci aspek-aspek perlindungan PMI dari sebelum, saat, hingga setelah bekerja, juga peranan berbagai pihak dari Pemerintah Pusat hingga pemerintah desa (pemdes)³⁴. UU Perlindungan PMI yang baru ini diharapkan terutama dapat mengurangi peranan pihak swasta, yaitu P3MI, yang sebelumnya sangat besar dan dipercaya menjadi penyebab lemahnya perlindungan terhadap PMI (Widyawati, 2018).

Di samping menangani permasalahan yang dihadapi oleh PMI prosedural, pemerintah juga masih mengalami kesulitan dalam menangani banyaknya PMI nonprosedural, terutama mereka yang bekerja di luar negeri secara ilegal (tanpa visa kerja atau paspor). Kepala Biro Humas Kementerian Ketenagakerjaan (Kemenaker) memperkirakan terdapat empat juta warga negara Indonesia (WNI) yang bekerja di Malaysia, baik sebagai PMI prosedural atau nonprosedural (Andri, 2020). Sementara itu, sampai akhir 2019 hanya terdapat sekitar 1,9 juta PMI prosedural di Malaysia (Bank Indonesia, 2020). Artinya, sekitar 2,1 juta sisanya adalah PMI nonprosedural. IOM³⁵ (2010) menduga besarnya jumlah PMI yang tidak terdokumentasi hingga melebihi jumlah PMI tercatat dilatarbelakangi oleh tingginya permintaan PMI berketerampilan rendah di Malaysia, Singapura, dan negara-negara di Timur Tengah. Di sisi lain, PMI yang bermigrasi secara ilegal rentan menjadi korban penipuan, eksploitasi, dan bahkan perdagangan manusia.

Sebagai upaya meningkatkan akses PMI, terutama perempuan, terhadap layanan perlindungan PMI, MAMPU melalui mitranya, Migrant CARE, sejak 2014 memberikan pendampingan di Kabupaten Cilacap. Di tingkat daerah, Migrant CARE melakukan advokasi kepada pemerintah

³²Sejak disahkannya UU No. 18 Tahun 2017, nama BNP2TKI diubah menjadi Badan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia (BP2MI).

³³Dahulu disebut sebagai Perusahaan Jasa Tenaga Kerja Indonesia (PJTKI).

³⁴Lihat Hutagalung dan Indrio (2019) untuk mengetahui perbedaan antara UU No. 39 Tahun 2004 dan UU No. 18 Tahun 2017.

³⁵International Organization for Migration.

daerah (pemda) dan berkontribusi dalam penerbitan Peraturan Daerah (Perda) No. 7 Tahun 2014 tentang Perlindungan TKI. Di tingkat desa, Migrant CARE membentuk Desa Peduli Buruh Migran (Desbumi) di Desa E dan mendorong pemdes menerbitkan Peraturan Desa (Perdes) No. 5 Tahun 2015 tentang Perlindungan Calon TKI/TKI dan Anggota Keluarganya (Hutagalung dan Indrio, 2019).

Bab ini memberikan gambaran mengenai kondisi, tantangan, serta peranan faktor dan aktor yang memengaruhi penentuan jalur keberangkatan, prosedural atau nonprosedural, dan keterkaitannya dengan akses perempuan PMI miskin terhadap layanan perlindungan PMI. Dengan menggabungkan data kuantitatif tentang perempuan purna-PMI (PMI yang sudah kembali ke daerah asal) dengan periode keberangkatan 2004–2017 dan informasi kualitatif mengenai perubahan layanan dan perilaku perempuan PMI dalam kurun 2017–2019, temuan studi ini juga dapat menunjukkan perubahan akses perempuan miskin PMI terhadap jalur prosedural dan layanan perlindungan PMI antarperiode, yaitu sebelum 2014, 2014–2017, dan 2017–2019. Perubahan ini diperkirakan terjadi seiring dengan pendampingan mitra MAMPU sejak 2014 di Cilacap dan diterbitkannya UU Perlindungan PMI yang baru pada akhir 2017.

4.1.1 Ruang Lingkup Studi

Terdapat dua subjek utama dalam pembahasan pada bab ini, yaitu tentang jalur keberangkatan (prosedural dan nonprosedural) dan migrasi aman. Mengingat banyaknya PMI nonprosedural yang rentan terhadap eksploitasi di Indonesia, proses serta faktor dan aktor yang berperan dalam penentuan jalur keberangkatan PMI juga menjadi fokus pendalaman pada studi ini.

Jalur prosedural adalah jalur keberangkatan migrasi melalui P3MI. PMI prosedural dipastikan bekerja secara legal yang dapat dibuktikan dari kepemilikan dokumen perjalanan (paspor) dan visa kerja. Semua jalur selain melalui P3MI disebut sebagai jalur nonprosedural. Tidak semua PMI nonprosedural adalah PMI ilegal (bekerja tanpa visa kerja dan/atau paspor). Sebagian dari mereka adalah PMI legal, misalnya WNI yang bekerja secara sah melalui rekrutmen langsung oleh pemberi kerja yang dalam UU No. 18 Tahun 2017 disebut sebagai PMI perseorangan. Oleh karena itu, masih ada kemungkinan variasi kondisi perlindungan PMI antarjalur keberangkatan yang digunakan.

Untuk mengamati keterkaitan antara kondisi perlindungan PMI dan penggunaan jalur keberangkatan, studi ini juga menganalisis migrasi aman yang merupakan bagian dari Sustainable Development Goals (SDGs) target nomor 10.7, yaitu “Memfasilitasi migrasi dan mobilitas manusia yang tertata, aman, teratur dan bertanggung jawab, termasuk melalui implementasi kebijakan migrasi yang terencana dan terkelola dengan baik”. Namun, belum tercapai konsensus global mengenai definisi dan pengukurannya. Menurut IOM (2017), migrasi aman setidaknya mencakup keseluruhan tahapan migrasi dari pemberangkatan hingga kepulangan, sebagaimana sudah diatur dalam UU No. 18 Tahun 2017. Dalam studi ini, pembahasan migrasi aman difokuskan pada layanan perlindungan sebelum bekerja dan reintegrasi ekonomi sebagai salah satu layanan perlindungan setelah bekerja.

4.1.2 Metodologi

a) Teknik Analisis

Mengingat survei pada studi ini dilakukan secara longitudinal pada keluarga miskin, PMI dalam pembahasan bagian ini merujuk pada PMI miskin. Analisis dilakukan dengan membagi wilayah menurut intervensi mitra MAMPU sesuai dengan area kerjanya. Di antara kelima wilayah studi, Cilacap merupakan satu-satunya kabupaten yang mendapat pendampingan mitra MAMPU yang khusus menyoal PMI, yaitu Migrant CARE. Selain melakukan pendampingan di Desa E, Migrant

CARE melakukan advokasi di tingkat kabupaten. Oleh karena itu, pada bab ini, PMI yang berasal dari Cilacap dikategorikan sebagai PMI wilayah MAMPU, terlepas berasal dari Desa E atau tidak. Sementara itu, PMI yang berasal dari keempat wilayah studi lain dikategorikan sebagai PMI wilayah non-MAMPU. Meskipun terdapat mitra MAMPU yang bekerja di keempat wilayah ini, tidak ada program atau kegiatan pendampingan mereka yang mengarah pada penguatan perlindungan PMI.

Selain analisis antarkategori wilayah, analisis dilakukan menurut periode waktu. Mengingat survei dilakukan pada purna-PMI yang keberangkatan terakhirnya setidaknya pada 2004, maka dapat dibedakan periode waktu analisis antara sebelum dan sesudah 2014 untuk menangkap perubahan akses PMI terhadap jalur migrasi dan layanan migrasi aman. Namun, karena responden dengan periode keberangkatan setelah 2017 tidak didapatkan, analisis untuk periode 2017—2019 hanya dilakukan secara kualitatif.

Analisis pendalaman mengenai penggunaan jalur keberangkatan dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Analisis kuantitatif bertujuan menangkap perubahan akses PMI miskin terhadap jalur keberangkatan dan perbedaannya antara PMI wilayah MAMPU dan non-MAMPU. Hal ini dilakukan dengan menerapkan model regresi logistik (*logistic regression*) yang dapat menghasilkan tingkat signifikansi dan probabilitas PMI miskin yang bermigrasi secara prosedural ketika berasal dari Cilacap dan berangkat setidaknya pada 2014. Kemudian, PMI miskin dari keempat wilayah lain dan/atau berangkat sebelum 2014 digunakan sebagai pembanding. Selanjutnya, analisis kualitatif dapat mengurai proses perubahan akses tersebut dan bagaimana faktor serta aktor berinteraksi dalam menentukan perubahan dan perbedaan akses terhadap jalur keberangkatan prosedural antara PMI wilayah MAMPU dan non-MAMPU. Pendalaman secara kualitatif dilakukan di Cilacap, sebagai wilayah yang didominasi migrasi prosedural, dan di Kubu Raya, sebagai wilayah yang didominasi migrasi nonprosedural.

b) Profil PMI Miskin

Dari 1.732 keluarga miskin yang terdata pada studi ini, terdapat 137 PMI. Sebagian besar PMI berasal dari Kubu Raya (91 orang) dan Cilacap (34 orang). Sisanya (12 orang) tersebar di tiga wilayah studi lain. Jumlah perempuan PMI hampir mencapai setengah dari keseluruhan sampel, yaitu 58 orang. Mayoritas dari mereka (71%) bermigrasi pada periode 2004—2013 dengan durasi rata-rata 33 bulan pada migrasi terakhir. Sementara itu, laki-laki PMI secara rata-rata bermigrasi selama 23 bulan dan terbagi hampir merata antara keberangkatan pada periode 2004—2013 (42%) dan 2014—2017 (48%).

Dalam hal karakteristik demografis, tidak terdapat perbedaan besar antara PMI laki-laki dan perempuan. Sekitar 60% dari PMI laki-laki atau perempuan tersebut berpendidikan sekolah dasar (SD) ke bawah, sementara dalam hal usia saat keberangkatan terakhir perempuan PMI secara rata-rata berusia sedikit lebih tua (37 tahun) dari laki-laki PMI (32 tahun). Tingkat pendidikan yang rendah dan tren usia tersebut menjelaskan jenis pekerjaan berketerampilan rendah yang pada umumnya dilakukan oleh PMI. Di antara pekerjaan dominan yang dilakukan adalah kerja pengasuhan berbayar (55%) dan buruh pabrik (28%) untuk perempuan PMI, serta tukang/kuli (33%) dan buruh perkebunan (30%) untuk laki-laki PMI. Mengingat studi ini berfokus pada perempuan, pembahasan pada subbab selanjutnya akan ditekankan pada perempuan PMI. Meskipun demikian, beberapa analisis akan dilakukan untuk keseluruhan sampel PMI laki-laki dan perempuan.

4.2 Akses Perempuan PMI Miskin terhadap Jalur Keberangkatan Prosedural

Terdapat variasi penggunaan jalur keberangkatan antara perempuan PMI di wilayah MAMPU dan non-MAMPU. Mayoritas perempuan PMI (91%) di wilayah MAMPU bermigrasi secara prosedural. Sebagian besar dari mereka bermigrasi ke Saudi Arabia (33%), Taiwan (24%), dan Singapura (24%). Sementara itu, 77% perempuan PMI di wilayah non-MAMPU bermigrasi secara nonprosedural dan hampir semuanya bermigrasi ke Malaysia (96%). Hasil survei menunjukkan bahwa dua pertiga perempuan PMI, terlepas dari jalur keberangkatannya, bermigrasi sebelum 2014 pada keberangkatannya yang terakhir. Gambar 22 menunjukkan probabilitas PMI untuk bermigrasi secara prosedural berdasarkan interaksi antara asal wilayah (MAMPU atau non-MAMPU) dan periode migrasinya (sebelum atau setelah 2014).

PMI yang berasal dari wilayah MAMPU memiliki peluang melakukan migrasi prosedural hampir 12 kali lebih besar dari PMI non-MAMPU. Namun, hal ini tampaknya tidak terkait dengan periode keberangkatan yang ditunjukkan dengan tidak signifikannya interaksi antara variabel MAMPU dan periode keberangkatan setelah 2014 (Gambar 22). Hal ini menggambarkan bahwa terlepas dari pendampingan mitra MAMPU sejak 2014, PMI di Cilacap cenderung bermigrasi secara prosedural. Pembahasan berikut akan memperdalam dinamika layanan dan perilaku PMI di wilayah MAMPU dan non-MAMPU dalam memengaruhi penggunaan jalur migrasi serta peranan faktor dan aktor yang terlibat.



Gambar 22. Determinan keberangkatan melalui jalur prosedural (*odd ratio-logistic regression*)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Keterangan: n=132 PMI; ***signifikan pada 1%, **signifikan pada 5%, *signifikan pada 10%; *odd ratio* di sini diartikan sebagai perbandingan probabilitas PMI untuk menggunakan jalur prosedural berdasarkan asal wilayah (wilayah MAMPU atau non-MAMPU) dan/atau periode keberangkatan (sebelum atau pada/setelah 2014); termasuk dalam kontrol variabel adalah negara tujuan migrasi, apakah migrasi yang pertama, jenis kelamin, usia, dan tingkat pendidikan; informasi lebih lengkap dapat dilihat pada Tabel A8 pada bagian Lampiran.

4.2.1 Dinamika Layanan Jalur Prosedural dan Perilaku Perempuan PMI Miskin di Wilayah MAMPU

Besarnya probabilitas penggunaan jalur prosedural di wilayah MAMPU dipengaruhi dua faktor, yakni faktor permintaan dari sisi perilaku PMI dalam mengakses jalur prosedural dan faktor penawaran dari sisi ketersediaan layanan pendukung jalur prosedural. Dari sisi permintaan, peserta FGD yang terdiri atas perempuan purna-PMI dan keluarga perempuan PMI di Cilacap

menyatakan bahwa migrasi prosedural merupakan jalur migrasi yang sudah dilakukan PMI secara turun temurun.

Dari dulu sudah menggunakan jasa sponsor dan PT [P3MI] jadi tidak pernah tau cara selain proses legal. (Peserta FGD, Desa E, Cilacap, 18 Februari 2020)

Setelah kembali dari migrasi, mereka pun berbagi pengalaman dengan calon PMI agar mereka menggunakan jalur prosedural untuk meminimalkan risiko selama bekerja. Oleh karena itu, budaya bermigrasi secara prosedural di wilayah MAMPU terus terjaga dari sebelum 2014 hingga kini. Hal ini dikonfirmasi oleh Pemerintah Desa (Pemdes) Desa E dan Migrant CARE yang menyampaikan bahwa Cilacap merupakan kantong migran sejak dahulu, bahkan merupakan kantong migran terbesar di Jawa Tengah.

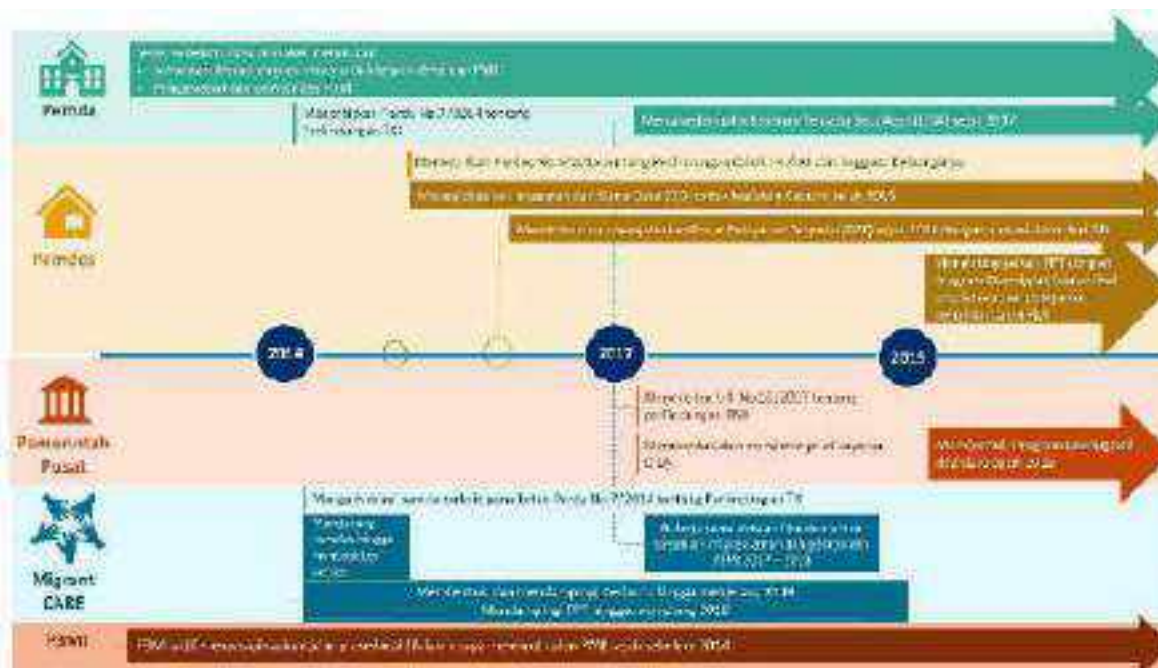
Cilacap *jadi* kantong migran sudah sejak dulu *banget*, bahkan Pak Muhaimin Iskandar [Menteri Ketenagakerjaan periode 2009—2014] dulu juga pernah *bikin* Kampung TKI di Cilacap. (Pihak Migrant CARE, Cilacap, 24 Juni 2020)

Mengingat penentuan status kantong migran tersebut merujuk pada data keberangkatan PMI yang tercatat di BP2MI, dapat dikatakan bahwa migran yang dimaksud adalah PMI yang berangkat secara prosedural. Status Cilacap sebagai kantong migran juga mendorong berbagai aktor untuk berkomitmen dan terlibat dalam upaya mendorong perlindungan bagi PMI. Oleh karena itu, dari sisi layanan, terdapat banyak dukungan untuk PMI yang berangkat secara prosedural. Faktor dari sisi layanan merupakan pendorong utama tingginya akses terhadap jalur prosedural di Cilacap. Subbab berikut menjelaskan peranan berbagai aktor dari sisi layanan tersebut.

a) Peranan Berbagai Aktor Penyedia Layanan dalam Mendorong Akses Perempuan PMI Miskin terhadap Migrasi Prosedural dan Perubahannya

Terdapat lima aktor yang teridentifikasi berperan dalam mendorong akses PMI terhadap jalur prosedural, yaitu Pemerintah Pusat, pemerintah daerah (pemda), pemdes, organisasi nonpemerintah (ornop), dan P3MI (Gambar 23). Di satu sisi, status Cilacap sebagai kantong migran sejak jauh sebelum 2014 telah menarik banyak P3MI untuk secara aktif mencari dan merekrut calon PMI dari Cilacap. Di sisi lain, status tersebut mendorong pemda untuk berkomitmen melindungi pekerja migran melalui kegiatan pembinaan dan pengawasan terhadap P3MI. Alasan yang sama juga melatarbelakangi pemilihan Cilacap sebagai salah satu wilayah dampingan Migrant CARE yang kemudian mendorong pemdes untuk turut terlibat dalam upaya mendorong migrasi aman. Migrant CARE menuturkan bahwa di wilayah dampingannya yang lain, seperti Kebumen di Jawa Tengah dan Banyuwangi di Jawa Timur, pemda juga menunjukkan komitmen seperti yang dilakukan oleh pemda Cilacap. Intervensi dari berbagai pihak disusul dengan keberadaan Program Desa Migran Produktif (Desmigratif) dari Kementerian Ketenagakerjaan (Kemenaker) sejak 2019 di dua desa di Cilacap; salah satunya adalah desa dampingan Migrant CARE. Selain itu, pada 2017 Cilacap juga menjadi wilayah percontohan untuk Layanan Terpadu Satu Atap (LTSA)³⁶ yang merupakan salah satu mandat dari UU No. 18 Tahun 2017. Berbagai gerakan tersebut menunjukkan pentingnya pengetahuan tentang jumlah migran di suatu wilayah sehingga mendorong pemerintah dan ornop untuk membuat kebijakan/program yang promigran. Oleh karena itu, pencatatan keberangkatan PMI menjadi prasyarat utama tercapainya perlindungan bagi PMI.

³⁶LTSA di Cilacap merupakan proyek uji coba (*pilot project*) yang dibentuk dan didanai oleh Pemerintah Pusat. Melalui LTSA, calon PMI dapat mengakses layanan terpadu yang meliputi layanan administrasi kependudukan, ketenagakerjaan, kesehatan, keimigrasian, kepolisian, dan akses pembekalan (pembekalan akhir pemberangkatan/PAP) yang dilaksanakan dalam satu kantor/lokasi untuk memberikan layanan yang mudah, transparan, cepat, dan murah.



Gambar 23. Aktor penyedia layanan dan perannya dalam mendorong akses PMI terhadap migrasi prosedural di Cilacap

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

Keterangan: Informasi lebih lengkap dapat dilihat pada Tabel A9 pada bagian Lampiran.

Kemudahan dalam mengakses jalur prosedural tidak terlepas dari kemudahan menjangkau P3MI sebagai penyedia utama layanan migrasi prosedural, terutama saat berlakunya UU No. 39 Tahun 2004. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan Pos Pelayanan Penempatan dan Perlindungan TKI (P4TKI), hingga saat ini setidaknya terdapat 90 P3MI yang telah terdaftar dan tersertifikasi di Cilacap; ada penambahan sebanyak 24 P3MI dibandingkan pada 2017. Keberadaannya pun dapat ditemukan hingga tingkat kecamatan. Di kecamatan studi, misalnya, terdapat tiga hingga empat P3MI. Oleh karena itu, calon PMI dengan mudah menjangkau P3MI sehingga tidak ada halangan dalam mengakses migrasi prosedural. Bahkan, P3MI secara aktif menjangkau calon PMI melalui sosialisasi di sekolah-sekolah, terutama sekolah kejuruan.

Untuk mencegah beredarnya agen-agen P3MI gadungan yang melakukan penipuan terhadap PMI/calon PMI, Pemda Cilacap melalui Dinas Tenaga Kerja (Disnaker) melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap P3MI. Selain melalui sertifikasi P3MI, Disnaker melakukan pembinaan dan pengawasan melalui pertemuan rutin dengan asosiasi P3MI Cilacap sebanyak dua hingga tiga kali per tahun untuk mengetahui perkembangan kegiatan asosiasi dan permasalahan yang dihadapi oleh P3MI. Pada kesempatan ini pula, Migrant CARE terkadang hadir untuk menyampaikan pengaduan permasalahan PMI yang diterima agar dapat ditindaklanjuti oleh P3MI dan pemda.

Disnaker juga melaksanakan kegiatan sosialisasi rutin terkait migrasi aman, termasuk tentang prosedur bermigrasi dan hak-hak PMI/calon PMI, hingga tingkat kecamatan. Kegiatan tersebut melibatkan kepala desa serta PMI/calon PMI dan keluarganya dengan harapan bahwa informasi tersebut dapat diterima hingga lingkup masyarakat terkecil untuk menjaga konsistensi mereka untuk bermigrasi secara aman dan prosedural. Namun, Disnaker mengakui bahwa kegiatan sosialisasi ini kurang inovatif, baik karena bentuk kegiatan yang kurang interaktif maupun karena materi yang dianggap terlalu monoton. Pihak Migrant CARE menyambut baik kegiatan ini dan

bahkan mengaku turut terlibat dalam beberapa kali kesempatan dari akhir 2017 hingga awal 2018. Namun, mereka memandang bahwa cakupan kegiatan ini masih belum luas karena pelaksanaannya digilir untuk 10 desa per tahun hingga keseluruhan 269 desa di Cilacap tercakup.

Meskipun sejak sebelum 2014 sudah tersedia layanan pendorong migrasi prosedural di Cilacap, kehadiran Migrant CARE sejak 2014 berkontribusi dalam mendekatkan layanan tersebut sampai tingkat desa. Migrant CARE membentuk Desbumi di Desa E, yaitu dengan melakukan pemberdayaan kepada buruh migran dan keluarganya melalui Komunitas Buruh Migran (Kabumi) dan mendorong pemdes untuk membentuk Perdes No. 5 Tahun 2015 tentang Perlindungan Calon TKI/TKI dan Anggota Keluarganya. Salah satu wujud nyata perdes tersebut adalah dibentuknya Pusat Pelayanan Terpadu (PPT) pada 2016 yang memberikan layanan perizinan, penyediaan informasi, pendataan PMI, dan penanganan masalah terkait PMI. Dengan demikian, pemdes menjadi lebih peduli dan terlibat dalam memastikan keamanan warganya yang akan menjadi PMI. Sebagaimana disampaikan oleh Kepala Desa E terkait hal tersebut, “Dulu saya asal teken saja kasih ijin walau sponsornya saja yang datang. Sekarang saya ya gak mau kalau bukan anaknya sendiri yang datang, bawa surat dari PT-nya mau kerja di mana” (Kades Desa E, Cilacap, 11 Maret 2020). Adapun prosedur pendaftaran dan keberangkatan calon PMI jalur prosedural berdasarkan pengalaman informan purna-PMI dapat dilihat pada Kotak 3.

Adanya Dana Desa pada 2014 memungkinkan pemdes untuk memenuhi amanat Perdes No. 5 Tahun 2015, yaitu dengan mengalokasikan anggaran pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa untuk membiayai kegiatan operasional PPT dan kegiatan Kabumi³⁷ di desa (pertemuan rutin, pelatihan, dll.).³⁸ Namun, alokasi anggaran makin kecil³⁹ seiring dengan vakumnya kegiatan Kabumi sejak 2017 dan kunjungan serta pendampingan Migrant CARE di desa terhenti sejak akhir 2018. Pihak Migrant CARE mengakui bahwa hal tersebut disebabkan oleh jauhnya jarak antara kantor Migrant CARE (di Kebumen) dan Desa E di Cilacap. Pihak Migrant CARE juga merasa bahwa Desa E sudah cukup mandiri dan tidak terlalu membutuhkan pendampingan. Di sisi lain, Kader Desbumi di desa E⁴⁰ yang diharapkan mampu melanjutkan estafet pendampingan bagi desa (baik Kabumi maupun pemdes) justru merasa belum memiliki kemampuan yang cukup untuk melakukan hal tersebut. Kondisi ini tampak dari kebingungan kader Desbumi dalam melakukan pendampingan.

Sebenarnya saya bingung, ini sebenarnya kita *ngumpulin* orang mau [kegiatan] apa lagi? Dari sana [Migrant CARE] tidak ada arahan, kita kehabisan [ide], sosialisasi sudah, *bikin* pelatihan sudah, tugas saya *ngapain* lagi? (Kader Desbumi, Desa E, Cilacap, 19 Februari 2020)

³⁷Kabumi dibentuk pada sekitar 2013 di bawah dampingan Indipt (mitra Migrant Care). Komunitas ini beranggotakan perempuan purna-PMI dan keluarga PMI aktif. Kabumi melakukan pertemuan rutin setiap tanggal 18 per bulan.

³⁸Jumlah anggaran yang dialokasikan sekitar 13–15 juta rupiah per tahun dari 2015 hingga 2018.

³⁹Pada 2019, alokasi anggaran yang disediakan desa sebesar 4,5 juta rupiah dan pada 2020 tidak ada lagi anggaran bagi PPT.

⁴⁰Kader Desbumi merupakan mitra Migrant Care di Desa E dan berjumlah 5 orang yang berasal dari desa setempat. Mereka bertugas mendampingi masyarakat serta pemdes terkait dengan status Desa E sebagai Desbumi.

Kotak 3 Prosedur Melakukan Migrasi Prosedural

Tiga perempuan purna-PMI di Cilacap yang diwawancarai mendaftar sebagai PMI melalui agen P3MI (sponsor). Mereka mendapatkan informasi tentang sponsor dari teman/keluarga yang merupakan PMI aktif/purna-PMI. Satu purna-PMI yang diwawancarai mendaftar di sekolah menengah kejuruan (SMK) saat ada sosialisasi dan rekrutmen calon PMI dari P3MI. Adapun prosedur untuk menjadi calon PMI adalah sebagai berikut.



Keterangan:

- | | | |
|---|---|---|
| <p>1 Calon PMI menerima informasi tentang lowongan kerja dari teman/keluarga yang merupakan PMI aktif/purna-PMI.</p> <p>2 Calon PMI melakukan wawancara dengan sponsor.</p> <p>3 Calon PMI melakukan wawancara dengan sponsor.</p> <p>4 Calon PMI melakukan wawancara dengan sponsor.</p> | <p>5 Calon PMI melakukan wawancara dengan sponsor.</p> <p>6 Calon PMI melakukan wawancara dengan sponsor.</p> <p>7 Calon PMI melakukan wawancara dengan sponsor.</p> | <p>8 Calon PMI melakukan wawancara dengan sponsor.</p> <p>9 Calon PMI melakukan wawancara dengan sponsor.</p> |
|---|---|---|

Seluruh rangkaian prosedur tersebut memakan waktu sekitar 3 hingga 12 bulan sampai waktu keberangkatan tergantung pada cepat atau lambatnya calon PMI mendapatkan calon pemberi kerja.

Konsep yang dibangun oleh Migrant CARE melalui Desbumi menginspirasi Pemerintah Pusat untuk melaksanakan program perlindungan bagi PMI di Indonesia hingga di tingkat desa melalui Program Desmigratif sejak 2017. Program ini salah satunya membangun pusat layanan migrasi berupa penyediaan informasi dan perizinan bagi calon PMI/PMI yang akan bekerja di luar negeri.⁴¹ Bagi Desa E di Cilacap, keberadaan program tersebut sejak 2019 bukan hal yang baru karena program sejenis sudah tersedia dan, dalam praktiknya, pemdes mengintegrasikannya dengan kegiatan PPT.

b) Implementasi UU No. 18 Tahun 2017 dan Dampaknya pada Akses Perempuan PMI Miskin terhadap Jalur Prosedural

Seiring dengan diterbitkannya UU No. 18 Tahun 2017, peran pemda diperkuat dengan dibentuknya LTSA pada akhir 2017. Keberadaan LTSA diharapkan dapat memberikan kemudahan bagi calon PMI dalam pengurusan izin, termasuk untuk mengurangi biaya, seperti biaya pengurusan paspor dan tes kesehatan, yang selama ini membebani PMI. Namun, baik kader

⁴¹Selain membangun pusat layanan migrasi, ada juga kegiatan memupuk usaha produktif bagi purna-PMI dan keluarga PMI, pengasuhan bersama (*community parenting*) bagi orang tua dan pasangan PMI, dan pembentukan Desmigratif.

Desbumi maupun Pemdes Desa E belum mengetahui keberadaan LTSA atau pengurangan biaya penempatan. Hal ini terjadi seiring dengan berkurangnya intensitas pendampingan oleh Migrant CARE sehingga mereka tidak memperoleh informasi mengenai peraturan terbaru atau implementasi dari peraturan yang berlaku. Oleh karena itu, PMI tetap mengandalkan jasa P3MI yang kemudian secara penuh mewakili PMI dalam hal pengurusan dokumen pendaftaran dan keberangkatan di LTSA.

Seiring dengan masih dominannya peran P3MI dalam pengurusan dokumen perizinan, calon PMI juga masih membayar biaya penempatan yang menurut UU No. 18 Tahun 2017 seharusnya tidak lagi dibebankan kepada PMI. Hal ini terjadi baik karena peraturan belum diterapkan, seperti biaya tes kesehatan yang memang masih menjadi beban calon PMI⁴², maupun karena ulah oknum P3MI yang memungut biaya pengurusan paspor meski pihak imigrasi sudah tidak memungut biaya untuk calon PMI yang baru pertama kali ke luar negeri.⁴³ P3MI juga masih memungut biaya transportasi dengan alasan lokasi yang jauh untuk mengurus persyaratan migrasi tersebut. Selain itu, belum semua lembaga terkait terintegrasi dalam satu atap di LTSA⁴⁴ dan hal ini menambah beban P3MI sebagai perantara PMI dalam mengurus perizinan. Pada akhirnya, semua hal ini berkonsekuensi pada akumulasi biaya yang ditanggung PMI.

Amanat UU No. 18 Tahun 2017 untuk meminimalkan peranan P3MI juga terkendala oleh perilaku calon PMI. Responden perempuan purna-PMI mengaku pernah mendengar bahwa ke depannya masyarakat bisa bekerja di luar negeri tanpa dibantu oleh P3MI dan tidak mengeluarkan biaya apa pun. Namun, responden justru menunjukkan keenggannya jika hal itu dilaksanakan. Hal ini terjadi karena selama dirinya menjadi PMI, agen/sponsor P3MI adalah satu-satunya pihak yang ia percaya dan banyak membantu proses migrasi meski harus mengeluarkan biaya tinggi. Jika peran P3MI dikurangi/ditiadakan, responden khawatir para PMI akan mengalami kebingungan mengenai pihak mana yang harus dihubungi jika mereka menghadapi permasalahan saat sebelum maupun ketika bekerja di luar negeri. Hal ini diakui oleh infoman dari Disnaker bahwa para calon PMI memang sudah terbiasa dibantu oleh P3MI dalam bermigrasi sehingga akan muncul tantangan tersendiri jika terjadi perubahan.

4.2.2 Stagnasi Layanan Migrasi Prosedural dan Perilaku Perempuan PMI Miskin sebagai Penyebab Dominannya Jalur Nonprosedural di Wilayah Non-MAMPU (Kubu Raya)

Berbeda dengan kondisi di Cilacap yang didominasi oleh PMI yang bermigrasi secara prosedural, Kubu Raya didominasi oleh PMI yang melakukan migrasi melalui jalur nonprosedural, bahkan ilegal. Hal ini dipengaruhi oleh minimnya dukungan dari sisi penawaran ataupun permintaan. Dari sisi penawaran, terbatasnya ketersediaan layanan prosedural, banyaknya kemudahan bagi calon PMI untuk bermigrasi secara nonprosedural, serta relatif dekatnya jarak antara Kubu Raya dan Malaysia berdampak pada besarnya jumlah PMI nonprosedural di wilayah ini. Dari sisi permintaan, perilaku calon PMI dan purna-PMI yang terbiasa bermigrasi dan berbagi informasi terkait migrasi secara nonprosedural makin membentuk resonansi di masyarakat sehingga jalur nonprosedural menjadi jalur migrasi yang dianggap lumrah untuk dilakukan. Kondisi tersebut telah terjadi sejak sebelum 2014 hingga kini.

⁴²Biaya tes kesehatan untuk PMI yang pergi ke Taiwan adalah Rp925.000.

⁴³Oknum P3MI memungut biaya pengurusan paspor dengan alasan memberi insentif bagi petugas imigrasi yang membantu pembuatan paspor.

⁴⁴Petugas imigrasi dan kepolisian daerah Cilacap masih terpisah.

Studi kualitatif tidak menemukan adanya program baik dari pemerintah maupun ornop di Kubu Raya yang secara khusus berupaya mendorong layanan migrasi prosedural di tingkat kecamatan/desa dalam tiga tahun terakhir. Informan Disnaker setempat menyebutkan bahwa layanan bagi PMI belum menjadi fokus kebijakan pemda karena hanya ada sedikit PMI yang tercatat (prosedural), yaitu sekitar 126 orang pada 2019. Kegiatan terkait migrasi yang dilakukan Disnaker terbatas pada sosialisasi tahunan di tingkat kabupaten dan hanya melibatkan perwakilan pemerintah kecamatan dan P3MI. Sosialisasi tersebut pun dilakukan secara bergantian antara tentang migrasi dalam negeri dan migrasi luar negeri. Meski Disnaker memahami bahwa jumlah PMI nonprosedural di Kubu Raya sangat besar (mencapai puluhan ribu), hal tersebut bukan merupakan tanggung jawab lembaganya sehingga tidak ada upaya yang dilakukan untuk memperbaiki kondisi tersebut. Sementara itu, program untuk mendorong peralihan PMI nonprosedural menjadi prosedural yang dijanjikan BP2MI di 34 provinsi (BNP2TKI, 2019) juga tidak ditemukan di wilayah ini.

...Bukan masalah prioritas kebijakannya, *tapi* secara umum karena *kan* melihat dari populasinya [PMI prosedural] ini *ya*, masih kecil. Kecuali kita tidak tahu *tadi* yang nonprosedural itu karena tidak melalui kita. Yang kedua, aturan tidak memperbolehkan kita untuk mengurus mereka [PMI nonprosedural], kecuali mereka datang, seperti yang *mentok tadi* untuk memperpanjang paspor. Selama mereka tidak *mentok*, *ya* mereka akan jalan terus. (Disnaker, Kubu Raya, 24 Februari 2020)

Pada akhir 2019, terdapat Program Desmigratif dari Pemerintah Pusat di Desa I yang menyediakan layanan migrasi bagi calon PMI/PMI. Layanan tersebut berupa informasi dan perizinan di tingkat desa oleh pemdes. Namun, pada pelaksanaannya, tidak ada banyak calon PMI/PMI yang mengakses layanan tersebut karena tidak ada pula upaya intensif dari pemdes maupun kader program untuk menarik minat masyarakat menggunakan layanan tersebut, seperti yang dilakukan oleh Migrant CARE melalui Kabumi dan PPT di Desa E di Cilacap. Selain itu, ketersediaan P3MI di Kubu Raya relatif terbatas. Dalam tiga tahun terakhir, hanya terdapat delapan hingga sembilan P3MI yang terdaftar di Disnaker Kubu Raya. Informan dari P3MI pun mengaku bahwa mereka mengalami kesulitan untuk merekrut calon PMI karena harus bersaing secara ketat dengan para calo yang memfasilitasi pemberangkatan nonprosedural.

Di sisi lain, terdapat banyak kemudahan bagi PMI untuk mengakses jalur nonprosedural, terutama ke Malaysia. Terdapat dua faktor yang dapat mempermudah calon PMI bermigrasi ke Malaysia. Pertama, selain jarak yang relatif dekat antara Kubu Raya dan Malaysia, jarak tersebut dapat ditempuh dengan mudah melalui jalur darat dengan biaya murah,⁴⁵ terutama jika berangkat tanpa jasa calo. Kedua, adanya kebijakan Pemerintah Malaysia dalam pengurusan izin kerja saat kedatangan (*on arrival*) menyebabkan calon PMI bisa bekerja di sana secara legal (walaupun sebagai PMI nonprosedural) tanpa harus mengikuti prosedur panjang, seperti yang terjadi pada PMI prosedural.⁴⁶ Bahkan, PMI yang sudah mengalami deportasi karena melakukan kerja ilegal dan masuk dalam daftar hitam imigrasi Malaysia pun bisa dengan mudah kembali ke Malaysia melalui saluran ilegal (Maksum dan Surwandono, 2017). Berdasarkan temuan di lapangan, saluran tersebut tersedia mulai dari tahap prakeberangkatan, saat perjalanan, dan ketika tiba di lokasi kerja di Malaysia. Gambar 24 menyajikan peran tiap-tiap saluran/aktor yang mendorong maraknya migrasi jalur nonprosedural di Kubu Raya.

⁴⁵Tersedia bus yang melayani perjalanan langsung Kubu Raya–Kuching (Malaysia) hanya dengan biaya Rp200.000–Rp300.000 per orang per sekali jalan.

⁴⁶PMI jalur nonprosedural memerlukan waktu tiga hingga enam hari (berangkat sendiri) atau sepuluh hari (melalui calo), lebih cepat dibanding jalur prosedural yang memakan waktu tiga hingga enam bulan.



Gambar 24. Aktor yang berperan dalam setiap tahap perjalanan dalam migrasi nonprosedural

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

Perilaku PMI untuk lebih memilih jalur nonprosedural belum banyak berubah baik antara sebelum maupun setelah 2014 dan bahkan hingga saat ini. Banyaknya jumlah PMI nonprosedural di wilayah ini menyebabkan jalur nonprosedural menjadi jalur keberangkatan untuk bekerja ke luar negeri—dalam hal ini ke Malaysia yang dipahami dan diketahui oleh sebagian besar masyarakat. Hal tersebut didukung fakta bahwa informasi yang dibagikan oleh para PMI/purna-PMI kepada para calon PMI adalah informasi terkait jalur keberangkatan nonprosedural seperti yang telah mereka lakukan sebelumnya. Beberapa informan wawancara pendalaman menyatakan bahwa mereka mendapatkan informasi lowongan pekerjaan dari teman atau keluarga yang merupakan PMI nonprosedural di Malaysia beserta trik agar aman bermigrasi secara nonprosedural, misalnya saling berbagi nama calo keberangkatan. Hal ini pada akhirnya melanggengkan budaya migrasi nonprosedural di wilayah ini.

Berdasarkan uraian di atas, jelas terlihat adanya perbedaan yang cukup signifikan dalam hal perilaku PMI dan keterlibatan berbagai pihak antara di wilayah MAMPU (Cilacap) dan non-MAMPU (Kubu Raya). Status Cilacap sebagai kantong migran—merujuk pada besarnya jumlah PMI tercatat (prosedural)—menarik berbagai pihak, baik pemerintah di berbagai lini, pihak swasta, atau ornop, untuk melakukan gerakan dalam rangka melindungi PMI. Didukung dengan peran purna-PMI yang membagikan pengalamannya dalam bermigrasi secara prosedural kepada calon PMI, upaya berbagai pihak penyedia layanan tersebut telah melanggengkan jalur prosedural sebagai jalur migrasi yang dipilih secara turun-temurun oleh para calon PMI/PMI di wilayah ini.

Kontras dengan yang terjadi di Cilacap, meski jumlah PMI di Kubu Raya tergolong besar, keberadaannya yang tidak tercatat (nonprosedural dan bahkan ilegal) menyebabkan Kubu Raya tidak menyandang status kantong migran. Berbagai pihak di wilayah ini, termasuk pemda setempat, tidak menaruh perhatian pada isu migrasi. PMI/Calon PMI dan purna-PMI juga telah terbiasa bermigrasi secara nonprosedural. Sebagai akibatnya, praktik migrasi nonprosedural masih mendominasi hingga saat ini. Gambar 25 secara ringkas menyajikan kondisi ketersediaan layanan maupun perilaku PMI antara wilayah MAMPU dan non-MAMPU yang menyebabkan besarnya PMI prosedural di wilayah MAMPU dan PMI nonprosedural di wilayah non-MAMPU.



Gambar 25. Perbedaan ketersediaan layanan dan perilaku PMI di wilayah MAMPU dan non-MAMPU

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

4.3 Akses Perempuan PMI Miskin terhadap Layanan Perlindungan Sebelum Bekerja

Setelah subbab sebelumnya menjelaskan aktor dan faktor yang melatarbelakangi penggunaan jalur keberangkatan oleh perempuan PMI miskin, subbab ini memaparkan bagaimana penggunaan jalur keberangkatan tersebut menentukan akses perempuan PMI miskin terhadap layanan perlindungan sebelum bekerja. Secara definisi, layanan ini merujuk pada semua aktivitas untuk memberikan perlindungan sejak pendaftaran sampai pemberangkatan. Tujuannya adalah memastikan PMI mendapatkan informasi yang benar tentang hak dan kewajiban mereka selama bekerja dan membekali mereka dengan dokumen absah, pengetahuan, serta kompetensi agar hak dan kewajiban selama bekerja dapat terpenuhi. Layanan perlindungan sebelum bekerja yang dibahas pada subbab ini mencakup (i) perlindungan administratif yang terdiri atas penguasaan dokumen perjanjian penempatan dan perjanjian kerja dan (ii) perlindungan teknis terkait pendidikan/pelatihan kerja.

4.3.1 Akses terhadap Layanan Perlindungan Administratif

Mengingat UU Perlindungan PMI hanya berlaku bagi PMI jalur prosedural, dapat dikatakan bahwa PMI jalur nonprosedural tidak mendapat hak atas perlindungan administratif seperti PMI jalur prosedural—tidak ada pihak yang memastikan bahwa PMI nonprosedural memiliki dan menguasai kontrak kerja dengan pemberi kerja. Hasil survei menunjukkan bahwa hampir setengah dari PMI nonprosedural menandatangani perjanjian kerja dengan pemberi kerja, tetapi hanya ada sepertiganya yang menguasai dokumen perjanjian tersebut (Gambar 26). Dokumen perjanjian kerja, sebagaimana perizinan kerja, merupakan dokumen penting yang kepemilikan dan penguasaannya dapat menjadi bahan bukti jika terjadi masalah saat bekerja. Namun, kepemilikan atas dokumen tersebut pada umumnya tetap tidak mampu menjamin perlindungan hak PMI jalur nonprosedural. Pengguna jasa masih dapat mengakhiri perjanjian kerja secara sepihak karena

mengetahui bahwa status mereka tidak legal dan/atau tidak tercatat sehingga Pemerintah Indonesia tidak akan terlibat dan membantu PMI untuk menuntut haknya (Cahyaningrum, 2013).

Hal ini dikonfirmasi oleh Disnaker Kubu Raya bahwa PMI yang berangkat dengan resmi melalui P3MI akan terdaftar di Konsulat Jenderal (Konjen)/Kedutaan Besar Republik Indonesia (di Malaysia), tetapi tidak bagi yang berangkat secara nonprosedural. Konsekuensinya adalah bahwa ketika mereka mengalami masalah di Malaysia, Pemda Kubu Raya tidak dapat banyak terlibat. Sebagai contoh, jika PMI nonprosedural mengalami kecelakaan kerja atau meninggal dunia, informasinya mungkin akan sampai kepada Pemda Kubu Raya. Namun, pemda hanya akan membantu mereka sebagai WNI bermasalah, bukan PMI.

Hasil survei menunjukkan bahwa probabilitas perempuan PMI nonprosedural untuk mengalami masalah sebesar 2,5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan PMI prosedural (Gambar A9, lihat bagian lampiran). Hasil wawancara pendalaman menunjukkan bahwa PMI yang tidak memiliki izin kerja kerap mendapatkan perlakuan semena-mena dari pemberi kerja, seperti gaji yang lebih rendah, uang lembur yang tidak dibayarkan, kontrak kerja yang tidak diberikan, dan akses ke tempat-tempat umum yang dibatasi. Mereka pada umumnya menerima perlakuan tersebut karena takut kondisinya justru menjadi lebih “tidak aman” jika melawan. IOM (2010) mengungkapkan bahwa ketakutan akan ditahan atau dideportasi karena tidak memiliki dokumen resmi menjadikan mereka sangat mudah dikontrol oleh pemberi kerja. Mereka bermigrasi dengan bekal informasi minim terkait pekerjaan yang pada umumnya diperoleh dari rekan sejawat. Jejaring ini juga kembali digunakan untuk menangani masalah, tetapi bukan untuk menuntut haknya, melainkan untuk kabur dan mencari pekerjaan lain (Suyanto *et al.*, 2020).

Meskipun perempuan PMI prosedural memiliki akses yang lebih baik terhadap layanan perlindungan administratif dibandingkan dengan perempuan PMI nonprosedural, akses tersebut secara umum belum optimal. Gambar 26 menunjukkan bahwa hanya 65% perempuan PMI prosedural yang menguasai perjanjian penempatan dengan P3MI dan 59% perempuan PMI prosedural yang menguasai perjanjian kerja dengan pemberi kerja. Selain itu, tidak ada perbedaan signifikan dalam penguasaan atas kedua dokumen ini antara perempuan PMI prosedural di wilayah MAMPU dan non-MAMPU serta antara periode keberangkatan sebelum dan sesudah 2014. Di sisi lain, UU Perlindungan PMI sudah mengatur bahwa PMI berhak menguasai kedua perjanjian tersebut. Hal ini menegaskan bahwa UU Perlindungan PMI belum cukup kuat dalam menjamin terpenuhinya hak PMI tanpa diiringi dengan pengawasan yang ketat dalam penerapannya.

Hambatan implementasi UU Perlindungan PMI dalam hal perlindungan administratif PMI bersumber dari ketakpatuhan P3MI dan pemberi kerja serta rendahnya kesadaran perempuan PMI akan haknya. P3MI adalah pihak yang pada umumnya menahan dokumen penempatan tersebut. Informan P3MI di Cilacap mengakui bahwa mereka tidak menyerahkan dokumen perjanjian penempatan yang telah disepakati kepada calon PMI karena dokumen tersebut tidak terlalu penting bagi PMI dan hanya berisi proses calon PMI sebelum dan saat keberangkatan. Sementara itu, untuk dokumen perjanjian kerja, selain oleh P3MI, penahanan dokumen ini sering kali dilakukan oleh agen mitra P3MI di luar negeri dan pemberi kerja. Hal ini dilakukan oleh pihak-pihak tersebut karena mereka tidak ingin para perempuan PMI memahami dan mengingat isi perjanjian untuk meminimalkan komplain jika muncul ketaksesuaian antara isi kontrak dan kondisi saat bekerja. Untuk mendapatkan dokumen tersebut, beberapa PMI harus secara diam-diam membuat salinannya. Kalaupun meminta langsung kepada P3MI, mereka hanya diizinkan untuk mengambil foto melalui telepon seluler.

Kalo pegang nanti kita *jadi paham* kontrak. Untungnya saya *pas* saya TETO [pengambilan visa kerja] saya *kasih* uang satpam untuk fotokopikan kontrak. Karena dari pihak PT itu tidak boleh. Kita *gak* tau berkasnya. (Perempuan puma-PMI, Desa E, Cilacap, 2 April 2020)

Akses perempuan PMI terhadap layanan perlindungan administratif ini sering kali juga dipengaruhi oleh perilaku PMI sendiri. Misalnya, pada proses penandatanganan dokumen penempatan/perjanjian kerja, terkadang para calon PMI tidak secara terperinci membaca dokumen-dokumen tersebut sehingga mereka tidak memahami isinya. Bahkan, seperti yang terjadi di wilayah non-MAMPU (Kubu Raya), para calon PMI sering kali mempersilakan pihak P3MI untuk mewakili penandatanganan dokumen perjanjian penempatan karena alasan jarak tempuh yang jauh untuk menjangkau P3MI. Sebagai akibatnya, dokumen tersebut tidak dipegang oleh calon PMI. Hal serupa juga terjadi di wilayah MAMPU. Para calon perempuan PMI abai untuk meminta haknya atas penguasaan dokumen penempatan kerja dari P3MI karena menganggap dokumen tersebut tidak lebih penting daripada dokumen perjanjian kerja.

Kalau perjanjian penempatan itu rata-rata kita yang *megang*. Rata-rata anak-anak [PMI] *gak mudeng* [mengerti] juga. Kalau PK [perjanjian kerja] *ya* memang itu dijelaskan berdasarkan pembekalan akhir pemberangkatan [PAP], kalau PK pasti mereka minta. (P3MI, Cilacap, 3 April 2020)

Sosialisasi mengenai hak-hak PMI merupakan bagian dari tugas Pemdes Desa E, Cilacap, melalui PPT, dan kader Desbumi, melalui kegiatan Kabumi. Pihak pemdes mengaku menyampaikan kepada calon PMI tentang hak-hak yang seharusnya mereka peroleh, tetapi sosialisasi ini lebih menekankan padaantisipasi masalah saat bekerja daripada soal penguasaan dokumen administratif sebelum bekerja.

Saya kasih tahu [ke calon PMI yang mengurus surat izin di PPT] jangan mau ijazah dipegang PT (P3MI), terus kalau sudah sampai di sana telepon [ke keluarga] *kasih* tahu nomor telepon majikannya. (Kades Desa E, Cilacap, 11 Maret 2020)

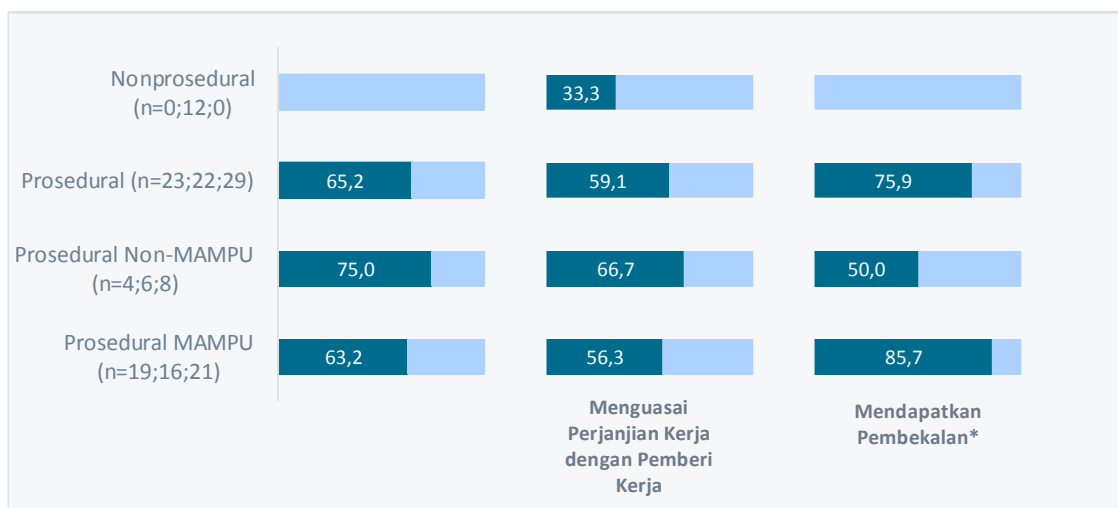
Sementara itu, sosialisasi tentang hak-hak PMI, terutama hak administratif sebelum bekerja, oleh Migrant Care melalui kader Desbumi kepada Kabumi dapat dikatakan tidak efektif. Hal ini terjadi karena informasi yang disosialisasikan bukan merupakan kebutuhan utama Kabumi yang hampir semua anggotanya adalah purna-PMI (tidak ada calon PMI atau PMI aktif). Selain itu, harapan dari Migrant Care akan adanya transfer informasi dari Kabumi kepada masyarakat terutama para calon PMI dan PMI aktif pun tidak berjalan. Sebagai akibatnya, informasi yang diterima mengendap dan pemahaman para calon PMI/PMI aktif pun tidak meningkat. Mereka tetap saja percaya kepada agen/sponsor/pihak P3MI yang sering kali tidak memenuhi hak-hak calon PMI/PMI aktif sebagaimana diatur dalam UU Perlindungan PMI.

4.3.2 Akses terhadap Layanan Perlindungan Teknis

Sebagaimana halnya dengan aspek perlindungan administratif, aspek perlindungan teknis bagi perempuan PMI prosedural juga merupakan komponen yang diatur dalam UU Perlindungan PMI. Calon perempuan PMI berhak mendapatkan pembekalan berupa peningkatan kapasitas melalui pendidikan/pelatihan. Tujuannya adalah agar PMI memiliki kompetensi sesuai dengan bidang pekerjaan, mampu berbahasa asing, dan memiliki pemahaman tentang kondisi, budaya, agama, serta hak-haknya sebagai PMI. Dengan demikian, risiko saat bekerja dapat diminimalkan karena mereka sudah memiliki keahlian terkait dengan pekerjaan yang akan dijalani. Sementara itu, perempuan PMI nonprosedural tidak memiliki kemewahan untuk mendapat pembekalan sebelum keberangkatan. Mereka pada umumnya hanya berbekal kemampuan seadanya meski ada beberapa dari mereka yang mendapatkan pembekalan langsung di lokasi kerja dari pemberi kerja.

Perempuan PMI prosedural memiliki akses yang besar terhadap layanan pembekalan, yaitu mencapai 76% (Gambar 26). Sebagian besar dari mereka merupakan PMI dengan jenis pekerjaan yang menuntut keahlian spesifik, seperti kerja pengasuhan–anak dan penduduk lanjut usia (lansia)–atau pekerja rumah tangga, dengan pilihan negara yang juga menuntut keahlian berbahasa tertentu serta memiliki adat/budaya yang jauh berbeda dengan Indonesia, misalnya Taiwan atau Hongkong.

Di wilayah MAMPU, 100% perempuan PMI bekerja sebagai pengasuh/asisten rumah tangga dan pada umumnya bermigrasi ke Arab Saudi, Singapura, Taiwan, dan Hongkong–yang memiliki bahasa/budaya yang berbeda dengan Indonesia. Sementara itu, mayoritas perempuan PMI di wilayah non-MAMPU bekerja di Malaysia. Dalam hal bahasa, keahlian berbahasa tidak terlalu dibutuhkan karena bahasa yang digunakan oleh mayoritas orang Malaysia adalah bahasa Melayu. Dalam hal jenis pekerjaan, PMI di Malaysia pada umumnya memilih pekerjaan yang tidak memerlukan keahlian khusus, seperti karyawan pabrik atau penjaga toko. Oleh karena itu, akses dan kebutuhan pembekalan PMI di wilayah MAMPU jauh lebih tinggi daripada di wilayah non-MAMPU.



Gambar 26. Akses perempuan PMI terhadap layanan perlindungan sebelum bekerja (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Keterangan: Tidak signifikan antara PMI prosedural MAMPU dan non-MAMPU serta antarperiode, yaitu sebelum dan setelah 2014.

^aTidak relevan untuk PMI nonprosedural.

Di satu sisi, tingginya akses perempuan PMI prosedural terhadap layanan pembekalan diiringi dengan tingginya biaya untuk mengaksesnya.⁴⁷ UU Perlindungan PMI yang baru menyatakan bahwa PMI tidak lagi dibebani dengan biaya penempatan, termasuk biaya pelatihan, dan mengalihkan beban tersebut menjadi tanggung jawab pemerintah.⁴⁸ Di sisi lain, kesiapan pemda untuk memenuhi tanggung jawab tersebut masih terkendala terbatasnya anggaran dan belum adanya aturan teknis. Hal ini diungkapkan oleh informan dari Disnaker Cilacap yang mengeluhkan

⁴⁷Misalnya untuk ke Hongkong, biaya pelatihan dan pembelian peralatan praktik mencapai 5,5 juta–8,5 juta rupiah untuk calon PMI yang baru pertama kali bekerja (DPN SBMI, 2019).

⁴⁸Pasal 39, 40, dan 41 UU No. 18 Tahun 2017 menyebutkan bahwa pemerintah di tiap-tiap tingkatan (pusat, provinsi, dan kabupaten) bertanggung jawab dan bertugas menyediakan dan memfasilitasi pelatihan calon PMI melalui pelatihan vokasi yang anggarannya berasal dari fungsi pendidikan.

kesulitan untuk memenuhi kebutuhan anggaran bagi pembekalan calon PMI. Dari seluruh anggaran untuk memenuhi kebutuhan pembekalan bagi sekitar 500 calon PMI yang diajukan masuk dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) 2019, hanya 10% yang terpenuhi. Dengan kata lain, hanya 50 calon PMI yang dibiayai pemda. Sebagai akibatnya, sebagian besar calon PMI harus membiayai kebutuhan pembekalannya sendiri. Hal ini pada akhirnya mengakumulasi besarnya biaya migrasi yang pada umumnya ditanggung oleh calon PMI dengan cara berutang kepada P3MI dan dibayarkan dengan menyicil setiap bulan selama mereka bekerja.⁴⁹

4.4 Akses Perempuan PMI Miskin terhadap Layanan Perlindungan Setelah Bekerja

Layanan reintegrasi ekonomi, sebagai salah satu layanan setelah bekerja di luar negeri, bertujuan memastikan PMI dan keluarganya berdaya. Layanan ini meliputi pemberdayaan ekonomi, pengembangan keahlian, dan edukasi finansial. Studi ini menemukan bahwa program pemberdayaan ekonomi bagi perempuan purna-PMI dan/atau keluarganya, baik yang berasal dari pemerintah (program Desmigratif) maupun ornop (program Desbumi oleh Migrant CARE) belum berjalan secara efektif; sebagian bahkan terhenti. Namun, di wilayah MAMPU, masih ditemukan kegiatan program Desmigratif yang berjalan meski dalam skala yang sangat kecil.

4.4.1 Perubahan Ketersediaan Program Pemberdayaan Ekonomi dan Faktor yang Memengaruhi

Hingga 2017 (studi *midline*), terdapat dua program pemberdayaan ekonomi yang teridentifikasi di wilayah studi, yaitu program Desbumi (Cilacap) dan program Desmigratif (Deli Serdang). Pemberdayaan ekonomi dari program Desbumi merupakan bagian dari kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh Migrant CARE di Desa E di Cilacap, yakni pembuatan produk seperti piring dari lidi, alas kaki, aksesoris, dan lain-lain oleh anggota Kabumi. Sementara itu, kegiatan pemberdayaan program Desmigratif yang ditemukan di Desa A di Deli Serdang untuk purna-PMI berupa pelatihan membuat kue dan menjahit, termasuk penyediaan alat usaha. Namun, ketika studi ini (studi *endline*) dilaksanakan, kegiatan pemberdayaan dari kedua program tersebut tidak lagi ditemukan. Pelatihan dan usaha yang dibentuk dari program Desbumi hanya bertahan selama kurang lebih tiga tahun (2015–2017), sementara kegiatan program Desmigratif berhenti tidak lama setelah pelatihan dilaksanakan.

Terhentinya kegiatan reintegrasi ekonomi di kedua wilayah studi tersebut disebabkan oleh pendampingan program yang tidak dilakukan secara menyeluruh dan intensif di setiap tahapan, serta tidak adanya strategi pengakhiran program (*exit strategy*) yang jelas. Pada program Desmigratif di Desa A, pendamping (petugas Desmigratif) tidak berkomitmen secara penuh dalam membangun usaha para peserta yang menjadi dampingannya. Ia malah sibuk dengan kegiatan lain di desa. Sebagai akibatnya, kegiatan usaha peserta program reintegrasi ekonomi terhenti dan bahkan ada pula usaha yang tidak sempat dimulai. Sementara itu, meski sempat berjalan sekitar dua tahun, pelatihan dan kegiatan usaha Kabumi di Desa E pun terhenti karena terhambat minimnya pemasaran dan rendahnya harga jual produk. Kader Desbumi merasa kehabisan ide untuk memperbaiki kondisi tersebut. Apalagi, berdasarkan informasi dari kader Desbumi, setelah 2017 intensitas pendampingan dari Migrant CARE mulai berkurang dan bahkan setelah akhir 2018 tidak ada lagi arahan dan kunjungan yang dilakukan. Selain itu, sebagian anggotanya menyampaikan

⁴⁹Hutang tersebut pada umumnya dibayarkan selama 10–12 bulan.

permasalahan ketiadaan bantuan modal sehingga menghambat keberlangsungan usaha yang dijalankan. Sebagai akibatnya, kegiatan usaha Kabumi masih vakum hingga saat ini.⁵⁰

Sementara itu, ditemukan juga program reintegrasi ekonomi pada program Desmigratif di Desa E di Cilacap dan Desa I di Kubu Raya yang mulai dijalankan sejak pertengahan 2019 dan masih berjalan hingga studi ini dilakukan. Khusus di Cilacap, adanya inisiatif dan kreativitas dari petugas Desmigratif mendorong masih berlangsungnya usaha tersebut. Kader Desmigratif berupaya mengintegrasikan kegiatan usaha peserta program reintegrasi dengan usaha jahit milik orang tuanya. Hingga saat ini, mereka masih menerima pesanan baik dari perusahaan di Jakarta maupun di Cilacap. Menurut salah satu peserta program reintegrasi, usaha tersebut menghasilkan keuntungan yang sedikit. Namun, karena pesanan datang secara terus-menerus, mereka tetap menekuni usaha tersebut. Adapun rincian program pemberdayaan yang ditemukan di lokasi studi dapat dilihat pada Tabel A10 di bagian lampiran.

4.4.2 Perubahan Perilaku para Pemanfaat Program dan Faktor yang Memengaruhi

Secara umum, partisipasi perempuan purna-PMI miskin dalam program pemberdayaan ekonomi di wilayah studi cenderung rendah. Berdasarkan hasil survei, tidak ada satu pun responden di kelima wilayah studi yang mengaku pernah memperoleh pelatihan peningkatan keterampilan/kemampuan setelah mereka kembali dari luar negeri (Gambar A10 panel kiri di Lampiran). Faktor-faktor yang memengaruhi datang dari sisi layanan program dan dari sisi perilaku peserta program.

Dari sisi layanan, program pemberdayaan ekonomi memiliki cakupan terbatas dan tidak tepat sasaran. Pada program Desmigratif, jumlah peserta dibatasi, yaitu 20–30 orang. Program ini pada umumnya hanya diketahui oleh orang-orang yang dekat dengan kader. Selain itu, tidak semua peserta merupakan purna-PMI/keluarganya. Di Cilacap, dari sekitar 13 orang yang masih secara aktif mengikuti program tersebut, 6 orang di antaranya bukan dari kelompok PMI. Kesulitan mendata purna-PMI dapat menjadikan program ini tidak eksklusif—hanya diikuti purna-PMI atau keluarga PMI. Hasil survei menunjukkan bahwa tingkat pelaporan PMI setelah kepulangan sangat rendah (Gambar A10 panel kanan di Lampiran). Mekanisme pelaporan atau pendataan purna-PMI tidak diatur secara khusus pada UU No. 18 Tahun 2017 sehingga sangat memungkinkan bahwa pemda tidak mengetahui secara pasti daftar nama dan alamat purna-PMI. Meskipun demikian, Pemdes Desa E di Cilacap, yang merupakan wilayah Desbumi, menerapkan mekanisme pendataan kepulangan PMI secara tidak langsung, yaitu melalui ketua RT yang melaporkan kepulangan PMI kepada pemdes.

Hambatan juga muncul dari sisi perilaku peserta program. Para purna-PMI hanya aktif pada saat awal dilaksanakannya kegiatan usaha. Ketika mengetahui hasil yang diperoleh tidak signifikan, mereka menjadi tidak bersemangat untuk melanjutkan usaha tersebut. Lebih tepatnya, mereka enggan melanjutkan usaha karena dibutuhkan waktu lama untuk mendapatkan keuntungan. Kalaupun keuntungan didapat, nilainya jauh lebih kecil daripada penghasilan mereka ketika bekerja di luar negeri. Selain itu, keikutsertaan peserta dalam program pada umumnya hanya formalitas agar bisa mendapatkan bantuan. Sebagai contoh, kepala desa dan informan tokoh masyarakat di Desa I di Kubu Raya menyebutkan bahwa beberapa peserta yang mengikuti program Desmigratif malah menjual ternak yang diterimanya tidak lama setelah pelatihan. Hal lain yang menyebabkan keengganan untuk berpartisipasi dalam program reintegrasi ekonomi adalah sulitnya akses terhadap modal usaha, sebagaimana terjadi pada beberapa anggota Kabumi

⁵⁰Kegiatan Desbumi yang masih berjalan adalah kegiatan yang berkaitan dengan peran PPT dalam melakukan pendataan dan perizinan bagi calon PMI/PMI yang akan bekerja di luar negeri.

(program Desbumi). Mereka enggan memulai usaha karena tidak memiliki modal, sementara program yang mereka ikuti tidak menyediakan bantuan/akses terhadap modal tersebut. Sebagai akibatnya, tidak ada kelanjutan usaha yang dijalankan oleh beberapa peserta program tersebut.

Dengan terbatasnya jangkauan dan keberlanjutan program reintegrasi ekonomi serta tidak adanya usaha untuk mengubah perilaku purna-PMI miskin, siklus migrasi akan terus berulang (migrasi sirkuler) dan mereka akan memilih untuk terus bekerja di luar negeri. Zimmermann (2014) mencontohkan pengalaman di India dan negara-negara Asia-Pasifik, termasuk Indonesia, yang menunjukkan bahwa permasalahan rendahnya pendapatan, sulitnya akses terhadap modal/kredit, serta faktor lainnya (pengangguran dan utang) yang dialami purna-PMI mendorong berlangsungnya migrasi sirkuler tersebut. Oleh karena itu, diperlukan strategi yang tepat untuk memperkuat kegiatan/program reintegrasi ekonomi sehingga ia mampu memberi kepastian penghidupan bagi purna-PMI di daerah asalnya secara berkelanjutan.

4.5 Kesimpulan dan Rekomendasi

4.5.1 Kesimpulan

Tiga tahun setelah UU Perlindungan PMI yang baru disahkan, perempuan PMI miskin yang menempuh jalur prosedural dan nonprosedural sama-sama masih menghadapi risiko yang besar untuk dieksploitasi dalam bermigrasi, baik oleh pihak perantara maupun pemberi kerja. Perempuan PMI di wilayah MAMPU (Cilacap) memang memiliki peluang yang lebih besar untuk bermigrasi secara prosedural daripada perempuan PMI di wilayah non-MAMPU. Namun, seperti PMI prosedural pada umumnya, mereka masih menanggung biaya yang besar akibat belum optimalnya implementasi dari UU tersebut. Dengan demikian, peran P3MI masih dominan dalam proses penempatan, termasuk dalam pengurusan paspor, cek kesehatan, dan pelatihan. Besarnya peran P3MI ini juga melatarbelakangi rendahnya penguasaan perempuan PMI atas dokumen perjanjian, baik perjanjian penempatan dengan P3MI atau perjanjian kerja dengan pemberi kerja. Sementara itu, perempuan PMI nonprosedural tidak memiliki kesempatan untuk mendapat pelatihan sebelum keberangkatan atau terlindungi oleh UU Perlindungan PMI dalam hal kepemilikan dan penguasaan dokumen perjanjian kerja. Walaupun mereka memiliki dan menguasai perjanjian kerja, hal tersebut tidak menjamin perlindungan hak mereka. Status pekerja ilegal bagi PMI nonprosedural (tidak tercatat dan/atau tidak memiliki izin kerja) dapat menjadi alasan bagi pemberi kerja untuk mengakhiri perjanjian kerja secara sepihak.

Status Cilacap sebagai kantong migran sejak sebelum 2014 akibat besarnya jumlah PMI tercatat/prosedural telah menarik berbagai pihak untuk terlibat dalam upaya perlindungan migran. Hal ini diiringi dengan kebiasaan memberikan informasi mengenai jalur prosedural oleh purna-PMI kepada calon PMI. Kebiasaan ini menjadikan jalur prosedural menjadi preferensi umum calon PMI di wilayah ini hingga kini. Pihak-pihak tersebut adalah, antara lain, pemda (Disnaker) melalui kegiatan pembinaan dan pengawasan serta P3MI sebagai pihak swasta yang secara aktif merekrut calon PMI sampai tingkat desa. Keberadaan pihak-pihak tersebut membuat layanan prosedural mudah dijangkau. Ketersediaan layanan jalur prosedural ini diperkuat dengan kehadiran Migrant CARE pada 2014. Sebagai mitra MAMPU, Migrant CARE berupaya melibatkan Pemdes Desa E untuk mendorong layanan migrasi prosedural. Hal ini dilakukan dengan membentuk Desbumi, mendorong pemdes untuk menerbitkan Perdes No. 5 Tahun 2015 yang ditujukan untuk melindungi PMI, dan melakukan pemberdayaan purna-PMI serta keluarga PMI (Kabumi). Seiring dengan penerapan kebijakan Dana Desa, pemdes mengalokasikan anggaran untuk kegiatan Kabumi dan kegiatan operasional PPT yang dibentuk pada 2016 sebagai pusat informasi, pendataan, layanan perizinan, dan pengaduan masalah PMI. Namun, karena

pendampingan Migrant CARE di Desa E berhenti pada akhir 2018, aktivitas Kabumi menjadi vakum dan alokasi Dana Desa pun berkurang.

Sementara itu, mayoritas perempuan PMI miskin di wilayah non-MAMPU (Kubu Raya) bermigrasi secara nonprosedural karena minimnya layanan pendukung migrasi prosedural di satu sisi dan kemudahan untuk mengakses layanan nonprosedural di sisi lain. Di samping itu, kesadaran PMI untuk bermigrasi secara prosedural sangat rendah karena mereka sudah terbiasa bermigrasi secara nonprosedural serta adanya kebiasaan berbagi informasi mengenai praktik migrasi nonprosedural. Tanpa adanya perubahan pada kondisi layanan tersebut, seperti terjadi selama tiga tahun terakhir, rantai keberangkatan PMI secara nonprosedural di wilayah ini tidak akan terputus.

UU No. 18 Tahun 2017 sebagai UU Perlindungan PMI sudah mengatur berbagai mekanisme pengurangan biaya yang ditanggung calon PMI untuk proses pendaftaran, pelatihan, dan penempatan kerja. Di antaranya adalah pembentukan LTSA di tingkat kabupaten pada 2017 di Cilacap yang ditujukan agar diseminasi informasi, proses pendaftaran, dan mekanisme penempatan menjadi lebih efisien. Dengan adanya LTSA, calon PMI diharapkan dapat dengan mudah menjangkau layanan dari berbagai lembaga terkait tanpa harus mengandalkan jasa P3MI yang menghabiskan biaya tinggi. Namun, hal tersebut tidak terjadi karena faktor dari sisi permintaan (pengetahuan dan perilaku PMI) dan dari sisi layanan (LTSA dan pemda).

Dari sisi permintaan, berkurangnya intensitas pendampingan oleh Migrant CARE menyebabkan pemdes, kader Desbumi, dan calon PMI di Cilacap belum mengetahui adanya LTSA dan kebijakan pengurangan biaya penempatan. Selain itu, kebiasaan calon PMI/PMI menggunakan jasa P3MI secara penuh untuk pengurusan pendaftaran dan penempatan kerja di LTSA menyebabkan sulitnya membangun budaya mandiri pada calon PMI/PMI dalam persiapan penempatan kerja.

Dari sisi layanan, implemmentasi UU No. 18 Tahun 2017 masih belum optimal. Belum terintegrasinya semua instansi yang diperlukan ke dalam LTSA menyebabkan calon PMI membayar biaya jasa tambahan P3MI sebagai perantara dalam pengurusan proses pendaftaran dan penempatan kerja. Selain itu, UU tersebut mengamanatkan pemda untuk bertanggung jawab atas biaya pelatihan calon PMI. Namun, informan dari Disnaker menyatakan bahwa hampir mustahil bagi pemda untuk dapat menanggung seluruh biaya pelatihan calon PMI yang jumlahnya ratusan per tahunnya. Oleh karena itu, hingga tiga tahun setelah UU No. 18 Tahun 2017 disahkan, belum ada indikasi bahwa amanat UU tersebut dapat diterapkan dalam waktu dekat untuk semua calon PMI di Cilacap.

Reintegrasi ekonomi dalam rangka pemberdayaan purna-PMI dan keluarga PMI belum berjalan secara efektif. Setidaknya terdapat dua program pemberdayaan ekonomi di wilayah studi yang ditemukan saat studi *midline* tetapi tidak lagi ditemukan saat studi *endline*. Dua program tersebut adalah pelatihan keterampilan dan usaha program Desbumi melalui Kabumi di Desa E (Cilacap) dan program Desmigratif di Desa A (Deli Serdang). Tidak adanya pendampingan untuk mengakses pasar ataupun modal dan ketiadaan *exit strategy* yang jelas saat memasuki periode akhir program menjadi faktor utama terhentinya kedua program tersebut. Meskipun demikian, terdapat upaya untuk mendorong reintegrasi ekonomi melalui kegiatan pelatihan usaha dari program Desmigratif di Desa E (Cilacap) yang dimulai pada akhir 2019. Sebagai praktik baik, pelatihan usaha tersebut dapat berjalan meskipun dengan skala yang terbatas. Hal ini dipengaruhi oleh adanya komitmen dan kreativitas kader program untuk membuka akses terhadap pasar bagi keberlanjutan usaha peserta dampungannya. Namun, kemauan/minat berusaha para purna-PMI yang bervariasi, tidak adanya pencatatan purna-PMI (basis data), dan skala program yang terbatas pada akhirnya menimbulkan permasalahan dalam hal penargetan dan cakupan sasaran program.

4.5.2 Rekomendasi

Berdasarkan temuan studi pada bab ini, dapat disusun beberapa rekomendasi untuk meningkatkan akses perempuan miskin PMI terhadap layanan perlindungan migrasi.

a) Meningkatkan Akses Perempuan PMI Miskin terhadap Jalur Keberangkatan Prosedural, Terutama di Wilayah Kantong Migran Nonprosedural

Pemerintah Pusat dan/atau pemda seharusnya tidak menutup mata bagi keberadaan PMI nonprosedural, terutama di wilayah kantong migran nonprosedural. Penyediaan layanan migrasi prosedural di wilayah tersebut perlu mulai dilakukan secara besar-besaran, misalnya dengan mengintensifkan sosialisasi tentang migrasi aman kepada masyarakat. Hal ini perlu dilakukan tidak hanya di tingkat kabupaten, tetapi juga hingga ke tingkat kecamatan dan desa. Selain itu, sosialisasi harus menasar para elite kecamatan/desa serta calon PMI/PMI. Ornop, seperti Migrant CARE, juga perlu mulai memfokuskan pendampingan pada wilayah yang didominasi PMI nonprosedural untuk mempercepat peralihan pola jalur keberangkatan PMI dari nonprosedural ke prosedural.

b) Mengintensifkan Upaya Peningkatan Pemahaman Calon PMI/PMI tentang Hak-Hak PMI Sebagaimana Tercantum dalam UU Perlindungan PMI yang Baru (UU No. 18 Tahun 2017)

Sosialisasi terperinci tentang hak-hak PMI kepada pemdes dan masyarakat perlu secara intensif dilakukan baik oleh Pemerintah Pusat/pemda maupun ornop. Hal ini dibutuhkan untuk menumbuhkan kepedulian pemdes agar sejak dini melakukan upaya perlindungan bagi warganya yang akan/sedang bekerja di luar negeri. Selain itu, sosialisasi ditujukan untuk membangun daya pikir kritis calon PMI/PMI serta purna-PMI terkait hak-hak yang seharusnya mereka peroleh dan saluran-saluran yang bisa diakses untuk menyampaikan aduan. Misalnya, mereka perlu mengetahui hak atas penguasaan dokumen perjanjian dan pihak mana yang bisa dihubungi jika terjadi pelanggaran atas hak tersebut. Penggunaan media sosialisasi yang bervariasi (pertemuan, leaflet, video, dll.) dan bahasa yang mudah dipahami oleh semua kalangan dapat membuat sosialisasi lebih efektif. Pelibatan peran purna-PMI dalam kegiatan sosialisasi juga penting untuk digiatkan sehingga calon PMI/PMI mendapatkan gambaran lebih jelas mengenai proses migrasi (sebelum/saat bekerja). Calon PMI/PMI pun dapat memetik pelajaran dari praktik baik/buruk migrasi berdasarkan pengalaman para pendahulunya.

c) Menyusun Aturan yang Lebih Teknis atas UU No. 18 Tahun 2017

Pemerintah perlu segera menerjemahkan UU No. 18 Tahun 2017 ke dalam aturan-aturan yang lebih teknis agar pemda tidak ragu-ragu dalam melaksanakan ketentuan UU tersebut. Hal ini mencakup skema pelaksanaan pelatihan/pendidikan bagi calon PMI/PMI yang menurut UU ini merupakan bagian dari tanggung jawab Pemerintah Pusat dan pemda. Ornop dalam hal ini tetap perlu mengawal proses penyusunan aturan teknis tersebut untuk memastikan agar tidak terjadi reduksi nilai-nilai dalam UU No. 18 Tahun 2017.

d) Meningkatkan Pengawasan terhadap P3MI

Pemda perlu membangun sistem pengawasan dan pembinaan yang lebih ketat terhadap P3MI. Sekadar melakukan pertemuan rutin tidak cukup. Sistem pengawasan dan pembinaan terkait pemenuhan hak-hak PMI yang menggunakan jasanya perlu dibuat lebih terperinci melalui mekanisme apresiasi dan sanksi hukum (*reward and punishment*).

e) Mengoptimalkan Peran dan Fungsi LTSA

Pemerintah Pusat dan pemda perlu mengoptimalkan fungsi LTSA untuk mempermudah, mempercepat, dan menekan biaya pengurusan izin PMI yang akan bekerja di luar negeri. Pemda perlu segera melengkapi instansi pemberi layanan yang ada di LTSA sehingga

layanannya terintegrasi. Selain itu, mengingat besarnya biaya transportasi menuju kantor LTSA yang berada di pusat kota, pemda perlu mendekatkan layanan ini ke masyarakat sampai tingkat kecamatan atau desa. Hal ini dapat dilakukan dengan mengadakan LTSA lantatur (*drive through*) secara berkala di desa atau kecamatan ataupun dengan memberdayakan pemdes untuk menyalurkan informasi lowongan pekerjaan di luar negeri dan memfasilitasi pendaftaran calon PMI sehingga calon PMI memiliki alternatif pihak perantara selain P3MI.

f) Memperkuat Kegiatan/Program Reintegrasi Ekonomi

Upaya pemberdayaan ekonomi bagi purna-PMI/keluarga PMI, baik oleh pemerintah maupun ornop, perlu dilakukan secara menyeluruh dan berkelanjutan. Pendampingan menyeluruh dilakukan mulai dari persiapan usaha hingga pemasaran. Selain itu, agar usaha dampingan dapat berkelanjutan, perlu dirancang *exit strategy* yang jelas sebelum program berhenti. Dengan demikian, kemandirian peserta/kelompok dampingan dapat dipastikan untuk mencegah purna-PMI kembali bermigrasi. Untuk memastikan ketepatan sasaran program, perlu dilakukan rekapitulasi data purna-PMI. Oleh karena itu, pendataan PMI perlu dilakukan bukan hanya saat pendaftaran, tetapi juga saat kepulangan.

V. PENINGKATAN STATUS KESEHATAN DAN GIZI PEREMPUAN

5.1 Pengantar

5.1.1 Ruang Lingkup

Tema ini bertujuan mendalami perubahan akses dan perilaku perempuan miskin terhadap layanan kesehatan dan gizi, serta faktor dan aktor yang memengaruhi terjadinya atau tidak terjadinya perubahan tersebut selama 2017–2019. Aspek pembahasan pada tema ini terdiri atas lima topik, yaitu (i) pemeriksaan kehamilan, (ii) persalinan, (iii) pemberian gizi oleh perempuan melalui inisiasi menyusui dini (IMD)⁵¹ dan pemberian air susu ibu eksklusif (ASIE), (iv) penggunaan kontrasepsi, serta (v) pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dan payudara. Kelima topik ini merupakan bagian dari prioritas utama pembangunan kesehatan, baik di tingkat nasional berdasarkan rancangan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024 maupun di tingkat global dengan mengacu pada Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*)⁵² melalui kerangka peningkatan kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana (KB), kesehatan reproduksi (kespro), dan pengendalian penyakit.

Pada isu kesehatan ibu dan anak, indikator utama dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir mencakup pemeriksaan kehamilan, persalinan di fasilitas kesehatan (faskes), dan persalinan ditolong tenaga kesehatan (nakes) yang kompeten. Sementara itu, terkait praktik pemberian gizi oleh perempuan, pemerintah telah menetapkan kebijakan nasional pemberian ASIE melalui Peraturan Pemerintah (PP) No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Pemeriksaan kehamilan, praktik IMD, dan pemberian ASIE merupakan bagian dari intervensi terkait gizi yang dimuat dalam Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* 2018–2024. Salah satu mitra MAMPU, 'Aisyiyah, juga telah melakukan sosialisasi untuk mendorong perempuan melakukan praktik IMD dan ASIE di Kabupaten Cilacap sejak 2014 dan di Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep) sejak 2018 sebagai upaya pencegahan kasus *stunting* pada anak bawah lima tahun (balita).

Pada isu kespro, pemerintah berupaya mendorong penggunaan kontrasepsi jangka panjang dan pemeriksaan deteksi dini kanker. Penggunaan kontrasepsi jangka panjang lebih efektif daripada kontrasepsi jangka pendek untuk menekan angka kehamilan, baik dalam rangka mengendalikan laju pertumbuhan penduduk maupun menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Sementara itu, terkait pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dan payudara, pada 2015 pemerintah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 34 tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim dan mengadakan Program Nasional Gerakan Pencegahan dan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara. Pemerintah menargetkan persentase perempuan berusia 30–50 tahun yang melakukan pemeriksaan deteksi dini mencapai 50% pada 2019. Namun, dalam realisasinya hanya ada 12,2% perempuan yang sudah melakukan tes inspeksi visual asam asetat (IVA) (Kementerian Kesehatan, 2020).

⁵¹IMD adalah kontak antara kulit ibu dan kulit bayi sesegera mungkin dalam waktu satu jam setelah bayi dilahirkan. Bayi yang baru lahir diletakkan di dada atau perut ibu dengan kulit ibu melekat pada kulit bayi tanpa penghalang apa pun (Lestari, 2019).

⁵²Lihat Rancangan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024 (Bappenas, 2019).

Kanker payudara dan serviks merupakan dua jenis kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia. Meski mematikan, WHO menyatakan bahwa kanker serviks dapat disembuhkan jika orang yang tertular kanker ini didiagnosis dan diobati pada tahap dini (Sartika, 2019). Oleh karena itu, upaya preventif sangat diperlukan. Studi *midline* menemukan bahwa pemerintah daerah (pemda) dan mitra MAMPU di beberapa wilayah studi telah berupaya memfasilitasi pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dan payudara secara gratis. Dibandingkan dengan pemerintah, 'Aisyiyah telah lebih dahulu melakukan upaya ini pada 2014 (Kabupaten Cilacap) dan 2015 (Kabupaten Pangkep). Selain memfasilitasi pemeriksaan gratis, 'Aisyiyah juga memberikan pelatihan tentang cara melakukan pemeriksaan IVA kepada nakes di tingkat desa dan kecamatan sebagai upaya pengembangan kapasitas nakes. Sementara itu, pada 2017, Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA)—mitra MAMPU di Kabupaten Kubu Raya—melakukan dengar pendapat (*hearing*) di kantor bupati untuk mendorong pelaksanaan lima upaya terkait peningkatan akses perempuan terhadap layanan kesehatan; salah satunya adalah pengadaan tes IVA gratis di tingkat desa (Widyaningsih, Elmira, dan Prasetyo, 2019).

5.1.2 Metodologi

Pada tema ini terdapat tiga kategori wilayah intervensi, yakni (i) empat desa yang sedang diintervensi mitra MAMPU, 'Aisyiyah, di Kabupaten Cilacap (Desa D) dan Kabupaten Pangkep (Desa J, Desa K, dan Desa L); (ii) dua desa yang pernah⁵³ diintervensi mitra MAMPU, PEKKA, di Kubu Raya (Desa G dan Desa H); serta (iii) desa yang tidak pernah⁵⁴ diintervensi mitra MAMPU (sembilan desa) dan kategori wilayah ketiga ini disebut sebagai wilayah non-MAMPU. Kategorisasi ini didasarkan pada kondisi desa yang sedang, pernah, atau tidak pernah mendapat intervensi dari mitra MAMPU terkait tema kesehatan dan gizi perempuan, baik sebagai fokus utama intervensi maupun bukan. 'Aisyiyah merupakan mitra MAMPU yang memfokuskan intervensinya pada sektor kesehatan dan gizi perempuan, sedangkan PEKKA merupakan mitra MAMPU yang fokus intervensinya sebenarnya bukan pada tema kesehatan dan gizi perempuan, tetapi pernah melakukan intervensi terkait tema ini.⁵⁵

Secara kuantitatif, analisis wilayah dalam tema ini mengacu pada perbandingan antara desa yang sedang diintervensi, pernah diintervensi, dan desa yang tidak pernah diintervensi MAMPU. Sementara itu, analisis berdasarkan wilayah intervensi tersebut tidak selalu dapat dilakukan secara kualitatif. Hal ini terjadi karena intervensi mitra MAMPU yang teridentifikasi pada tema ini selama 2017–2019 pada umumnya hanya terkait dengan topik pemberian gizi oleh perempuan dan pemeriksaan deteksi dini kanker.

Sejak 2017, dalam kuesioner survei keluarga⁵⁶, ditambahkan variabel untuk menggali status gizi perempuan, khususnya ibu hamil, dan status pemberian nutrisi oleh perempuan kepada bayi termasuk praktik dan pengetahuan mengenai IMD dan pemberian ASIE. Responden pada tema ini

⁵³Sejak Januari 2017, Kabupaten Kubu Raya tidak lagi menjadi wilayah kerja MAMPU. Meski demikian, PEKKA masih berada di Desa G dan Desa H melalui kegiatan lain, yakni Akademi Paradigta. PEKKA sudah memulai kegiatan pendampingan dan pemberdayaan di dua desa tersebut sejak 2003 (Widyaningsih dan Kusumawardhani, 2019).

⁵⁴Meliputi (i) desa-desa dampingan mitra MAMPU yang menerima intervensi bukan pada tema kesehatan dan gizi perempuan, yakni Desa A dan B di Deli Serdang, Desa E di Cilacap, serta Desa M dan N di Timor Tengah Selatan (TTS); dan (ii) desa-desa yang tidak pernah didampingi mitra MAMPU, yakni Desa C di Deli Serdang, Desa F di Cilacap, Desa I di Kubu Raya, dan Desa O di TTS.

⁵⁵Sebagai mitra MAMPU, PEKKA memberikan intervensi yang berfokus pada tema perlindungan sosial. Namun, sebagai lembaga, PEKKA juga melakukan kegiatan pendampingan dan pemberdayaan perempuan pada isu kesehatan dan gizi.

⁵⁶Sampel keluarga untuk metode kuantitatif adalah keluarga miskin di semua desa studi yang telah didata pada studi *baseline*. Lihat Rahmitha *et al.* (2016) untuk mengetahui prosedur penentuan keluarga miskin yang menjadi responden secara lebih lengkap.

adalah anggota keluarga perempuan yang berusia 6–49 tahun dan pernah/sedang hamil dan wawancara dengan mereka tidak boleh diwakilkan oleh anggota keluarga yang lain. Analisis untuk topik pemeriksaan kehamilan, persalinan, praktik IMD, dan pemberian ASIE dilakukan terhadap 91 perempuan berusia 6–49 tahun yang pernah/sedang hamil, terdata pada studi *midline* dan *endline*, serta memiliki anak berusia 2 tahun ke bawah. Analisis untuk topik penggunaan kontrasepsi dan pemeriksaan deteksi dini kanker dilakukan terhadap 745 perempuan berusia 6–49 tahun dan pernah/sedang hamil pada kedua periode studi tersebut.⁵⁷

Untuk data kualitatif, penggalian informasi dasar dilakukan di semua wilayah studi,⁵⁸ sementara pendalaman informasi dilakukan di dua wilayah studi, yakni Kabupaten Pangkep (topik pemeriksaan deteksi dini kanker serviks) dan Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) (topik persalinan). Penentuan topik dan wilayah pendalaman informasi dilakukan berdasarkan temuan kuantitatif dan dengan mempertimbangkan keberadaan mitra MAMPU yang intervensinya berfokus pada tema kesehatan dan gizi perempuan. Kabupaten Pangkep dipilih karena peningkatan partisipasi tes IVA tertinggi ada di kabupaten ini dan merupakan wilayah kerja 'Aisyiyah, sementara Kabupaten TTS dipilih karena persentase tertinggi untuk peningkatan praktik persalinan bukan di faskes ada di kabupaten ini dan merupakan wilayah non-MAMPU.

Penggalian informasi dimulai dengan wawancara keluarga. Pada topik deteksi dini kanker serviks, wawancara keluarga dilakukan dengan perempuan miskin yang pernah melakukan tes IVA setelah 2017 dan bukan karena alasan sakit atau dirujuk nakes. Pada topik persalinan, wawancara keluarga dilakukan dengan perempuan miskin yang setidaknya memenuhi satu dari tiga kategori berikut: (i) memiliki anak berusia maksimal tiga tahun, (ii) pernah melahirkan di rumah dalam periode 2017–2020, dan (iii) pernah didenda akibat melahirkan di rumah dalam periode 2017–2020. Wawancara mendalam juga dilakukan dengan aktor di tingkat komunitas atau desa hingga kabupaten yang diidentifikasi menggunakan metode bola salju (*snowball*) karena diperkirakan berkontribusi terhadap peningkatan partisipasi tes IVA atau peningkatan persalinan bukan di faskes.

5.2 Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Kesehatan dan Gizi

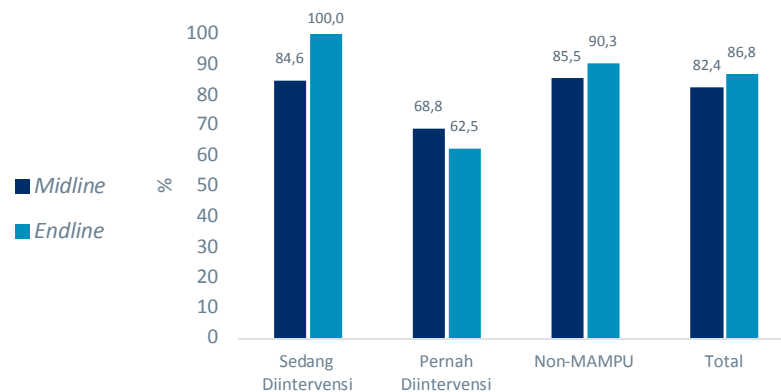
5.2.1 Pemeriksaan Kehamilan

Belum semua ibu dari keluarga miskin di wilayah studi memeriksakan kehamilan setidaknya empat kali (K4). Namun, jumlah mereka meningkat dari 82% saat studi *midline* menjadi 87% saat studi *endline*. Bahkan, di desa yang sedang diintervensi MAMPU, semua ibu dari keluarga miskin sudah memeriksakan kehamilannya (Gambar 27). Dari sisi kebijakan daerah dan ketersediaan layanan, sejak 2019 di Desa D (Kabupaten Cilacap) terdapat penambahan layanan pos binaan terpadu (posbindu) yang bisa diakses untuk pemeriksaan kehamilan sehingga tersedia alternatif

⁵⁷Karena dalam kuesioner tidak terdapat referensi waktu untuk pertanyaan pemeriksaan deteksi dini kanker, perilaku terhadap pemeriksaan deteksi dini kanker diasumsikan mengalami perubahan (meningkat) jika jumlah perempuan yang melakukan pemeriksaan lebih besar daripada saat studi *midline*. Sebaliknya, jika jumlahnya konstan, pemeriksaan deteksi dini kanker diasumsikan tidak mengalami perubahan.

⁵⁸Melalui wawancara dengan mitra MAMPU di tingkat kabupaten, wawancara di tingkat desa, dan FGD yang semua pesertanya merupakan perempuan miskin. Kriteria peserta FGD adalah (i) sedang hamil, pernah melahirkan di faskes dalam tiga tahun terakhir, sedang menggunakan alat kontrasepsi, dan/atau pernah melakukan tes IVA; (ii) anggota kelompok dampingan dan nondampingan; serta (iii) bukan pengurus kelompok, aktivis/elite/anggota lembaga desa (seperti kader posyandu), dan perangkat desa (termasuk ketua rukun tetangga/RT).

baru bagi ibu hamil dalam mengakses layanan terdekat. Di Kabupaten Pangkep, terjadi pertambahan jumlah kelas ibu hamil dan sejak 2018 pemerintah Desa K memberikan insentif bagi kader pos pelayanan terpadu (posyandu) sebesar Rp500.000 per enam bulan. Kelas ibu hamil merupakan sarana sosialisasi yang cukup efektif dan salah satu materi yang paling sering disampaikan adalah pentingnya pemeriksaan kehamilan secara rutin. Meningkatnya jumlah pemeriksaan kehamilan di ketiga desa di Kabupaten Pangkep juga dipengaruhi oleh gencarnya upaya pencegahan *stunting* di kabupaten ini, yakni dengan mendorong pemeriksaan kehamilan sebulan sekali.



Gambar 27. Pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali pada 2017 dan 2019 (N=91)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Kan kita mengharapkan dia [ibu hamil] trimester pertama kontak dengan petugas kesehatan. Itu yang saya lihat perubahan. Sudah bisa mengetahui bahwa pemeriksaan yang standar itu di 1-1-2, artinya satu kali di trimester pertama minimal, satu kali di trimester kedua dan dua kali di trimester ketiga. *Tapi* kita biasa *kasih* tahu ibu hamil kalau yang standar pemeriksaan itu begini, *tapi* kalau ibu hamil tidak tiap bulan tidak apa-apa juga, yang penting dia harus *ikuti* standar minimal. (Bidan, Desa L, Pangkep, Februari 2020)

Jadi sekarang, *alhamdulillah*, orang-orangnya sudah *pada* sadar, lebih aktif. Yang dulunya yang penting periksa, kalau sekarang setiap bulan rutin. Yang jelas dia minimal 4 kali itu pasti periksanya. (Bidan, Desa H, Kubu Raya, Februari 2020)

Minimal empat kali pemeriksaan kehamilan, sekarang itu mereka justru lebih per bulan. Kalau *ndak* datang mereka merasa bersalah jadi mereka sudah sadar bahwa perlu periksa setiap bulan. Kita juga menganjurkannya setiap bulan. (Bidan, Desa I, Kubu Raya, Februari 2020)

Pertambahan jumlah ibu dari keluarga miskin yang melakukan K4 pada umumnya diikuti dengan meningkatnya pemeriksaan kehamilan terutama di faskes berbasis komunitas seperti pos bersalin desa (polindes) atau pos kesehatan desa (poskesdes) dan posyandu (Gambar 27). Sejalan dengan temuan ini, penelusuran informasi kualitatif menemukan bahwa meski bukan faskes, posyandu merupakan layanan pemeriksaan kehamilan rutin yang paling dekat dan paling mudah diakses (pada umumnya) secara gratis. Selain itu, pemerintah desa (pemdes) di semua wilayah studi telah meningkatkan kuantitas dan kualitas layanan posyandu untuk memudahkan masyarakat mengakses layanan pemeriksaan kehamilan rutin.

Kalau saya *sih* pilih ke posyandu, murah meriah, dekat *lagi*. (Peserta FGD, Desa E, Cilacap, Februari 2020)

a) Faktor-Faktor yang Mendukung Peningkatan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan

Pendorong utama peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan pemeriksaan kehamilan yang ditemukan di semua desa studi adalah ketersediaan layanan yang memadai dan sosialisasi. Pemdes berperan besar dalam mendukung ketersediaan layanan pemeriksaan kehamilan, khususnya melalui pengalokasian Dana Desa untuk kegiatan posyandu dalam bentuk penambahan insentif kader dan jumlah posyandu, pembangunan gedung dan penyediaan perlengkapan posyandu, serta pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil. Penambahan jumlah posyandu memberikan kemudahan akses bagi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya di posyandu terdekat.

Sementara itu, bidan desa dan kader posyandu berperan sangat penting dalam melakukan sosialisasi kepada ibu hamil terkait pentingnya pemeriksaan kehamilan secara rutin (Gambar A11 di Lampiran). Sejak 2018, bidan desa dan kader posyandu menggalakkan sosialisasi pemeriksaan kehamilan sebagai upaya mendukung pencegahan *stunting*. Penambahan insentif bagi kader posyandu turut memotivasi mereka untuk secara lebih intensif melakukan sosialisasi kepada ibu hamil agar memeriksakan kehamilannya di posyandu. Upaya-upaya yang dilakukan di semua wilayah studi adalah, antara lain, menelepon ibu hamil dan melakukan kunjungan ke rumah (*sweeping*). Khusus di Kabupaten Kubu Raya, kader posyandu juga memberikan undangan tertulis dan memuat status di media sosial (WhatsApp atau Facebook) terkait jadwal pemeriksaan posyandu di tempat tinggalnya. Di beberapa desa studi, bidan dan kader posyandu juga menandai rumah ibu hamil dengan stiker (Kabupaten Cilacap) atau bendera⁵⁹ (Kabupaten TTS) untuk memudahkan pemantauan.

Hasil survei tidak menunjukkan adanya kontribusi partisipasi perempuan miskin dalam kegiatan desa terhadap perilaku pemeriksaan kehamilan (Gambar A14 di Lampiran). Tingkat partisipasi perempuan miskin untuk memeriksakan kehamilannya ke bidan tidak dipengaruhi oleh aktif atau tidaknya mereka/keluarganya dalam kegiatan sosial. Perempuan yang tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan pun tetap memeriksakan kehamilan ke bidan. Ini berarti bahwa ada faktor lain yang turut memengaruhi kesediaan perempuan miskin untuk memeriksakan kehamilannya. Sementara itu, hasil wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion/FGD*) menunjukkan bahwa keaktifan dalam kegiatan posyandu dan kelas ibu hamil turut mendorong perubahan perilaku perempuan miskin untuk secara lebih rutin memeriksakan kehamilannya (Gambar A11 di Lampiran). Hal ini ditemukan di semua desa studi. Kedua kegiatan tersebut menjadi sarana penyebaran informasi tentang jadwal dan pentingnya pemeriksaan kehamilan sebulan sekali, termasuk informasi tentang program/bantuan pembiayaan persalinan dari pemerintah. Ibu hamil yang terlibat di posyandu atau kelas ibu hamil biasanya akan saling mengingatkan tentang jadwal pemeriksaan di posyandu. Penerapan denda jika tidak ke posyandu juga mendorong perempuan miskin di Kabupaten TTS untuk memeriksakan kehamilannya setiap bulan.⁶⁰

⁵⁹Warna bendera dibedakan berdasarkan usia kehamilan, yakni warna hijau untuk trimester pertama, kuning untuk trimester kedua, dan merah untuk trimester ketiga.

⁶⁰Kader posyandu di Kabupaten TTS menyosialisasikan informasi bahwa ibu hamil akan didenda Rp5.000 jika tidak datang ke posyandu. Ibu hamil dari keluarga miskin yang takut dengan denda ini memilih datang ke posyandu karena uang sebesar itu bisa mereka gunakan untuk membeli siri pinang.

b) Faktor-Faktor yang Menghambat Peningkatan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan

Di semua desa studi tidak ditemukan adanya faktor penghambat dari sisi penyedia layanan. Namun, terdapat beberapa faktor yang menghambat perubahan dari sisi pengguna layanan. Kerja pengasuhan/perawatan tak berbayar dan pembagian kerja yang timpang dalam keluarga berpotensi menghambat perempuan miskin untuk memeriksakan kehamilannya di posyandu. Kondisi ini ditemukan di ketiga desa studi di Kabupaten TTS dan biasanya terjadi pada ibu hamil yang memiliki anak berusia di bawah 10 tahun dan tidak mendapat bantuan pengasuhan dari pasangan atau keluarga besarnya. Faktor penghambat kedua adalah mitos. Sebagian perempuan miskin di Kabupaten Kubu Raya masih memercayai mitos bahwa kandungan mereka akan hilang jika diperiksakan, terutama jika dilakukan saat trimester pertama. Sebagai akibatnya, mereka tidak memeriksakan kehamilannya atau baru memeriksakan kehamilannya setelah usia kandungan mereka memasuki trimester kedua. Faktor penghambat lainnya adalah pekerjaan. Mayoritas perempuan miskin di Kabupaten TTS bekerja di kebun bersama suami/keluarganya. Ketika musim tanam atau panen tiba, mereka terkadang lebih memilih untuk tetap bekerja di kebun alih-alih memeriksakan kehamilannya ke posyandu, baik atas kehendak sendiri maupun orang lain.

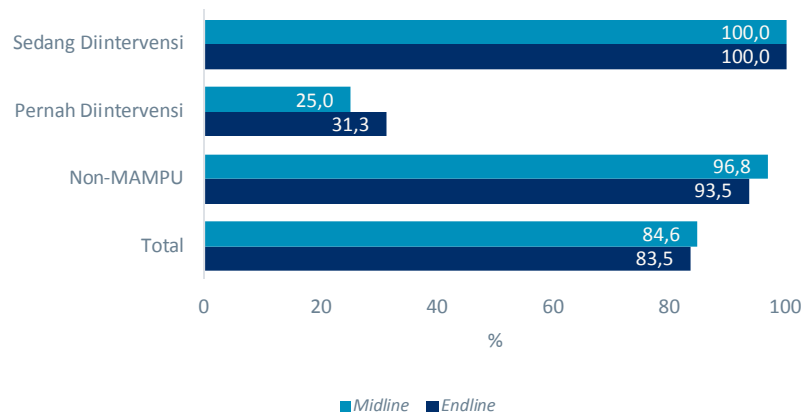
Masih ada yang bandel tidak mau periksa [kehamilan] 1–2 orang. Katanya takut kandungannya hilang. (Bidan, Desa G, Kubu Raya, Februari 2020)

5.2.2 Persalinan

Mirip dengan pemeriksaan kehamilan, belum semua ibu dari keluarga miskin mengakses layanan persalinan yang aman. Gambar 28 menunjukkan bahwa hanya 84% ibu dari keluarga miskin yang melakukan persalinan dengan bantuan nakes. Angka ini sedikit lebih rendah daripada saat studi *midline* (85%). Penurunan tersebut terjadi di desa non-MAMPU di Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten TTS, yakni dengan adanya 3% ibu hamil yang persalinannya tidak dibantu nakes saat studi *endline*. Hasil FGD dan pendalaman informasi juga menunjukkan adanya ibu hamil dari keluarga miskin di Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten TTS yang memeriksakan kehamilannya ke posyandu tetapi proses persalinannya tidak dibantu bidan, baik direncanakan maupun tidak. Pada akhirnya, persalinan mereka dibantu oleh dukun bayi, keluarga, atau tanpa bantuan siapa pun. Semua praktik persalinan tidak aman tersebut dilakukan di rumah.

Anjuran untuk melahirkan di puskesmas sudah sering disampaikan *tapi* yang lahir di rumah masih ada. Tahun lalu [2019] tercatat ada 4 sasaran di dusun 1 dan 2 yang melahirkan di rumah, padahal mereka ke posyandu tiap bulan. Alasannya [melahirkan di rumah] sangat klise, tidak ada kontraksi, sakit sebentar, tidak lama bayi langsung lahir. Mereka *mengakunya* tidak ada yang *bantu* atau paling-paling hanya dibantu keluarga. (Bidan, Desa O, TTS, Februari 2020)

Praktik persalinan di rumah dilakukan secara turun-temurun dan cenderung terjadi di dusun tertentu, misalnya, dusun yang lokasinya paling jauh dari faskes atau dusun dengan kondisi geografis yang sulit dijangkau dan sarana transportasi yang terbatas. Dari sisi konteks lokal, persalinan dengan bantuan dukun bayi di Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten TTS sudah dianggap sebagai bagian dari tradisi. Secara spesifik, alasan perempuan miskin di Desa O (Kabupaten TTS) melahirkan di rumah adalah agar tidak mengeluarkan biaya, sudah terbiasa, tidak ada yang mendampingi, dan takut dijahit pascapersalinan.



Gambar 28. Praktik persalinan dengan tenaga kesehatan pada 2017 dan 2019 (N=91)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Di antara persalinan dengan bantuan nakes, terdapat peningkatan persalinan yang dilakukan di faskes dan dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS). Rumah sakit dan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) merupakan faskes yang paling banyak dipilih sebagai tempat persalinan karena di kedua faskes tersedia layanan persalinan gratis melalui JKN/KIS, Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), atau Jaminan Persalinan (Jampersal). Dari sisi kebijakan dan ketersediaan layanan, ada ketentuan di mayoritas kabupaten bahwa semua proses persalinan harus dilakukan setidaknya di puskesmas dan bukan di faskes desa. Hal ini bertujuan meminimalkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Untuk menunjang ketentuan tersebut, beberapa pemda dan pemdes berupaya meningkatkan kualitas layanan di puskesmas, memperbaiki akses jalan menuju puskesmas, serta menyediakan fasilitas penunjang lainnya, seperti rumah tunggu kelahiran dan ambulans desa secara gratis.

Kalau melahirkan dirujuk oleh bidan bisa pakai ambulans desa yang selalu tersedia. Caranya menghubungi kadus atau sopirnya. (Bidan, Desa B, Deli Serdang, Februari 2020)

a) Pendalaman Informasi mengenai Praktik Persalinan di Kabupaten TTS

Di tingkat kabupaten, terjadi peningkatan persalinan di faskes dalam periode 2017–2019. Namun, salah satu desa justru mengalami peningkatan praktik persalinan di rumah dengan bantuan keluarga atau melahirkan sendiri (Gambar 29). Hal ini terjadi di Desa O, terutama di salah satu dusun yang letaknya paling jauh dari puskesmas dan aksesnya relatif sulit. Kendala jarak dan sarana transportasi tersebut turut melanggengkan kebiasaan masyarakat untuk melahirkan di rumah.

Konteks/kondisi di Desa O:



- Berdasarkan hasil survei terdapat tambahan dua ibu yang melahirkan dibantu keluarga/sendiri. Pendalaman informasi secara kualitatif juga menemukan tren pertambahan serupa antara 2017 dan 2019.
- Akses dari Desa O ke puskesmas lebih sulit daripada Desa M dan N (jarak dan sarana transportasi).
- Interaksi antara faktor dan aktor yang berperan meliputi
 - Pada 2017, pemdes menerapkan denda kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak di bawah 5 tahun (KIBBLA) kepada 5 atau 6 keluarga (implikasi: *getok tular* adanya denda) dan menganjurkan praktik dana sosial bersalin (*dasolin*) sebagai persiapan biaya persalinan terutama untuk sewa mobil ke puskesmas,
 - Bidan desa dan dukun bayi mulai enggan membantu persalinan di rumah,
 - Pelaksanaan tabungan ibu bersalin (*tubulin*) tidak efektif karena hanya bersifat anjuran dari bidan desa dan dikelola sendiri, serta tidak ada pemantauan baik oleh kader posyandu maupun bidan desa, dan
 - Bidan desa belum sepenuhnya menggunakan bendera kehamilan dan tafsir persalinan.

Namun, praktik denda KIBBLA dan *dasolin* hanya beberapa bulan karena

- Pemdes tidak tega melihat warga miskin yang tidak mampu membayar denda, dan
- Tidak semua warga bersedia membayar *dasolin* secara rutin karena hanya bersifat anjuran.

Kondisi praktik persalinan di Desa O sejak 2018 (setelah tidak ada penerapan denda KIBBLA dan *dasolin*):

- Lebih banyak yang melahirkan di puskesmas, tetapi mulai banyak yang kembali melahirkan di rumah.
- Lebih banyak yang melahirkan dibantu bidan di puskesmas, tetapi mulai banyak yang kembali melahirkan dibantu keluarga atau melahirkan sendiri di rumah.



Gambar 29. Kronologi peningkatan praktik persalinan tidak aman di Desa O

Sumber: Hasil survei, FGD, dan wawancara mendalam.

Asumsi bahwa penerapan aturan KIBBLA dapat meningkatkan praktik persalinan dengan bantuan keluarga atau persalinan sendiri tidak terbukti. Di Desa M dan Desa N, isu adanya denda persalinan di rumah mendorong perilaku melahirkan di puskesmas. Sementara itu, di Desa O, tren persalinan di rumah sempat menurun selama beberapa waktu dan masyarakat mulai melahirkan di puskesmas ketika denda ini diterapkan (Gambar 29). Namun, ketika denda tidak lagi diterapkan, masyarakat miskin terdorong kembali untuk melahirkan di rumah alih-alih di puskesmas. Beberapa persoalan, mulai dari biaya, jarak, keterbatasan sarana transportasi, hingga kenyamanan dengan persalinan secara tradisional, sering menjadi pembenaran mereka untuk tidak melahirkan di puskesmas. Dengan adanya larangan bagi bidan desa dan dukun bayi untuk membantu persalinan di rumah, terjadi peningkatan tren persalinan sendiri atau dengan bantuan keluarga di rumah.

Sekarang sudah tidak boleh lagi [melahirkan] di polindes, apalagi di rumah. Semua di puskesmas. Bidan juga sudah dilarang *bantu* [melahirkan] di polindes. Dukun bayi di sini sudah tidak ada. Kami takut dapat denda lima ratus [ribu]. (Peserta FGD, Desa N, TTS, Februari 2020)

Seharusnya denda dijalankan lagi, karena itu untuk keselamatan. (Kader posyandu, Desa O, TTS, Februari 2020)

b) Faktor-Faktor yang Mendukung Peningkatan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Persalinan

Pada dasarnya, berbagai perubahan pada sisi penyedia layanan berpotensi mendukung akses perempuan miskin terhadap layanan persalinan aman. Perubahan ini ditemukan di semua kabupaten studi, meski tidak semuanya juga teridentifikasi di tingkat desa. Beberapa faktor pendukung perubahan tersebut adalah sebagai berikut.

- (1) Keberadaan berbagai program/kebijakan yang diinisiasi oleh pemerintah di tingkat pusat dan daerah hingga bidan desa dan kader posyandu di tingkat komunitas. Jampersal merupakan salah satu upaya pemerintah menyediakan bantuan pembiayaan bagi masyarakat miskin yang tidak memiliki JKN untuk mengakses layanan persalinan aman. Pemda dan pemdes di sebagian besar kabupaten studi berupaya melengkapi bantuan pembiayaan ini melalui

pengadaan rumah tunggu kelahiran dan ambulans persalinan yang bisa diakses secara gratis.⁶¹ Pada tataran kebijakan daerah, di Kabupaten Cilacap dan Kabupaten TTS terdapat ketentuan persalinan aman yang diturunkan dari peraturan gubernur. Inti dari ketentuan ini adalah bahwa persalinan harus dibantu nakes dan dilakukan di faskes yang memadai, yakni setidaknya di puskesmas. Di Kabupaten TTS, ketentuan tersebut juga mengatur pengenaan denda kepada pihak-pihak yang tidak mendukung persalinan aman. Di tingkat komunitas di Desa D di Kabupaten Cilacap dan di ketiga desa studi di Kabupaten TTS, pengadaan dana sosial ibu bersalin (*dasolin*) dan/atau tabungan ibu bersalin (*tabulin*) merupakan upaya pemdes/bidan desa/kader posyandu untuk meringankan beban biaya bagi ibu yang akan melahirkan terutama jika mereka tidak memiliki akses terhadap program/bantuan pembiayaan persalinan dari pemerintah.

- (2) Sosialisasi persalinan di faskes oleh bidan dan kader posyandu. Sosialisasi terutama dilakukan melalui kegiatan posyandu dan kelas ibu hamil. Di Kabupaten Deli Serdang dan Kabupaten TTS, penyampaian informasi mengenai pentingnya melahirkan dengan bantuan nakes di puskesmas/faskes juga dilakukan melalui kegiatan keagamaan.
- (3) Perbaikan infrastruktur layanan persalinan dan akses jalan menuju faskes. Perbaikan ini, baik salah satu maupun keduanya, ditemukan di semua desa studi dan dilakukan dalam bentuk penambahan ruang bersalin dan tempat tidur ginekologi (Kabupaten Kubu Raya), pengadaan alat untuk menghangatkan bayi (*infant warmer*) (Kabupaten Pangkep), dan renovasi jembatan menuju puskesmas (Kabupaten TTS).

Hasil survei tidak menunjukkan adanya kontribusi partisipasi perempuan miskin dalam kegiatan desa terhadap perilaku persalinan aman (Gambar A14 di Lampiran). Bahkan, proporsi persalinan aman di antara perempuan yang sama sekali tidak aktif dalam kegiatan desa justru lebih besar. Hal ini menunjukkan bahwa partisipasi perempuan miskin dalam kegiatan desa tidak berhubungan dengan perubahan perilaku persalinan aman. Namun, hasil wawancara dan FGD menunjukkan bahwa keaktifan dalam kegiatan posyandu dan kelas ibu hamil turut meningkatkan pengetahuan perempuan miskin tentang pentingnya melahirkan di faskes (Gambar A12 di Lampiran). Hal ini ditemukan di semua desa studi. Dua kegiatan tersebut juga menjadi sarana informasi tentang keberadaan program/bantuan pembiayaan persalinan dari pemerintah. Pendalaman informasi di Kabupaten TTS, misalnya, menemukan adanya ibu hamil dari keluarga miskin yang sedang mengurus kelengkapan dokumen agar bisa mengakses Jampersal saat persalinan. Ia memperoleh informasi mengenai Jampersal dan persyaratannya dari bidan desa yang disampaikan saat kegiatan posyandu. Penerapan denda jika tidak melahirkan di puskesmas juga mendorong perempuan miskin di Kabupaten TTS, khususnya di Desa M dan Desa N, mengubah perilaku dengan tidak lagi melahirkan di rumah.⁶²

c) Faktor-Faktor yang Menghambat Peningkatan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Persalinan

Dibandingkan dengan pemeriksaan kehamilan, faktor yang memengaruhi akses perempuan miskin terhadap layanan persalinan cenderung lebih kompleks. Berbagai perubahan yang terjadi pada sisi penyedia layanan belum sepenuhnya memadai dan belum mampu mendorong peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan persalinan aman. Meski secara umum

⁶¹Lihat laporan Tema 1 tentang Akses Perempuan Miskin terhadap Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

⁶²Bidan dan kader posyandu di Desa M dan Desa N secara aktif menyosialisasikan kepada ibu hamil tentang adanya denda Rp500.000 jika melahirkan di rumah. Ibu hamil dari keluarga miskin yang takut dengan denda ini memilih melahirkan di puskesmas, apalagi akses jalan menuju puskesmas juga sudah lebih baik. Akses transportasi umum juga relatif mudah karena dua desa tersebut terletak di jalan penghubung antarkabupaten.

terdapat perbaikan infrastruktur layanan persalinan dan akses jalan menuju faskes, jumlah dan sebaran faskes untuk layanan persalinan belum merata, terutama di Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten TTS. Sebagai akibatnya, masih ada faskes yang sulit diakses dari sisi jarak, transportasi, biaya, dan kondisi jalan.

Sosialisasi mengenai keberadaan layanan gratis penunjang persalinan di faskes (seperti rumah tunggu kelahiran dan ambulans), termasuk mekanisme untuk mengaksesnya, juga masih terbatas. Kondisi ini ditemukan, antara lain, di Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten TTS. Implikasinya adalah bahwa layanan tersebut belum dimanfaatkan secara luas oleh masyarakat, khususnya kelompok miskin. Khusus di Kabupaten Kubu Raya, perubahan skema insentif bagi dukun bayi yang diinisiasi pemerintah kabupaten (pemkab) terindikasi menurunkan komitmen dukun bayi untuk mendukung persalinan aman dan membuat mereka kembali menangani persalinan di rumah.⁶³

Dari sisi pengguna layanan, beban biaya persalinan dan biaya operasional lainnya, seperti biaya transportasi, merupakan salah satu faktor terbesar yang menghambat perempuan miskin dalam mengakses layanan persalinan aman di faskes. Hasil FGD dan pendalaman informasi menemukan masih adanya masyarakat miskin yang tidak menjadi penerima bantuan iuran JKN dan tidak bisa mengakses layanan persalinan gratis melalui JKN Daerah dan Jampersal karena ketiadaan dokumen kependudukan (kartu tanda penduduk/KTP dan kartu keluarga/KK). Salah satu peserta FGD di Kabupaten TTS, misalnya, sudah dua tahun mengupayakan pengurusan KTP dan KK kepada petugas kantor catatan sipil yang datang ke kantor desa, tetapi belum berhasil. Sebagai akibatnya, ia tidak bisa mengakses layanan persalinan gratis di puskesmas menggunakan Jampersal dan memilih melahirkan sendiri di rumah karena kendala biaya.

Sementara itu, tradisi turun-temurun, trauma dijahit pascapersalinan, dan anggapan aman dan nyamannya menggunakan jasa dukun bayi sebagai penolong persalinan mendorong perempuan miskin di Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten TTS untuk memilih tidak melahirkan dengan bantuan nakes. Kerja pengasuhan/perawatan tak berbayar dan pembagian kerja yang timpang dalam keluarga sekali lagi muncul sebagai faktor yang berpotensi menghambat akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan. Kondisi ini ditemukan di Desa O (Kabupaten TTS) dan biasanya terjadi pada ibu hamil yang memiliki anak berusia di bawah 10 tahun dan tidak mendapat bantuan pengasuhan dari pasangan atau keluarga besarnya.

5.2.3 Praktik IMD dan Pemberian ASI Eksklusif

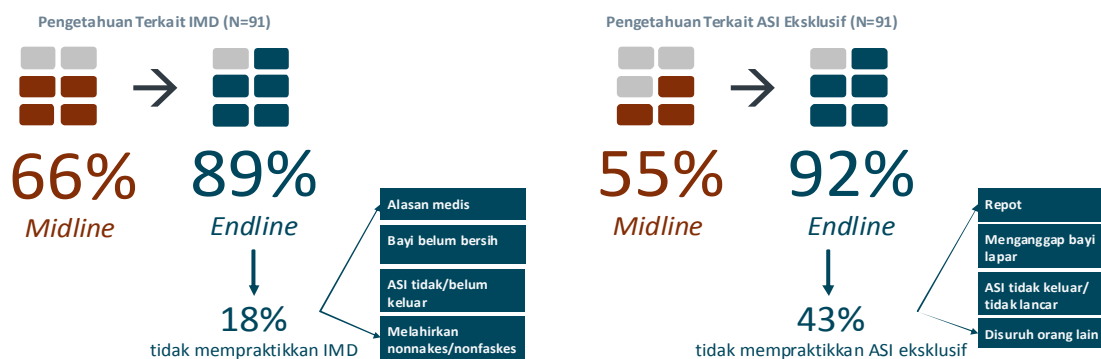
Secara umum terjadi peningkatan pengetahuan perempuan miskin mengenai IMD dan ASIE. Ada tambahan 23% ibu dari keluarga miskin yang sudah mengetahui definisi IMD dan 37% ibu kini sudah mengetahui definisi ASIE (Gambar 30). Peningkatan tersebut terjadi baik di desa yang sedang dan pernah diintervensi MAMPU maupun desa non-MAMPU. Namun, peningkatan pengetahuan mengenai IMD dan ASIE tidak selalu sejalan dengan praktiknya. Hal ini ditunjukkan dengan masih adanya 18% ibu dari keluarga miskin yang mengetahui IMD tetapi tidak mempraktikkannya. Penyebab utamanya adalah alasan medis, seperti kelahiran dengan *c-section*. Ada pula yang menyebutkan alasan kondisi bayi yang belum bersih sehingga tidak ditempelkan ke dada ibu segera setelah lahir. Sementara itu, terdapat 43% ibu dari keluarga miskin yang mengetahui ASIE tetapi tidak mempraktikkannya. Merasa repot dan ASI tidak lancar menjadi

⁶³Sejak 2019, dukun bayi yang bermitra dengan bidan menerima insentif Rp100.000 untuk per proses persalinan yang didampingi. Sebelumnya, besaran insentif bagi dukun bayi adalah Rp300.000 per bulan. Lihat Widyaningsih, Elmira, dan Prasetyo (2019) untuk mengetahui informasi terkait skema pemberian insentif bagi dukun bayi di Kubu Raya saat studi *midline*.

alasan terbanyak untuk pemberian asupan makanan selain ASI kepada bayi berusia di bawah enam bulan.

Sejalan dengan peningkatan pengetahuan, perilaku praktik IMD dan ASIE juga mengalami perbaikan. Sebanyak 23% ibu yang tidak mempraktikkan IMD saat studi *midline* kini telah mempraktikkannya (Gambar 30). Secara statistik, peningkatan praktik IMD tersebut berbeda secara signifikan antara desa yang sedang dan pernah diintervensi MAMPU dan desa non-MAMPU. Desa yang pernah diintervensi mengalami peningkatan persentase lebih tinggi, yakni sebesar 38%, sedangkan desa yang sedang diintervensi dan desa non-MAMPU masing-masing mengalami peningkatan sebesar 19% dan 21% selama periode 2017–2019. Peningkatan praktik IMD di desa yang pernah diintervensi sejalan dengan meningkatnya persentase ibu yang persalinannya dibantu nakes (Gambar 28). Praktik IMD mudah diobservasi karena dilakukan secara langsung dengan pendampingan nakes yang membantu persalinan. Praktik ini pada umumnya dilakukan oleh ibu muda dan pada kelahiran anak terakhir, proses persalinan normal, serta persalinan yang dibantu bidan atau di faskes.

Sebelumnya sudah [ada yang IMD], *tapi* jarang, sekarang *kan* sudah sering apalagi kalau memang tidak ada komplikasi, kayak pendarahan. Pernah juga ibunya sendiri, 'kenapa tidak *dikasih* naik anaku', biasa dia ingatkan petugas. (Bidan, Desa L, Pangkep, Februari 2020)

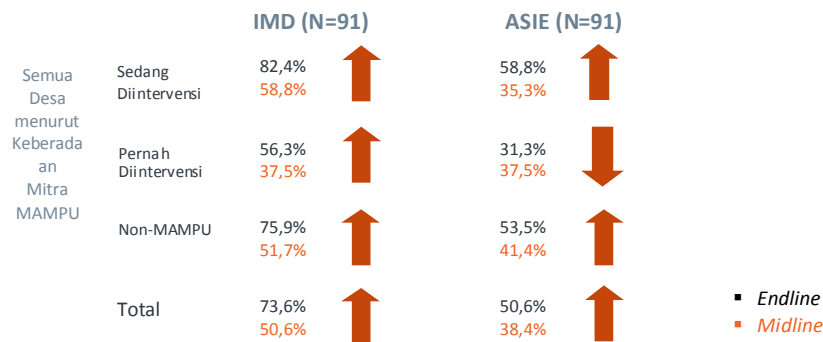


Gambar 30. Pengetahuan ibu mengenai IMD dan ASIE pada 2017 dan 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Sementara itu, hasil survei mencatat bahwa secara keseluruhan terdapat tambahan 11% ibu yang mempraktikkan ASIE saat studi *endline*. Peningkatan ini tidak berbeda antara desa yang sedang dan pernah diintervensi MAMPU dan desa non-MAMPU, tetapi ada sedikit penurunan di desa yang pernah diintervensi MAMPU (

Gambar 31). Hasil FGD dan wawancara pun menunjukkan bahwa tren pemberian ASIE di Desa G dan Desa H cenderung mengalami stagnasi. Hanya ada sebagian kecil peserta FGD di kedua desa ini yang mengaku memberikan ASIE. Alasan pertama yang paling sering diungkapkan ketika tidak memberikan ASIE adalah khawatir bayi lapar sehingga akan sering menangis dan menjadi susah tidur. Alasan kedua adalah ASI tidak lancar sehingga harus dilengkapi dengan susu formula. Bidan di Desa G juga menyebutkan bahwa tantangan untuk meningkatkan capaian ASIE, khususnya pada kelompok etnis tertentu, masih banyak.



Gambar 31. Praktik IMD dan ASIE pada 2017 dan 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Keterangan: Untuk IMD, nilainya signifikan secara statistik antarperiode dan antarkelompok desa.

a) Faktor-Faktor yang Mendukung Peningkatan Praktik IMD dan ASIE oleh Perempuan Miskin

Di semua desa studi ditemukan bahwa persalinan di faskes berperan penting dalam meningkatkan praktik IMD. Hal ini terjadi karena nakes akan mewajibkan ibu bersalin untuk melakukan IMD, terlebih jika pemda sudah menuangkan ketentuan ini ke dalam kebijakan formal (Gambar A13 di Lampiran). Di salah satu wilayah yang sedang diintervensi MAMPU, yakni di Kabupaten Pangkep, terdapat perda yang mewajibkan setiap ibu yang melahirkan tanpa komplikasi medis untuk melakukan praktik IMD.

Pemberian ASIE sulit diobservasi karena pelaksanaannya berada di tingkat individu dan sangat mengandalkan kesadaran pihak ibu untuk betul-betul mempraktikkannya. Upaya pemantauan yang dilakukan kader posyandu ke rumah ibu menyusui diharapkan mampu menjadi mekanisme kontrol untuk memaksimalkan praktik pemberian ASIE. Di Desa L (Kabupaten Pangkep) yang merupakan desa MAMPU, pemantauan ini merupakan bagian dari kegiatan pemberian sertifikat ASIE yang diinisiasi 'Aisyiyah dan salah satu puskesmas sejak 2018. Pemantauan serupa juga ditemukan di Desa M (Kabupaten TTS) yang merupakan desa non-MAMPU. Pemantauan ini merupakan bagian dari penerapan surat pernyataan pemberian ASIE yang digagas oleh pemdes dan bidan desa dalam rangka pencegahan *stunting*. Surat ini dibuat dan ditandatangani oleh ibu menyusui dan pasangannya.

Faktor pendukung lain yang terdapat di semua desa studi adalah sosialisasi tentang praktik IMD dan pemberian ASIE yang biasanya disampaikan oleh bidan melalui kegiatan posyandu dan kelas ibu hamil. Topik sosialisasi yang paling sering diangkat adalah manfaat dua praktik ini dalam upaya pencegahan *stunting*. Khusus di Desa L (Kabupaten Pangkep) yang merupakan desa MAMPU, sosialisasi juga dilakukan melalui kelas reproduksi yang difasilitasi 'Aisyiyah dan puskesmas. Keterlibatan perempuan miskin dalam posyandu, kelas ibu hamil, dan kelas reproduksi turut meningkatkan pengetahuan mereka tentang pentingnya mempraktikkan IMD dan ASIE. Hasil survei pun menemukan adanya kontribusi partisipasi kegiatan dalam posyandu, penyuluhan, dan kegiatan lokal perempuan lainnya terhadap perubahan perilaku pemberian ASIE oleh perempuan miskin (Gambar A13 di Lampiran).

Yang instan *nankep* banget di kami itu waktu di 'Aisyiyah itu sering *banget* gitu, kalau di kader-kader PKK [Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga] *kan* jarang yang membahas secara spesifik IMD itu apa, kalau di 'Aisyiyah dibahas IMD itu apa, gunanya apa, jadi lebih detail dan mendalam. (Peserta FGD, Desa D, Cilacap, Februari 2020)

b) Faktor-Faktor yang Menghambat Peningkatan Praktik IMD dan ASIE oleh Perempuan Miskin

Walaupun telah dilakukan sosialisasi tentang pentingnya praktik IMD dan ASIE, kualitas sosialisasi itu sendiri sangat tergantung pada kapasitas pemberi informasi. Di semua kabupaten studi ditemukan masih adanya pemberian susu formula oleh bidan kepada bayi baru lahir. Hal ini mengindikasikan bahwa belum semua nakes memiliki pemahaman komprehensif mengenai ASI dan hal ini turut menghambat pemberian ASIE. Dari sisi pengguna layanan, kendala kondisi medis merupakan faktor utama yang menghambat ibu mempraktikkan IMD. ASI tidak keluar saat IMD atau ASI tidak mencukupi untuk memberikan ASIE merupakan faktor penghambat lain yang cukup banyak teridentifikasi. Faktor penghambat yang lain adalah tradisi. Jika pengasuhan dilakukan bersama-sama oleh keluarga besar (orang tua, mertua, nenek, kakak), ibu pada umumnya kurang memiliki suara untuk memutuskan hal terbaik bagi bayinya. Mereka kerap memaksa ibu untuk memberikan makanan selain ASI sebelum bayi berusia enam bulan. Bayi yang menangis sering kali dianggap lapar dan ASI dianggap tidak cukup mengenyangkan sehingga mereka memberikan makanan lain. Kondisi tersebut umum ditemukan di semua desa studi. Khusus di desa studi di Kabupaten Kubu Raya, tradisi memberikan (mengoleskan) air putih atau madu di bibir bayi baru lahir turut menghambat ibu mempraktikkan IMD.

Tapi yang *rempong* nenek-neneknya atau tantenya. Kalau cucunya rewel *suruh kasih* makan. Jadi tantangan terbesar justru dari keluarga. (Peserta FGD, Desa E, Cilacap, Februari 2020)

Orang tua yang suruh, buktinya anak saya setelah dikasih makan, *anteng*, tenang tidurnya. (Peserta FGD, Desa I, Kubu Raya, Februari 2020)

Saat posyandu ibu-ibu ini kita jelaskan bilang iya-iya, begitu ada di rumah, tidak. *Dikira* lapar, *dikasihnya* makan. (Bidan, Desa I, Kubu Raya, Februari 2020)

5.2.4 Penggunaan Kontrasepsi Jangka Panjang

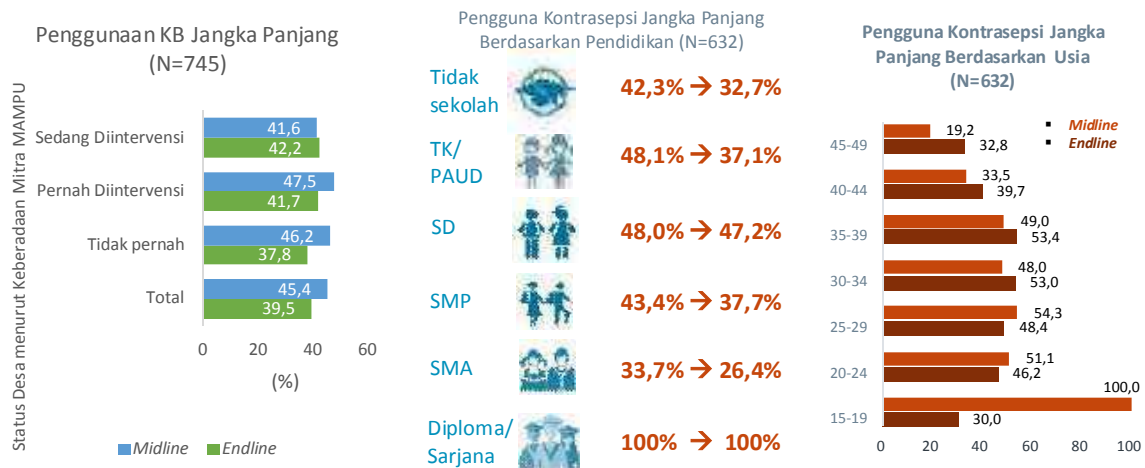
Sepanjang 2017–2019 tidak terjadi perubahan signifikan pada persentase perempuan yang menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP)⁶⁴. Namun, berdasarkan jumlah keseluruhan individu, jumlah perempuan miskin yang menggunakan MKJP turun sebesar 6% (Gambar 32). Penurunan ini tidak berbeda antara desa yang sedang dan pernah diintervensi MAMPU dan desa non-MAMPU. Sejalan dengan hasil survei, hasil wawancara dan FGD menunjukkan adanya tren penurunan penggunaan MKJP di semua desa studi. Penurunan pengguna MKJP cenderung terjadi pada perempuan miskin usia muda dan dengan pendidikan rendah. Ini mengindikasikan bahwa keputusan untuk menggunakan jenis KB dipengaruhi oleh preferensi jumlah anak. Rahayu, Utomo, dan McDonald (2009) menjelaskan bahwa perempuan berusia muda berada pada masa awal kesuburan sehingga mereka cenderung membatasi penggunaan KB. Sementara itu, perempuan dengan pendidikan rendah relatif kurang memiliki pemahaman mengenai pentingnya mengontrol kehamilan.

a) Faktor-Faktor yang Mendukung Penggunaan MKJP oleh Perempuan Miskin

Meski terdapat penurunan penggunaan MKJP, di semua kabupaten studi sebetulnya sudah tersedia layanan kontrasepsi gratis, baik dari pemerintah maupun nonpemerintah. Layanan gratis

⁶⁴MKJP terdiri atas jenis kontrasepsi yang dapat digunakan untuk waktu lama (lebih dari tiga bulan) dalam sekali pakai, baik pemakaian yang dapat dihentikan (*reversible*) maupun yang tidak. Kementerian Kesehatan mendorong pemakaian MKJP bagi pasangan yang ingin mencegah kehamilan karena efektivitasnya yang tinggi dan penggunaan dengan jarak waktu yang cukup lama. Dalam studi ini, MKJP meliputi, antara lain, suntikan tiga bulan, IUD/spiral, dan MOW/tubektomi (steril wanita).

dari pemerintah mencakup jenis kontrasepsi yang bisa diakses menggunakan JKN dan disediakan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), serta program pemasangan gratis dan KB pascabersalin (yang biasanya khusus MKJP). Contoh layanan gratis dari pihak nonpemerintah adalah Safari KB yang diadakan 'Aisiyah di Kabupaten Cilacap (Gambar A15 di Lampiran).



Gambar 32. Penggunaan kontrasepsi jangka panjang pada 2017 dan 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Berdasarkan hasil survei, tidak terlihat adanya kontribusi dari partisipasi perempuan miskin dalam kegiatan desa terhadap penggunaan kontrasepsi jangka panjang (Gambar A14 di Lampiran). Baik pada perempuan yang aktif maupun tidak aktif sama sekali dalam kegiatan desa, proporsi penggunaan kontrasepsi jangka panjang masih relatif rendah. Ada kemungkinan bahwa faktor lain, seperti lokasi pemasangan yang harus ke puskesmas, mitos, dan preferensi individu, turut memengaruhi perempuan miskin untuk menggunakan kontrasepsi jangka panjang. Sementara itu, hasil wawancara mendalam dan FGD menunjukkan bahwa keaktifan dalam kegiatan posyandu dan kelas ibu hamil secara umum turut meningkatkan pengetahuan perempuan miskin di semua wilayah studi tentang pentingnya bagi pasangan usia subur untuk menggunakan kontrasepsi, termasuk MKJP. Khusus di Desa L (Kabupaten Pangkep) yang merupakan desa MAMPU, pengetahuan ini juga diperoleh melalui kelas reproduksi. Selain dilakukan melalui kegiatan yang terkait dengan kesehatan (posyandu, kelas ibu hamil, dan kelas reproduksi), sosialisasi dilakukan melalui kegiatan sosial keagamaan, seperti pengajian di Kabupaten Deli Serdang dan khotbah gereja di Kabupaten TTS.

Aku tahu dari BSA [Balai Sakinah 'Aisiyah]. Malah lebih senang KB jangka panjang biar aman, ayam, nggak pusing, nggak ribet. (Peserta FGD, Desa D, Cilacap, Februari 2020)

b) Faktor-Faktor yang Menghambat Penggunaan MKJP oleh Perempuan Miskin

Ketersediaan layanan kontrasepsi gratis dan peningkatan pengetahuan tidak serta-merta mendorong perempuan miskin menggunakan MKJP. Dari sisi ketersediaan layanan, kontrasepsi jangka pendek dapat diakses dengan lebih mudah karena pada umumnya bisa diperoleh di posyandu dan faskes desa. Sebaliknya, MKJP biasanya baru bisa diakses di puskesmas sehingga berkonsekuensi pada jarak tempuh yang lebih jauh dan biaya transportasi yang lebih besar. Faktor dari sisi pengguna layanan juga cukup berperan dalam memengaruhi perempuan miskin mengambil keputusan terkait penggunaan kontrasepsi. Penurunan penggunaan MKJP, yang diikuti

dengan peningkatan penggunaan kontrasepsi jangka pendek, mengindikasikan bahwa minat perempuan miskin untuk menggunakan MKJP tidak sebesar minat mereka untuk menggunakan kontrasepsi jangka pendek.

Di semua desa studi, termasuk di desa yang sedang dan pernah diintervensi MAMPU, ditemukan bahwa kendala medis dan psikologis pada penggunaan MKJP merupakan faktor-faktor yang mendorong perempuan miskin untuk memilih menggunakan kontrasepsi jangka pendek, termasuk mereka yang beralih dari MKJP. Alasan MKJP kurang diminati adalah (i) malu/takut dengan proses pemasangannya yang harus dimasukkan ke dalam tubuh, terlebih MKJP jenis spiral yang dimasukkan melalui vagina; (ii) masa penggunaan yang dinilai terlalu panjang (tiga hingga lima tahun) sehingga waktu pelepasan/penggantiannya menjadi rentan terlupakan; (iii) adanya kekeliruan pemahaman yang berkembang dalam masyarakat mengenai MKJP, misalnya tidak boleh bekerja berat dan letak MKJP bisa bergeser atau pindah ke bagian tubuh yang lain; dan (iv) nilai patriarki dalam keluarga yang tecermin dari larangan suami/mertua atas penggunaan MKJP jenis susuk karena khawatir istri/menantunya tidak bisa lagi bekerja berat sebagaimana kasus yang ditemukan di Kabupaten TTS. Kekeliruan pemahaman mengenai MKJP jenis susuk dan spiral mengindikasikan belum komprehensifnya sosialisasi yang diterima masyarakat (termasuk perempuan miskin) mengenai MKJP.

Ada yang sudah pasang, suami suruh lepas, '*udah* besok dilepas *aja*, bahaya'. (Peserta FGD, Desa F, Cilacap, Februari 2020)

Pernah almarhum kakak saya pakai implan, keluar dia alatnya dari kulit. Dia memang kerja berat. (Peserta FGD, Desa B, Deli Serdang, Februari 2020)

Katanya [pasang susuk] sakit, saya *nggak* mau, karena dimasukin. (Peserta FGD, Desa E, Cilacap, Februari 2020)

5.2.5 Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker

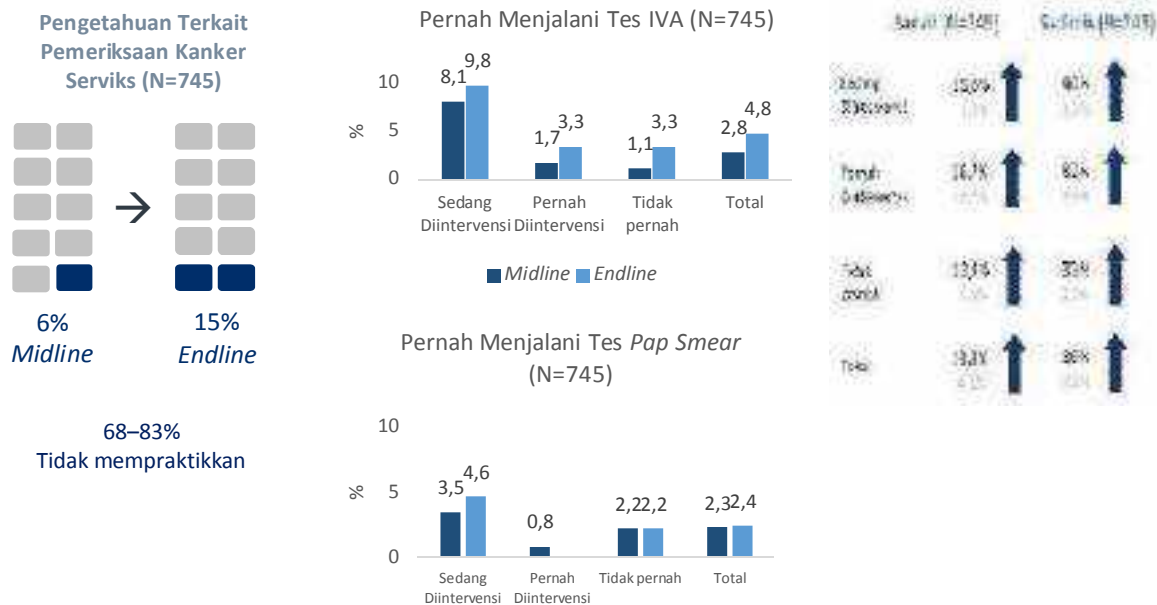
Terdapat penambahan 9% perempuan miskin yang memiliki pengetahuan mengenai pemeriksaan deteksi dini kanker serviks sepanjang 2017–2019. Namun, secara keseluruhan, pengetahuan ini baru dimiliki oleh sebagian kecil (15%) perempuan miskin (Gambar 33). Senada dengan hasil survei, mayoritas peserta FGD di semua desa studi tidak mengetahui apa itu tes IVA, *pap smear*, periksa payudara sendiri (*sadari*), dan periksa payudara klinis (*sadanis*), serta kegunaannya masing-masing. Pengetahuan ini pada umumnya hanya dimiliki anggota kelompok dampingan dan perempuan aktivis di desa, seperti kader posyandu.

Walaupun demikian, ada peningkatan partisipasi perempuan miskin yang melakukan deteksi dini kanker seperti tes IVA, *sadari*, dan *sadanis*. Perbedaan peningkatan partisipasi antara desa MAMPU dan non-MAMPU secara statistik signifikan, dengan kecenderungan peningkatan yang lebih tinggi di desa MAMPU (Gambar 33). Hal ini turut dipengaruhi oleh adanya kolaborasi antara 'Aisyiyah dan Dinas Kesehatan setempat yang sudah berlangsung sejak 2014 (Kabupaten Cilacap) dan 2015 (Kabupaten Pangkep) dalam memfasilitasi penyediaan layanan tes IVA gratis dan pengembangan kapasitas nakes untuk memberikan layanan tersebut. Gambar 33 menunjukkan bahwa peningkatan tes IVA di semua kategori wilayah intervensi sejalan dengan peningkatan *sadari* dan *sadanis* pada tiap-tiap kategori. Salah satu penyebabnya adalah penggabungan layanan tes IVA dengan *sadari* dan/atau *sadanis* dalam satu formulir pemeriksaan.

Selain tes IVA, *sadari* [dan] *sadanis* juga sudah [dilakukan], bersamaan dengan tes IVA. (Peserta FGD, Desa D, Cilacap, Februari 2020)

Untuk sadanis dan sadari sudah pasti dilakukan pada saat tes IVA karena terdapat *form* isian sadanis dan sadari pada saat akan melakukan tes IVA. (Bidan, Desa J, Pangkep, Februari 2020)

Sementara itu, untuk tes *pap smear*, tidak terjadi peningkatan partisipasi yang signifikan baik secara umum maupun antara desa MAMPU dan non-MAMPU. Namun, jika dilihat berdasarkan jumlah individu, ada peningkatan 1% perempuan yang melakukan tes *pap smear* di desa yang sedang diintervensi MAMPU. Ada dugaan bahwa salah satu penyebabnya adalah adanya kegiatan tes *pap smear* gratis yang difasilitasi 'Aisyiyah dan laboratorium Kimia Farma di Kabupaten Pangkep pada 2018 yang merupakan kelanjutan dari kegiatan serupa setahun sebelumnya.



Gambar 33. Proporsi pengetahuan dan partisipasi deteksi dini kanker pada 2017 dan 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Keterangan: Untuk tes IVA, sadari, dan sadanis, nilainya signifikan secara statistik antartahun dan antarkelompok desa.

Penelusuran informasi secara kualitatif menemukan kecenderungan dominasi perempuan dari kelompok elite, seperti kader posyandu/PKK, kader kelompok dampingan, dan perempuan aktivis di semua desa studi dalam mengakses layanan deteksi dini kanker. Kesadaran mereka akan bahaya kanker serviks dan payudara relatif lebih baik. Hal ini ditunjukkan dengan adanya perempuan dari kelompok elite yang melakukan tes IVA secara berkala. Sebaliknya, perempuan miskin di luar kelompok ini cenderung melakukan tes IVA karena ada keluhan, rujukan nakes, atau ajakan orang lain. Salah satu peserta FGD di Kabupaten Kubu Raya, misalnya, melakukan tes IVA secara rutin sebagai upaya pencegahan karena sebelumnya pernah dirujuk untuk melakukan tes *pap smear*. Sebagian perempuan miskin lainnya mengaku melakukan tes IVA karena semata-mata diajak kader posyandu tanpa memahami definisi tes IVA dan manfaatnya. Pada umumnya, informasi tentang ketersediaan layanan deteksi dini kanker disebarkan dari mulut ke mulut atau melalui posyandu, pengajian, dan kelompok dampingan.

Beberapa bulan terakhir hanya dapat 15 orang, sebelumnya banyak yang ikut tes IVA sampai seratusan, kalau dulu masih ada program MAMPU itu. Jadi kader 'Aisyiyah sosialisasi ke kelompok-kelompok, jadi orang tertarik. (Kader 'Aisyiyah, Desa D, Cilacap, Februari 2020)

Tahun 2018 yang tes IVA banyak kader posyandu, yang bukan [kader posyandu] sekitar 3 [atau] 4 orang saja. Jumlah semuanya ada 20-an orang. (Kader posyandu, Desa G, Kubu Raya, Februari 2020)

a) Pendalaman Informasi tentang Praktik Tes IVA di Kabupaten Pangkep

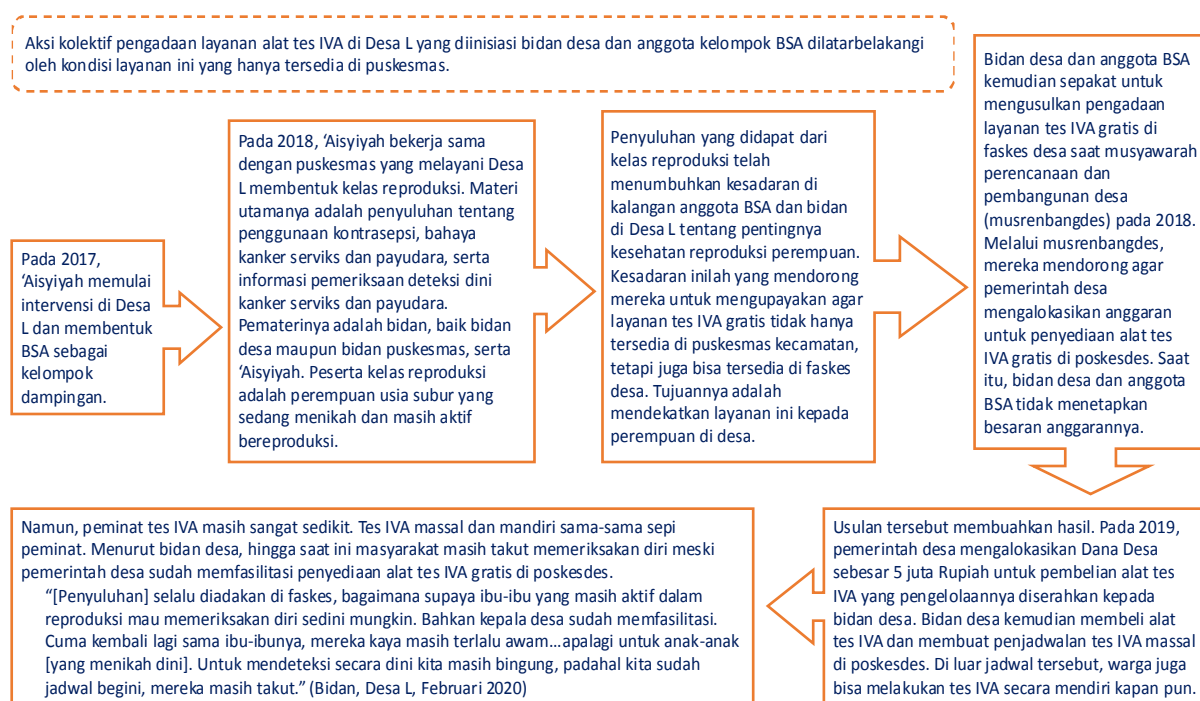
Di Kabupaten Pangkep, peningkatan partisipasi tes IVA paling besar terjadi di Desa K dengan 30 peserta pada 2018. Hal ini merupakan dampak lanjutan dari pendampingan 'Aisyiyah kepada bidan desa dan kader Balai Sakinah 'Aisyiyah (BSA) yang sudah berlangsung sejak 2014. Studi *midline* mengidentifikasi strategi yang dilakukan 'Aisyiyah dengan melibatkan bidan desa sebagai anggota BSA untuk menjadi aktor aktif di tingkat lokal dalam upaya meningkatkan akses perempuan terhadap berbagai layanan kesehatan. Pelibatan ini dapat memudahkan koordinasi dengan 'Aisyiyah sebagai lembaga pendamping dan meningkatkan rasa kepemilikan terhadap (keberhasilan) program (Widyaningsih, Elmira, dan Prasetyo, 2019). Selain karena adanya koordinasi yang baik antara bidan desa, pimpinan ranting 'Aisyiyah, dan kader BSA dalam mendorong atau mengajak perempuan untuk melakukan tes IVA, keberadaan kelompok BSA memungkinkan sesama perempuan anggota kelompok untuk berbagi cerita pengalaman melakukan tes tersebut. Di samping anggota kelompok BSA, ada cukup banyak perempuan bukan anggota kelompok yang berpartisipasi karena memiliki keluhan dan disarankan bidan untuk melakukan tes IVA.

Ada tes IVA di poskesdes bersama-sama waktu 2018. Waktu itu kegiatannya digagas 'Aisyiyah dan diwajibkan untuk semua anggota BSA, dan sebagian lagi yang non-anggota BSA. (Kader BSA, Desa K, Pangkep, Februari 2020)

Sementara itu, pada 2018 terdapat aksi kolektif⁶⁵ untuk pengadaan alat tes IVA gratis di Desa L. Aksi kolektif ini mengindikasikan mulai tumbuhnya kesadaran kritis anggota BSA untuk meningkatkan akses perempuan terhadap layanan kesehatan (Gambar 34). Kesadaran ini ditindaklanjuti oleh beberapa anggota BSA dengan melakukan tes IVA. Namun, kesadaran serupa belum menjangkau perempuan miskin yang berada di luar BSA. Hasil Wawancara dan FGD menunjukkan bahwa anggota BSA pada umumnya bukan perempuan dari kelompok sangat miskin dan miskin yang menjadi sampel dalam studi ini. Hasil survei dan FGD juga menunjukkan bahwa tingkat partisipasi perempuan miskin dalam tes IVA di Desa L, baik saat studi *midline* maupun *endline*, adalah 0%. Perbedaan tingkat partisipasi dalam melakukan tes IVA di Desa K dan Desa L diduga turut dipengaruhi oleh lama periode pendampingan 'Aisyiyah; pendampingan di Desa L baru berlangsung sejak 2017, sedangkan pendampingan di Desa K sudah dimulai tiga tahun lebih awal.⁶⁶ Sementara itu, akses perempuan, terutama perempuan miskin, terhadap layanan ini cenderung dipengaruhi oleh ada tidaknya dukungan informasi atau intervensi dari pihak tertentu, serta intensitas dari intervensi tersebut.

⁶⁵ Mengacu pada studi yang dilakukan Migunani (2017), aksi kolektif dimaknai sebagai proses bekerja untuk memengaruhi perubahan dan dijalankan oleh kelompok-kelompok yang secara sadar bertindak bersama-sama.

⁶⁶ Saat studi longitudinal ini dimulai pada 2014, Desa L merupakan desa kontrol, sedangkan Desa J dan K adalah desa intervensi. Namun, sejak 2017, 'Aisyiyah juga mendampingi Desa L sehingga semua desa studi di Kabupaten Pangkep menjadi desa intervensi.



Gambar 34. Kronologi aksi kolektif pengadaan alat tes IVA di Desa L

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

Gambar 34 menunjukkan bahwa ketersediaan layanan tes IVA dan dukungan pemdes, termasuk aksi kolektif yang dilakukan kelompok perempuan, tidak serta-merta berkorelasi positif dengan tingkat partisipasi perempuan dalam mengakses layanan tersebut. Harapan bidan dan anggota BSA di Desa L bahwa dengan mendekatkan layanan tes IVA ke desa, akses perempuan terhadap layanan ini dapat ditingkatkan ternyata tidak sepenuhnya tercapai. Hal tersebut menegaskan adanya faktor lain yang menghambat perubahan perilaku perempuan saat layanannya sudah tersedia. Dengan demikian, aksi kolektif saja belum mampu mendorong perubahan perilaku perempuan karena cenderung masih terbatas pada tujuan untuk mendekatkan layanan kepada masyarakat. Aksi ini perlu disertai dengan sosialisasi terus-menerus agar dapat lebih meningkatkan pengetahuan dan kesadaran perempuan untuk mau mengakses layanan kesehatan yang ada.

b) Faktor-Faktor yang Mendukung Peningkatan Partisipasi Perempuan Miskin dalam Melakukan Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker

Pada dasarnya, perubahan dari sisi penyedia layanan yang terjadi di semua kabupaten studi berpotensi mendukung akses perempuan miskin terhadap layanan pemeriksaan deteksi dini kanker, khususnya tes IVA dan sadanis. Berbagai pihak—khususnya pemkab, pemdes, bidan desa, dan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU—sudah berupaya memfasilitasi ketersediaan layanan tersebut secara gratis. Layanan tes IVA dan sadanis pada umumnya bisa diakses di puskesmas. Di beberapa wilayah studi, alat tes IVA juga bisa diakses di desa, terutama ketika ada kegiatan pemeriksaan gratis. Di Kabupaten Deli Serdang, misalnya, pemkab mengadakan program warung IVA yang menyediakan tes IVA gratis hingga di tingkat dusun dan biasanya berlokasi di posyandu. Di Desa K dan Desa L (Kabupaten Pangkep), tes IVA bisa diakses di faskes desa. Penyediaan alat tes IVA gratis di tingkat desa dimaksudkan untuk mendekatkan layanan ini kepada masyarakat. Selain itu, penggabungan layanan tes IVA dan sadanis dalam satu formulir pemeriksaan merupakan salah satu upaya pemerintah untuk meningkatkan akses perempuan

terhadap pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dan payudara sekaligus (Gambar A16 di Lampiran).

Pemkab di beberapa daerah, seperti Kabupaten Cilacap dan Kabupaten Pangkep, menyediakan layanan tes IVA di puskesmas secara rutin agar masyarakat bisa mengaksesnya di luar program layanan gratis. Penyediaan ini tidak terlepas dari upaya pemberdayaan perempuan yang dipromosikan 'Aisyiyah kepada pemda di kedua kabupaten tersebut selama beberapa tahun terakhir, termasuk mengadakan pelatihan bagi nakes tentang cara memberikan layanan tes IVA. Di desa MAMPU, pihak nonpemerintah juga menyediakan layanan pemeriksaan gratis, seperti tes IVA oleh mahasiswa dari Akademi Kebidanan 'Aisyiyah Pontianak (Kabupaten Kubu Raya) dan tes *pap smear* oleh 'Aisyiyah yang bekerja sama dengan laboratorium Kimia Farma (Kabupaten Pangkep). Di salah satu desa MAMPU di Kabupaten Pangkep, layanan tes IVA gratis juga tersedia berkat adanya aksi kolektif yang difasilitasi oleh bidan desa dan anggota BSA.

Dari sisi pengguna layanan, keterlibatan dalam berbagai kegiatan sosial berpotensi meningkatkan pengetahuan dan akses perempuan terhadap layanan kesehatan, termasuk deteksi dini kanker. Hasil survei pun menunjukkan adanya kontribusi partisipasi dalam kegiatan posyandu, penyuluhan, dan kegiatan lokal perempuan lainnya terhadap perubahan perilaku deteksi dini kanker di kalangan perempuan miskin (Gambar A14 di Lampiran). Di desa-desa yang sedang dan pernah diintervensi MAMPU, keaktifan dalam kegiatan kelompok dampingan dan kelas reproduksi turut meningkatkan pengetahuan perempuan mengenai kanker serviks dan payudara, termasuk informasi keberadaan layanan deteksi dini (jadwal dan tempat pemeriksaan). Penyampaian informasi biasanya dilakukan oleh ketua kelompok atau bidan desa/puskesmas yang menjadi mitra kelompok dampingan. Di desa-desa non-MAMPU, penyuluhan tentang kanker serviks dan payudara serta informasi mengenai jadwal dan tempat pemeriksaan disampaikan oleh bidan desa melalui kegiatan posyandu (dan pengajian khususnya di Kabupaten Deli Serdang).

Modelnya masyarakat desa itu *kan* kalau disuruh sendiri masih susah, malu, apalagi itu kita harus membuka area pribadi. Tapi kalau ada program, banyak teman-temannya yang ke sini [tes IVA di faskes desa], ya mereka ikut. (Bidan, Desa D, Cilacap, Februari 2020)

Banyak yang malu, tapi begitu ada yang beberapa tes, akhirnya mereka juga mau. (Bidan, Desa K, Pangkep, Februari 2020)

c) Faktor-Faktor yang Menghambat Peningkatan Partisipasi Perempuan Miskin dalam Melakukan Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker

Meski jumlah layanan tes IVA dan sadanis gratis yang disediakan oleh pemerintah sudah lebih banyak daripada jumlah saat studi *midline*, layanan ini cenderung hanya tersedia di puskesmas. Sementara itu, variasi jarak ke puskesmas terdekat dari tiap-tiap kantor desa studi adalah 1–21 km. Kondisi ini jelas menyulitkan perempuan miskin yang tempat tinggalnya jauh dari puskesmas. Selain dari sisi jarak, sebagian dari mereka terkendala biaya yang besar dan sarana transportasi yang terbatas, serta kondisi jalan yang kurang baik.

Selain itu, secara umum di semua desa studi ditemukan bahwa sosialisasi tentang bahaya kanker serviks dan payudara, pentingnya pemeriksaan deteksi dini kanker, dan informasi ketersediaan layanan belum merata. Kurang terpaparnya perempuan miskin terhadap isu kanker serviks dan payudara menyebabkan minimnya informasi yang mereka terima sehingga partisipasi mereka dalam melakukan deteksi dini kanker cenderung rendah. Sementara itu, masih adanya perempuan miskin yang sudah memiliki pengetahuan tentang isu dan informasi layanan tetapi tidak mau melakukan deteksi dini mengindikasikan bahwa sosialisasi yang diterima belum komprehensif. Implikasinya adalah bahwa sosialisasi ini belum mampu mengatasi hambatan

psikologis dan budaya yang masih dialami perempuan miskin untuk melakukan deteksi dini kanker.

Pernah dengar [tes IVA] tapi kita *nggak* menyimak, *ah* takut, takut ketahuan [penyakitnya]. (Peserta FGD, Desa F, Cilacap, Februari 2020)

Dari sisi pengguna layanan, di semua desa studi ditemukan bahwa alasan belum memiliki keluhan dan adanya kendala psikologis terkait proses pemeriksaan merupakan faktor-faktor yang menghambat perempuan miskin melakukan pemeriksaan deteksi dini kanker. Masih adanya perempuan yang tidak melakukan pemeriksaan deteksi dini kanker karena dilarang suami mencerminkan adanya nilai patriarki yang dapat menghambat akses perempuan terhadap layanan kespro.

Malu disuruh *metatak-metatak* [membuka kaki lebar-lebar], *ora ana bayine kok wis diinguk* [tidak ada bayinya *kok* dilihat]. (Peserta FGD, Desa E, Cilacap, Februari 2020)

5.3 Kesimpulan dan Rekomendasi

5.3.1 Kesimpulan

Perempuan miskin di wilayah yang sedang dan pernah diintervensi MAMPU dan wilayah non-MAMPU sudah memiliki akses terhadap layanan kesehatan dan gizi yang relatif lebih baik daripada kondisi pada 2017. Meningkatnya ketersediaan layanan berperan besar dalam memperbaiki akses tersebut. Namun, peningkatan ketersediaan layanan kesehatan tidak serta-merta meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan ini. Peningkatan ketersediaan layanan kesehatan harus disertai dengan upaya peningkatan pengetahuan dan kesadaran perempuan miskin untuk mendukung terjadinya perubahan perilaku dalam mengakses layanan yang sudah tersedia.

Kesimpulan bahwa akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan dan gizi sudah baik didasarkan pada peningkatan jumlah pemeriksaan K4 selama masa kehamilan, bertambahnya jumlah perempuan miskin yang melakukan praktik IMD dan memberikan ASIE, serta lebih banyaknya perempuan miskin yang melakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dan payudara. Secara umum, perbaikan akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan dan gizi turut berkontribusi pada pencapaian target RPJMN 2020–2024.

Perubahan perilaku perempuan miskin dalam pemberian ASIE sejalan dengan peningkatan pada praktik IMD. Hal ini menguatkan temuan studi *midline* bahwa ibu yang mempraktikkan IMD memiliki peluang lebih besar untuk memberikan ASIE (Widyaningsih, Elmira, dan Prasetyo, 2019). Program dari mitra MAMPU turut berperan dalam mendukung peningkatan tersebut. Di salah satu desa yang sedang diintervensi, ditemukan praktik baik dari adanya kerja sama antara faskes dan 'Aisyiyah dalam menerapkan mekanisme kontrol pemberian ASIE melalui kegiatan sertifikasi ASIE yang dilengkapi dengan pemantauan berkala ke rumah ibu menyusui oleh kader posyandu. Selain itu, perbaikan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan pemeriksaan deteksi dini kanker lebih terlihat di desa yang sedang diintervensi oleh mitra MAMPU daripada di desa non-MAMPU.

Di sisi lain, perubahan perilaku perempuan miskin terhadap layanan persalinan aman dan penggunaan MKJP mengalami sedikit penurunan dibandingkan dengan saat studi *midline*. Penurunan angka persalinan aman disebabkan oleh adanya peningkatan persalinan tidak aman di beberapa desa non-MAMPU di Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten TTS. Dinamika yang terjadi

pada skema insentif/disinsentif terkait ketentuan persalinan aman di dua kabupaten ini dalam periode 2017–2019 diduga turut berkontribusi terhadap peningkatan persalinan bukan di faskes dan bukan dengan bantuan nakes. Sementara itu, faktor internal, seperti kendala medis, psikologis, dan kurangnya pemahaman, cukup memengaruhi perempuan miskin untuk tidak menggunakan MKJP.

Dari sisi ketersediaan layanan, di wilayah yang sedang dan pernah diintervensi MAMPU dan wilayah non-MAMPU terjadi peningkatan ketersediaan layanan pemeriksaan kehamilan, persalinan, kontrasepsi, dan deteksi dini kanker serviks. Perbaikan ini turut berperan dalam perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan-layanan tersebut. Perbaikan terutama terjadi pada infrastruktur layanan dan kapasitas penyedia layanan di faskes desa. Perbaikan tersebut ditunjang oleh adanya dukungan dari pemda dan pemdes yang berperan dalam pengadaan program kegiatan, pembiayaan, dan perbaikan infrastruktur (baik pada layanan kesehatan maupun akses menuju layanan kesehatan). Pada aspek pemberian ASIE, penggunaan kontrasepsi, dan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks, mitra MAMPU juga berperan dalam pengadaan layanan. Khusus di Kabupaten Pangkep yang merupakan wilayah intervensi 'Aisyiyah, upaya penyediaan layanan juga dilakukan melalui aksi kolektif perempuan di tingkat desa.

Masih ditemukannya perempuan miskin yang belum mengakses berbagai layanan yang sudah tersedia menjadi salah satu indikasi terbatasnya penyebaran informasi dan sosialisasi tentang ketersediaan layanan-layanan tersebut. Implikasinya adalah bahwa peningkatan ketersediaan layanan tidak serta-merta mendorong perubahan perilaku perempuan miskin untuk mengakses layanan kesehatan dan gizi. Aksi kolektif pengadaan alat tes IVA yang muncul di salah satu desa intervensi pun belum berkontribusi terhadap peningkatan partisipasi perempuan miskin. Salah satu penyebabnya adalah bahwa sosialisasi mengenai isu dan keberadaan layanan tersebut belum sepenuhnya merata dan komprehensif sehingga belum mampu mengimbangi kendala psikologis dan budaya yang masih cukup kuat dalam memengaruhi perilaku perempuan miskin, khususnya terkait kespro.

Sosialisasi atau penyebaran informasi memainkan peran sangat penting dalam meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan, terutama jika tujuannya tidak hanya meningkatkan pengetahuan, melainkan juga mendorong perbaikan perilaku dalam mengakses layanan kesehatan. Perempuan yang secara aktif terlibat dalam kegiatan desa dan perempuan yang berada di wilayah intervensi memiliki akses lebih baik terhadap layanan deteksi dini kanker daripada perempuan yang tidak mengikuti kegiatan sama sekali dan perempuan di wilayah non-MAMPU. Temuan ini sejalan dengan studi Wijaya-Erhardt, Muslimatun, dan Erhardt (2014) mengenai perubahan signifikan yang terjadi pada pengetahuan, perilaku, dan praktik masyarakat setelah adanya edukasi dan penyuluhan oleh nakes. Perbaikan perilaku tersebut pada akhirnya dapat berkontribusi terhadap pencapaian target pemerintah secara nasional.

Di tingkat desa, penyebaran informasi mengenai layanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh peran berbagai aktor, seperti bidan dan kader posyandu. Kegiatan posyandu menjadi wadah utama untuk penyebaran informasi karena cakupannya lebih luas dari kegiatan lain, seperti kelas ibu hamil dan kelas reproduksi. Peningkatan intensitas dan kualitas pemberian informasi melalui nakes, yang didukung oleh pemdes dan pemkab, berperan penting dalam meningkatkan akses perempuan terhadap layanan kesehatan ibu dan reproduksi. Sementara itu, organisasi nonpemerintah di desa yang sedang dan pernah diintervensi—terutama mitra kerja MAMPU—cenderung memiliki peran yang lebih spesifik pada layanan kespro dan pemberian gizi dibandingkan dengan layanan kesehatan ibu, seperti pemeriksaan kehamilan dan persalinan.

Di tingkat internal perempuan miskin sendiri, keluarga/kerabat memiliki peran dalam memberikan pengetahuan dan penyebaran informasi mengenai akses terhadap layanan

kesehatan. Namun, sifat informasi yang terkandung di dalamnya memiliki dualitas peranan yang dapat mendukung dan sekaligus menghambat akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan yang lebih baik. Kondisi ini menunjukkan bahwa keluarga juga perlu mendapat sosialisasi mengenai isu dan keberadaan layanan karena mereka merupakan pihak yang paling dekat dengan perempuan miskin.

5.3.2 Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan di atas, ada tiga langkah spesifik yang perlu diambil.

a) Menyusun Kegiatan Sosialisasi mengenai Layanan Kesehatan dan Gizi dengan Lebih Terencana

Sosialisasi mengenai pengetahuan dan ketersediaan layanan terkait kesehatan dan gizi sebagai upaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat harus dilakukan dengan lebih terencana. Sosialisasi dapat dilakukan melalui, antara lain, kegiatan pertemuan tatap muka (seperti penyuluhan) di desa dan melalui media (termasuk media sosial) secara rutin dan berkala. Sosialisasi yang dilakukan sesekali dan sporadis memiliki peluang lebih kecil untuk menumbuhkan kesadaran dan mendorong perubahan perilaku. Kegiatan tersebut harus melibatkan berbagai pihak, baik yang terkait langsung dengan isu kesehatan maupun tidak. Sosialisasi secara tatap muka terutama bisa dilakukan oleh nakes di desa dan puskesmas, sedangkan sosialisasi melalui media menjadi tanggung jawab utama Dinkes dan Kementerian Kesehatan.

Di tingkat desa, bidan dan kader posyandu perlu dibantu oleh perempuan dari kelompok elite yang sebelumnya sudah memiliki pengetahuan lebih baik daripada perempuan miskin terkait akses terhadap layanan kesehatan dan gizi, terutama pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dan payudara. Sosialisasi juga tidak hanya menasar perempuan miskin sebagai target utama, tetapi juga laki-laki, keluarga, dan orang yang dituakan secara adat/agama. Kegiatan sosialisasi dapat dilakukan di ruang-ruang sosial, seperti musyawarah dusun dan desa serta kegiatan keagamaan, yang identik dengan laki-laki dan kelompok elite.

b) Mendorong Upaya Preventif terhadap Praktik Persalinan Tidak Aman

- (1) Upaya preventif seperti pemasangan stiker/bendera di rumah ibu hamil, serta pengadaan tabulin, dasolin, dan ambulans desa perlu dilakukan di tingkat desa untuk meningkatkan praktik persalinan aman. Agar tujuan tabulin untuk pembiayaan persalinan dapat tercapai, tabungan ini sebaiknya dikelola kader posyandu sebagai mekanisme kontrol/ pemantauan. Pengelolaan dan penggunaan dasolin untuk persiapan persalinan di faskes juga harus transparan dengan mengutamakan masyarakat miskin. Dalam rangka mengurangi biaya operasional persalinan, pemdes juga bisa menyediakan ambulans desa yang bisa diakses secara gratis. Bagi perempuan miskin yang memiliki kendala akses untuk melahirkan di puskesmas, terutama dari sisi jarak serta biaya dan sarana transportasi, keberadaan ambulans desa dapat menjadi alternatif untuk mengatasi kendala ini.
- (2) Pemkab Kubu Raya perlu mengkaji ulang kebijakan mengubah skema pemberian insentif bagi dukun bayi yang bermitra dengan bidan agar tidak menjadi represif dan malah menghambat akses perempuan miskin terhadap layanan persalinan aman. Pelibatan dukun bayi dalam menentukan skema insentif atau penerapan kembali skema insentif bulanan seperti sebelumnya dapat menjadi alternatif untuk mendorong keterlibatan dukun bayi dalam mencegah praktik persalinan tidak aman.
- (3) Pemdes di Kabupaten TTS perlu kembali menerapkan aturan denda KIBBLA. Aturan desa yang diturunkan dari Perda KIBBLA No. 6 Tahun 2013 tentang Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, Bayi, dan Anak Bawah Lima Tahun mengatur penerapan denda bagi pihak-pihak

yang terlibat dalam mendorong persalinan yang tidak dilakukan di faskes. Agar tidak menjadi represif, penerapan denda harus diimbangi dengan ketersediaan faskes yang memadai dari sisi layanan dan keterjangkauan, serta ditunjang dengan kondisi infrastruktur jalan dan sarana transportasi yang baik. Pemda dan pemdes harus lebih memfasilitasi masyarakat agar mereka dapat mengakses layanan persalinan aman dengan lebih mudah. Upaya ini dapat dilakukan, antara lain, dengan mengefektifkan rumah tunggu kelahiran dan ambulans desa. Pengelolaan dan penggunaan uang hasil denda KIBBLA juga harus transparan dan ditujukan untuk kepentingan masyarakat. Misalnya, uang denda yang terkumpul dapat digunakan untuk membayar biaya persiapan persalinan di faskes bagi masyarakat miskin. Pelaksanaan mekanisme tersebut bisa melibatkan kader posyandu dan ketua RT sebagai perpanjangan tangan bidan dan pemdes untuk memantau praktik persalinan yang tidak dilakukan di faskes.

c) Memperluas Cakupan Kegiatan Pendampingan bagi Perempuan Miskin

Upaya mengubah perilaku perempuan miskin agar mau mengakses layanan kesehatan yang tersedia membutuhkan waktu, proses, dan kegiatan yang berkelanjutan. Pendampingan kelompok bagi perempuan yang sudah berlangsung bertahun-tahun terbukti cukup mampu mendorong perubahan perilaku. Kegiatan pendampingan ini perlu diperluas/direplikasi agar dapat menjangkau sebanyak mungkin perempuan miskin di desa. Pemerintah dapat bekerja sama dengan organisasi-organisasi nonpemerintah yang melakukan pendampingan kelompok bagi perempuan miskin. Kerja sama ini tidak hanya terkait pembagian area pendampingan, tetapi juga dalam bentuk pembagian materi kegiatan. Pendampingan yang dilakukan secara terus-menerus dan berkelanjutan tidak hanya berperan penting dalam meningkatkan pengetahuan, tetapi juga dapat mendorong perbaikan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan kesehatan.

VI. PENGURANGAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN: LAYANAN PELAPORAN KDRT

6.1 Pengantar

6.1.1 Ruang Lingkup Studi

Kekerasan terhadap perempuan (KtP) yang menjadi fokus utama dalam studi ini adalah kekerasan dalam rumah tangga (KDRT⁶⁷) yang dialami oleh kelompok perempuan miskin sebagai istri dan dilakukan oleh laki-laki sebagai suami/pasangan yang masih terikat dalam perkawinan. Data terbaru dari Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan/Komnas Perempuan (2020) menunjukkan bahwa 75% dari keseluruhan kasus KtP merupakan KDRT sehingga KDRT perlu mendapat perhatian serius. Layanan perlindungan korban KDRT yang disediakan oleh pemerintah mengacu pada Peraturan Menteri (Permen) Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. 1 Tahun 2010 dan mencakup layanan pengaduan/pelaporan, layanan kesehatan, layanan rehabilitasi sosial, layanan penegakan dan bantuan hukum, serta layanan pemulangan dan reintegrasi sosial. Layanan perlindungan yang menjadi fokus pada studi ini adalah layanan pelaporan korban mengingat layanan tersebut merupakan pintu utama keseluruhan rangkaian layanan perlindungan korban KDRT. Kemudahan akses terhadap layanan pengaduan atau pelaporan menjadi pembuka akses bagi layanan kesehatan, rehabilitasi sosial, penegakan dan bantuan hukum, maupun pemulangan dan reintegrasi sosial. Studi ini berfokus mempelajari akses perempuan miskin terhadap layanan pelaporan KDRT sebagai upaya untuk menghadirkan perlindungan korban KDRT yang lebih baik dan menyeluruh bagi semua kelompok.

Program pengurangan KDRT yang teridentifikasi pada studi ini adalah yang dilaksanakan oleh Sanggar Suara Perempuan (SSP) sebagai mitra MAMPU yang fokus utama kerjanya adalah pengurangan KtP, termasuk KDRT. Program SSP di TTS meliputi advokasi regulasi perlindungan perempuan dari kekerasan, pendampingan korban kekerasan, pendampingan komunitas laki-laki maupun perempuan⁶⁸, serta sosialisasi dan pelatihan penanganan KDRT bagi masyarakat. Selain itu, ada mitra-mitra MAMPU lain, yaitu Yayasan Bina Keterampilan Pedesaan Indonesia (BITRA Indonesia), PEKKA (Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga), dan 'Aisyiyah yang juga melakukan sejumlah kegiatan terkait isu KDRT di wilayah studi lain (Deli Serdang, Cilacap, Kubu Raya, dan Pangkep) walaupun bukan sebagai fokus utama kerja mereka. Bentuk kegiatannya, antara lain, adalah penyampaian materi mengenai KDRT dan penanganannya, serta kerja sama dengan lembaga lain di daerah, seperti Dinas Pemberdayaan Perempuan, untuk mengomunikasikan keberadaan dan peran lembaga penyedia layanan perlindungan korban KDRT.

⁶⁷Berdasarkan Undang-Undang (UU) No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, KDRT didefinisikan sebagai setiap perbuatan terhadap seseorang, terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan, yang melawan hukum dalam lingkup rumah tangga.

⁶⁸Kelompok Jaringan Peduli Masalah Perempuan (JPMP) sejak 2008, Kelompok Pemerhati Kesetaraan Gender (KPKG) sejak 2010, dan Kelompok Laki-Laki Baru (LLB) sejak 2012.

6.1.2 Profil Sampel, Informan, dan Partisipan Studi

Salah satu sumber informasi terkait akses perempuan miskin terhadap layanan pelaporan KDRT pada studi ini diperoleh melalui kuesioner. Pertanyaan terkait KDRT pada kuesioner dikhususkan pada pemahaman perempuan miskin mengenai jenis-jenis KDRT, prevalensi kejadian KDRT, dan perilaku pelaporan KDRT. Responden modul KDRT adalah perempuan usia 15–40 tahun yang sudah pernah menikah dan wawancara tidak boleh diwakilkan kepada anggota keluarga lain. Dari 1.732 keluarga miskin yang terdata pada studi *endline*, terdapat 469 individu dalam rentang usia 17–40 tahun yang dapat diwawancarai untuk modul KDRT. Sebagian kecil sampel tidak pernah bersekolah (3,8%) dan 50% dari sampel yang pernah bersekolah merupakan lulusan SD. Hanya 20% di antaranya merupakan lulusan SMA/S-1/D-3. Berdasarkan status pekerjaannya, 42% sampel bekerja dalam seminggu terakhir. Di antara yang bekerja, 36% di antaranya berusaha sendiri, 24% bekerja sebagai buruh/karyawan/pegawai, dan 22% adalah pekerja keluarga tak berbayar.

Informasi kualitatif terkait akses perempuan miskin terhadap layanan pelaporan KDRT terdiri atas dua jenis, yaitu informasi dasar dan informasi hasil pendalaman. Informasi dasar digali di semua lokasi studi, sementara pendalaman informasi hanya dilakukan di TTS dan Cilacap. TTS dipilih karena merupakan daerah studi yang pernah menjadi lokasi pendampingan mitra MAMPU yang fokus kerja utamanya adalah pengurangan KtP, termasuk KDRT, yaitu SSP. Beberapa pertimbangan dalam hal data kuantitatif terkait pemilihan Cilacap sebagai wilayah pendalaman informasi adalah temuan survei *endline* yang memperlihatkan rendahnya proporsi responden yang mengaku mengalami KDRT dan rendahnya proporsi responden korban KDRT yang melaporkan KDRT yang dialami diri sendiri dibandingkan empat wilayah studi lainnya. Sementara itu, data kualitatif studi *midline* menunjukkan bahwa kegiatan mitra MAMPU di Cilacap terkait isu KDRT jauh lebih terbatas daripada kegiatan mitra MAMPU di TTS terkait isu yang sama, yaitu hanya berupa pemberian materi penanganan KDRT kepada kader 'Aisyiyah. Di desa studi di Cilacap juga belum ada peraturan desa (perdes) perlindungan perempuan. Pemilihan lokasi pendalaman di TTS dan Cilacap diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai akses perempuan miskin terhadap layanan pelaporan KDRT di wilayah-wilayah studi dengan kondisi yang beragam.

Pengumpulan informasi dasar dilakukan melalui wawancara tingkat desa,⁶⁹ wawancara mitra MAMPU di kabupaten, dan diskusi kelompok terfokus (FGD) dengan partisipan perempuan miskin berstatus menikah/pernah menikah. Wawancara dan FGD pada pengumpulan informasi dasar dilakukan untuk mengumpulkan informasi umum yang menggambarkan kondisi desa terkait KDRT. Wawancara pendalaman dilakukan dengan unit Pelayanan Perempuan dan Anak (PPA) kepolisian resor (polres) dan Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) di tingkat kabupaten; kepala kepolisian sektor (kapolsek) atau Bhayangkara Pembina Keamanan dan Ketertiban Masyarakat (Bhabinkamtibmas) di tingkat kecamatan/desa studi; aktor pendorong pelaporan korban KDRT; aktor yang dituju korban untuk melaporkan KDRT (baik sebagai penyedia layanan maupun yang bukan khusus sebagai penyedia layanan pelaporan KDRT); serta perempuan miskin yang pernah mengalami dan melaporkan KDRT di desa studi.⁷⁰

Pada tema ini terdapat tiga kategori wilayah berdasarkan keberadaan mitra MAMPU yang bekerja pada isu KDRT, yakni wilayah yang (i) sedang diintervensi mitra MAMPU, (ii) pernah diintervensi mitra MAMPU, dan (iii) tidak pernah diintervensi mitra MAMPU. Kelompok wilayah sedang diintervensi mitra MAMPU mencakup desa-desa yang pada saat pelaksanaan studi *endline*

⁶⁹Dilakukan dengan kepala desa atau perangkat desa, kader mitra, kader nonmitra, bidan desa, serta tokoh masyarakat laki-laki dan perempuan.

⁷⁰Wawancara dengan jenis informan ini dilakukan secara tertutup dan hanya melibatkan informan bersangkutan.

menjadi wilayah kerja mitra MAMPU yang mengerjakan isu KDRT (BITRA Indonesia dan 'Aisyiyah), yaitu Desa A dan Desa B di Deli Serdang, Desa D di Cilacap, serta Desa J, Desa K, dan Desa L di Pangkep. Kelompok wilayah pernah diintervensi mitra MAMPU meliputi desa-desa yang pada saat pelaksanaan studi *midline* menjadi wilayah kerja mitra MAMPU yang bekerja pada isu KDRT (PEKKA dan SSP) tetapi pada studi *endline* tidak lagi menjadi wilayah kerja mereka. Kelompok ini terdiri atas empat desa, yaitu Desa G dan Desa H di Kubu Raya, serta Desa M dan Desa N di TTS. Sementara itu, kelompok wilayah yang tidak pernah diintervensi mitra MAMPU terdiri atas desa-desa yang tidak pernah menjadi lokasi mitra MAMPU dengan agenda kerja pengurangan KDRT, seperti Desa C di Deli Serdang, Desa E dan Desa F di Cilacap, Desa I di Kubu Raya, serta Desa O di TTS.

6.2 Kondisi KDRT di Wilayah Studi

6.2.1 Pemahaman dan Tanggapan Perempuan Miskin terhadap KDRT

Perempuan miskin di wilayah studi dapat mengidentifikasi serta mengelompokkan perilaku kekerasan yang mereka ketahui atau mungkin terjadi di lingkungannya ke dalam empat jenis KDRT sesuai dengan UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan KDRT. Gambar 35 menampilkan hasil FGD dan wawancara mendalam dengan perempuan miskin di desa studi. Hasil FGD dan wawancara ini mengelompokkan jenis KDRT berdasarkan persepsi mereka terkait jumlah kejadian dan kemudahan mendeteksi kejadiannya di desa tempat tinggal masing-masing.



Gambar 35. Pemahaman perempuan miskin mengenai KDRT

Sumber: FGD dan wawancara mendalam tim peneliti, 2020.

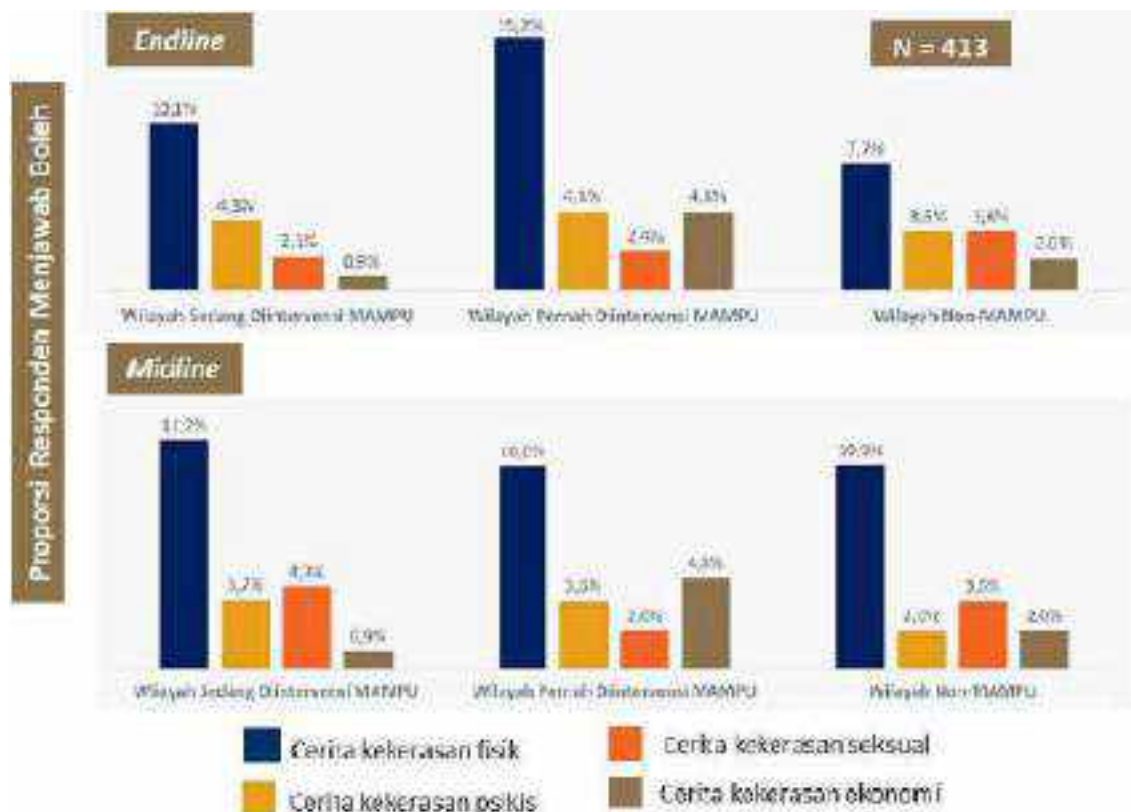
Informasi mengenai tanggapan perempuan miskin terhadap KDRT pada studi ini dikumpulkan melalui survei. Enumerator membacakan delapan ilustrasi cerita kepada responden. Kedelapan cerita ini menggambarkan empat jenis KDRT sesuai dengan definisi yang dijabarkan di dalam UU No. 23 Tahun 2004 dan setiap jenis KDRT diwakili dua jenis cerita yang berbeda. Setiap responden diminta menjawab pertanyaan apakah tindakan KDRT yang dilakukan tokoh suami dalam cerita-cerita tersebut dapat diperbolehkan. Jika responden menjawab bahwa tokoh suami dalam cerita boleh melakukan perbuatan tersebut kepada tokoh istri, artinya responden tidak menganggap perilaku tokoh suami sebagai bentuk KDRT. Contoh perbandingan narasi cerita 1 dan cerita 2 yang keduanya mewakili kekerasan fisik ditampilkan pada Kotak 4.

Kotak 4 Ilustrasi Cerita Kekerasan Fisik

Cerita 1. Suatu hari seorang suami mendapati istrinya sedang berbincang dengan laki-laki lain. Karena cemburu, suami tersebut memarahi istrinya hingga menjambak rambut sang istri untuk memberi efek jera agar sang istri tidak mengulangi perbuatannya lagi.

Cerita 2. Setiap kali berselisih, seorang suami selalu ringan tangan terhadap istrinya. Suami kerap menganiaya istrinya dengan kasar hingga istri mengalami luka dan memar di sekujur tubuhnya. Istri kerap kali mengalami kesakitan di seluruh badannya hingga tidak bisa beraktifitas.

Tanggapan perempuan miskin terhadap jenis-jenis KDRT yang dilakukan suami pada studi *midline* dan *endline* disajikan pada Gambar 36. Menurut anggapan banyak responden, dibandingkan dengan jenis kekerasan lain, kekerasan fisik oleh suami boleh dilakukan dalam upayanya mendisiplinkan istri terkait peran suami sebagai kepala keluarga sesuai dengan norma yang berlaku di Indonesia. Hal ini konsisten untuk semua wilayah studi pada periode *midline* maupun *endline*. Hasil wawancara pada studi *baseline* dan *midline* di TTS mengungkap bahwa KDRT fisik (biasanya disertai bentakan, ancaman, dan sejenisnya) dianggap sebagai cara yang lazim dilakukan suami/kepala rumah tangga untuk memberikan teguran kepada istri atau anak-anak agar mereka menyadari kesalahannya. Istilah lokal yang dipakai adalah naik tangan (untuk memukul) dan naik mulut (untuk membentak/sejenisnya) (Tamyis, Kusumawardhani, dan Astini, 2019).



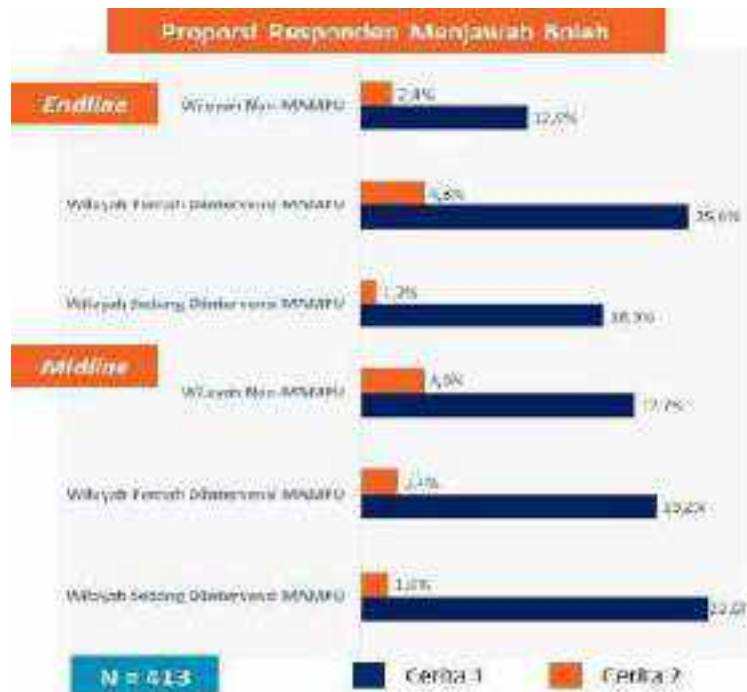
Gambar 36. Tanggapan perempuan miskin terhadap jenis-jenis KDRT
Sumber: Hasil survei tim peneliti, 2017 dan 2019 (N=413).

Pada studi *endline*, proporsi responden yang menganggap perilaku kekerasan fisik seperti pada cerita 1 boleh dilakukan lebih tinggi secara signifikan pada wilayah yang pernah diintervensi MAMPU, yaitu dua desa yang pernah didampingi SSP di TTS dan dua desa yang pernah didampingi PEKKA di Kubu Raya (Gambar 37). Kemungkinan besar hal ini berkaitan dengan faktor norma budaya patriarki yang kental di kedua wilayah tersebut. Secara budaya, masyarakat di TTS menganggap laki-laki memiliki kedudukan yang lebih tinggi daripada perempuan. Laki-laki adalah pengambil keputusan, sedangkan perempuan adalah pelaksana. Norma budaya patriarki juga ditemukan pada etnis Madura yang merupakan etnis mayoritas di lokasi survei di Kubu Raya. Budaya patriarki pada etnis ini memandang perempuan sebagai milik laki-laki dan posisi laki-laki lebih diutamakan daripada posisi perempuan.

Ketika perempuan sudah menikah, yang berkuasa terhadap perempuan adalah suaminya. Pukul istri sama dengan mendidik istri. Makin besar *belis* [bahasa daerah TTS artinya mahar], makin besar kuasa suami. (Wawancara dengan SSP, TTS, 13 Februari 2020)

H [laki-laki], tokoh masyarakat Desa G [Kubu Raya], mengungkapkan bahwa kasus KDRT di desanya, kebanyakan terjadi pada komunitas etnis tertentu, yaitu Madura. Menurutnya, budaya patriarki pada komunitas tersebut melekat kuat dan perempuan cenderung dianggap manusia kelas dua. H sendiri juga berasal dari komunitas etnis Madura. Namun, menurutnya mulai tumbuh kesadaran kesetaraan gender berkat kecepatan dan keterbukaan informasi mengenai KDRT yang bermunculan dari media televisi dan media sosial yang diakses oleh komunitas etnis tersebut. (Wawancara dengan tokoh masyarakat, Kubu Raya, 21 Februari 2020)

Perbandingan data studi *midline* dan *endline* (Gambar 37) tidak menunjukkan adanya perubahan signifikan untuk proporsi responden yang memperbolehkan perilaku kekerasan fisik antarperiode di ketiga kelompok wilayah. Temuan ini menunjukkan bahwa persepsi responden terkait kekerasan fisik cenderung tidak mengalami perubahan dalam kurun waktu dua tahun terakhir. Hal ini mengonfirmasi bahwa persepsi perempuan miskin tentang jenis-jenis KDRT terbentuk oleh pengaruh budaya dan lingkungan yang bersifat melekat. Dalam hal ini, tradisi budaya terkait nilai-nilai gender yang sudah berlangsung lama telah menempatkan suami sebagai pihak yang jauh lebih dominan dalam rumah tangga sehingga persepsi bahwa KDRT jenis kekerasan fisik boleh dilakukan untuk mendisiplinkan istri tidak mudah diubah.



Gambar 37. Tanggapan perempuan miskin terhadap KDRT fisik

Sumber: Hasil survei tim peneliti, 2017 dan 2019.

6.2.2 Prevalensi KDRT di Wilayah Studi

Informasi tentang prevalensi KDRT di wilayah studi diperoleh dari jawaban pertanyaan terkait pengalaman KDRT perempuan miskin yang menjadi responden untuk survei rumah tangga. Data ini tidak menggambarkan prevalensi KDRT di wilayah studi secara keseluruhan, tetapi perbandingan dengan data yang sama dari survei *midline* mengindikasikan adanya peningkatan atau penurunan kasus KDRT di antara perempuan miskin yang menjadi responden. Pada kelompok sampel yang sama antara studi *midline* dan *endline*, terlihat adanya peningkatan proporsi responden yang mengaku mengalami KDRT dan peningkatan ini signifikan secara statistik (Gambar A17 di Lampiran). Dari 68 responden yang mengaku mengalami KDRT pada studi *endline*, 25% adalah responden yang juga menjadi korban KDRT pada studi *midline* dan 72% adalah responden yang baru mengalami KDRT pada studi *endline* dan tidak mengalami KDRT pada survei studi *midline* (Gambar 38). Dari temuan ini, kita tidak dapat serta-merta menyimpulkan terjadinya peningkatan kejadian KDRT di wilayah studi. Untuk studi *endline* ini, tim enumerator mendatangi kembali rumah tangga yang sama dan banyak hal dapat terjadi dalam dua tahun, termasuk di antaranya meningkatnya kepercayaan responden kepada tim enumerator.



Gambar 38. Dinamika pengalaman KDRT responden–kondisi *midline* dan *endline*

Sumber: Hasil survei tim peneliti, 2019.

Hasil survei pada studi *endline* menunjukkan bahwa rata-rata responden yang menjadi korban KDRT mengalami dua jenis kekerasan. Dibandingkan data studi *midline*, proporsi responden yang mengalami lebih dari satu jenis kekerasan mengalami peningkatan pada studi *endline* (Gambar A19 di Lampiran). Peningkatan jumlah jenis KDRT yang dialami responden terjadi secara merata pada tiga kelompok wilayah. Temuan ini dapat dilihat sebagai indikasi terjadinya peningkatan pemahaman tentang jenis-jenis KDRT atau meningkatnya tingkat keparahan kasus KDRT yang berkembang menjadi kekerasan multidimensi. Temuan kualitatif dari wawancara di wilayah studi menunjukkan bahwa beberapa jenis KDRT umumnya terjadi dalam waktu bersamaan serta dapat menyebabkan timbulnya KDRT lain.

Salah satu peserta FGD di Desa B [Deli Serdang] menceritakan pengalamannya pernah mengalami KDRT dari mantan suami. Suami [sekarang mantan] sering memaksakan kehendak untuk berhubungan seksual. Jika istri menolak berhubungan seksual, maka suami tidak memberi nafkah [ekonomi] untuk istri dan anaknya. (FGD Desa B, Deli Serdang, 15 Februari 2020)

Saya pernah menangani kasus KDRT pada 2016 ... istri dipukuli suaminya ... Setelah istri dipukuli, lalu diobati oleh) suaminya. Begitu terus, jadi bekas lukanya hilang ... Memang dia [istri/korban] tidak sampai "gila", masih bisa bekerja, tapi dia stres berat sampai harus pindah-pindah kerja karena ketakutan diancam suami ... psikis itu bisa akibat dari perbuatan itu [KDRT fisik] ... kekerasan fisik biasanya juga diiringi dengan psikis. (Wawancara unit PPA Polres Cilacap, 28 Februari 2020)

Meskipun studi ini menemukan adanya indikasi peningkatan jumlah responden yang mengalami KDRT dan makin kompleksnya jenis KDRT yang dialami, data dari survei *endline* menunjukkan hanya 27% responden mengetahui kejadian KDRT di desa dalam kurun waktu setahun terakhir (Gambar A20 di Lampiran). Kondisi ini menggambarkan bahwa peningkatan jumlah kasus dan kompleksitas KDRT tidak selalu diiringi dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat setempat tentang KDRT yang terjadi. Hasil wawancara dan FGD menunjukkan bahwa masyarakat desa studi mengetahui kejadian KDRT terhadap perempuan miskin di desanya. Di sisi lain, kejadian KDRT sulit dideteksi karena masih dianggap sebagai persoalan pribadi atau keluarga. Akibatnya, meski sebagian masyarakat mengetahui, jarang di antara mereka yang bersedia terlibat menangani karena tidak ingin dianggap campur tangan.

Kalau dibilang *ndak ade* [kejadian KDRT] sih sulit juga karena tidak mungkin *kan* satu desa sebanyak ini orang semuanya aman, *ndak* ada ribut-ribut [KDRT]. Cuma karena *ndak ade* yang lapor jadi kita [kepala desa] *ndak* tahu. (Kades Desa H, Kubu Raya, laki-laki, 50 tahun, 14 Februari 2020)

Apa *iya* saya yang *nggak* dimintai tolong, *kok* ikut campur, *kan* *nggak* mungkin ... itu [KDRT] urusan sangat pribadi, jadinya kita enggan, "sungkan". (P, perempuan kader PKK, 43 tahun, Desa E, Cilacap, 18 Februari 2020)

Tidak berani juga menengahi karena nanti dibilang "*kenapa mau ikut campur?*". (S, perempuan, kader posyandu, Desa J, Pangkep, 14 Februari 2020)

Peserta FGD Desa K [Pangkep] menceritakan bahwa masyarakat desanya cenderung tidak melaporkan kejadian KDRT karena takut dianggap campur tangan urusan pribadi. Biasanya "kalau parah [luka-luka] baru melapor" dan ada anggapan "nanti mereka [suami istri] juga akan *baikan* [rujuk] kembali, apalagi jika sudah punya anak". (FGD Desa K, Pangkep, 17 Februari 2020)

Mereka [korban] masih berpikir ini privat sekali, ini masalah pribadi, padahal KDRT itu bukan masalah pribadi, kami [P2TP2A] bisa bantu. (P2TP2A Citra, Cilacap, 26 Februari 2020)

6.3 Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pelaporan KDRT

6.3.1 Ketersediaan dan Kualitas Layanan Pelaporan KDRT

Ketersediaan layanan pelaporan KDRT di wilayah studi tidak mengalami perubahan dibandingkan pada studi *midline*.⁷¹ Tabel 2 menampilkan data ketersediaan layanan pelaporan KDRT di wilayah studi. Layanan pelaporan KDRT di wilayah studi terbagi ke dalam tiga kelompok berdasarkan penyedia layanannya, yakni layanan pelaporan KDRT yang (i) disediakan oleh individu, (ii) disediakan oleh lembaga, dan (iii) disediakan oleh komunitas atau lembaga swadaya masyarakat (LSM). Di desa-desa MAMPU, ketiga kelompok penyedia layanan dapat ditemukan, sedangkan di desa non-MAMPU hanya terdapat penyedia layanan individu dan lembaga.

Individu penyedia layanan pelaporan KDRT di wilayah studi meliputi kepala desa (kades); perangkat desa, terutama ketua rukun tetangga (RT)/rukun warga (RW) dan kepala dusun (kadus); tokoh masyarakat/adat/agama; bidan; dan kader desa. Sementara itu, lembaga penyedia layanan pelaporan KDRT meliputi kepolisian serta P2TP2A. LSM mitra MAMPU, yaitu BITRA Indonesia, PEKKA, 'Aisyiyah, dan SSP, memiliki area kerja di wilayah desa studi yang termasuk kelompok sedang dan pernah didampingi mitra MAMPU. Khusus untuk daerah yang pernah didampingi SSP di TTS (Desa M dan Desa N), tersedia layanan berbasis komunitas berupa jejaring kelompok dampingan SSP yang tersebar di berbagai dusun.

Tabel 2. Ketersediaan Layanan Pelaporan KDRT di Wilayah Studi

Pihak Penerima Pelaporan	Tingkat	Ketersediaan dan Peranan
Kades, perangkat desa (terutama ketua RT/RW, kadus), tokoh masyarakat/adat/agama, bidan, kader desa	Desa	<ul style="list-style-type: none"> Tersedia di semua desa studi Menerima laporan dari masyarakat, menjadi mediator antara pelaku-korban, dan membantu korban melanjutkan pelaporan ke layanan formal, seperti kepolisian atau P2TP2A Di Desa M dan Desa N (TTS), terdapat perdes tentang perlindungan perempuan

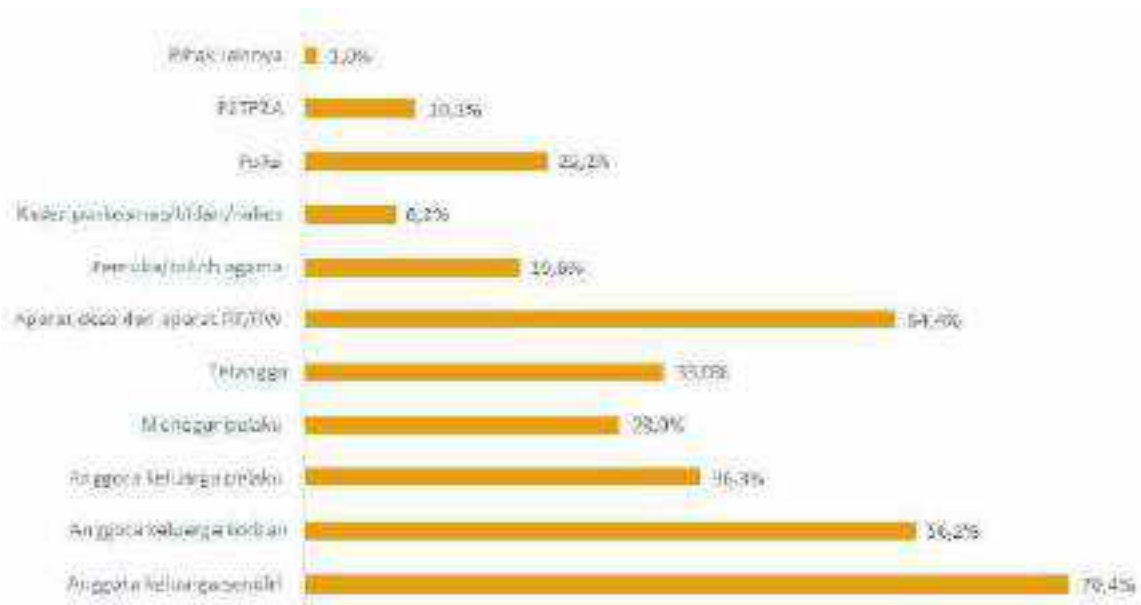
⁷¹Informasi tentang beberapa perubahan kecil terkait ketersediaan layanan perlindungan korban KDRT yang ditemukan pada studi *endline* dapat dilihat pada Tabel A11 di bagian Lampiran.

Pihak Penerima Pelaporan	Tingkat	Ketersediaan dan Peranan
Kepolisian	Desa/ kecamatan	<ul style="list-style-type: none"> Tersedia di semua desa/kecamatan. Polsek berkedudukan di kecamatan. Bhabinkamtibmas bertugas di tingkat desa Menerima laporan secara langsung dari masyarakat atau dari kades/perangkat desa/tokoh masyarakat/adat/agama/kader. Berperan membantu proses mediasi, pemberian teguran kepada pelaku, atau koordinasi dengan unit PPA jika hendak dilanjutkan ke jalur hukum
Kepolisian	Kabupaten/ provinsi	<ul style="list-style-type: none"> Unit PPA tersedia di kabupaten studi, tetapi untuk Kubu Raya ada di provinsi. Menerima laporan secara langsung dari masyarakat atau pelimpahan kasus dari polsek/polres untuk ditangani secara hukum
P2TP2A	Kabupaten	<ul style="list-style-type: none"> Tersedia di semua kabupaten lokasi studi Menerima laporan secara langsung dari masyarakat atau rujukan dari lembaga lain. Menyediakan layanan konsultasi, mediasi, pendampingan, perlindungan, dan pemulihan korban. Bekerja sama dengan lembaga lain, seperti kepolisian, Dinas Sosial, lembaga swadaya masyarakat, dll.
Lembaga swadaya masyarakat (LSM) mitra MAMPU: BITRA Indonesia, PEKKA, 'Aisyiyah, SSP	Desa	<ul style="list-style-type: none"> Tersedia di <ul style="list-style-type: none"> - desa yang sedang didampingi BITRA Indonesia (Desa A dan Desa B di Deli Serdang) - desa yang sedang didampingi 'Aisyiyah (Desa D di Cilacap, Desa J, Desa K, dan Desa L di Pangkep) - desa yang pernah didampingi PEKKA (Desa G dan Desa H di Kubu Raya) - desa yang pernah didampingi SSP (Desa M dan Desa N di TTS) LSM mitra MAMPU memiliki kader di tingkat desa yang dapat dituju untuk pelaporan KDRT.
Layanan berbasis komunitas	Desa	<ul style="list-style-type: none"> Hanya tersedia di Desa M dan Desa N di TTS Jejaring kelompok dampingan SSP, yaitu JPMP, KPKG, dan LLB Para anggota jejaring dapat menerima laporan KDRT untuk diteruskan kepada kader SSP

Sumber: Wawancara mendalam dan studi literatur tim peneliti, 2020.

Dari semua layanan pelaporan KDRT yang disebutkan pada Tabel 2, hasil survei menunjukkan bahwa masih banyak perempuan miskin di semua desa studi yang merasa lebih nyaman untuk melaporkan peristiwa KDRT kepada anggota keluarga dan perangkat desa (Gambar 39). Dua faktor utama yang dapat menjelaskan preferensi pelaporan KDRT kepada keluarga adalah (i) adanya stigma terkait KDRT sebagai topik yang tabu untuk dibicarakan dengan pihak selain keluarga⁷² dan (ii) kualitas layanan pelaporan KDRT yang tersedia belum optimal sehingga perempuan miskin masih mengalami sejumlah hambatan untuk melaporkan KDRT kepada pihak selain keluarga.

⁷²Penjelasan lebih lengkap mengenai hal ini terdapat pada subbab tentang faktor yang menghambat pelaporan KDRT.



Gambar 39. Pihak yang dituju untuk melaporkan KDRT

Sumber: Hasil survei tim peneliti, 2019 (N=388).

Penyedia layanan di desa, baik di wilayah MAMPU maupun non-MAMPU, yang meliputi kades, perangkat desa (terutama kadus)⁷³, atau ketua RT/RW merupakan pihak yang paling mungkin diakses perempuan miskin terkait pelaporan KDRT setelah keluarga. Berdasarkan hasil FGD, selain perangkat desa, perempuan miskin juga berupaya mengakses tokoh masyarakat/adat/agama, kader LSM atau komunitas, kader desa, dan bidan desa/puskesmas untuk melaporkan KDRT. Pelaporan kepada pihak-pihak tersebut diketahui perempuan miskin dari interaksi sehari-hari, termasuk kegiatan sosial di masyarakat, informasi yang diperoleh dari media (radio, televisi, grup media sosial), maupun program/sosialisasi/intervensi terkait KDRT. Bidan desa dan puskesmas dikenal sebagai penyedia layanan kesehatan yang akan diakses apabila terjadi KDRT fisik yang memerlukan pengobatan atau keperluan visum untuk meneruskan laporan kasus ke kepolisian.

Di samping ketersediaan layanan untuk melaporkan KDRT, di dua desa yang pernah didampingi SSP, yaitu Desa M⁷⁴ dan Desa N, terdapat perdes tentang perlindungan perempuan. Secara fungsi, perdes tersebut dapat dirujuk sebagai aturan untuk penanganan KtP, termasuk KDRT, di desa. Sosialisasi perdes di Desa M telah dilakukan di semua dusun dan pada kegiatan mimbar gereja. Meski demikian, sosialisasi belum berjalan optimal karena keterbatasan frekuensi dan intensitas sosialisasi sehingga masih ada pihak penyelenggara layanan pelaporan KDRT maupun masyarakat desa yang belum memahami dengan baik isi perdes tersebut. Di Desa N, hasil wawancara dan FGD menunjukkan masih adanya tokoh masyarakat dan warga Desa N yang bahkan belum mengetahui keberadaan perdes tersebut. Hal ini terjadi karena sosialisasi perdes Desa N masih dilakukan secara terbatas.⁷⁵

⁷³Di beberapa desa studi disebut kepala lingkungan (kepling) atau kepala lorong (keplor).

⁷⁴Perdes Desa M No. 6 Tahun 2017 tentang penyelenggaraan perlindungan perempuan.

⁷⁵Sampai dengan akhir proses pengumpulan data *endline*, naskah perdes Desa N belum dapat diakses oleh tim peneliti. Salah satu informan menyatakan bahwa kemungkinan perdes belum atau tidak disosialisasikan secara intensif karena alasan politis, yaitu dapat menghambat dukungan masyarakat kepada salah satu pemimpin setempat yang ditengarai merupakan pelaku KDRT.

Kualitas layanan pelaporan KDRT sangat bergantung pada kapasitas penyedia layanan. Studi ini menemukan adanya upaya perbaikan kualitas layanan melalui kegiatan sosialisasi isu KDRT dan pelaporannya di seluruh desa studi. Namun, sosialisasi sering kali dilakukan dengan frekuensi dan cakupan peserta yang terbatas sehingga berdampak pada layanan yang diberikan. Bagian selanjutnya akan membahas kualitas layanan pelaporan KDRT dari masing-masing pihak pada Tabel 2 dengan lebih lengkap.

a) Kades, perangkat desa, tokoh masyarakat/agama/adat, dan kader desa

Sosialisasi yang diperoleh kades, perangkat desa, tokoh masyarakat/agama/adat, dan kader desa⁷⁶ mengenai KDRT dan penanganannya idealnya mampu menambah pengetahuan terkait isu KDRT dan sekaligus memberikan kemampuan penanganan KDRT yang lebih sesuai dengan kebutuhan korban. Temuan studi *endline* ini memperlihatkan bahwa kegiatan sosialisasi penanganan KDRT bagi para pihak tersebut telah tersedia di desa/kecamatan tertentu di seluruh wilayah studi (Tabel A12 di Lampiran). Meskipun demikian, sosialisasi penanganan KDRT tidak selalu menjamin penanganan laporan KDRT yang lebih baik. Faktor keterbatasan cakupan peserta mengakibatkan tidak semua perangkat desa, tokoh masyarakat/agama/adat, bidan, dan kader desa dapat mengikuti sosialisasi.

Sebagai contoh, Desa H (Kubu Raya) telah melaksanakan kegiatan sosialisasi KDRT pada 2019 bagi kader PKK dan posyandu. Namun, ketika terjadi peristiwa KDRT, ternyata ada korban yang justru menghubungi kades, padahal kades tidak mengikuti kegiatan sosialisasi. Akibatnya, respons yang didapatkan oleh korban hanya diminta bersabar. Kegiatan sosialisasi yang tidak menyeluruh menyebabkan pemahaman atas penanganan KDRT menjadi tidak merata dan menurunkan kualitas layanan penanganan, padahal kades dan perangkat desa adalah pihak di luar keluarga yang sering dihubungi perempuan miskin dalam melaporkan KDRT (Gambar 39).

Kemampuan penanganan KDRT perlu dibangun melalui sosialisasi dan pendekatan yang intensif dan tidak cukup hanya satu kali. Tantangan untuk meningkatkan pemahaman dan kapasitas kades, perangkat desa, tokoh masyarakat/agama/adat, bidan, dan kader desa dalam menangani laporan KDRT ditemukan baik di desa MAMPU maupun non-MAMPU.

b) Kepolisian

Layanan pelaporan KDRT di kepolisian tersedia di seluruh wilayah studi mulai dari tingkat desa hingga provinsi. Studi ini menemukan bahwa upaya peningkatan kapasitas aparat kepolisian untuk menangani laporan kasus KDRT dengan lebih responsif gender⁷⁷ sudah dilakukan meskipun dalam skala terbatas dan belum melibatkan seluruh petugas kepolisian di tingkat desa/kecamatan. Dari dua lokasi pendalaman informasi, kegiatan sosialisasi dan pelatihan terkait penanganan KDRT baru diselenggarakan bagi kepala unit reserse dan kriminal (kanitreskrim) di tingkat polsek di TTS. Kegiatan ini difasilitasi oleh SSP dan terlaksana dua kali sampai 2018.⁷⁸ Kegiatan serupa belum tersedia bagi petugas Bhabinkamtibmas, baik di kecamatan studi di TTS maupun di Cilacap. Padahal, kegiatan tersebut penting bagi Bhabinkamtibmas sebagai petugas polisi yang bertugas langsung di desa-desa

⁷⁶Kader desa pada studi ini adalah kader yang bekerja di tingkat desa dan bukan merupakan kader LSM perlindungan perempuan, misalnya kader posyandu, kader PKK, dan kader Keluarga Berencana.

⁷⁷Responsif gender adalah perhatian yang konsisten dan sistematis terhadap perbedaan-perbedaan perempuan dan laki-laki di dalam masyarakat yang disertai upaya menghapus hambatan-hambatan struktural dan kultural untuk mencapai kesetaraan gender.

⁷⁸Rencananya akan diselenggarakan kembali pada 2019, tetapi karena bertepatan dengan kesibukan pengamanan untuk pemilihan kepala daerah, kegiatan ditunda sampai 2020. Sampai dengan pengumpulan data dilakukan (Februari 2020), kegiatan tersebut belum dilaksanakan.

dan kerap menjadi pihak yang dihubungi masyarakat termasuk dalam konteks pelaporan KDRT (Gambar 39).

Keberadaan polisi wanita (polwan) yang mudah diakses oleh perempuan di tingkat desa/kecamatan adalah hal yang perlu diperhatikan untuk mendukung pelaporan KDRT. Terdapat indikasi bahwa perempuan korban KDRT akan merasa lebih nyaman dan leluasa ketika menceritakan peristiwa KDRT yang dialaminya kepada sesama perempuan. Hal ini terungkap dari hasil wawancara studi *midline*.

Ada korban yang mau bicara ketika berhadapan dengan sesama perempuan, dalam hal ini karena di polsek tidak ada polwannya, terkadang korban tidak mau bicara dan akhirnya dirujuk ke kami [unit PPA Polres]. (Wawancara Unit PPA Polres TTS, 15 November 2017)

Namun, sayangnya sebagaimana halnya dengan kondisi yang ditemukan pada studi *midline*, jumlah polwan terbatas dan hingga kini hanya tersedia di Polres. Di tingkat polsek di kecamatan studi di TTS maupun Cilacap, petugas polwan tidak tersedia.

c) P2TP2A

Studi ini menemukan bahwa karena lokasinya yang berada jauh di ibu kota kabupaten, P2TP2A memiliki kemungkinan yang kecil untuk dihubungi oleh perempuan miskin di desa-desa studi (Gambar 39). Tantangan tersebut tercermin pada P2TP2A Cilacap Tanpa Kekerasan (P2TP2A Citra). Luasnya wilayah Cilacap⁷⁹ membuat P2TP2A mengalami kesulitan untuk memberikan layanan yang menjangkau seluruh desa. Solusi yang dipilih P2TP2A Citra adalah membentuk layanan di tingkat kecamatan dan desa melalui kerja sama dengan subbagian Dinas Keluarga Berencana⁸⁰. Petugas Keluarga Berencana (PKB) di kecamatan dan kader subpembina Kader Desa (SKD) di desa diberdayakan untuk menerima dan menangani pelaporan KDRT. Di samping itu, P2TP2A Citra menyediakan layanan telepon *hotline* untuk pengaduan. Meskipun P2TP2A Citra telah bekerja sama dengan banyak pihak untuk memperluas jangkauan layanannya, masih ada tantangan lain terkait kualitas sumber daya manusia yang memberikan layanan bagi korban KDRT. Kader PKB dan SKD yang membantu P2TP2A Citra belum memiliki kemampuan yang memadai untuk menangani KDRT. Di samping itu, hanya sekitar 50% SKD sudah mendapat pelatihan penanganan KDRT. Upaya perluasan jangkauan layanan P2TP2A Citra dengan penambahan jumlah personil idealnya harus dibarengi dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia penyedia layanan agar masyarakat mendapatkan layanan yang optimal dari P2TP2A.

Keterbatasan lain yang dialami P2TP2A Citra dalam melaksanakan tugasnya adalah tidak memiliki infrastruktur rumah aman untuk melindungi korban KDRT. Sebagai solusinya, P2TP2A Citra bekerja sama dengan Dinas Sosial (Dinsos) Cilacap dalam penyediaan rumah aman. Saat ada korban KDRT yang memerlukan rumah aman, P2TP2A Cilacap akan menghubungi Dinsos agar korban dapat memanfaatkan fasilitas Rumah Perlindungan Trauma Centre (RPTC) yang dimiliki Dinsos. Kerja sama ini dinilai meningkatkan kualitas layanan perlindungan korban KDRT di Cilacap, mengingat rumah aman merupakan infrastruktur penting bagi penyintas KDRT yang sulit memperoleh perlindungan dari keluarga atau masyarakat di lingkungannya.

⁷⁹Cilacap adalah kabupaten terluas di Jawa Tengah. Kabupaten Cilacap memiliki luas 225.360,840 hektare yang terbagi menjadi 24 kecamatan, 269 desa, dan 15 kelurahan. Penduduk perempuan berjumlah 918.539 jiwa dan laki-laki 941.527 jiwa (Pemerintah Kabupaten Cilacap, 2020).

⁸⁰Hal ini dimungkinkan karena subbagian Dinas Pemberdayaan Perempuan menjadi satu organisasi perangkat daerah (OPD) dengan subbagian Dinas Keluarga Berencana.

Di TTS, kendala utama yang dihadapi P2TP2A dalam menjalankan tugasnya menangani pelaporan KDRT berkaitan dengan dua hal, yakni kapasitas aktor penyedia layanan KDRT di desa dan penarikan pengajuan laporan oleh korban KDRT.⁸¹ Hasil wawancara dengan P2TP2A di TTS menunjukkan bahwa aktor-aktor di tingkat desa memiliki pengetahuan yang terbatas mengenai KDRT dan penanganannya, padahal mereka berperan meneruskan laporan KDRT di desa kepada P2TP2A di kabupaten. Sebagai solusinya, P2TP2A di TTS bersama LSM⁸² melakukan sosialisasi isu KDRT dan pelaporannya kepada aktor-aktor desa tersebut. Kendala lain yang ditemui terkait dengan pencabutan laporan pengaduan KDRT oleh korban di TTS. Dalam beberapa kasus yang ditangani oleh P2TP2A di TTS, korban yang sudah melaporkan KDRT yang dialami berubah pikiran dan mencabut laporannya, padahal kasus sudah mulai diproses. Akibatnya, kini P2TP2A di TTS memaksimalkan fungsi konsultasi untuk memastikan korban mengambil keputusan dengan baik terkait pelaporan KDRT yang dilakukannya. Selain memberikan layanan pelaporan KDRT, P2TP2A di TTS juga melakukan integrasi dengan Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu (SLRT) untuk membantu korban kekerasan yang didampingi P2TP2A mengakses layanan pemulihan dan program perlindungan sosial pemerintah yang diperlukan.

d) Lembaga Swadaya Masyarakat

Hasil FGD di wilayah studi menunjukkan bahwa selain melaporkan KDRT kepada keluarga, tetangga, aparat desa/RT/RW, dan tokoh-tokoh di desa, perempuan miskin juga akan menghubungi kader LSM.⁸³ Dari semua wilayah studi, kader LSM di tingkat desa yang menjadi penyedia layanan pelaporan KDRT hanya tersedia di desa MAMPU, yakni kader SSP, BITRA Indonesia, PEKKA, dan 'Aisyiyah. Kader SSP di Desa M (TTS) telah secara resmi memiliki mandat berdasarkan surat keputusan kepala desa sebagai pendamping korban KtP yang diakui di tingkat desa. Sementara itu, kader dari mitra MAMPU lainnya, yaitu BITRA Indonesia, PEKKA, dan 'Aisyiyah, tidak secara khusus mendapatkan tugas sebagai penyedia layanan pelaporan KDRT dari pemerintah desa setempat ataupun pihak lain. Namun, pada praktiknya, kader-kader ini dapat menerima laporan kasus KDRT dan membantu korban.

Kader LSM di wilayah studi dianggap sebagai pihak yang dapat dihubungi untuk melaporkan KDRT karena kebanyakan kader berdomisili di desa sehingga dari segi jarak dapat lebih mudah diakses oleh perempuan miskin. Selain itu, dalam menjalankan tugasnya, umumnya para kader berinteraksi cukup intensif dengan masyarakat desa sehingga terbangun kepercayaan dan kedekatan antara masyarakat desa dan para kader. Temuan ini menunjukkan bahwa faktor kemudahan akses dan kepercayaan turut memengaruhi pilihan layanan yang dituju perempuan miskin dalam melaporkan KDRT, meskipun bukan menjadi faktor yang dominan.

J adalah kader 'Aisyiyah Desa D [Cilacap] sekaligus kepala urusan [kaur] desa setempat. J pernah dihubungi oleh perempuan di desanya untuk menceritakan persoalan rumah tangga yang dihadapinya. Peserta FGD di Desa D menyatakan "Bu J *kan* sering keliling-keliling desa, ke rumah-rumah, semua kenal. Pasti dia pernah [mendapat laporan KDRT]". (FGD Desa D, Cilacap, 16 Februari 2020)

⁸¹Di luar soal KDRT, P2TP2A juga dihadapkan pada kekosongan aturan hukum untuk kasus ingkar janji menikah (IJM) yang kerap terjadi di TTS. IJM tidak dibahas lebih lanjut karena bukan termasuk KDRT yang menjadi fokus studi ini.

⁸²Ada berbagai LSM yang bekerja untuk isu perlindungan perempuan/anak di TTS, seperti SSP, Plan International Indonesia, dan Wahana Visi Indonesia.

⁸³Opsi jawaban 'anggota LSM' tersedia pada survei tetapi tidak dipilih oleh satu pun responden pada studi *endline* (Gambar 39) Kemungkinan besar hal ini terjadi karena perempuan miskin tidak mengenal kader LSM sebagai perwakilan LSM setempat tetapi, misalnya, sebagai 'pihak lainnya' atau 'aparat desa' (yang merupakan pilihan jawaban lain pada survei).

e) Layanan Berbasis Komunitas

Layanan berbasis komunitas untuk pelaporan KDRT, seperti JPMP, KPKG, dan LLB (Tabel 2), tersedia di Desa M dan Desa N (TTS) yang merupakan desa yang pernah didampingi oleh SSP. Di dua desa tersebut, anggota JPMP, KPKG, dan LLB tersebar di berbagai dusun. Pelaporan kejadian KDRT dapat dilakukan kepada anggota jaringan komunitas di tiap dusun untuk kemudian diteruskan kepada kader SSP. Layanan berbasis komunitas ini sebenarnya dapat menjadi alternatif untuk memudahkan perempuan miskin melaporkan kejadian KDRT. Namun, dalam pelaksanaannya, anggota jaringan komunitas terkendala dalam menjelaskan kepada masyarakat mengenai hal-hal terkait KDRT. Pemahaman yang belum cukup baik atas pasal-pasal dalam perdes terkait perlindungan perempuan di dua desa tersebut diindikasikan sebagai faktor yang menghambat kapasitas layanan anggota jaringan. Meskipun sosialisasi perdes sudah dilaksanakan, sosialisasi ini belum cukup merata dan optimal. Akibatnya, layanan yang disediakan masih banyak bertumpu pada kemampuan kader SSP desa. Temuan ini kembali menegaskan bahwa perluasan jangkauan layanan pelaporan KDRT dan peningkatan kapasitas para aktor harus berjalan simultan agar masyarakat mendapatkan layanan yang optimal.

6.3.2 Determinan Perilaku Melaporkan KDRT

Untuk memahami perilaku melaporkan⁸⁴ KDRT di antara perempuan miskin secara lebih mendalam, dilakukan analisis multivariat menggunakan probit untuk mengungkap variabel yang menjadi determinannya. Hasil lengkap analisis probit dapat dilihat pada Tabel A13 dan Tabel A14 di Lampiran. Variabel yang secara konsisten memengaruhi kedua perilaku pelaporan pengandaian adalah indikator pengalaman KDRT. Perempuan miskin yang mengalami KDRT dalam setahun terakhir memiliki kemungkinan lebih besar untuk melaporkan kasus KDRT, baik untuk KDRT yang dialami diri sendiri maupun yang menimpa orang lain. Seseorang yang mengalami KDRT merasa dirinya perlu mendapat pertolongan dan kemungkinan besar pandangan tersebut terefleksi dalam pelaporan yang akan dia lakukan, baik untuk KDRT yang dialami sendiri maupun yang menimpa orang lain.

Variabel terkait indikator kesejahteraan turut menentukan perilaku pelaporan pengandaian untuk KDRT yang menimpa diri sendiri. Perempuan yang berasal dari keluarga yang tidak menerima program perlindungan sosial dan tidak tergolong paling miskin lebih mungkin melaporkan KDRT yang dialami. Hal ini kemungkinan terkait dengan kepercayaan diri dan pengetahuan mengenai ketersediaan layanan pelaporan KDRT yang lebih baik, serta kemandirian ekonomi yang menjadikan perempuan berani mengambil risiko pelaporan.

Perempuan yang terlibat dalam kegiatan PKK/aksi kolektif/kegiatan keagamaan lebih mungkin melapor jika mengetahui KDRT yang menimpa pihak lain. Kegiatan kemasyarakatan memungkinkan perempuan untuk saling mengenal lebih dekat dengan warga desa lain sehingga jika hal buruk terjadi pada sesama warga desa, dia akan mencoba mencari pertolongan dengan cara melapor. Selain itu, partisipasi dalam kegiatan kemasyarakatan memberikan kesempatan kepada perempuan miskin untuk menambah wawasan dan memperluas jaringan, termasuk mengakses layanan pelaporan KDRT. Hasil FGD studi *midline* dan *endline* menyebutkan bahwa

⁸⁴Perilaku melaporkan KDRT yang dianalisis adalah pelaporan pengandaian baik untuk KDRT yang dialami sendiri maupun yang terjadi pada orang lain. Definisi melapor yang digunakan dalam studi ini adalah menceritakan kepada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan. Adapun pihak lain yang dimaksud meliputi anggota keluarga sendiri, anggota keluarga korban, tetangga, perangkat desa/kepala RT/kades/kades/kepala RT/RW, pemuka/tokoh agama, kader puskesmas/bidan/tenaga kesehatan di desa, polisi, P2TP2A, dinas pemerintah lainnya, dan anggota LSM di wilayah setempat.

beberapa kegiatan kemasyarakatan yang ada di wilayah studi telah memuat sosialisasi dan simulasi penanganan KDRT sehingga berpotensi meningkatkan kesadaran melaporkan KDRT di antara perempuan di wilayah studi. Sebagai contoh, pada 2017 di Desa C (Deli Serdang) pernah diselenggarakan program pencegahan KDRT dengan menggunakan dana milik desa. Program ini diselenggarakan oleh tim penggerak PKK desa setempat. Pesertanya adalah para perempuan yang aktif di PKK dari berbagai dusun. Kegiatan yang dilakukan, antara lain, adalah penyuluhan dan simulasi penanganan kasus KDRT. Contoh lainnya juga ditemukan di Cilacap dan TTS.

Peserta FGD di Desa D bercerita bahwa pada saat pengajian, perkumpulan 'Aisyiyah, perkumpulan PKK, acara pernikahan, maupun acara-acara lainnya di desa, para pembicara sering menyampaikan pesan mengenai apa saja hak dan kewajiban suami istri dan bagaimana seharusnya suami istri berperilaku. Acara tersebut tidak khusus ditujukan untuk membahas KDRT, tetapi menurut peserta FGD, pelanggaran terhadap hak-kewajiban dan perilaku yang tidak sesuai dipahami sebagai bentuk pelanggaran/kekerasan. "Dalam pengajian tidak menyebutkan langsung [jangan KDRT]. Bahasannya [adalah] tidak boleh menyakiti perempuan. Bahwa perempuan harus diperlakukan seperti ini itu ... Kader 'Aisyiyah juga pernah *ngomong* begitu, di perkumpulan 'Aisyiyah." Para perempuan sering membahas informasi yang mereka dapat itu dengan sesama rekannya di perkumpulan atau dengan keluarga. (FGD Desa D, Cilacap, 16 Februari 2020)

Peserta FGD di Desa M bercerita bahwa kader SSP dan ibu desa [kades perempuan] pada acara rapat di dusun dan acara gereja pernah memberitahu masyarakat bahwa tidak boleh berkelahi dalam rumah tangga, pelaku kekerasan bisa dipenjarakan, dan bagaimana pelaporan KDRT bisa dilakukan. Peserta FGD juga mengetahui soal perdes di desanya. (FGD Desa M, TTS, 17 Februari 2020)

6.3.3 Perilaku Perempuan Miskin dalam Pelaporan KDRT

Dalam studi *endline*, terdapat dua jenis perilaku pelaporan KDRT, yaitu pelaporan pengandaian dan pelaporan aktual (Tabel 3). Dengan membandingkan perilaku pelaporan pengandaian dan pelaporan aktual, kita dapat menganalisis apakah perempuan miskin mengalami hambatan dalam melaporkan KDRT. Tingkat pelaporan aktual yang lebih rendah daripada tingkat pelaporan pengandaian mencerminkan adanya hambatan dalam pelaporan KDRT.

Tabel 3. Pelaporan Pengandaian dan Pelaporan Aktual

Pelaporan Pengandaian	Pelaporan Aktual
Menggambarkan sikap seseorang terhadap pelaporan KDRT. Refleksi dari prinsip individu yang biasanya tidak mudah berubah	Merupakan tindakan nyata seseorang dalam melaporkan kejadian KDRT dalam kurun waktu tertentu
Diukur dengan menanyakan apakah seseorang akan melaporkan kejadian KDRT yang dia ketahui?	Diukur dengan menanyakan apakah seseorang pernah melaporkan kejadian KDRT yang dia ketahui?
Mencerminkan pelaporan KDRT dalam kondisi ideal karena hanya mengandung informasi terkait rencana pelaporan	Merefleksikan hambatan dalam melaporkan KDRT karena berkaitan dengan upaya melaporkan KDRT yang sudah dilakukan
Ditanyakan untuk KDRT yang terjadi baik pada orang lain maupun diri sendiri	

Secara umum, studi ini menemukan adanya indikasi bahwa perempuan miskin mengalami hambatan pelaporan KDRT. Temuan ini berdasarkan pada data yang menunjukkan bahwa proporsi responden menjawab dengan jawaban akan melapor (tingkat pelaporan pengandaian) selalu lebih tinggi daripada proporsi responden yang secara aktual pernah melapor (tingkat pelaporan aktual), untuk kasus KDRT yang terjadi baik pada diri sendiri maupun orang lain

(Gambar di Lampiran). Hambatan dalam melaporkan KDRT dapat bersumber baik dari dalam diri sendiri maupun dari luar, misalnya terkait akses terhadap layanan pelaporan KDRT.

a) Pelaporan KDRT yang Menimpa Orang Lain

Untuk pelaporan KDRT yang menimpa orang lain, terutama anggota tetangga/perempuan lain, data antarwilayah menunjukkan bahwa umumnya tingkat pelaporan aktual lebih tinggi jika korbannya adalah tetangga dibandingkan keluarga inti atau teman (Gambar 40). Umumnya, jika kejadian KDRT diketahui orang banyak dan sudah dinilai sangat meresahkan, masyarakat desa akan secara langsung melaporkan peristiwa tersebut. Untuk kasus semacam ini, hambatan untuk melaporkan KDRT yang menimpa tetangga menjadi lebih kecil karena adanya kesepakatan warga. Sebagai contoh, di wilayah non-MAMPU Desa F (Cilacap) terdapat perdes tentang ketertiban desa dan unsur petugas keamanan desa yang dapat dirujuk untuk melaporkan peristiwa yang dianggap mengganggu keamanan dan ketertiban masyarakat, termasuk KDRT. Hal ini terutama berlaku pada KDRT fisik yang dianggap lebih meresahkan dibandingkan KDRT jenis lainnya. Sedangkan di desa-desa yang sedang/pernah didampingi MAMPU, contohnya Desa G (Kubu Raya), juga ditemukan adanya pengalaman masyarakat dalam melaporkan kejadian KDRT di lingkungannya yang sudah dianggap sangat meresahkan.

Tahun 2018 terjadi peristiwa pertengkaran suami istri yang menghebohkan di Desa G [Kubu Raya]. Ada seorang suami, warga setempat yang baru pulang bekerja sebagai pekerja migran Indonesia [PMI] di Malaysia, minta izin kepada istrinya untuk poligami. Istrinya yang seorang pemegang sabuk hitam karate, merasa kesal dengan hal tersebut dan memukul suaminya. Suami lalu balas memukul. Adu mulut dan adu fisik antara keduanya berlangsung sengit. Beberapa tetangga yang merasa terganggu, melaporkan hal ini kepada ketua RT sebagai orang yang dituakan di lingkungan tersebut. Selain mendamaikan suami istri yang berseteru itu, ketua RT juga berpesan pada warga agar tidak memperolok-olok dan menggunjingkan keduanya. [Peserta FGD Desa G-Kubu Raya, 21 Februari 2020]



Gambar 40. Pelaporan aktual untuk KDRT yang menimpa orang lain

Sumber: Hasil survei tim peneliti, 2019 (N=94).

Studi ini menemukan bahwa hambatan dalam melaporkan KDRT yang menimpa keluarga inti kemungkinan cukup besar jika dibandingkan dengan hambatan dalam melaporkan KDRT yang menimpa tetangga (Gambar A23 di Lampiran). Salah satu hal yang dapat menjelaskan temuan ini adalah anggapan bahwa melaporkan KDRT yang menimpa keluarga berarti membocorkan aib keluarga dan hal ini membuat tingkat pelaporan KDRT yang menimpa keluarga menjadi sangat rendah.

Kalau ada kejadian KDRT dan lapor bahkan sampai akses ke ruang konseling, ini akan jadi aib bagi keluarga korban. (Peserta FGD Desa C, Deli Serdang, 22 Februari 2020)

Seorang informan bercerita bahwa ada budaya *siri* [bahasa daerah Bugis yang artinya malu terkait harga diri] yang membuat orang cenderung tidak membuka masalah rumah tangga kepada orang di luar keluarga, "Bisa kacau itu *kalo* ada yang mencampuri dari luar, bisa tercoreng [nama

keluarga] kalau ada orang lain atau keluarga lain tahu". (M, 52 tahun, laki-laki, ketua Badan Permusyawaratan Desa J, Pangkep, 14 Februari 2020)

b) Pelaporan KDRT yang Menimpa Diri Sendiri

Khusus untuk KDRT yang menimpa diri sendiri, tingkat pelaporan pengandaian dan aktual (Gambar A22 di Lampiran) di wilayah yang sedang dan pernah diintervensi MAMPU selalu lebih baik daripada di wilayah non-MAMPU. Hal ini mengindikasikan bahwa perempuan miskin di wilayah MAMPU memiliki sikap yang lebih positif terhadap pelaporan KDRT dan hambatan pelaporan KDRT di wilayah MAMPU lebih sedikit. Salah satu faktor yang dapat menjelaskan temuan ini adalah adanya intervensi yang pernah/sedang dilakukan mitra MAMPU yang umumnya menasar perempuan di desa, termasuk perempuan miskin. Intervensi yang dilakukan mitra MAMPU berupa (i) sosialisasi mengenai KDRT (Tabel A12 di Lampiran), (ii) upaya mendekatkan layanan pelaporan KDRT melalui layanan berbasis komunitas di desa-desa yang pernah didampingi MAMPU (Desa M dan Desa N), dan (iii) keberadaan kader mitra MAMPU yang berasal dari masyarakat setempat (bahkan ada di antaranya yang merupakan tokoh masyarakat/agama/adat/perangkat desa) yang sudah dikenal dan berinteraksi sehari-hari dengan masyarakat. Khusus untuk sosialisasi, studi ini juga menemukan adanya kontribusi dari pihak-pihak lain selain mitra MAMPU yang memberikan penyuluhan mengenai KDRT, seperti tokoh agama, Dinas Pemberdayaan Perempuan, dan instansi daerah terkait lain di wilayah MAMPU. Meskipun demikian, studi ini tidak dapat mengonfirmasi bahwa faktor-faktor tersebut dapat menjelaskan temuan sehingga diperlukan studi tambahan untuk menganalisis faktor lain yang turut berperan.

6.3.4 Proses Pelaporan KDRT dan Penanganan Awal Pelaporan KDRT

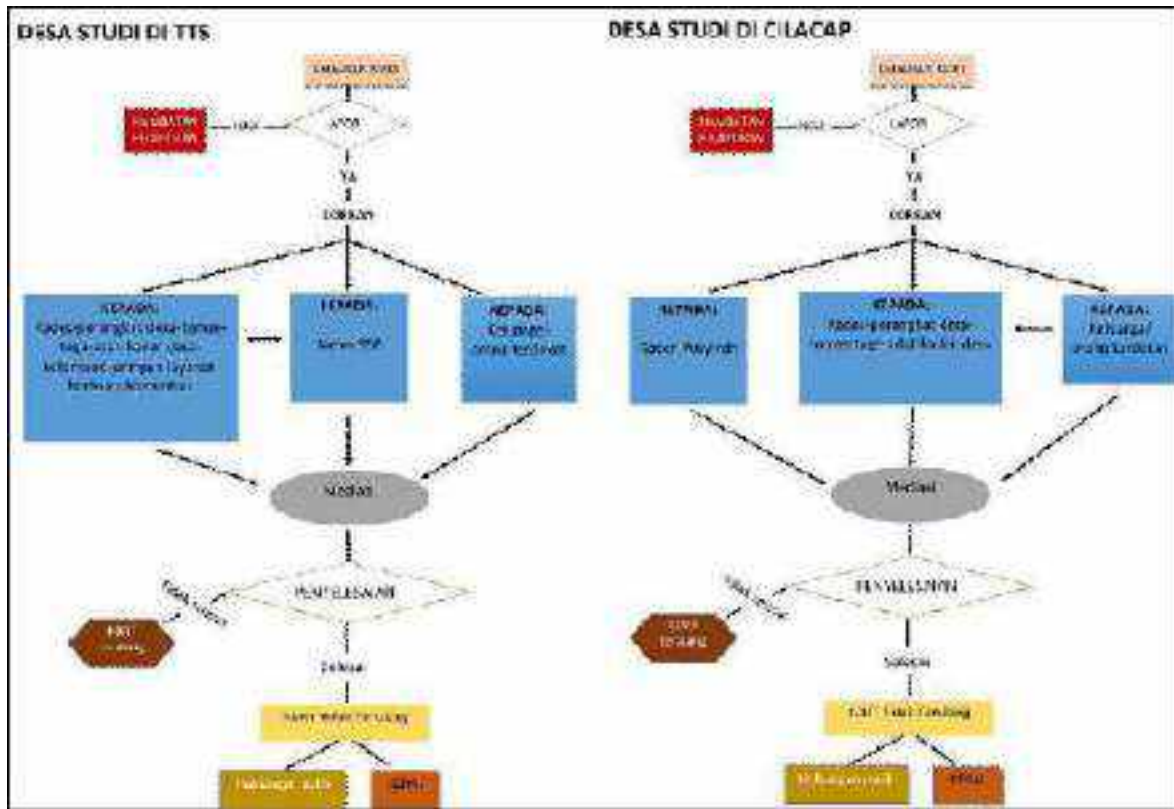
Data mengenai proses pelaporan KDRT dan penanganan awalnya diperoleh dari hasil wawancara pendalaman di Cilacap dan TTS. Pendalaman ini dilakukan di desa studi di TTS dan Cilacap yang terdiri atas desa yang sedang didampingi oleh 'Aisyiyah (Desa D di Cilacap), desa yang pernah didampingi SSP (Desa M di TTS), dan desa non-MAMPU (Desa E di Cilacap). Studi ini menemukan bahwa selama periode 2017–2019, alur proses pelaporan KDRT di tingkat desa di wilayah studi tersebut hanya berbeda pada aspek pilihan aktor penyedia layanan pelaporan, sedangkan aspek penanganan awal pelaporan KDRT di dua wilayah tersebut relatif sama (Gambar 41).

Pelaporan KDRT di dua wilayah tersebut dilakukan terutama bila KDRT telah terjadi berulang kali atau mengakibatkan cedera fisik atau tidak terselesaikannya permasalahan secara pribadi antara korban (istri) dan pelaku (suami). Jenis KDRT yang memicu pelaporan terutama adalah KDRT fisik. Sementara itu, KDRT jenis lain tidak selalu dilaporkan meski dialami. KDRT psikis berupa caci maki dan ancaman, misalnya, tidak selalu dilaporkan dengan alasan perempuan miskin masih dapat menoleransinya karena berbagai alasan, misalnya pelaku melakukannya dalam kondisi mabuk. Pada KDRT seksual, korban sering kali merasa malu untuk mengungkapkannya kepada orang lain.

a) Proses Pelaporan KDRT

Dalam melaporkan KDRT yang menimpa dirinya sendiri, perempuan miskin di wilayah studi di TTS dan Cilacap sama-sama menghubungi pihak penyedia layanan pelaporan KDRT di tingkat desa. Pihak yang dihubungi perempuan miskin di TTS dalam pelaporan KDRT adalah (i) keluarga/orang terdekat, (ii) perangkat desa/jaringan layanan berbasis komunitas untuk kemudian diteruskan kepada kader SSP, (iii) kader SSP, dan (iv) kades/perangkat desa/kader desa/tokoh di desa. Sementara itu, di Cilacap, pihak yang diakses untuk pelaporan KDRT hampir mirip, tetapi tidak ada layanan berbasis komunitas untuk pengaduan KDRT. Perempuan miskin di Cilacap umumnya melaporkan KDRT kepada pihak-pihak berikut: (i) keluarga/orang terdekat, (ii) keluarga/orang

terdekat untuk kemudian diteruskan kepada kades/perangkat desa, (iii) kades/perangkat desa/kader desa/tokoh di desa, dan (iv) kader 'Aisyiyah (untuk Desa D).



Gambar 41. Alur pelaporan KDRT di Desa M di TTS, serta Desa D dan Desa E di Cilacap periode *endline* (2017–2019)

Sumber: Hasil FGD dan wawancara tim peneliti, 2020.

Temuan di TTS dan Cilacap ini memperkuat hasil survei terkait pihak-pihak yang akan dihubungi perempuan miskin jika mengalami KDRT (Gambar 39). Keluarga dan perangkat desa masih merupakan dua pihak yang paling mungkin menjadi pilihan untuk melaporkan kasus KDRT di desa MAMPU maupun non-MAMPU. Kemampuan keluarga dan perangkat desa dalam membantu menyelesaikan KDRT menjadi salah satu pertimbangan perempuan miskin untuk melapor, selain kemudahan akses dan kepercayaan untuk menjaga rahasia. Kondisi tersebut sejalan dengan hasil survei yang menunjukkan bahwa perangkat desa serta keluarga merupakan pihak ketiga tertinggi yang dianggap memiliki kapasitas paling baik dalam menyelesaikan masalah KDRT (Gambar di Lampiran).

Pendalaman informasi di Cilacap dan TTS juga menemukan adanya peranan kader LSM sebagai aktor dalam pelaporan KDRT di desa yang sedang ataupun pernah didampingi oleh mitra MAMPU. Ada indikasi bahwa kedekatan hubungan personal dengan korban dan domisili kader mitra MAMPU di desa berkontribusi dalam memengaruhi keputusan perempuan miskin untuk memilih kader LSM sebagai pihak yang akan dihubungi. Kapasitas kader LSM dalam hal ini bukan merupakan satu-satunya faktor. Kenyamanan dan kepercayaan bahwa kader LSM dapat mendampingi dan bahkan meneruskan laporan kepada pihak yang lebih berkapasitas juga menjadi pertimbangan perempuan miskin.

Kepercayaan terhadap kader mitra terlihat di Desa M di TTS dan Desa E di Cilacap. Masyarakat sudah mengasosiasikan SSP dengan penanganan KDRT di desa karena kader SSP tidak hanya membantu menerima laporan, tetapi juga melakukan sosialisasi mengenai KDRT dalam berbagai acara di kelompok masyarakat dan melakukan kunjungan ke rumah keluarga yang diduga mengalami kasus KDRT. Peranan kader SSP tidak berhenti hanya pada penerimaan pengaduan kasus KDRT secara langsung dari masyarakat desa, tetapi juga menindaklanjuti laporan yang diterima oleh pihak penyedia layanan pelaporan KDRT lainnya, yaitu jejaring anggota layanan komunitas dan perangkat desa. Fungsi dan peranan kader SSP tersebut memang sesuai dengan mandat perdes dan surat keputusan kepala desa. Sementara itu, sebagai perbandingan, peranan kader 'Aisyiyah dalam memberikan layanan pelaporan KDRT di Cilacap hanya sebatas menerima laporan KDRT. Hal ini lebih disebabkan karena kegiatan utama 'Aisyiyah berfokus pada layanan kesehatan, bukan isu kekerasan terhadap perempuan.

Pada Agustus 2019, E mengalami pemukulan oleh suaminya. E lantas mengadukan hal tersebut kepada O, salah satu anggota kelompok LLB yang merupakan tetangga dan masih memiliki hubungan keluarga. O lantas mendampingi E untuk menghubungi kader SSP desa yang selanjutnya berkoordinasi dengan Bhabinkamtibmas, ketua RT, kepala dusun, dan tokoh adat di desa setempat untuk menyelesaikan hal ini. (Wawancara perempuan korban KDRT, Desa M, TTS, 21 Februari 2020)

Tahun 2017, W memergoki suaminya selingkuh. W mengadu kepada S yang merupakan kader 'Aisyiyah sekaligus tetangganya. W memilih S karena dia merasa nyaman bercerita kepada sesama perempuan yang sudah dikenalnya, lagi pula suami S adalah juga tokoh agama setempat sehingga jika diperlukan W juga dapat minta bantuan ke tokoh agama tersebut melalui S. (Wawancara perempuan korban KDRT, Desa D, Cilacap, 27 Februari 2020)

Pelaporan KDRT bergantung pada preferensi perempuan korban KDRT apakah hendak menyelesaikan KDRT di tingkat desa atau P2TP2A atau kepolisian. Di TTS, P2TP2A sudah bermitra dengan SSP melalui SSP desa untuk memperluas jangkauan ke desa. Korban yang berada di desa dapat terhubung dengan P2TP2A melalui bantuan SSP desa. Selama periode studi *endline*⁸⁵, belum ditemukan kasus KDRT di desa studi yang pernah atau sedang diteruskan pelaporannya oleh SSP desa hingga P2TP2A⁸⁶. Korban dan kader SSP di desa menilai bahwa kejadian KDRT di desa studi pada periode studi *endline*, cukup diselesaikan dalam lingkup desa. Baik di Cilacap maupun TTS, perempuan miskin sudah mengetahui bahwa KDRT dapat dilaporkan kepada polisi. Selama periode studi *endline*, pelaporan KDRT yang melibatkan petugas polisi di dua wilayah studi dilakukan korban untuk memberikan teguran keras, bukan untuk diteruskan ke ranah hukum. Hal ini mengingat KDRT yang terjadi, menurut penilaian korban, masih dapat ditoleransi dan tidak sampai menimbulkan dampak yang dianggap membahayakan secara fisik dan psikis. Kasus KDRT merupakan delik aduan sehingga penanganan secara hukum dapat diberikan apabila ada pelaporan dari korban yang merasa dirugikan.

Terbatasnya pihak yang dihubungi oleh perempuan miskin untuk melaporkan KDRT di TTS dan Cilacap tidak hanya memperlihatkan preferensi atas layanan yang diakses, tetapi dapat juga mengindikasikan adanya hambatan dalam mengakses penyedia layanan lainnya. Di Cilacap, P2TP2A Citra telah melatih perwakilan kader SKD di desa untuk bertindak sebagai kepanjangan tangan mereka hingga ke desa. Namun, informasi tersebut tidak tersosialisasikan dengan baik kepada perempuan miskin sehingga dari pendalaman informasi di Cilacap tidak ditemukan informasi tentang upaya untuk mengakses kader-kader tersebut.

⁸⁵Sampai dengan pengumpulan data dilakukan pada Februari 2020.

⁸⁶Kasus KDRT terakhir yang pernah diteruskan oleh SSP desa ke P2TP2A terjadi pada 2016.

b) Penanganan Awal Pelaporan KDRT

Respons penanganan atas laporan, seperti apakah korban menerima penanganan yang sesuai kebutuhan dan apakah persoalan KDRT dapat terselesaikan atau tidak, sangat bergantung pada kapasitas pihak-pihak yang menerima laporan. Dari hasil wawancara dengan korban KDRT dari TTS dan Cilacap, terlihat bahwa tindak lanjut dari laporan KDRT yang dilakukan adalah mediasi dan korban mendapatkan respons penanganan dalam waktu kurang dari 1x24 jam setelah pelaporan dilakukan. Hal ini memungkinkan mengingat penyedia layanan KDRT yang diakses, seperti perangkat desa/RT/RW/kader desa serta anggota komunitas dan kader LSM, berdomisili di desa dan tidak jauh dari tempat tinggal korban.

Mediasi masih menjadi pilihan untuk penyelesaian permasalahan KDRT di TTS dan Cilacap. Pilihan jalur mediasi merupakan kehendak korban yang diputuskan atas pertimbangan kondisi diri dan keluarganya. Beberapa korban mendapat saran/pertimbangan dari keluarga/orang terdekat/penyedia layanan pelaporan untuk memilih mediasi. Baik di Cilacap maupun TTS, dalam kondisi khusus di mana korban merasa mediasi dianggap kurang memadai untuk menyelesaikan KDRT yang terjadi, korban akan menempuh jalur hukum formal (melaporkan ke pihak berwajib/kepolisian) baik dengan atau tanpa didahului oleh pelaporan kepada aktor-aktor di tingkat desa.⁸⁷

T [29 tahun] pernah memergoki suaminya berselingkuh dengan seorang remaja perempuan di desanya. T minta kepada ketua RT setempat untuk dimediasi dengan suami dan orang tua remaja itu. Kebetulan ketua RT adalah paman remaja itu, jadi menurutnya ketua RT akan bersungguh-sungguh memastikan persoalan yang mencemarkan nama keluarga ini selesai. Pilihan mediasi dilakukannya karena T merasa suami cukup ditegur saja agar menghentikan perselingkuhannya sehingga rumah tangganya akan damai lagi. T tidak ingin bercerai dan tidak ingin kedua orang tuanya tahu mengenai persoalan ini, mengingat pernikahannya dahulu tidak direstui orang tuanya. Pertimbangan lainnya, meski berselingkuh, namun suami T tidak melalaikan kewajibannya menafkahi keluarga, tidak melakukan kekerasan fisik, dekat dengan anaknya. Selain itu, mertua dan ipar suami juga berlaku baik pada T. (Wawancara perempuan korban KDRT, Desa D, Cilacap, 27 Februari 2020)

Mediasi bukan merupakan pilihan satu-satunya untuk menyelesaikan KDRT. Salah satu desa pendalaman, yaitu Desa M di TTS, sudah memiliki perdes sebagai rujukan untuk penyelesaian perkara KDRT. Namun, sepanjang 2017–2019, belum ditemukan ada pelaku KDRT di Desa M yang ditindak sesuai dengan perdes,⁸⁸ Terdapat tiga faktor yang memengaruhi keputusan untuk tidak menggunakan perdes dalam memproses laporan KDRT di TTS. Pertama, kondisi personal korban yang masih menganggap KDRT "bisa ditoleransi"⁸⁹ dan "masih ada rasa sayang" terhadap pelaku sehingga teguran, nasihat, janji untuk tidak mengulangi KDRT, dan permintaan maaf dari pelaku sudah cukup. Dalam situasi demikian, meskipun mengetahui keberadaan perdes, korban lebih memilih alternatif mediasi sebagai jalan penyelesaian.

⁸⁷Pada 2017–2019, di desa-desa studi di TTS dan Cilacap, tidak ada persoalan KDRT (sesuai konteks studi) yang dilaporkan kepada kades/perangkat desa/tokoh masyarakat/kader desa atau kepada kepolisian/P2TP2A untuk kemudian ditangani secara hukum. Di TTS, pada saat *endline*, persoalan KtP yang diperkarakan oleh keluarga dan korban hingga ranah hukum adalah kekerasan ketika berpacaran sehingga tidak termasuk dalam KDRT sesuai fokus pada studi ini. Sementara itu, di desa studi Cilacap, pada 2015–2016, kasus KDRT yang diselesaikan di tingkat pengadilan dengan dukungan keluarga, kader, dan P2TP2A pernah terjadi.

⁸⁸Di Desa M, sudah ada kasus KtP yang ditindak berdasarkan perdes tetapi berupa kasus ingkar janji menikah sehingga tidak dapat dikategorikan sebagai KDRT pada studi ini.

⁸⁹Misalnya, pelaku melakukan KDRT hanya saat mabuk, sedangkan saat kondisi sadar, pelaku tidak melakukannya.

Kedua, terdapat pungutan untuk biaya administrasi penyelesaian masalah sebesar Rp270.000 per kasus⁹⁰ yang harus dibayarkan pelapor KDRT kepada pemdes agar laporan dapat diproses Akibatnya, perempuan miskin merasa terbebani dan menjadi enggan untuk melapor secara resmi kepada pemdes. Di sisi lain, perangkat desa dan kader SSP juga cenderung memilih tidak menyelesaikan kasus di tingkat desa saat melihat bahwa korban/pelaku berasal dari kelompok miskin. Di Desa M, pungutan untuk biaya administrasi penyelesaian masalah disebut masyarakat sebagai “biaya buka tutup kantor”. Sebenarnya tidak ada ketentuan tertulis dalam perdes tersebut yang menyatakan bahwa pungutan juga berlaku untuk penyelesaian masalah KDRT dan sejauh ini belum pernah ada kasus KDRT yang dilaporkan resmi ke pemdes⁹¹ sehingga dikenai pungutan. Sementara itu, di tingkat kabupaten, terdapat surat edaran (SE) Bupati TTS yang melarang mengenakan pungutan untuk pelaporan KDRT. SE ini merupakan tindak lanjut Perda No. 9 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Perempuan dari Tindak Kekerasan. Namun, ternyata informasi keberadaan SE ini belum menyebar dengan baik. Masyarakat, perangkat desa, dan kader SSP masih berasumsi bahwa pelaporan KDRT di desa juga dikenai pungutan.

Ketiga, besarnya sanksi adat sesuai dengan Perdes Desa M No. 6 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Perempuan yang harus dibayar pelaku KDRT kecil kemungkinannya untuk bisa dipenuhi karena keterbatasan ekonomi. Perangkat desa/kader SSP yang menerima pelaporan KDRT akhirnya cenderung tidak menerapkan sanksi sesuai dengan perdes, melainkan memberikan sanksi lain yang tidak memberatkan secara ekonomi. Perdes Desa M ini mengatur bahwa pelaku tindakan KtP, termasuk KDRT, dikenai sanksi adat membayar dengan ternak babi/sapi, beras, dan uang Rp250.000–Rp5.000.000 tergantung jenis KDRT.⁹² Hasil dari pembayaran/pemberian sanksi ini kemudian akan diberikan kepada korban. Pada praktiknya, ketika perangkat desa/kader SSP Desa M memproses laporan KDRT yang dilakukan oleh pelaku yang tergolong miskin, sanksi yang diberikan diturunkan menjadi *tofa* (membersihkan rumput dan gulma) di halaman kantor desa selama dua hari (Kotak A3 di Lampiran).

Mediasi yang dipilih di TTS dan Cilacap melibatkan keluarga/orang terdekat atau pihak penyedia layanan pelaporan di tingkat desa sebagai mediator. Mediasi dalam internal keluarga/orang terdekat dilakukan secara informal dengan melibatkan teguran, peringatan, dan permintaan maaf secara lisan. Sementara itu, proses mediasi yang dilakukan pihak penyedia layanan pelaporan (individu/lembaga/komunitas/LSM) di tingkat desa di Cilacap maupun di TTS lebih formal, yakni melibatkan pernyataan tertulis dan teguran kepada pelaku, termasuk ancaman pelaporan ke jalur hukum jika KDRT terjadi kembali. Surat pernyataan berisi kesepakatan antara pelapor (istri) dan terlapor (suami), serta ditandatangani korban, pelaku, mediator, dan saksi mediasi. Isi surat adalah pernyataan bersalah pelaku, pernyataan pelaku tidak akan mengulangi perbuatannya, dan pernyataan saling memaafkan dari kedua belah pihak. Pihak yang dapat bertindak sebagai saksi adalah keluarga korban, keluarga pelaku, tetangga, tokoh masyarakat/agama/adat, kader atau Bhabinkamtibmas yang bertugas di desa setempat. Selain bertugas menjadi penengah, dalam

⁹⁰Sesuai dengan Perdes Desa M No. 4 Tahun 2017 tentang Pungutan Desa. Selain administrasi penyelesaian masalah, jasa lain yang juga dijadikan sebagai objek pungutan desa sesuai dengan perdes tersebut adalah legalisasi surat-surat, penerbitan surat keterangan, surat pengantar, dan surat izin. Besaran pungutan untuk setiap jenis jasa berbeda. Misalnya, untuk surat keterangan izin usaha sebesar Rp10.000/surat, sedangkan surat keterangan mutasi ke luar negeri sebesar Rp500.000/surat/orang.

⁹¹Kasus pelaporan masalah ke pemdes yang sudah pernah terjadi dan dikenakan pungutan administrasi adalah soal harta warisan.

⁹²Misalnya, sesuai dengan pasal 30 Perdes Desa M No.6 Tahun 2017, tindak kekerasan terhadap perempuan dikenakan sanksi adat dengan rentang paling sedikit babi satu ekor berusia dua tahun, beras 50 kilogram, dan uang Rp250,000 dan paling banyak sapi dua ekor berumur dua tahun, beras 100 kilogram, dan uang Rp5 juta.

beberapa kasus, mediator juga memberikan perlindungan yang diperlukan kepada korban selama pelaporan KDRT sedang diproses.

Pemilihan mediasi sebagai penanganan awal pelaporan KDRT di TTS dan Cilacap tidak selalu efektif untuk menyelesaikan masalah, sehingga KDRT kembali terjadi (lihat Kotak A4 dan Kotak A5 di bagian Lampiran). Walau demikian, ada juga kasus mediasi yang cukup efektif untuk mencegah terjadinya KDRT yang berulang. Namun, adanya potensi terjadinya kembali KDRT pascamediasi mengindikasikan bahwa mediasi saja tidak selalu dapat menjadi solusi untuk penanganan awal laporan KDRT. Selain itu, hal-hal terkait pengetahuan dan kapasitas aktor yang menjadi mediator juga berperan besar dalam mewujudkan proses mediasi yang efektif sebagai solusi permasalahan KDRT. Di sisi lain, KDRT memang bukanlah persoalan sederhana yang dapat diselesaikan dengan mudah. Pelaporan KDRT hanya merupakan langkah awal dalam penanganan KDRT. Diperlukan upaya-upaya lainnya untuk menghentikan KDRT, termasuk perlunya membangun kesadaran akan kesetaraan gender bagi semua pihak.

6.3.5 Faktor yang Mendukung Pelaporan KDRT

Di seluruh wilayah studi, setidaknya terdapat tiga faktor yang teridentifikasi mampu mendorong perilaku melaporkan KDRT oleh perempuan miskin. Partisipasi perempuan miskin dalam kegiatan sosial kemasyarakatan dapat mendorong perilaku melaporkan KDRT. Studi ini menemukan bahwa beberapa kegiatan kemasyarakatan atau keagamaan di wilayah studi, seperti kegiatan mimbar gereja, pengajian, pertemuan PKK, dan rapat di dusun/desa, membahas pesan-pesan mengenai isu KDRT dan pelaporannya yang disampaikan oleh berbagai pihak, baik pemerintah maupun unsur masyarakat. Meski umumnya perempuan miskin bertindak sebagai partisipan semata, melalui kegiatan tersebut perempuan miskin dapat memperoleh pengetahuan mengenai berbagai hal, termasuk soal pelaporan KDRT, dan secara bertahap kepercayaan diri mereka terus bertambah dan jejaring yang mereka miliki menjadi makin luas.

Studi ini mengidentifikasi bahwa sosialisasi mengenai KDRT dan layanan pelaporannya telah dilakukan oleh berbagai pihak sepanjang periode studi (*baseline-midline-endline*) (Tabel A12 di Lampiran). Meskipun SSP telah keluar dari Desa M dan Desa N (TTS) pada 2019, kader SSP di desa tersebut masih terus menyebarluaskan informasi dan menerima pelaporan KDRT. Para perwakilan kader SSP di desa juga tetap dilibatkan dalam kegiatan SSP di tingkat kabupaten dan masih dapat berkonsultasi terkait kondisi di desa. Di Pangkep, sosialisasi isu KDRT pernah dilakukan oleh 'Aisyiyah dan Dinas Pemberdayaan Perempuan pada periode studi *midline*. Pada periode studi *endline*, hal serupa dilakukan oleh BKKBN. Di Kubu Raya, pada periode studi *baseline-midline*, PEKKA melalui program MAMPU memberikan materi KDRT kepada kelompok perempuan. Pada periode studi *endline*, PEKKA tetap berada di desa melalui program Akademi Paradigma dan kembali menyampaikan materi KDRT pada program ini.

Pada aspek ketersediaan layanan, di seluruh wilayah studi, layanan pelaporan KDRT cukup beragam, meliputi layanan yang disediakan oleh individu, lembaga, komunitas, maupun LSM, terutama di wilayah MAMPU. Layanan tersebut juga telah tersedia dari tingkat desa hingga provinsi (Tabel 2). Keberagaman layanan dapat memberikan pilihan bagi perempuan miskin untuk menentukan layanan apa yang lebih nyaman untuk mereka akses.

6.3.6 Faktor yang Menghambat Pelaporan KDRT

Melalui wawancara dan FGD yang dilakukan di semua lokasi studi, baik wilayah yang pernah, sedang, maupun tidak pernah diintervensi MAMPU, teridentifikasi faktor yang menghambat pelaporan KDRT. Faktor penghambat pelaporan KDRT yang ditemukan pada studi *endline* tidak jauh berbeda dengan temuan studi *midline*.

a) Hambatan dari Sisi Perempuan Miskin Korban KDRT

Studi ini menemukan empat hambatan terkait pelaporan KDRT dari sisi perempuan miskin yang menjadi korban. Pertama, perempuan miskin dihadapkan pada stigma bahwa KDRT adalah masalah pribadi sehingga tidak seharusnya orang lain turut campur. Akibatnya, KDRT sering kali tidak dilaporkan atau hanya diselesaikan secara internal keluarga. Kedua, perempuan miskin menghadapi berbagai risiko jika melaporkan KDRT yang dialami. Beberapa contoh risiko tersebut adalah (i) KDRT justru terulang dan bahkan menjadi lebih parah jika korban melaporkan KDRT; (ii) kehilangan atau berkurangnya pemasukan untuk diri dan keluarga karena suami (pelaku) adalah pencari nafkah utama; (iii) perceraian atau renggangnya hubungan istri (korban) dengan suami, anak, dan keluarga besar, padahal istri masih merasa sayang dan berharap suami akan berubah; (iv) kekhawatiran akan disalahkan keluarga/masyarakat karena dianggap tidak bisa menjaga keutuhan keluarga.

Ya kalau masyarakat yang dengar ceritanya itu pro [berada di pihak yang mendukung korban], *gimana* kalau ada yang kontra (tidak berpihak pada korban) pasti akan menyalahkan korban ... Akhirnya paling cerita ke teman untuk menenangkan pikiran. (Kades Desa H, Kubu Raya, laki-laki, 50 tahun, 14 Februari 2020)

N salah satu peserta FGD di Desa H [Kubu Raya] pernah melakukan pelaporan KDRT hingga ke polisi, namun akhirnya dia menarik kembali laporannya tersebut. Dia mengungkapkan, "... banyak pertimbangan saya tidak melanjutkan kasus, mengingat waktu itu anak saya baru satu tahun dan saya juga sedang hamil dan suami saya pun sudah minta maaf, kalau sudah mengaku salah dan mau memperbaiki, *kan* tidak ada salahnya mempertahankan rumah tangga" (FGD Desa H, Kubu Raya, 16 Februari 2020)

Dia [korban] berani mengungkapkan bahwa "Saya ini korban" butuh keputusan yang sangat kuat ... Kadang ada yang mau lapor tapi "Itu suami saya" ... "keluarga saya" ... Dia [korban] berpikir seribu kali untuk mau melaporkan, mau bercerita saja berpikir seribu kali *lho*. (Wawancara P2TP2A Citra, Cilacap, 26 Februari 2020)

Ada kasus perempuan yang membuat pelaporan penelantaran [KDRT ekonomi] dan KDRT seksual pada 2018. Laporan diproses dan terlapor menjalani hukuman. Namun, tahun 2019 perempuan tersebut malah dilaporkan atas tuduhan pencurian. Perempuan itu mencuri handphone untuk biaya hidup karena tidak mempunyai pekerjaan produktif. (Wawancara unit PPA Polres TTS, 26 Februari 2020)

Ketiga, perempuan miskin tidak memiliki informasi yang lengkap terkait layanan pelaporan KDRT, baik untuk layanan yang ada di desa maupun di luar desa/kecamatan. Sebagai contoh, salah satu desa studi di Cilacap sudah memiliki kader SKD di tingkat desa yang dapat meneruskan pelaporan KDRT ke P2TP2A Citra. Namun, informasi keberadaan kader ini belum tersebar merata di antara perempuan-perempuan di desa tersebut.⁹³ Kurangnya informasi juga mengakibatkan perempuan miskin enggan mengakses beberapa layanan pelaporan KDRT yang tersedia. Meskipun tahu bahwa polisi dapat menerima laporan terkait KDRT, ada perempuan miskin yang cenderung menghindari pelaporan ke polisi karena menganggap bahwa pelaku (suami) pasti akan ditahan dan dipenjara. Di Desa M dan Desa N (TTS), perempuan miskin menganggap bahwa pelaporan

⁹³Informasi selengkapnya dapat dilihat pada laporan tematik Studi *Midline* MAMPU Tema 5: Pengurangan Kekerasan terhadap Perempuan (Tamyis, Kusumawardani, dan Astini, 2019).

KDRT ke pemdes akan dikenakan biaya administrasi sebagaimana pelaporan berbagai masalah lainnya sehingga mereka cenderung menghindari melaporkan KDRT ke pemdes.

Diberi pemahaman bahwa lapor polisi bisa dicabut *kok* yang penting dengan pertimbangan yang matang ... Kasus KDRT itu pelakunya *ga* langsung dipenjara, tapi dimediasi dulu. Di pemahaman masyarakat desa, kalau lapor polisi, maka suaminya langsung ditahan, padahal *nggak* seperti itu dan ini perlu pemahaman yang berkelanjutan. (Wawancara P2TP2A Citra, Cilacap, 26 Februari 2020)

Salah satu peserta FGD di Desa N menyatakan, "Kita cari uang saja sudah susah tapi buat masalah lagi akhirnya berutang ke desa. Lebih beban lagi". Tetapi di lain pihak ada peserta yang mengatakan, "Kalau suami keterlalu lapor saja, masalah utang di desa urus di belakang. Yang penting lapor dulu." (FGD Desa N, TTS, 16 Februari 2020)

Keempat, perempuan miskin memiliki sumber daya yang terbatas untuk mengakses layanan pelaporan KDRT di luar desa. Meskipun kepolisian dan P2TP2A telah memperluas jangkauan layanannya hingga ke desa, layanan tersebut hanya tersedia untuk pelaporan awal. Untuk dapat memperoleh layanan perlindungan KDRT yang komprehensif (hingga mencakup layanan perlindungan dan penegakan hukum, serta layanan rehabilitasi), pelaporan harus dilanjutkan ke tingkat kabupaten/provinsi. Perempuan miskin sering kali terkendala biaya dan fasilitas untuk mengakses sarana transportasi dan komunikasi ke luar desa. Perempuan miskin juga memiliki keterbatasan waktu dan tenaga karena harus bekerja dan sekaligus mengurus rumah tangga. Sementara itu, bantuan operasional untuk keperluan akses layanan perlindungan KDRT di luar desa tidak selalu tersedia. Studi *midline* menemukan bahwa Pemdes Desa M (TTS) pernah menyediakan pendanaan untuk kegiatan SSP. Pendanaan ini mencakup biaya operasional bagi pendamping dari kader SSP dan biaya operasional yang perlu dibayarkan korban dalam mengakses layanan perlindungan korban KDRT hingga tingkat kecamatan dan kabupaten. Namun, pada tahun anggaran 2019/2020 (*endline*), pendanaan ini sudah tidak tersedia.

b) Hambatan dari Sisi Penyedia Layanan Pelaporan KDRT

Pada sisi penyedia layanan pelaporan KDRT, terdapat setidaknya tiga hambatan dalam menerima dan menangani pelaporan KDRT. Pertama, aktor penyedia layanan pelaporan KDRT sering kali memiliki keterbatasan pengetahuan dan kemampuan dalam menangani kasus KDRT yang dilaporkan. Sosialisasi atau pelatihan penanganan KDRT bagi kades/perangkat desa/tokoh masyarakat/agama/kader desa, dan petugas kepolisian di tingkat kecamatan telah tersedia tetapi jangkauan, skala, dan intensitasnya masih terbatas. Sementara itu, studi ini menemukan bahwa pihak-pihak tersebut adalah yang pertama kali akan dihubungi perempuan miskin saat memberikan laporan KDRT. Kurang tepatnya penanganan pelaporan KDRT pada tahap awal rentan menjadikan persoalan KDRT tidak terselesaikan dengan baik dan tidak adil untuk korban. Tidak jarang hal ini memicu terjadinya KDRT yang berulang dan terhambatnya korban KDRT untuk mendapatkan layanan perlindungan.

Kedua, adanya keterbatasan kemampuan lembaga penyedia layanan pelaporan KDRT untuk menjangkau perempuan miskin hingga ke tingkat desa. Lembaga seperti P2TP2A telah tersedia di tingkat kabupaten studi. Namun, dengan luasnya wilayah kerja, banyaknya masyarakat yang harus dijangkau, dan keterbatasan sumber daya yang dimiliki lembaga, kemampuannya untuk menjangkau hingga ke tingkat desa juga terbatas. Demikian halnya dengan kepolisian: keterbatasan jumlah polwan membuat perempuan miskin enggan untuk melapor karena ketaknyamanan menceritakan kejadian KDRT yang dialami kepada polisi laki-laki.

Ketiga, kerja sama yang terstruktur dan koordinasi yang intensif antara aktor penyedia layanan pelaporan KDRT di tingkat desa dan lembaga penyedia layanan pelaporan KDRT di tingkat

kecamatan dan kabupaten belum berjalan dengan baik. Penanganan KDRT oleh aktor penyedia layanan pelaporan KDRT di desa umumnya dilakukan secara tertutup dan tidak selalu dikomunikasikan dengan aktor penyedia layanan pelaporan KDRT lain. Kasus-kasus yang diselesaikan di desa melalui mediasi sering kali tidak dikomunikasikan dengan penyedia layanan di tingkat lebih tinggi yang dapat memberikan layanan lanjutan. Sementara itu, dalam tindak KDRT fisik yang disertai KDRT psikis, misalnya, bisa jadi korban tidak hanya memerlukan pengobatan dan pemulihan hubungan antara suami dan istri, tetapi juga layanan psikologis untuk menyembuhkan trauma.

6.4 Kesimpulan dan Rekomendasi

6.4.1 Kesimpulan

Dalam kurun waktu dua tahun terakhir, tidak ditemukan adanya perubahan ketersediaan layanan pelaporan KDRT yang dapat mendorong akses perempuan miskin terhadap layanan tersebut. Meskipun layanan pelaporan KDRT telah tersedia di semua wilayah studi, jangkauan maupun kualitasnya belum merata. Studi ini menemukan belum adanya upaya khusus untuk mendekatkan layanan pelaporan KDRT kepada kelompok perempuan miskin di desa. Konsekuensinya, layanan pelaporan KDRT yang diakses perempuan miskin hanya terbatas pada kades, perangkat desa, tokoh masyarakat/adat/agama, dan kader desa yang lebih mudah diakses. Namun, pihak-pihak tersebut tidak selalu memiliki kemampuan yang memadai untuk menangani KDRT yang dilaporkan dan tidak selalu mampu merujuk korban kepada layanan perlindungan KDRT yang sesuai dengan kebutuhan. Di dua desa studi di TTS, sudah terdapat perdes yang dapat dirujuk dalam menangani pelaporan KDRT, tetapi isi perdes belum tersosialisasikan dengan baik. Selain itu, pada kasus tertentu, ada pertimbangan kondisi korban dan pelaku sehingga perdes tidak diberlakukan. Akibatnya, perdes belum berfungsi secara optimal dalam masyarakat.

Ketersediaan layanan pelaporan KDRT yang terintegrasi dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat belum menjadi prioritas bagi para penyedia layanan. Laporan KDRT yang diberikan perempuan miskin kepada penyedia layanan pelaporan KDRT di desa tidak selalu ditindaklanjuti dengan koordinasi yang melibatkan aktor-aktor penyedia layanan pelaporan dalam desa maupun aktor di tingkat kecamatan dan kabupaten. Kerja sama yang erat antara pihak-pihak tersebut sejatinya berpotensi menghasilkan alternatif penyelesaian yang lebih adil dan sesuai dengan kebutuhan korban. KDRT yang mengancam kelangsungan hidup perempuan miskin seharusnya dapat diproses hingga ke ranah hukum dan korban perlu mendapat layanan pemulihan maupun layanan perlindungan lain sesuai dengan kebutuhannya agar tidak terus-menerus hidup dalam ketakutan akan kekerasan yang berulang.

Permasalahan KDRT yang terjadi di desa-desa jarang sekali dibahas atau diproses secara serius hingga ke jalur hukum ataupun mendapatkan tindak lanjut pelaporan berupa layanan perlindungan bagi korban. Meski UU No.23 Tahun 2004 telah mengatur jenis-jenis KDRT yang dapat dilaporkan beserta sanksi yang dapat dikenakan, subjektivitas aktor penyedia layanan pelaporan KDRT di tingkat desa sangat memengaruhi apakah laporan KDRT yang diterima akan diselesaikan dengan cara mediasi atau melalui jalur hukum, dan apakah korban memerlukan layanan lainnya. Dengan berbagai pertimbangan, mediasi merupakan pilihan jalan keluar yang paling diutamakan oleh penyedia layanan pelaporan KDRT di desa. Di sisi lain, perempuan miskin juga enggan mempersoalkan KDRT lebih lanjut karena berbagai konsekuensi yang harus dihadapi.

Rendahnya pelaporan KDRT pada kelompok perempuan miskin menjadikan mereka makin terpuruk dalam kemiskinan. Tanpa KDRT, perempuan miskin sudah hidup dalam keterbatasan

karena kurangnya sumber daya dan jaringan yang dimiliki. Jika perempuan miskin masih mengalami kesulitan mengakses layanan pelaporan KDRT, dapat disimpulkan bahwa akses mereka terhadap layanan perlindungan korban KDRT lainnya juga masih sangat terbatas. Ketersediaan layanan pelaporan KDRT perlu lebih didekatkan khususnya kepada kelompok perempuan miskin. Para pemangku kepentingan perlu menggunakan strategi yang tepat untuk mengeliminasi sejumlah hambatan yang dihadapi perempuan miskin dalam melaporkan KDRT agar mereka memiliki kesempatan yang lebih baik untuk mendapatkan perlindungan dari KDRT dan keluar dari kemiskinan.

6.4.2 Rekomendasi

Keterbatasan akses perempuan miskin terhadap layanan pelaporan KDRT di wilayah studi mengakibatkan KDRT yang terjadi tidak selalu dilaporkan dan perempuan miskin menjadi pihak yang menanggung konsekuensi negatif dari permasalahan KDRT. Terdapat tiga pendekatan yang perlu dilakukan untuk mendorong perilaku melaporkan KDRT oleh perempuan miskin di wilayah studi:

a) Peningkatan Akses terhadap Layanan Pelaporan KDRT yang Tersedia

Hal ini dapat dicapai dengan menguatkan sinergi antara para penyedia layanan pelaporan KDRT yang telah tersedia (individu, lembaga, komunitas, dan LSM) melalui upaya-upaya berikut:

- (1) Pembentukan tim gabungan penanganan KDRT yang mencakup penyedia layanan pelaporan KDRT di tingkat desa dan penyedia layanan pelaporan KDRT di tingkat kecamatan/kabupaten agar koordinasi penanganan masalah KDRT berjalan lebih baik dan mampu menawarkan solusi yang efektif.
- (2) Perekrutan dan pelatihan kader oleh P2TP2A dan kepolisian. Kader ini nantinya ditugaskan di desa-desa sebagai kepanjangan tangan P2TP2A dan kepolisian dalam mewujudkan sistem pelaporan KDRT berbasis komunitas. Dalam memilih calon kader, P2TP2A dan kepolisian dapat bekerja sama dengan perangkat desa yang lebih mengetahui kondisi di desa. Kader terpilih dapat berasal dari kader yang selama ini sudah aktif di desa, tokoh masyarakat di desa, maupun perangkat desa. Namun, beban kerja para kader/tokoh masyarakat/perangkat desa tersebut perlu diperhatikan, mengingat umumnya mereka sudah menjalankan beberapa peran sekaligus dalam masyarakat.
- (3) Sosialisasi langsung kepada masyarakat oleh P2TP2A dan kepolisian terkait layanan pelaporan KDRT sehingga informasinya tidak hanya dimiliki oleh kades/perangkat desa. Informasi yang disampaikan pada sosialisasi ini dapat mencakup prosedur melaporkan KDRT dan proses tindak lanjut pelaporan KDRT pada P2TP2A atau kepolisian
- (4) Di tingkat daerah, nomor telepon *hotline* yang bisa diakses masyarakat tanpa pulsa perlu disediakan oleh P2TP2A dan kepolisian untuk memudahkan konsultasi dan pengaduan KDRT, khususnya oleh perempuan miskin.

Penguatan sinergi ini penting dilakukan untuk memastikan bahwa perempuan miskin dapat mengakses aneka pilihan layanan pelaporan KDRT dengan mudah. Perempuan miskin dapat memilih layanan pelaporan KDRT yang diperlukannya dengan mempertimbangkan kondisi sumber daya yang dimiliki (waktu, tenaga, biaya) dan jenis kebutuhan pada layanan pelaporan (bantuan pemulihan hubungan, bantuan konseling psikologis/hukum, pengobatan, dll.). Setiap jenis KDRT memiliki dampak yang berbeda bagi korbannya sehingga pendekatan yang digunakan dalam menyelesaikan persoalan KDRT berbeda-beda.

b) Peningkatan Kesadaran akan Hak-Hak Perlindungan dalam KDRT

Dengan memanfaatkan kegiatan kemasyarakatan yang sudah ada di desa atau merancang kegiatan baru, para pemangku kepentingan dapat meningkatkan kesadaran perempuan miskin akan hak-hak perlindungan dalam KDRT melalui upaya-upaya berikut:

- (1) Perangkat desa bekerja sama dengan tokoh masyarakat/agama/adat dan kader dapat melakukan kampanye kesadaran akan perlindungan dari KDRT dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami masyarakat sehingga memudahkan proses internalisasi. Kampanye dapat dilakukan pada berbagai kegiatan masyarakat, termasuk yang diikuti oleh laki-laki (misalnya pertemuan RT/RW/dusun/desa, pengajian, kebaktian, kegiatan PKK, dan arisan).
- (2) Perangkat desa, bekerja sama dengan tokoh masyarakat/agama/adat dan kader desa, dapat merancang mekanisme yang dapat mendorong partisipasi aktif perempuan dalam kegiatan-kegiatan kemasyarakatan, misalnya pemberian alokasi khusus kepada perempuan untuk mengikuti dan menyampaikan pendapat dalam forum-forum tersebut.
- (3) P2TP2A bersama perangkat desa dapat menyelenggarakan kegiatan pemberdayaan ekonomi bagi perempuan miskin untuk menumbuhkan kemandirian finansial. Kemandirian finansial ini dapat mengurangi risiko ekonomi yang harus ditanggung korban bila melaporkan KDRT yang dilakukan suami kepada pihak berwajib.

c) Peningkatan Pengetahuan dan Kemampuan Para Aktor Penyedia Layanan Pelaporan KDRT

Peningkatan pengetahuan dan kemampuan penanganan KDRT perlu dilakukan bagi para penyedia layanan pelaporan KDRT, terutama yang berada di tingkat desa dan kecamatan. Sosialisasi dan pelatihan penanganan KDRT perlu dilakukan terutama bagi (i) kades, perangkat desa, tokoh masyarakat/agama/adat dan kader desa sebagai individu-individu utama yang menjadi penyedia layanan pelaporan KDRT di tingkat desa; (ii) Bhabinkamtibmas sebagai petugas kepolisian yang bertugas di tingkat desa; dan (iii) tenaga kesehatan di tingkat desa sebagai pihak yang mungkin akan dituju paling pertama oleh perempuan korban KDRT untuk pengobatan KDRT fisik.

VII. AKSES PEREMPUAN MISKIN TERHADAP LAYANAN PUBLIK PADA LIMA TEMA PENGHIDUPAN

Bab ini berisi ringkasan perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan umum pada lima tema penghidupan, analisis hubungan perubahan antartema penghidupan, serta faktor dan aktor yang memengaruhi perubahan akses. Analisis pada bab ini merupakan hasil analisis pada lima tema penghidupan yang telah dibahas pada bagian-bagian sebelumnya.

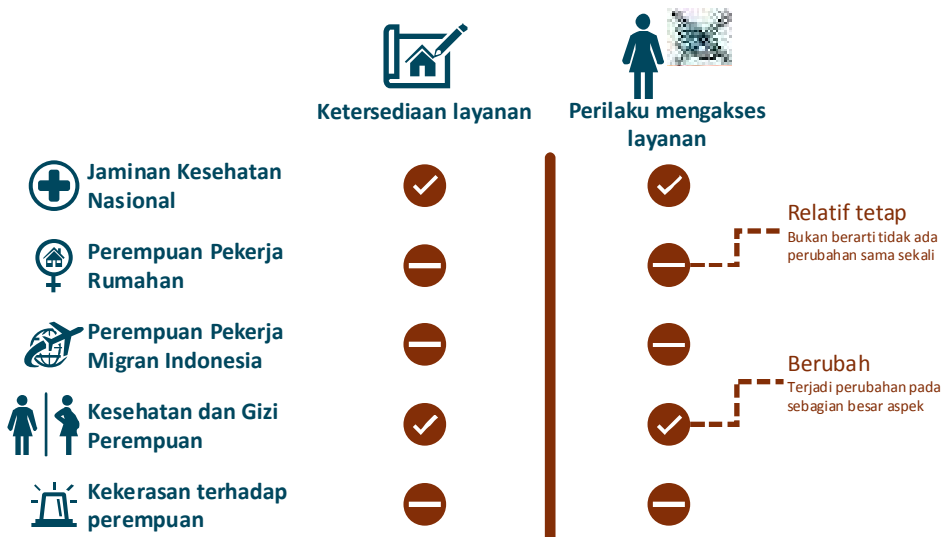
7.1 Ringkasan Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Publik

Perubahan akses perempuan miskin terjadi pada hampir semua dari kelima tema penghidupan sepanjang periode 2017–2019. Gambar 42 menunjukkan ringkasan perubahan tersebut. Dari sisi ketersediaan layanan, sebagian perubahan ditemukan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) serta layanan kesehatan dan gizi perempuan. Beberapa bentuk perubahan yang ditemukan adalah, antara lain, penambahan kuota penerima JKN dan penambahan jenis layanan kesehatan di pos pelayanan terpadu (posyandu). Pada sisi perilaku perempuan miskin, sebagian perubahan ditemukan pada akses terhadap JKN dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) serta layanan kesehatan perempuan. Hal ini ditandai dengan, antara lain, peningkatan proporsi keluarga miskin yang memiliki JKN-KIS dan peningkatan proporsi perempuan yang melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak empat kali. Perincian analisis kedua perubahan tersebut dapat dilihat pada Bab II dan Bab V. Berbeda dengan dua tema penghidupan tadi, studi ini tidak menemukan perubahan signifikan pada tema perempuan pekerja rumahan (PPR)⁹⁴, perempuan pekerja migran Indonesia (PMI)⁹⁵, dan kekerasan terhadap perempuan⁹⁶, baik dari sisi ketersediaan layanan maupun perilaku mengakses layanan selama 2017–2019 di 15 desa studi.

⁹⁴Perincian analisis perubahan akses perempuan miskin pekerja rumahan terhadap perlindungan sosial tenaga kerja dapat dilihat di Bab III.

⁹⁵Analisis terperinci tentang akses perempuan PMI terhadap layanan migrasi aman dapat dilihat di Bab IV.

⁹⁶Akses perempuan miskin terhadap layanan pelaporan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dibahas secara mendalam pada Bab VI.



Gambar 42. Ringkasan perubahan akses perempuan miskin pada lima tema kehidupan

Studi ini menemukan keterkaitan antara perubahan pada kepesertaan JKN dan peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan dan gizi, terutama layanan persalinan. Sementara itu, studi ini tidak menemukan adanya hubungan antarperubahan akses yang terjadi baik dari sisi penyedia layanan maupun perilaku mengakses layanan pada tiga tema kehidupan lainnya. Kemungkinan besar penyebab hal ini adalah bahwa ruang lingkup perubahan yang terjadi pada tema-tema tersebut cenderung kecil dan spesifik.

Poin penting yang ditemukan studi ini adalah fakta bahwa peningkatan ketersediaan layanan belum tentu mendorong perempuan miskin untuk mengakses layanan tersebut. Studi ini menemukan bahwa perempuan miskin memiliki akses yang lebih baik terhadap JKN, dan perbaikan ini diikuti dengan peningkatan akses mereka terhadap layanan persalinan. Akan tetapi, pemanfaatan JKN untuk persalinan tidak serta-merta mendorong persalinan aman di seluruh wilayah studi. Di beberapa wilayah studi masih ditemukan peningkatan persalinan yang tidak aman. Jika dilihat secara keseluruhan di wilayah studi, proporsi perempuan miskin yang melakukan persalinan aman sedikit menurun apabila dibandingkan dengan situasi tahun 2017. Pola serupa juga terlihat pada tema PPR. Upaya peningkatan ketersediaan layanan berupa penyediaan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) bagi PPR yang diinisiasi Serikat Pekerja Rumahan (SPR) belum mampu mengubah perilaku PPR untuk mendapatkan perlindungan tenaga kerja. Pada tema migrasi, keberadaan Layanan Terpadu Satu Atap (LTSA) yang salah satu tujuannya adalah memudahkan proses keberangkatan calon PMI ternyata belum berfungsi secara optimal. Calon PMI masih memilih memanfaatkan jasa perusahaan penempatan pekerja migran Indonesia (P3MI) untuk mengurus keberangkatan, dengan konsekuensi biaya yang tidak sedikit.

Adanya program layanan kesehatan gratis, seperti pengadaan kontrasepsi dan pemeriksaan kesehatan reproduksi, diindikasikan sebagai faktor yang mendorong peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan. Perempuan miskin dapat mengakses program layanan kesehatan tersebut tanpa harus memiliki kartu JKN. Namun, peningkatan layanan kesehatan ini tidak serta-merta mengubah perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan di wilayah studi. Preferensi terhadap kontrasepsi, misalnya, masih dipengaruhi kepercayaan dan mitos sehingga perempuan miskin di wilayah studi lebih memilih menggunakan kontrasepsi jangka pendek. Kondisi yang sama juga ditemukan dalam pemeriksaan kesehatan reproduksi. Masih banyak perempuan miskin yang enggan melakukan tes deteksi dini kanker. Hal ini terlihat

dari tidak besarnya peningkatan jumlah perempuan miskin yang melakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dan payudara.

Kondisi yang sama terjadi pada tema pengurangan kekerasan terhadap perempuan. Keberadaan peraturan desa (perdes) tentang perlindungan perempuan dan anak yang sejatinya memberikan perlindungan bagi korban kekerasan masih belum berjalan optimal. Studi ini tidak menemukan perubahan perilaku dalam melaporkan kejadian KDRT. Pada beberapa kasus, laporan diproses tanpa mengacu ke peraturan tersebut. Hal ini berpotensi membuat korban tidak mendapatkan layanan lanjutan, misalnya layanan pemulihan.

7.2 Peran Pemangku Kepentingan dalam Meningkatkan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Publik pada Lima Tema Penghidupan

Pemerintah, baik pusat maupun daerah, terbukti telah melakukan upaya untuk meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik, walaupun masih belum optimal. Upaya-upaya, seperti penambahan kuota penerima JKN-KIS, pemberian kontrasepsi gratis, dan penerbitan kartu Jamsostek, telah meningkatkan akses perempuan miskin dari sisi ketersediaan layanan. Namun, pelaksanaannya masih menghadapi kendala. Sebagai contoh, Jamsostek dan JKN adalah jaminan sosial yang bersifat kontribusi, artinya program ini membutuhkan kontribusi iuran dari pesertanya. Pada kasus perempuan miskin pekerja rumahan, kewajiban kontribusi tersebut akan menambah beban pengeluaran mereka. Faktor-faktor seperti besarnya iuran akan membuat pekerja rumahan berhenti membayar iuran sehingga, pada akhirnya, mereka tidak lagi mendapatkan perlindungan sosial tenaga kerja (pembahasan yang lebih mendalam tentang PPR dapat dilihat pada Bab III). Situasi semacam ini menggambarkan perlunya kolaborasi antarpemangku kepentingan untuk mencapai tujuan pemerataan akses terhadap layanan publik.

Bentuk-bentuk kolaborasi tersebut sudah terlihat di seluruh wilayah studi pada beberapa tema penghidupan, meskipun masih menghadapi beberapa kendala. Sebagai contoh, kontribusi pemerintah daerah dalam menanggung iuran JKN memunculkan kerja sama antara pemerintah desa (pemdes) dan kader mitra MAMPU di daerah, misalnya Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA), dalam hal upaya peningkatan kepesertaan JKN-KIS. Akan tetapi, faktor seperti kondisi infrastruktur desa masih menghambat perempuan miskin dalam mengakses layanan kesehatan dengan menggunakan JKN-KIS. Kolaborasi lain juga tampak pada upaya peningkatan akses PMI terhadap layanan migrasi aman. Migrant CARE pernah bekerja sama dengan Pemdes Desa E untuk meningkatkan akses PMI terhadap layanan perlindungan PMI dan berhasil mendekatkan layanan jalur prosedural hingga tingkat desa. Hal ini dilakukan melalui pendampingan kepada pemdes untuk melakukan sosialisasi tentang migrasi prosedural, termasuk hak-hak PMI/calon PMI beserta keluarganya. Namun, seiring mulai terhentinya pendampingan Migrant CARE pada 2019, Pemdes Desa E tidak mendapatkan informasi mengenai Undang-Undang (UU) perlindungan PMI yang baru, yaitu UU No. 18 Tahun 2017, dan implementasinya di Cilacap. Akibatnya, Pemdes Desa E masih menggunakan UU yang lama sebagai dasar untuk melakukan sosialisasi. Hal ini tampak dari ketaktahuan Pemdes Desa E akan keberadaan dan fungsi LTSA yang sebenarnya bisa menjadi alternatif bagi PMI untuk mengakses migrasi prosedural secara langsung tanpa melalui P3MI yang berkonsekuensi biaya besar. Pembahasan yang lebih mendalam tentang perempuan PMI dapat dilihat pada Bab IV.

Selain pada upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan umum dari sisi ketersediaan layanan, kolaborasi serupa juga terlihat pada upaya mendorong perilaku perempuan

miskin dalam mengakses layanan. Sebagai contoh, kolaborasi antara perempuan miskin, organisasi 'Aisyiyah, dan tenaga kesehatan merupakan upaya peningkatan akses pada sisi ketersediaan layanan dan perilaku mengakses layanan. 'Aisyiyah, para anggota Balai Sakinah 'Aisyiyah (BSA), dan bidan desa mengusulkan pengadaan layanan tes inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) gratis melalui musyawarah rencana pembangunan desa di Desa L. Usulan tersebut diterima, kemudian pengelolaannya diserahkan ke bidan desa. Akan tetapi, peminat tes IVA ini masih sangat sedikit; sebagian di antaranya tergabung dalam kelompok dampingan 'Aisyiyah dan mengikuti kelas reproduksi. Mereka turut mengajak perempuan lain, baik secara langsung maupun tidak langsung, untuk berpartisipasi dalam kegiatan pemeriksaan kesehatan reproduksi gratis tersebut. Upaya semacam ini tidak dapat berjalan tanpa dukungan pemdes. Oleh karena itu, peran pemdes perlu mendapatkan perhatian khusus agar dapat menjadi bagian penting dalam upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan umum.

Pemdes di seluruh wilayah studi masih memiliki potensi untuk meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik secara merata pada lima tema penghidupan, walaupun mereka telah melakukan beberapa upaya dalam hal ini. Pemdes, sebagai salah satu satuan pemerintahan terkecil, memiliki posisi yang strategis dalam upaya peningkatan akses tersebut. Posisi strategis ini harus didukung dengan komitmen kuat untuk meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik demi menjamin keberlangsungan upaya tersebut. Komitmen pemdes di semua desa sampel untuk meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik sebagian terlihat dari upaya peningkatan kepesertaan JKN-KIS. Pemdes bahu-membahu dengan kader dari warga masyarakat, seperti kader PEKKA dan posyandu, untuk secara aktif mendata masyarakat miskin yang belum memiliki JKN-KIS, meskipun belum semua pemdes di wilayah studi melakukan hal ini.

Akan tetapi, komitmen pemdes masih dibutuhkan pada tema perlindungan sosial tenaga kerja bagi pekerja rumahan dan pengurangan kekerasan terhadap perempuan. Pemdes di semua desa studi belum mencurahkan perhatian khusus pada masyarakat yang berprofesi sebagai pekerja rumahan, terutama terkait hak mereka untuk mendapatkan perlindungan. Hal ini terlihat dari belum adanya upaya pemdes agar PPR mendapatkan akses terhadap perlindungan sosial tenaga kerja. Situasi yang sama terjadi pada layanan pelaporan KDRT. Hal ini ditandai dengan belum adanya peraturan tingkat desa tentang perlindungan perempuan dari tindak kekerasan di sebagian besar desa studi. Dari 15 desa studi, hanya Desa M dan Desa N yang telah memiliki perdes tentang perlindungan perempuan dari tindak kekerasan (pembahasan yang lebih mendalam tentang pengurangan KDRT terhadap perempuan dapat dilihat pada Bab VI). Kondisi ini menunjukkan bahwa pemdes perlu didorong untuk lebih memperhatikan aspek-aspek penghidupan tersebut.

7.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Publik

Untuk meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada lima tema penghidupan, faktor-faktor pendukung harus saling melengkapi. Hasil studi ini menunjukkan bahwa ada tiga faktor pendukung yang berhasil diidentifikasi pada lima tema penghidupan, yaitu komitmen pemangku kepentingan, kegiatan penyuluhan/sosialisasi, dan aksi kolektif. Komitmen Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, pemdes, dan/atau mitra MAMPU di daerah dapat terwujud dalam beberapa bentuk, seperti peraturan, alokasi anggaran, dan program-program unggulan. Komitmen ini penting karena ia merupakan langkah awal dalam mewujudkan akses yang lebih luas bagi perempuan miskin terhadap layanan publik pada lima tema penghidupan. Di sisi lain, kegiatan penyuluhan/sosialisasi pada umumnya merupakan turunan dari peraturan atau

program-program unggulan yang berfungsi sebagai sarana untuk menyampaikan informasi mengenai ketersediaan layanan, cara mengakses layanan, dan ajakan untuk menggunakan layanan. Adanya kegiatan ini dapat mendorong perempuan miskin untuk mengakses layanan publik yang telah tersedia.

Secara umum, ketiga faktor tersebut meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada sisi yang berbeda. Komitmen pemangku kepentingan cenderung mendorong peningkatan akses dari ketersediaan layanan, sedangkan kegiatan sosialisasi dan aksi kolektif cenderung berfungsi sebagai pemicu terjadinya perubahan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan. Interaksi di antara ketiga faktor ini terbukti dapat meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada beberapa tema penghidupan di wilayah studi. Komitmen pemangku kepentingan, yakni Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, pemdes, dan mitra MAMPU, terlihat cukup jelas pada lima tema penghidupan di wilayah studi. Sebagai contoh, Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah berupaya meningkatkan akses masyarakat terhadap JKN dengan menambah kuota peserta. Pada tema pekerja rumahan, Pemerintah Provinsi Sumatra Utara bersama BITRA Indonesia telah menyusun rancangan peraturan daerah yang mencakup perlindungan pekerja rumahan. Saat ini, rancangan tersebut berada dalam tahap pembahasan di Kementerian Dalam Negeri. Selain komitmen pemangku kepentingan, kegiatan sosialisasi juga turut mendorong peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan publik. Kegiatan sosialisasi oleh tenaga kesehatan pada saat pemeriksaan kehamilan atau kegiatan posyandu, misalnya, memperluas jangkauan informasi akan pentingnya inisiasi menyusui dini (IMD) untuk bayi yang baru lahir. Dalam hal ini, sosialisasi ikut mendukung secara tidak langsung perubahan perilaku, meskipun kesuksesan IMD juga bergantung pada beberapa hal, seperti lokasi persalinan, tenaga penolong persalinan, dan kondisi kesehatan ibu. Pada tema pengurangan KDRT terhadap perempuan, sosialisasi berperan sebagai salah satu sumber informasi jenis dan penanganan KDRT di desa-desa studi. Apabila informasi ini disampaikan secara konsisten dan tepat, perempuan dapat mengetahui apakah yang mereka atau kerabat mereka alami adalah KDRT dan bagaimana mereka merespons kejadian KDRT di sekitar mereka.

Upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan publik juga menghadapi beberapa kendala. Hasil analisis pada lima tema penghidupan di lima bab sebelumnya menemukan bahwa terdapat beberapa faktor penghambat perubahan akses perempuan miskin, yaitu (i) keterbatasan pengetahuan dan pemahaman tentang penggunaan layanan, (ii) norma sosial, dan (iii) kurangnya cakupan layanan. Pada studi ini, alasan utama perempuan miskin tidak memiliki JKN adalah bahwa mereka tidak mengetahui persyaratan dan prosedur pendaftarannya. Kekurangan informasi ini membatasi akses mereka untuk mendapatkan jaminan kesehatan—sebuah keterbatasan yang pada akhirnya mengurangi kemungkinan mereka untuk menggunakan layanan kesehatan. Pada kelompok PPR, anggapan bahwa perlindungan sosial tenaga kerja terlalu muluk menghambat mereka untuk mendapat layanan perlindungan. Selain iurannya memberatkan, mereka menganggap mempunyai jaminan sosial adalah sebuah "kemewahan". Bagi mereka, jaminan sosial adalah untuk karyawan/pekerja pabrik, bukan pekerja rumahan. Sementara itu, pada layanan pelaporan KDRT, norma sosial berupa anggapan bahwa masalah KDRT merupakan ranah privat yang tidak seharusnya diceritakan kepada—atau dicampuri oleh—orang lain menekan upaya perempuan miskin untuk melaporkan kejadian KDRT. Tidak melaporkan kejadian KDRT berarti bahwa korban KDRT harus menanggung segala konsekuensi negatif, seperti trauma dan cacat fisik, dari kejadian itu. Apabila hal ini dibiarkan terjadi terus-menerus, maka konsekuensi negatifnya dapat terakumulasi sampai ke titik berkurangnya akses mereka terhadap layanan umum lain, misalnya kesehatan.

Kurangnya cakupan layanan juga terbukti dapat menghilangkan pengaruh faktor pendukung perubahan akses perempuan miskin. Sebagai contoh, tidak semua fasilitas kesehatan menyediakan layanan kontrasepsi dan deteksi dini kanker. Hal ini menghambat akses perempuan

miskin dalam menggunakan layanan tersebut karena mereka harus mengunjungi fasilitas kesehatan tertentu. Pada tema pengurangan kekerasan terhadap perempuan, layanan penanganan KDRT di desa acap kali tidak menyediakan layanan penanganan lanjutan, seperti layanan rehabilitasi korban, padahal layanan di desa lebih banyak diakses daripada layanan formal. Hal ini menunjukkan bahwa kurangnya cakupan layanan dapat menghambat akses perempuan miskin terhadap layanan publik.

Studi ini menemukan bahwa identifikasi kebutuhan—di antaranya oleh pemdes—akan layanan publik terbukti mampu mendorong meningkatnya akses perempuan miskin terhadap layanan publik. Proses identifikasi kebutuhan dari tingkat masyarakat, seperti pendataan warga yang belum memiliki JKN-KIS, cenderung membutuhkan kerja sama antarelemen masyarakat. Setelah kebutuhan berhasil diidentifikasi, langkah berikutnya adalah mencari layanan yang tersedia. Proses pencarian layanan ini dapat berbentuk aksi kolektif. Migunani (2017) mengartikan aksi kolektif sebagai kegiatan kelompok secara sukarela yang bertujuan memengaruhi perubahan. Pola pencarian layanan dalam bentuk aksi kolektif dapat berangkat dari asumsi bahwa layanan publik sebenarnya sudah tersedia, tetapi belum bisa diakses oleh perempuan miskin. Sebagai contoh, upaya identifikasi pada tema JKN berbentuk aksi kolektif pendaftaran untuk mendapatkan JKN-PBI daerah. Pada contoh ini, layanan berupa JKN-PBI daerah sudah tersedia, dan aksi kolektif berfungsi mendekatkan perempuan miskin ke layanan tersebut. Pola serupa juga ditemukan pada tema PPR. BITRA Indonesia dan SPR mengusulkan agar pekerja rumahan dapat mengakses Jamsostek, meskipun cakupannya terbatas pada anggota SPR. Proses pengusulan ini terbukti dapat meningkatkan akses pekerja rumahan terhadap layanan perlindungan sosial tenaga kerja. Upaya-upaya identifikasi seperti ini patut diperluas agar akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada lima tema kehidupan menjadi lebih baik.

Secara umum, upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan publik pada lima tema kehidupan harus dilakukan dari dua sisi, yaitu ketersediaan layanan dan perubahan perilaku perempuan miskin. Upaya peningkatan ketersediaan layanan telah terbukti dapat dilakukan dengan menambah jumlah dan keterjangkauan layanan. Sementara itu, perubahan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan dapat didekati dengan melakukan kegiatan penyuluhan atau sosialisasi. Meskipun demikian, faktor-faktor penghambat perubahan akses, seperti keterbatasan pengetahuan dan kurangnya cakupan layanan, perlu mendapat perhatian khusus dari para pemangku kepentingan. Apabila faktor-faktor penghambat ini tidak dihilangkan, upaya peningkatan akses yang selama ini gencar dilakukan akan menjadi sia-sia; dengan kata lain, akan makin sulit bagi perempuan miskin untuk meningkatkan kesejahteraannya.

DAFTAR ACUAN

- Alfers, Laura, Francie Lund, dan Rachel Moussié (2017) 'Approaches to Social Protection for Informal Workers: Aligning Productivist and Human Rights-Based Approaches.' *International Social Security Review* 70 (4): 67–85. DOI:10.1111/issr.12153.
- Allen, Emma, Elisabeth Siahaan, Y. Wasi Gede Puraka, dan Sukasmanto (2015) 'Pekerja Rumahan di Indonesia: Hasil dari Penelitian Pemetaan Pekerja Rumahan di Sumatera Utara, Jawa Barat, Jawa Tengah, Yogyakarta, Jawa Timur, dan Banten.' Laporan ILO. Jakarta: ILO [dalam jaringan] <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-jakarta/documents/publication/wcms_438251.pdf> [21 Maret 2020].
- Andri, Yustinus (2020) '21.000 TKI Diperkirakan Kembali dari Malaysia.' *Bisnis.com* 27 Maret [dalam jaringan] <<https://ekonomi.bisnis.com/read/20200327/12/1218924/21.000-tki-diperkirakan-kembali-dari-malaysia>> [10 April 2020].
- Bappenas (2019) 'Rancangan RPJMN 2020–2024.' Laporan. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional [dokumen pdf].
- Badan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia (2019) 'Data Penempatan dan Pelindungan Pekerja Migran Indonesia (PMI) Tahun 2019.' Statistik [dalam jaringan] <[https://bp2mi.go.id/uploads/statistik/images/data_19-02-2020_Laporan_Pengolahan_Data_BNP2TKI_____2019\(2\).pdf](https://bp2mi.go.id/uploads/statistik/images/data_19-02-2020_Laporan_Pengolahan_Data_BNP2TKI_____2019(2).pdf)> [11 April 2020].
- Badan Pusat Statistik (2017) 'Prevalensi Kekerasan terhadap Perempuan di Indonesia, Hasil SPHPN 2016' *Berita Resmi Statistik* 29 Mei: 1–6 [dalam jaringan] <<https://www.bps.go.id/pressrelease/2017/03/30/1375/satu-dari-tiga-perempuan-usia-15--64-tahun-pernah-mengalami-kekerasan-fisik-dan-atau-seksual-selama-hidupnya.html>> [14 April 2020].
- Bank Indonesia (2020) 'Jumlah Tenaga Kerja Indonesia (TKI) menurut Negara Penempatan.' Statistik Ekonomi dan Keuangan Indonesia [dalam jaringan] <https://www.bi.go.id/seki/tabel/TABEL5_30.pdf> [10 April 2020].
- Bina Keterampilan Pedesaan Indonesia (2015) *Serikat Pekerja Rumahan Pertama Kali Terbentuk di Indonesia* [dalam jaringan] <<http://bitra.or.id/2012/2015/01/14/serikat-pekerja-rumahan-pertama-kali-terbentuk-di-indonesia/>> [19 Juni 2020].
- BNP2TKI (2019) 'Laporan Kinerja BNP2TKI Tahun 2018.' Jakarta: Badan Nasional Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia.
- Burchielli, Rosaria, Annie Delaney, dan Nora Goren (2014) 'Garment homework in Argentina: Drawing together the threads of informal and precarious work.' *Economic and Labour Relations Review* 25 (1): 63–80. DOI: 10.1177/1035304613518476.
- Cahyaningrum, Dian (2013) 'Aspek Hukum Perjanjian Kerja dalam Memberikan Perlindungan terhadap Tenaga Kerja Indonesia di Luar Negeri.' *Negara Hukum* 4 (2): 167–182.
- Cameron, Lisa (2019) 'Social protection Programs for Women in Developing Countries.' *IZA World of Labor*: 1–10. DOI: 10.15185/izawol.14.v2.

- Charmes, Jacques (2009) 'Concepts, Measurements and Trends.' Dalam *Is Informal Normal? Towards More and Better Jobs in Developing Countries*. Johannes Jutting dan Juan R. de Lailglesia (eds) Paris: OECD. DOI: <https://dx.doi.org/10.1787/9789264059245-en>.
- . (2012) 'The Informal Economy Worldwide: Trends and Characteristics.' *Margin* 6 (2): 103–132. DOI: 10.1177/097380101200600202.
- Chen, Martha Alter (2012) 'The Informal Economy: Definitions, Theories and Policies.' Working Paper No. 1. WIEGO. Manchester: WIEGO [dalam jaringan] <https://www.wiego.org/sites/default/files/publications/files/Chen_WIEGO_WP1.pdf> [13 April 2020].
- Delaney, Annie, Rosaria Burchielli, dan Tim Connor (2015) 'Positioning Women Homeworkers in a Global Footwear Production Network: How Can Homeworkers Improve Agency, Influence and Claim Rights?' *Journal of Industrial Relations* 57 (4): 641–659. DOI: 10.1177/0022185615 582237.
- Dewan Pimpinan Nasional Serikat Buruh Migran Indonesia (DPN SBMI) (2019) *BMI Hong Kong Bayar Biaya Penempatan 30,6 Juta* [dalam jaringan] <<http://sbmi.or.id/2019/09/bmi-hong-kong-bayar-biaya-penempatan-306-juta/>> [17 Mei 2020].
- Fajerman, Miranda (2014) 'Tinjauan Kerangka Peraturan Perundang-undangan untuk Pekerja Rumahan di Indonesia 2013.' Laporan ILO. Jakarta: ILO [dalam jaringan] <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-jakarta/documents/publication/wcms_238775.pdf> [7 April 2020].
- Hassan, Syeda Mahnaz dan Azlinda Azman (2014) 'Visible Work, Invisible Workers: A Study of Women Home Based Workers in Pakistan.' *Horizon Research Publication Corporation* 2 (2): 48–55.
- Holmes, Rebecca dan Lucy Scott (2016) 'Extending Social Insurance to Informal Workers: A Gender Analysis.' ODI Working Paper. London: ODI [dalam jaringan] <<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/10620.pdf>> [5 April 2020].
- Husni, Lalu (2010) 'Perlindungan Hukum terhadap TKI yang Bekerja di Luar Negeri.' *Jurnal Hukum dan Pembangunan* 40 (2): 270–289 [dalam jaringan] <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi8zYCV_ZTqAhVYbn0KHdALCCsQFjAEgQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fjhp.ui.ac.id%2Findex.php%2Fhome%2Farticle%2Fdownload%2F220%2F155&usg=AOvVaw1JXGZpFKAbO41iZjYCON4g> [1 Juli 2020].
- Hutagalung, Stella Aleida dan Veto Tyas Indrio (2019) 'Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU Tema 3: Akses Perempuan Buruh Migran Luar Negeri terhadap Layanan Perlindungan.' Jakarta: The SMERU Research Institute [dalam jaringan] <http://smeru.or.id/sites/default/files/publication/mamputhematic3_id.pdf> [5 April 2020].
- International Organization for Migration (2010) 'Migrasi Tenaga Kerja dari Indonesia: Gambaran Umum Migrasi Tenaga Kerja Indonesia di Beberapa Negara Tujuan di Asia dan Timur Tengah.' Laporan IOM. Jakarta: IOM [dalam jaringan] <https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/published_docs/Final-LM-Report-Bahasa-Indonesia.pdf> [11 April 2020].
- . (2017) 'Facilitation of Safe, Regular, and Orderly Migration.' Global Compact Thematic Paper [dalam jaringan] <http://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ODG/GCM/IOM-Thematic-Paper-Facilitation-of-Safe-Orderly-and-Regular-Migration.pdf> [11 April 2020].

- Kementerian Kesehatan (2020) 'Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2019.' Jakarta: Kementerian Kesehatan [dokumen pdf].
- Kidd, Stephen dan Verena Damerau (2016) 'The Political Economy of Social Protection for Informal Economy Workers in Asia.' Dalam *Social Protection for Informal Workers in Asia*. Handayani Sri Wening (ed.) Manila: Asian Development Bank: 120–171 [dalam jaringan] <www.adb.org> [13 April 2020].
- Komnas Perempuan (2020) 'Catatan Akhir Tahun 2019.' Catatan Tahunan. Jakarta: Komnas Perempuan [dalam jaringan] <[https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/2020/Catatan Tahunan Kekerasan Terhadap Perempuan 2020.pdf](https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/2020/Catatan%20Tahunan%20Kekerasan%20Terhadap%20Perempuan%202020.pdf)> [7 April 2020].
- Lestari, Mulia (2019) 'Faktor Terkait Inisiasi Menyusui Dini pada Ibu Postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Cilegon.' *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan* 3 (1): 17–24. <https://doi.org/10.22435/jpppk.v3i1.1228>.
- Lund, Francie (2012) 'Work-Related Social Protection for Informal Workers.' *International Social Security Review* 65 (4): 9–30. DOI: 10.1111/j.1468-246X.2012.01445.x.
- Maksum, Ali dan Surwandono (2017) 'Suffer to survive: The Indonesian illegal workers experiences in Malaysia and Japan.' *Journal of Social Research and Policy* 8 (1): 101–123.
- Mather, Celia (2010) 'We Are Workers Too! Organizing Home-Based Workers in the Global Economy.' Report. Manchester: WIEGO [dalam jaringan] <https://www.wiego.org/sites/default/files/resources/files/Mather_We_Are_Workers_Too.pdf> [14 April 2020].
- Migunani (2017) 'Aksi Kolektif Perempuan untuk Pemberdayaan di Indonesia: Sebuah Studi tentang Aksi Kolektif yang Diinisiasi oleh Para Mitra Program MAMPU.' Yogyakarta: Migunani dan MAMPU [dalam jaringan] <<https://www.mampu.or.id/pengetahuan/penelitian/aksi-kolektif-perempuan-untuk-pemberdayaan-di-indonesia/>> [27 Juni 2020].
- Naz, Farah (2017) 'The Position of Female Homeworkers in a Global Supply Chain: How Do Capitalist Labor Market Practices Interplay with Gender Ideologies?' Dalam *Economic Responsibility*. Haase Michael (ed.) Berlin: Springer.
- Pemerintah Kabupaten Cilacap (2020) *Profil Kondisi Geografis Kabupaten Cilacap* [dalam jaringan] <<https://cilapkab.go.id/v3/kondisi-umum/>> [24 Juli 2020].
- Rahayu, Ria, Iwu Utomo, dan Peter McDonald (2009) 'Contraceptive Use Pattern among Married Women in Indonesia.' Dokumen dipresentasikan dalam International Conference on Family Planning: Research and Best Practices, 15–18 September 2009, Kampala, Uganda.
- 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.' Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute [dalam jaringan] <<https://www.smeru.or.id/sites/default/files/publication/mampu.pdf>> [5 April 2020].
- Sartika, Resa Ayu Eka (2019) 'WHO Serukan Tindakan Cepat Basmi Kanker Serviks.' *Kompas.com* 4 Februari [dalam jaringan] <<https://sains.kompas.com/read/2019/02/04/203033023/who-serukan-tindakan-cepat-basmi-kanker-serviks?page=all>> [24 Juni 2019].

- Suyanto, Bagong, Rahma Sugihartati, Sutinah, dan Medhy Hidayat (2020) 'Bargaining the Future: a Descriptive Study of the Lives of the Indonesian Illegal Migrant Workers.' *Journal of International Migration and Integration* 21 (1): 185–204. DOI: 10.1007/s12134-019-00710-y.
- Tamyis, Ana Rosidha dan Nila Warda (2019) 'Laporan Tematik Studi Midline MAMPU Tema 2: Akses Perempuan Miskin Pekerja Rumahan terhadap Perlindungan Sosial Tenaga Kerja.' Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute [dalam jaringan] <http://smeru.or.id/sites/default/files/publication/mamputhematic2_id.pdf> [5 April 2020].
- Tamyis, Ana Rosidha, Niken Kusumawardhani, dan Fatin Nuha Astini (2019) 'Laporan Tematik Studi Midline MAMPU Tema 5: Pengurangan Kekerasan terhadap Perempuan.' Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute [dalam jaringan] <http://smeru.or.id/sites/default/files/publication/mamputhematic5_id.pdf> [5 April 2020].
- Tartanoğlu, Şafak (2018) 'The Voluntary Precariat in the Value Chain: The Hidden Patterns of Home-Based Garment Production in Turkey.' *Competition and Change* 22 (1): 23–40. DOI: 10.1177/1024529417745475.
- Widyaningsih, Dyan dan Niken Kusumawardhani (2019) 'Laporan Tematik Studi Midline MAMPU Tema 1: Akses Perempuan Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial.' Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute [dalam jaringan] <http://smeru.or.id/sites/default/files/publication/mamputhematic1_id.pdf> [5 April 2020].
- Widyaningsih, Dyan, Elza Elmira, dan Dinar Dwi Prasetyo (2019) 'Laporan Tematik Studi Midline MAMPU Tema 4: Meningkatkan Status Kesehatan dan Gizi Perempuan.' Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute [dalam jaringan] <http://smeru.or.id/sites/default/files/publication/mamputhematic4_id.pdf> [5 April 2020].
- Widyawati, Anis (2018) 'Legal Protection Model for Indonesian Migrant Workers.' *Journal of Indonesian Legal Studies* 3 (2): 291–304. DOI: 10.15294/jils.v3i02.27557.
- Wijaya-Erhardt, Maria, Siti Muslimatun dan Juergen G. Erhardt (2014) 'Effect of An Educational Intervention Related to Health and Nutrition on Pregnant Women in the Villages of Central Java Province, Indonesia' *Health Education Journal* 73(4): 370–381 doi:10.1177/0017896913485741
- Wisnuwardhani, Savitri, Boby Alwy, Daniel Awigra, Oky Wiratama, Risca Dwi, Yatini Sulisyowati dan Wilke Devi (2018) *Buku Saku Memahami Perlindungan Pekerja Migran Indonesia: Kelebihan dan Kelemahan UU PMI*. Jakarta Selatan: Jaringan Buruh Migran dan TIFA Foundation [dalam jaringan] <https://issuu.com/tifafoundation/docs/buku_panduan_memahami_uu_ppmi_-_kel> [1 Juli 2020].
- Zimmermann, Klaus (2014) 'Circular Migration.' *IZA World of Labor* 1: 1–10. DOI: 10.15185/izawol.1.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

Kriteria Informan/Responden

Tabel A1. Perincian Kriteria Informan/Responden untuk Lima Tema Penghidupan

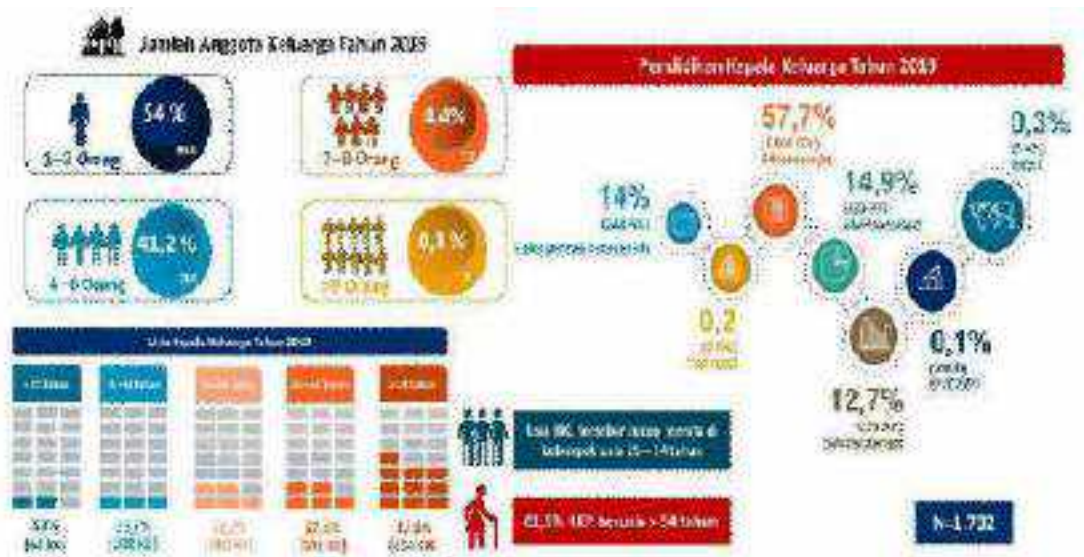
Tema Kerja	Teknik Pengumpulan Data	Informan/Responden	
Tema 1	Wawancara mendalam	Mitra MAMPU (kabupaten)	
		Pemerintah desa	
		Tokoh masyarakat	
		Kader mitra/nonmitra MAMPU	
		Perempuan miskin pengguna JKN	
		Aktor-aktor pendorong kepesertaan dan pemanfaatan JKN; metode <i>snowball</i>	
		FGD	
		8–10 perempuan miskin untuk tiap FGD. Satu FGD tiap desa	
		Tema 2	Wawancara mendalam
	Pemerintah desa		
Tokoh masyarakat			
Kader posyandu			
Kader mitra MAMPU			
Bidan desa			
Dinas Tenaga Kerja (Deli Serdang)			
Dinas Kelautan dan Perikanan (Pangkep)			
Dinas Perindustrian dan Perdagangan (Pangkep)			
Dinas KUMKM (Pangkep)			
FGD			
8–10 perempuan miskin yang sudah menjadi PPR minimal 3 tahun			
Tema 3	Wawancara mendalam	Mitra MAMPU (kabupaten)	
		Pemerintah desa	
		Tokoh masyarakat	
		Kader mitra/nonmitra MAMPU	
		Aktor-aktor pendorong yang teridentifikasi di lapangan; metode <i>snowball</i>	
		Perempuan purna-PMI–perempuan miskin PMI yang melakukan migrasi secara prosedural atau nonprosedural sejak 2014	

Tema Kerja	Teknik Pengumpulan Data	Informan/Responden
	FGD/wawancara kelompok	
		Di setiap desa, diadakan satu FGD/wawancara kelompok mengenai layanan perlindungan PMI. Peserta: 2–10 PMI
Tema 4	Wawancara mendalam	
		Mitra MAMPU (kabupaten)
		Pemerintah desa
		Dinas Kesehatan
		Puskesmas
		Tokoh masyarakat
		Tenaga kesehatan desa
		Aktor-aktor yang teridentifikasi menggunakan metode <i>snowball</i>
	FGD	
		Di setiap desa, dilakukan satu FGD mengenai kesehatan dan gizi perempuan. Peserta: 6–10 perempuan miskin yang sedang hamil, pernah melahirkan di faskes dalam 3 tahun terakhir, sedang menggunakan kontrasepsi, atau pernah menjalani tes IVA
Tema 5	Wawancara mendalam	
		Mitra MAMPU (kabupaten)
		Pemerintah desa
		Kader mitra MAMPU
		Kader posyandu
		Bidan desa
		Unit PPA Polres
		P2TP2A
		Polsek
		Aktor pendorong pelaporan
		Aktor pengadaan layanan pelaporan
		Perempuan korban/mengetahui KDRT dan melapor
	FGD	
		8–10 perempuan miskin yang sudah menikah dan berusia 15–40 tahun

LAMPIRAN 2

Akses Perempuan Miskin terhadap JKN-KIS

Gambaran Umum Sampel



Gambar A1. Karakteristik sampel tahun 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Data Kepesertaan JKN



Gambar A2. Kepesertaan JKN tahun 2017 dan 2019 Berdasarkan KPK-KKL (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Tabel A2. Cakupan kepesertaan JKN di Kubu Raya (jiwa)

Tahun	PPU	PBP	BP	PBI-APBN	PBI-APBD
2016	56.025	56.025	3.306	193.135	4.353
2017	74.191	41.564	3.410	196.157	5.434
2018	86.879	52.501	3.932	195.096	10.710
2019–Jan 2020	103.895	41.808	4.121	242.773	54.526

Sumber: Hasil wawancara mendalam.

Tabel A3. Cakupan kepesertaan JKN di Deli Serdang (jiwa)

Tahun	NON-PBI	PBI-APBN	PBI-APBD KAB	PBI-APBD PROV
2016	490.835	353.091	50.442	n.a.
2017	517.996	350.720	58.417	42.521
2018	557.555	362.167	79.758	49.779
2019–Jan 2020	575.245	363.223	124.556	48.969

Sumber: Hasil wawancara mendalam.



Gambar A3. Alasan utama tidak memiliki JKN tahun 2019 (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Tabel A4. Partisipasi keluarga yang tidak mengetahui persyaratan dan prosedur untuk mendaftar JKN dalam partisipasi sosial (Aksi/Kegiatan Bersama)

Absen Tidak Memiliki JKN	Aksi/Kegiatan Bersama Tahun 2019 (N)					
	Wilayah Sedang Diintervensi MAMPU		Wilayah Pernah Diintervensi MAMPU		Wilayah non-MAMPU	
	Tidak Mengikuti	Mengikuti	Tidak Mengikuti	Mengikuti	Tidak Mengikuti	Mengikuti
Tidak mengetahui persyaratan untuk mendaftar	28	50	76,7	15,7	75	79,8
Tidak mengetahui prosedur untuk mendaftar	4	33	25	50	39	70

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Tabel A5. Partisipasi keluarga yang tidak mengetahui persyaratan dan prosedur untuk mendaftar JKN dalam partisipasi sosial (Resiprositas)

N = 336	Resiprositas Tahun 2019 (%)					
	Wilayah sedang Diintervensi MAMPU		Wilayah Penuh Diintervensi MAMPU		Wilayah Non-MAMPU	
	Tidak Mengikuti	Mengikuti	Tidak Mengikuti	Mengikuti	Tidak Mengikuti	Mengikuti
Tidak mengetahui persyaratan untuk mendaftar	25,5	3,7	21,2	8,3	23,4	27,1
Tidak mengetahui prosedur untuk mendaftar	5,3	1,9	16,7	3,5	27,9	21,3

Sumber: Hasil survei tim peneliti.



Gambar A4. Partisipasi sosial keluarga pemilik JKN tahun 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Data Pemanfaatan JKN



Gambar A5. Pemanfaatan JKN tahun 2017 dan 2019 Berdasarkan KKP-KKL (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.



Gambar A6. Partisipasi sosial keluarga Pengguna JKN tahun 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

LAMPIRAN 3

Perlindungan Kondisi Kerja Perempuan Pekerja Rumahan

Tabel A6. Jenis Pekerjaan PPR menurut Wilayah Studi

Pangkep	Deli Serdang			Cilacap	Kubu Raya	TTS
Semua Desa	Desa A	Desa B	Desa C	Semua Desa	Desa H	Semua Desa
Pengupas mente	Penjahit jok bayi					
	Pelipat kertas sembahyang			Konveksi: Pakaian bayi, pakaian dewasa, bantalan menyusui		
	Penjahit pinggiran <i>spring bed</i> (1 orang)	Penjahit dompet	Pelipat kertas sembahyang		Menganyam atap	n.a.
	Penggantung tutup baterai					
	Pengupas bawang			Pengepang rambut palsu (kecuali Desa D)		
	Penjahit dompet					

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

Tabel A7. Perubahan Kondisi Kerja bagi PPR yang Beralih Kerja menurut Jenis Wilayah

MAMPU Sebelum Beralih Kerja (2017)	Non-MAMPU Sebelum Beralih Kerja (2017)
<ul style="list-style-type: none"> Pada 2017, terdapat tiga PPR yang dapat bernegosiasi dengan pemberi kerja. 25% PPR memiliki upah < Rp500.000 Tidak ada PPR yang memiliki kontrak tertulis. Median lama bekerja PPR di wilayah studi MAMPU sebelum beralih kerja adalah 43,5 jam/minggu. 	<ul style="list-style-type: none"> Pada 2017, terdapat empat PPR yang dapat bernegosiasi dengan pemberi kerja. 83,9% PPR memiliki upah < Rp500.000 Tidak ada PPR yang memiliki kontrak tertulis. Median lama bekerja PPR di wilayah studi non-MAMPU sebelum beralih kerja adalah 40 jam/minggu.
MAMPU Setelah Beralih Kerja (2019)	Non-MAMPU Setelah Beralih Kerja (2019)
<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada PPR yang bernegosiasi dengan pemberi kerja. 25% PPR memiliki upah < Rp500.000 Terdapat satu PPR yang beralih kerja menjadi pengusaha, sedangkan sisanya menjadi buruh/karyawan tanpa kontrak tertulis. Median lama bekerja PPR di wilayah studi MAMPU setelah beralih kerja adalah 30 jam/minggu. 	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada PPR yang bernegosiasi dengan pemberi kerja. 70,8% PPR memiliki upah < Rp500.000 Terdapat 11 PPR yang beralih menjadi pengusaha dan 6 PPR yang menjadi pekerja keluarga. Sebanyak 14 sisanya menjadi buruh/karyawan atau pekerja bebas. Dari 14 orang ini, hanya ditemukan 1 perempuan yang memiliki kontrak kerja tertulis. Median lama bekerja PPR di wilayah studi non-MAMPU setelah beralih kerja adalah 42 jam/minggu.

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Kotak A1
Cerita Peralihan Kerja Salah Satu PPR di Desa B, Kabupaten Deli Serdang

Informan berhenti menjadi PPR karena merasa bahwa upahnya kecil dan fluktuatif. Ketika memutuskan berhenti, bahan untuk dikerjakan informan juga sedang tersendat, padahal informan sudah lama menjadi pekerja rumahan (penjahit dompet). Namun, informan tidak bisa mengingat berapa tahun ia mengerjakannya. Informan baru memutuskan untuk berhenti dan beralih menjadi pekerja borongan di salah satu pabrik sandal sekitar enam bulan sebelum pengambilan data kualitatif dilakukan.

Informan bisa masuk ke pabrik karena bantuan temannya yang sudah terlebih dahulu bekerja di pabrik. Menurut informan, untuk bisa bekerja di pabrik, calon pekerja pabrik membutuhkan "orang dalam", yaitu pekerja pabrik yang bisa membawa orang lain ikut bekerja. Informan menceritakan kondisinya pada temannya yang bekerja di pabrik dan menanyakan apakah ada lowongan pekerjaan untuk informan. Hanya berselang satu hari, teman informan memberitahukan kabar bahwa informan bisa langsung mulai bekerja di pabrik dengan membawa salinan KTP dan meterai. Informan tidak mengetahui tujuan dibawanya maeterai karena informan tidak menandatangani kontrak kerja tertulis.

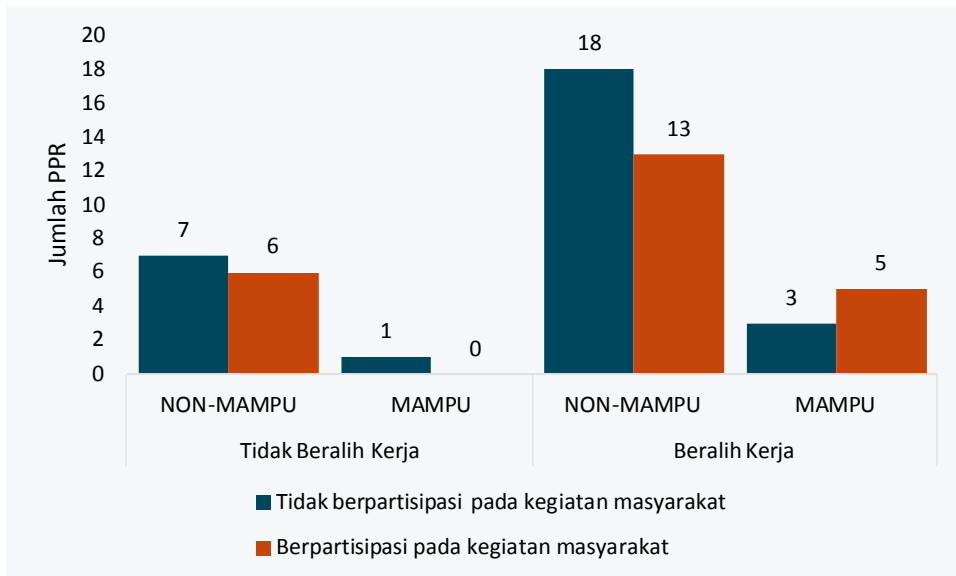
Sumber: Hasil wawancara mendalam.

Kotak A2
Cerita Peralihan Kerja PPR di Desa L, Kabupaten Pangkep

Sekitar 2018, pasokan mente di Desa L sempat terhenti setelah beberapa waktu jumlah mente yang dipasok menurun sehingga menyebabkan sebagian PPR kehilangan pekerjaannya, termasuk semua PPR di salah satu kampung di Desa L. Sebagian PPR akhirnya memutuskan untuk mencari pekerjaan lain setelah beberapa bulan tidak mendapatkan pasokan mente dan tidak mendapatkan informasi yang jelas. Semua informan PPR ketika itu sudah mengetahui peluang pekerjaan pengupasan kepiting, tetapi tidak mengenal pemilik gudang maupun pekerja pengupasan kepiting sehingga hanya menunggu ajakan bergabung.

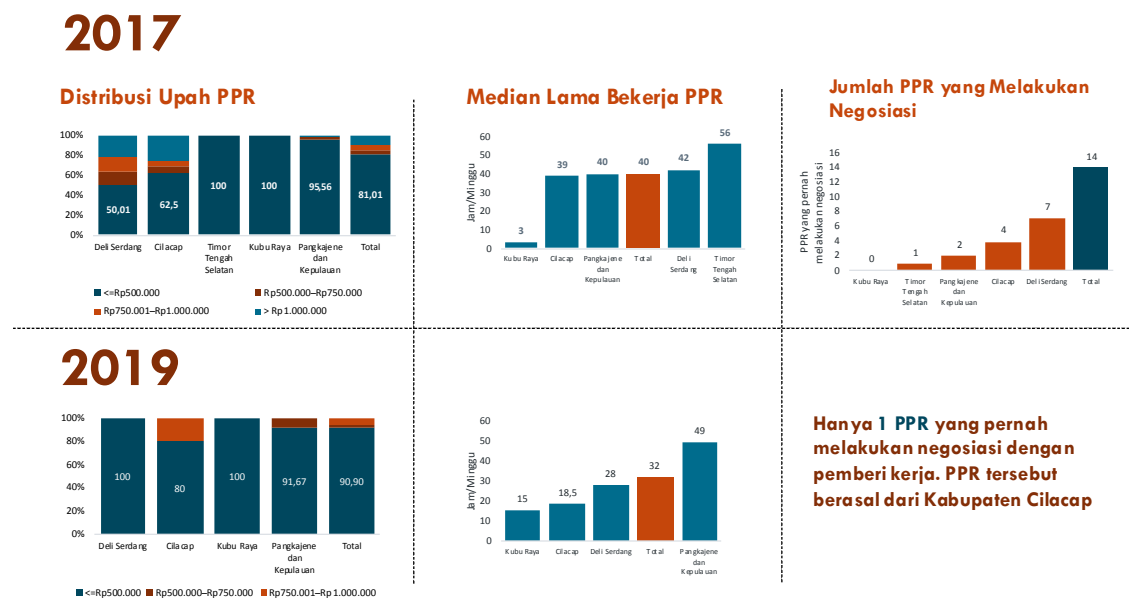
Pada awal 2019, salah satu informan bertemu temannya yang baru ia ketahui bekerja di salah satu gudang pengupasan kepiting di desa lain. Informan pun menanyakan peluang bekerja di gudang pengupasan dan temannya setuju untuk menghubungkan informan dengan pemilik gudang. Beberapa hari setelah itu, informan PPR dipertemukan dengan pemilik gudang yang terbuka dengan informan dan justru meminta informan untuk mengajak perempuan-perempuan lain dengan syarat hanya perempuan yang masih muda, walaupun tidak diberitahu berapa batasan usia muda yang dimaksud. Informan pun membawa tujuh orang tetangganya yang merupakan mantan PPR yang berhenti karena hilangnya pasokan mente dan masih merupakan keluarga informan. "Semua saya ajak yang mau, 'siapa mau e kerja kepiting, *ayo'mi pigi* mendaftar", kata informan menceritakan bagaimana informan mengajak tetangga-tetangganya yang juga kehilangan pekerjaan saat pasokan mente menghilang.

Sumber: Hasil wawancara mendalam.



Gambar A7. Partisipasi masyarakat dan peralihan kerja PPR menurut klasifikasi wilayah

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

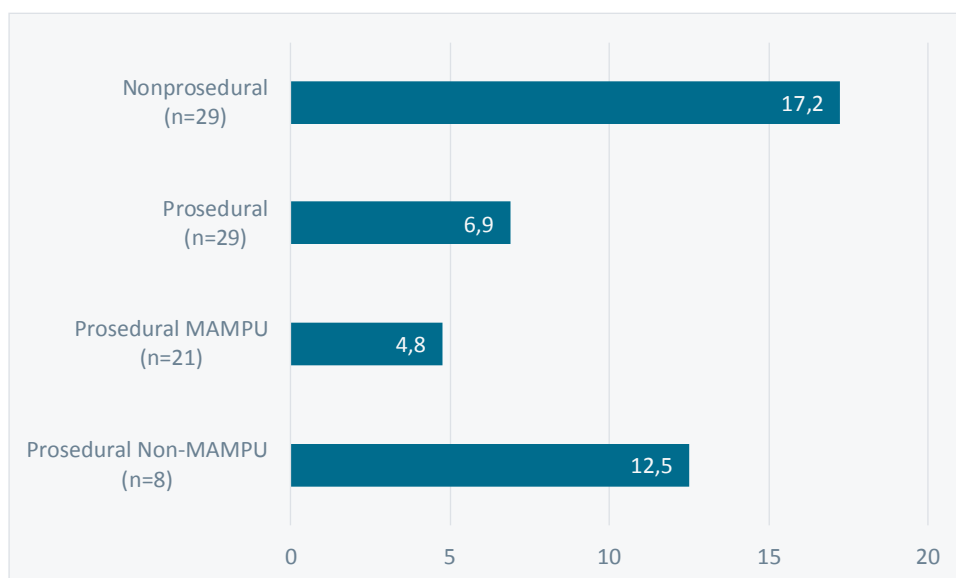


Gambar A8. Kondisi kerja PPR 2017 dan 2019

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

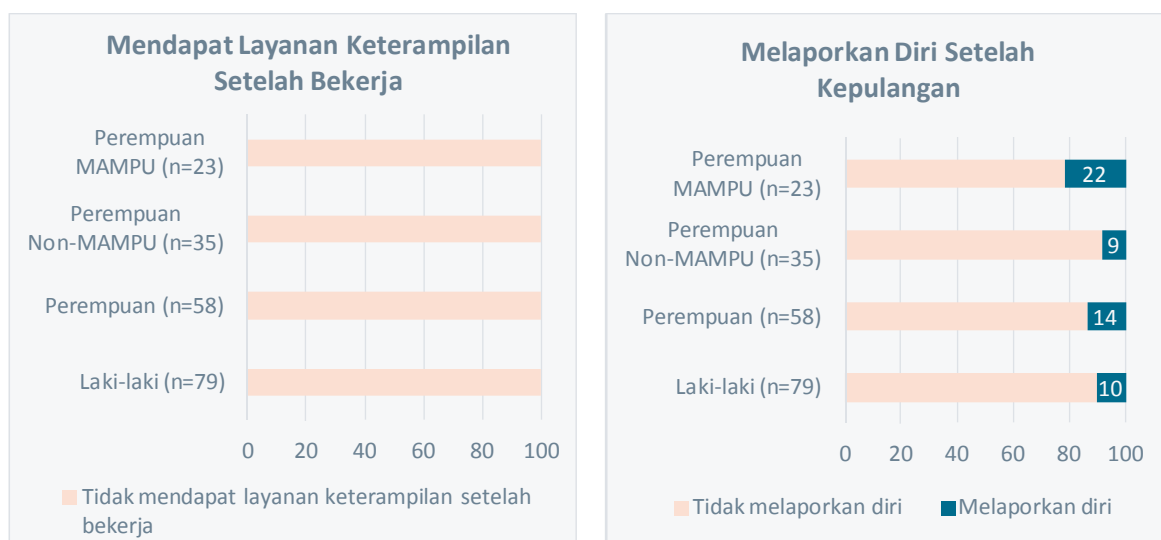
LAMPIRAN 4

Perlindungan terhadap Perempuan PMI



Gambar A9. Proporsi perempuan PMI yang mengalami masalah di tempat kerja (%)

Sumber: Hasil survei tim peneliti.



Gambar A10. Persentase perempuan yang mendapat layanan keterampilan dan melaporkan diri setelah bekerja

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

Tabel A8. Determinan Migrasi Prosedural (*Logistic Regression*)

Variabel	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	<i>log-odds</i>				<i>Odd Ratio</i>			
MAMPU & ≥ 2014	2,078** (0,824)	-0,860 (1,101)	2,056** (1,013)	-0,409 (1,243)	7,987** (6,585)	0,423 (0,466)	7,813** (7,911)	0,664 (0,825)
MAMPU		3,412*** (0,654)		2,429*** (0,829)		30,33*** (19,84)		11,35*** (9,408)
Berangkat ≥ 2014		0,455 (0,521)		0,993* (0,600)		1,576 (0,821)		2,699* (1,619)
Ke Malaysia			-2,336*** (0,551)	-1,484** (0,694)			0,0968*** (0,0533)	0,227** (0,157)
Migrasi pertama			0,0936 (0,538)	-0,0490 (0,570)			1,098 (0,591)	0,952 (0,543)
Perempuan			1,173** (0,491)	1,072** (0,539)			3,232** (1,586)	2,922** (1,576)
Umur			0,0328 (0,0295)	0,0122 (0,0314)			1,033 (0,0305)	1,012 (0,0318)
Tingkat pendidikan			0,379 (0,241)	0,329 (0,259)			1,461 (0,351)	1,390 (0,360)
Konstanta	-0,825*** (0,192)	-1,754*** (0,361)	-1,176 (1,291)	-1,893 (1,393)	0,438*** (0,0841)	0,173*** (0,0625)	0,309 (0,398)	0,151 (0,210)
Jumlah observasi	137	137	132	132	137	137	132	132

Keterangan: Galat baku dalam tanda kurung.

***signifikan pada 1%, **signifikan pada 5%, *signifikan pada 10%

Tabel A9. Aktor yang Berperan dalam Mendorong Migrasi Prosedural dan Pemenuhan Layanan Migrasi Aman

Aktor	Migrasi Prosedural	Sebelum Bekerja	Setelah Bekerja
PMI/purna-PMI	<ul style="list-style-type: none"> • Berbagai informasi tentang migrasi prosedural/aman kepada calon PMI 	-	-
Sponsor	<ul style="list-style-type: none"> • Mencari/merekrut calon PMI hingga ke desa • Mengurus dokumen persyaratan calon PMI 	Mendampingi PMI saat penandatanganan perjanjian kerja	-
P3MI	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan promosi/merekrut calon PMI di desa/sekolah-sekolah • Mengurus pendaftaran calon PMI di Disnaker • Mengurus dokumen persyaratan penempatan (paspor, tes kesehatan-psikologi, visa, dll.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan isi dokumen perjanjian kerja kepada PMI • Mengadakan pembekalan bagi PMI di BLK miliknya • Memalsukan tanda tangan PMI pada dokumen penempatan kerja PMI (Kubu Raya) • Memegang/menahan dokumen perjanjian kerja 	-
Agen mitra di luar negeri	-	Memegang/menahan kontrak kerja PMI	-
Pemerintah Pusat	<ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan Program Desmigratif mulai 2017–pusat layanan migrasi di tingkat desa • Membentuk LTSA (Cilacap) 	-	Melaksanakan Program Desmigratif mulai 2017–reintegrasi ekonomi
Pemda (Disnaker)	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan sosialisasi migrasi aman • Mengeluarkan ID pekerja & rekomendasi pembuatan paspor 	Memberikan pelatihan kepada PMI dengan kapasitas sangat terbatas (Cilacap)	Pembinaan petugas Desmigratif di desa
LTSA	<p>Khusus di wilayah MAMPU (Cilacap)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan layanan administrasi kependudukan, ketenagakerjaan, BPJS, PAP • Mengeluarkan E-KTKLN 	-	
Pemerintah desa	<ul style="list-style-type: none"> • Mengalokasikan anggaran untuk kegiatan PPT dan Program Desbumi secara keseluruhan sejak 2016 • Mengelola PPT bersama kader Desbumi 	-	Mengalokasikan dana pelatihan untuk Kabumi
PPT (Cilacap)	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan layanan perizinan bagi PMI • Sosialisasi migrasi aman 		<ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan layanan pengaduan bagi PMI
Migrant CARE (Cilacap)	<ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan Program Desbumi • Mendampingi masyarakat dan pemerintah desa 		Mendampingi kelompok Kabumi
Kader Desbumi (Cilacap)	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi migrasi aman kepada masyarakat, khususnya kelompok Kabumi • Pendampingan kelompok Kabumi • Melakukan pelayanan di PPT 	-	<ul style="list-style-type: none"> • Menginisiasi kegiatan pelatihan keterampilan • Mendampingi kelompok usaha
Kader Desmigratif	<ul style="list-style-type: none"> • Bekerja sama dengan PPT dan pemdes untuk memberikan layanan perizinan (Cilacap) 		<ul style="list-style-type: none"> • Mendampingi kelompok usaha • Pelaporan kegiatan

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

Tabel A10. Program Pemberdayaan Ekonomi yang Tersedia di Desa Studi (*Midline-Endline*)

Program	Desa	Tahun Pelaksanaan	MAMPU/ Non-MAMPU	Jenis Kegiatan	Penerima Program	Status Program	
						Midline	Endline
Pemberdayaan Kabumi	Desa E Cilacap	2016–2017	MAMPU	Pelatihan keterampilan usaha	30 orang	Aktif	Tidak aktif
Desmigratif	Desa A Deli Serdang	2017/2018	Non-MAMPU	Pelatihan dan bantuan alat pembuatan kue dan menjahit	20 orang	Aktif	Tidak aktif
	Desa E Cilacap	2019–sekarang	MAMPU	Pelatihan dan bantuan alat menjahit dan tani hidroponik	30 orang	-	Aktif sebagian
	Desa I Kubu Raya	2019—sekarang	Non-MAMPU	Pelatihan ternak kambing	20 orang	-	Aktif sebagian

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

LAMPIRAN 5

Peningkatan Status Kesehatan dan Gizi Perempuan

Bidan Desa	Kader Posyandu	Pemerintah	Pemerintah Desa	Pemerintah	Dukun Bayi	Keluarga
<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi pada kegiatan posyandu, kelas ibu hamil, dan pengajian Merujuk kepada pemasangan stiker/bendera di rumah ibu hamil Merujuk kepada tes lab dan USG Bekerja sama dengan BPJS Kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> Telepon ibu hamil <i>Sweeping</i> Undangan tertulis Pengumuman di media sosial (status WhatsApp, dll.) 	<ul style="list-style-type: none"> Pemasangan stiker (Cilacap) Program <i>integrative</i> (Kubu Raya) Pemasangan bendera (TTS) 	<ul style="list-style-type: none"> Tambah posyandu dan insentif kader Pengadaan gedung dan perlengkapan posyandu Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil Perbaikan akses ke posyandu/faskes Menerapkan denda jika tidak ke posyandu 	<ul style="list-style-type: none"> Mengeluarkan Permenkes No. 52 Tahun 2017 	<ul style="list-style-type: none"> Umumnya sudah mengarahkan ibu hamil untuk periksa ke bidan 	<ul style="list-style-type: none"> Masih ada yang tidak mendukung ibu hamil periksa ke posyandu Masih ada yang turut melanggengkan mitos (Kubu Raya)

	Faktor Umum Pendukung Pemeriksaan Kehamilan	Faktor Umum Penghambat Pemeriksaan Kehamilan
Penyedia Layanan	<ul style="list-style-type: none"> Di seluruh desa studi: <ul style="list-style-type: none"> Ketersediaan layanan yang memadai → pengalokasian Dana Desa oleh pemdes → menambah alternatif layanan terdekat Sosialisasi → melalui kegiatan posyandu dan kelas ibu hamil oleh bidan desa dan kader posyandu Kasuistik: pemasangan stiker/bendera di rumah ibu hamil oleh bidan dan kader posyandu (Cilacap dan TTS) 	<ul style="list-style-type: none"> Di seluruh desa studi: tidak ada
Pengguna Layanan	<ul style="list-style-type: none"> Di seluruh desa studi: aktif mengikuti posyandu dan kelas ibu hamil Khawatir kehamilan berisiko Kasuistik: <ul style="list-style-type: none"> Khawatir dengan ancaman bidan jika tidak cek darah, bidan tidak mau bantu persalinan (Kubu Raya) Takut didenda jika tidak memeriksakan kehamilan di posyandu (TTS) 	<ul style="list-style-type: none"> Di beberapa desa studi: kerja pengasuhan/perawatan tak berbayar dan pembagian kerja yang timpang di dalam keluarga (tidak ada yang mengasuh anak jika ditinggal ke posyandu) Kasuistik: <ul style="list-style-type: none"> Mitos kandungan akan hilang jika diperiksa, terutama sebelum usia tiga bulan (Kubu Raya) Memilih bekerja di kebun, khususnya saat musim tanam atau panen, daripada ke posyandu (TTS)

Gambar A11. Aktor dan faktor yang berperan dalam perubahan akses pemeriksaan kehamilan

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

Bidan Desa	Kader Posyandu	Pemerintah Kabupaten	Pemerintah Desa	Puskesmas	Pemerintah Pusat	Dukun Bayi	Keluarga
<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi pada kegiatan posyandu, kelas ibu hamil, dan pengajian Tafsir persalinan Mewajibkan tabulin Bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Menghindari bantu persalinan di rumah 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi di posyandu Mengelola tabulin Memantau stiker/ bendera di rumah ibu hamil Mengantar ibu yang akan bersalin di faskes 	<ul style="list-style-type: none"> Ketentuan persalinan aman Anjuran tabulin Kemitraan bidan dan dukun bayi Program integratif Mengubah skema insentif dukun bayi Rumah tunggu kelahiran Perbaikan infrastruktur layanan persalinan di puskesmas Pengadaan ambulans persalinan 	<ul style="list-style-type: none"> Denda tidak melahirkan di faskes Sosialisasi Anjuran dasolin Pengadaan ambulans desa Perbaikan infrastruktur layanan persalinan di faskes desa 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi saat tes lab 	<ul style="list-style-type: none"> Mengadakan JKN dan Jampersal 	<ul style="list-style-type: none"> Ada yang masih membantu persalinan (Kubu Raya) 	<ul style="list-style-type: none"> Masih ada yang tidak mendukung ibu melahirkan di puskesmas Masih ada yang turut melanggengkan tradisi (Kubu Raya, TTS)

Faktor Umum Pendukung Persalinan Aman

Faktor Umum Penghambat Persalinan Aman

Penyedia Layanan

- Keberadaan program/kebijakan di berbagai jenjang:
 - Nasional: JKN dan Jampersal
 - Kabupaten: JKN Daerah, kemitraan bidan dan dukun bayi, rumah tunggu kelahiran, program integrative, ambulans persalinan, ketentuan persalinan aman
 - Desa: Pengadaan ambulans gratis untuk melahirkan di faskes, ketentuan persalinan aman, penambahan jumlah nakes di faskes desa
 - Komunitas: praktik dasolin/tubulin untuk persiapan biaya persalinan, menandai rumah ibu hamil
- Sosialisasi → melalui kegiatan posyandu dan kelas ibu hamil oleh bidan dan kader posyandu
- Perbaikan infrastruktur layanan dan akses jalan ke faskes
- Adanya kerja sama bidan/klinik swasta dengan BPJS

Pengguna Layanan

- Di seluruh desa studi: aktif mengikuti posyandu dan kelas ibu hamil
- Meningkatnya kesadaran persalinan aman
- Kasuistik: takut didenda jika melahirkan di rumah (TTS)

- Faskes sulit diakses (jarak, transport, biaya, kondisi jalan)
- Masih terbatasnya sosialisasi keberadaan layanan gratis penunjang persalinan di faskes, termasuk mekanisme untuk mengaksessnya
- Kasuistik:
 - Perubahan skema insentif yang dianggap kurang menguntungkan bagi dukun bayi (Kubu Raya)
 - Tidak berlanjutnya penerapan denda KIBBLA dan kegiatan dana sosial ibu bersalin (TTS)

- Beban biaya persalinan dan biaya operasional lainnya → tidak memiliki JKN dan tidak bisa mengakses Jampersal
- Persalinan tidak sesuai dengan hari perkiraan lahir
- Kendala psikologis: takut/trauma dijahit pascapersalinan jika dibantu bidan
- Kasuistik konteks lokal: tradisi persalinan dibantu dukun bayi (Kubu Raya) dan persalinan di rumah (TTS)
- Kerja pengasuhan/perawatan tak berbayar dan pembagian kerja yang timpang di dalam keluarga (tidak ada yang mengasuh anak jika ditinggal ke puskesmas untuk bersalin)
- Tidak ada yang mendampingi melahirkan di faskes

Gambar A12. Aktor dan faktor yang berperan dalam perubahan akses persalinan

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

Bidan Desa	Kader Posyandu	Pemerintah Kabupaten	Pemerintah Desa	Puskesmas	Organisasi Nonpemerint	Keluarga
<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi pada kegiatan posyandu, kelas ibu hamil, dan pengajian Surat pernyataan pemberian ASI eksklusif 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi di posyandu Pemantauan ke rumah 	<ul style="list-style-type: none"> Perbup No. 65 Tahun 2017 	<ul style="list-style-type: none"> Surat pernyataan pemerian ASI eksklusif 	<ul style="list-style-type: none"> Mewajibkan IMD Sosialisasi saat tes lab Sertifikat ASI eksklusif (bekerja sama dengan 'Aisyiyah) 	<ul style="list-style-type: none"> Sertifikat ASI eksklusif ('Aisyiyah) Kelas reproduksi 	<ul style="list-style-type: none"> Masih ada yang tidak mendukung pemberian ASIE Masih ada yang turut melanggengkan tradisi (Kubu Raya)

	Faktor Umum Pendukung IMD dan ASIE	Faktor Umum Penghambat IMD dan ASIE
Penyedia Layanan	<ul style="list-style-type: none"> Di seluruh desa studi: meningkatnya persalinan di faskes Kasuistik: implikasi kebijakan daerah (perbup tentang IMD dan ASIE di Pangkep; surat pernyataan pemberian ASIE di TTS) Kasuistik: pemantauan oleh kader posyandu ke rumah ibu menyusui → turunan kegiatan dari sertifikat ASIE (Pangkep) dan surat pernyataan pemberian ASIE (TTS) Sosialisasi → melalui kegiatan posyandu, kelas ibu hamil, kelas reproduksi 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi tentang praktik IMD dan ASI eksklusif belum merata Pemahaman nakes mengenai ASI belum sepenuhnya utuh sehingga ada yang memberikan susu formula kepada bayi baru lahir
Pengguna Layanan	<ul style="list-style-type: none"> Aktif mengikuti kegiatan sosial/keompok (posyandu, kelas ibu hamil, dan kelas reproduksi) Meningkatnya pengetahuan tentang pentingnya praktik IMD dan ASIE Aktif mencari info di media sosial 	<ul style="list-style-type: none"> Kendala kondisi medis: melahirkan secara sesar atau dengan komplikasi ASI tidak keluar saat IMD atau tidak mencukupi untuk ASIE Bekerja Kasuistik: tradisi memberikan air/madu di bibir bayi baru lahir (Kubu Raya) Pengasuhan bersama keluarga besar yang kerap memberikan makanan selain ASI sebelum bayi berusia 6 bulan

Gambar A13. Aktor dan faktor yang berperan dalam perubahan perilaku praktik IMD dan ASIE

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.



Gambar A14. Partisipasi kegiatan di desa dan pemeriksaan kehamilan, persalinan aman, praktik IMD, ASIE, kontrasepsi, dan deteksi dini kanker

Sumber: Hasil survei tim peneliti.

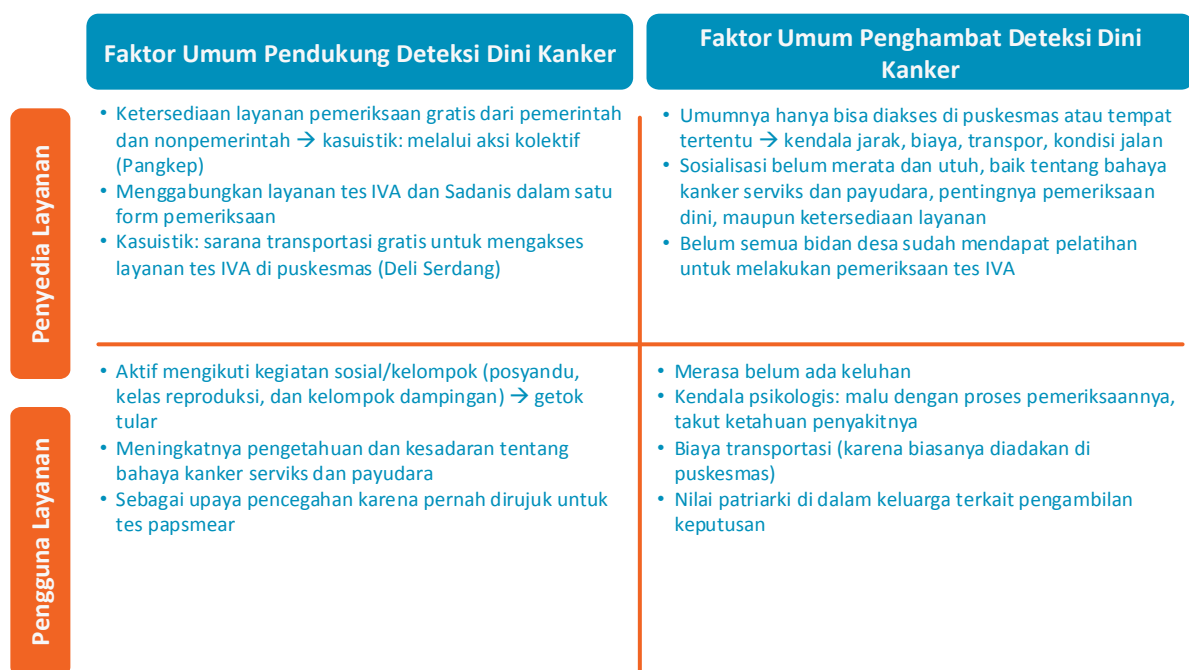
Bidan Desa	Kader Posyandu	Pemerintah Kabupaten	Pemerintah Desa	Puskesmas	Pemerintah Pusat	Organisasi Nonpemerin	Keluarga
<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi pada kegiatan posyandu, kelas ibu hamil, pengajian, gereja, kelas reproduksi (bekerja sama dengan 'Aisyiyah), dan BSA Sosialisasi saat periksa kehamilan di faskes desa 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi di posyandu 	<ul style="list-style-type: none"> Kampung KB 	<ul style="list-style-type: none"> Pengadaan ambulans desa untuk ke puskesmas 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi saat periksa kehamilan dan kelas reproduksi (bekerja sama dengan 'Aisyiyah) Harus KB segera setelah persalinan 	<ul style="list-style-type: none"> Kontrasepsi gratis dari BKKBN/JKN 	<ul style="list-style-type: none"> Safari KB ('Aisyiyah) Kelas reproduksi ('Aisyiyah) 	<ul style="list-style-type: none"> Masih ada yang tidak mendukung perempuan menggunakan MKJP

	Faktor Umum Pendukung MKJP	Faktor Umum Penghambat MKJP
Penyedia Layanan	<ul style="list-style-type: none"> Adanya layanan kontrasepsi gratis dari pemerintah dan nonpemerintah (mitra MAMPU) Program/kegiatan: kampung KB, kelas reproduksi, sarana transportasi gratis untuk mengakses layanan kontrasepsi di puskesmas Adanya sosialisasi agar menggunakan kontrasepsi, khususnya MKJP 	<ul style="list-style-type: none"> MKJP hanya bisa diakses di faskes tertentu, misalnya, pemasangan implan umumnya hanya bisa dilakukan di puskesmas → konsekuensi: jarak dan biaya transpor Terbatasnya stok untuk jenis kontrasepsi yang bisa diakses gratis Sosialisasi belum utuh sehingga masih banyak kesalahpahaman tentang MKJP
Pengguna Layanan	<ul style="list-style-type: none"> Aktif mengikuti kegiatan sosial/kelompok (posyandu, kelas ibu hamil, dan kelas reproduksi) Peningkatan pengetahuan tentang MKJP Psikologis: trauma melahirkan, malu jika hamil lagi (biasanya karena anak terakhir belum berusia satu tahun atau menganggap jumlah anak sudah terlalu banyak) Merasa jumlah anak sudah cukup 	<ul style="list-style-type: none"> Di seluruh desa studi: kendala medis dan psikologis (malu/takut dengan proses pemasangannya) Masa penggunaan MKJP dinilai terlalu lama (3—5 tahun) Mempercayai gossip yang salah tentang MKJP (dampak penggunaan MKJP jenis implan dan spiral) Nilai patriarki di dalam keluarga terkait pengambilan keputusan

Gambar A15. Aktor dan faktor yang berperan dalam perubahan akses penggunaan kontrasepsi

Sumber: Hasil FGD dan wawancara mendalam.

Bidan Desa	Kader Posyandu	Pemerintah Kabupaten	Pemerintah Desa	Puskesmas	Organisasi Nonpemerintah	Keluarga
<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi pada kegiatan posyandu, kelas reproduksi (bekerja sama dengan 'Aisyiyah), dan BSA Aksi kolektif (bersama BSA) mengusulkan alat tes IVA gratis di faskes desa 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi di posyandu 	<ul style="list-style-type: none"> Warung IVA Pengadaan alat tes IVA di puskesmas 	<ul style="list-style-type: none"> Pengadaan ambulans desa untuk ke puskesmas Pengalokasian DD untuk alat tes IVA di faskes desa berkat aksi kolektif bidan desa dan BSA 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi di kelas reproduksi (bekerja sama dengan 'Aisyiyah) Form tes IVA digabung dengan sadanis 	<ul style="list-style-type: none"> Kelas reproduksi ('Aisyiyah) Sosialisasi ('Aisyiyah, BSA, PEKKA) Tes IVA gratis (mahasiswa KKN dari Akbid 'Aisyiyah) Mendorong aksi kolektif alat tes IVA (BSA) Papsmear gratis ('Aisyiyah dan Kimia Farma) 	<ul style="list-style-type: none"> Masih ada yang tidak mendukung perempuan tes IVA



Gambar A16. Aktor dan faktor yang berperan dalam perubahan akses deteksi dini kanker

Sumber: Hasil survei, FGD, dan wawancara mendalam.

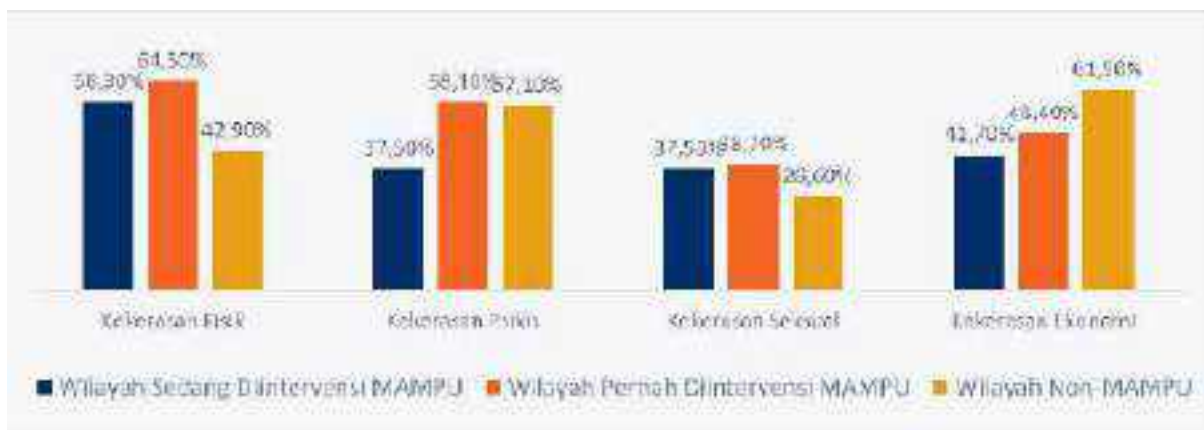
LAMPIRAN 6

Pengurangan Kekerasan terhadap Perempuan: Layanan Pelaporan KDRT



Gambar A17. Proporsi responden mengalami KDRT

Sumber: Hasil survei tim peneliti (N=383).



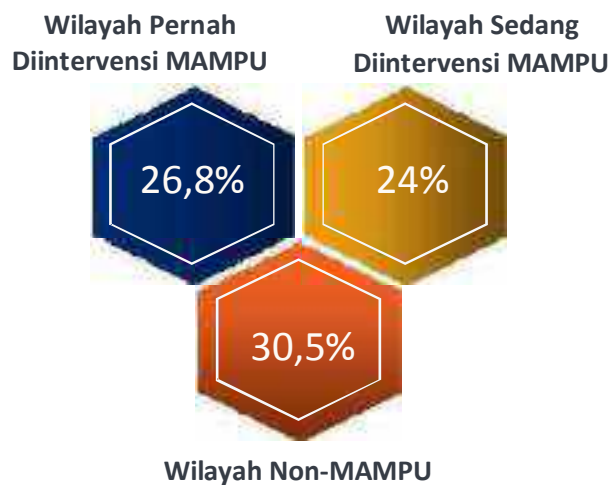
Gambar A18. Jenis KDRT yang dialami responden—*endline*

Sumber: Hasil survei tim peneliti (N=76).



Gambar A19. Jumlah jenis KDRT yang dialami responden

Sumber: Hasil survei tim peneliti (N=76).



Gambar A20. Proporsi responden yang mengetahui kejadian KDRT di desa

Sumber: Hasil survei tim peneliti (N=469).

Tabel A11. Perubahan Program, Fasilitas Pelaporan, dan Perlindungan Hukum di Wilayah Studi Periode 2017–2019

Program PKDRT di Desa C (Deli Serdang)	Aplikasi Jogo Wargo di Jawa Tengah	Fasilitas Perlindungan Hukum di Kabupaten Cilacap
Program Pencegahan KDRT (PKDRT) dibentuk dalam rangka lomba PKDRT kabupaten dan menyediakan layanan pelaporan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT.	Aplikasi daring 24 jam untuk (i) menyampaikan pengaduan masyarakat ke kepolisian secara cepat dan (ii) penyampaian informasi dari kepolisian kepada masyarakat.	Tersedia tenaga psikolog forensik yang dapat membantu aparat penegak hukum dalam mengumpulkan keterangan dari korban pada proses penyidikan/penanganan kasus hukum KDRT.
Program PKDRT dilaksanakan mulai 2017 oleh tim penggerak PKK desa menggunakan dana desa.	Aplikasi berlaku di seluruh wilayah Jateng, diluncurkan pada Oktober 2019 oleh Polda Jateng, dapat diunduh secara gratis, dan dapat digunakan untuk berbagai pelaporan kasus, termasuk KDRT.	Pemda Cilacap mengalokasikan dana 10 juta rupiah mulai tahun anggaran 2019/2020.
<p>Pada 2019, Program PKDRT tidak aktif lagi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan dan ruang konseling bagi korban KDRT tidak lagi tersedia. 2. Kader anti-KDRT sudah tidak aktif 3. Pelatihan penanganan KDRT tidak dilaksanakan lagi. <p>Belum ada kasus KDRT yang ditangani melalui program ini.</p>	<p>Sudah ada perempuan di desa studi yang mengetahui keberadaan aplikasi.</p> <p>Sampai dengan saat pengumpulan data (Februari 2020), belum ada laporan pengaduan dari desa studi melalui aplikasi ini.</p>	<p>Ada empat psikolog dengan jumlah pertemuan observasi sebanyak tiga kali per kasus dan dilayani di RSUD Cilacap.</p> <p>Sampai dengan saat pengumpulan data (Februari 2020), belum ada pelaporan KDRT yang memerlukan pemeriksaan psikologis forensik sehingga belum ada kasus yang ditangani.</p>

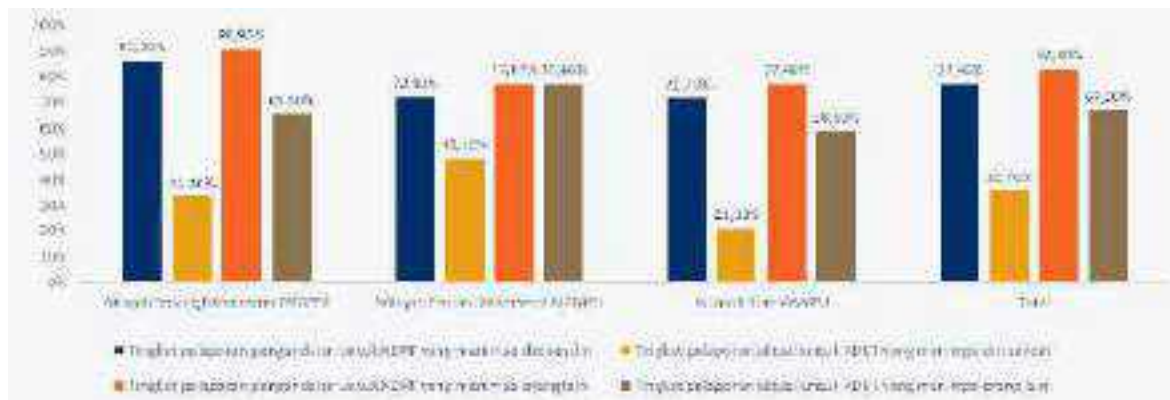
Sumber: Hasil wawancara mendalam dan FGD.

Tabel A12. Aktor dan Kegiatan Pemberian Informasi Mengenai KDRT Selama 2017–2019

Aktor dan Bentuk Kegiatan	Keterangan
Sosialisasi oleh pihak kepolisian, Dinas Pengendalian Penduduk, KB, Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak (Dinas P2KB & P3A); dan puskesmas dalam rangka program Pencegahan KDRT	Desa C (Deli Serdang) pada akhir 2017
Penyuluhan oleh Dinas Kesehatan, kepolisian, dan tim penggerak PKK kecamatan mengenai KDRT ditujukan kepada kader PKK	Desa B (Deli Serdang) pada periode 2017–2019
Sosialisasi oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) mengenai KDRT dan perlindungan anak ditujukan kepada perempuan usia subur	Desa L (Pangkep) pada 2018 dan 2019
Sosialisasi oleh P2TP2A Cilacap Tanpa Kekerasan (CITRA) kepada kader PKK	Desa F (Cilacap) pada 2018
Sosialisasi oleh Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, dan Keluarga Berencana mengenai perlindungan perempuan dan anak dari kekerasan kepada kader PKK dan kader posyandu	Desa H (Kubu Raya) pada 2019

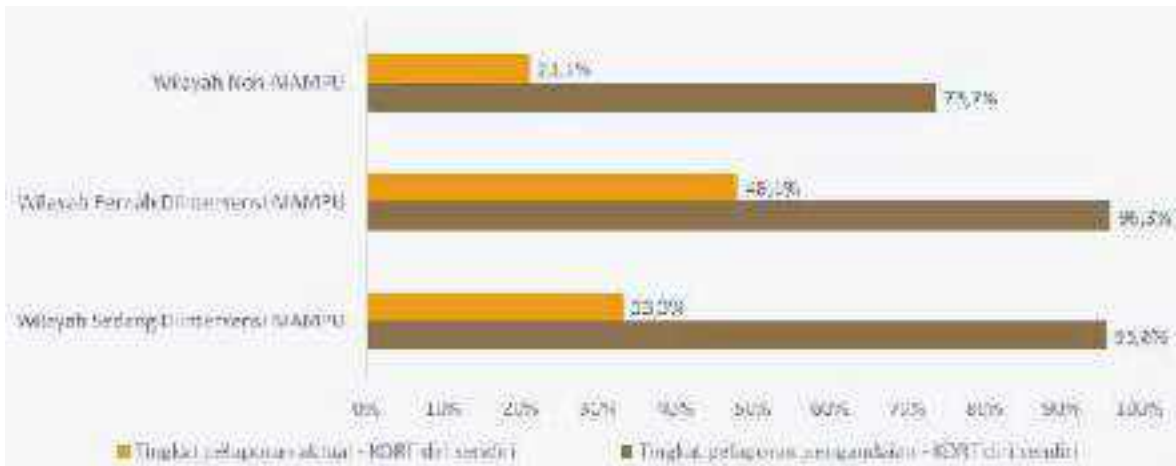
Aktor dan Bentuk Kegiatan	Keterangan
PEKKA menyelenggarakan kegiatan Akademi Paradigta. Salah satu materi yang disampaikan adalah mengenai KDRT.	Desa G, Desa H, dan Desa I (Kubu Raya) setiap tahun mulai 2016–2019
Tokoh agama pada berbagai kegiatan agama di desa (pengajian, khotbah nikah, kegiatan kelompok umat basis, kebaktian, dll.) menyampaikan informasi mengenai hubungan suami istri yang baik berdasar agama, termasuk larangan melakukan kekerasan.	Cilacap, Deli Serdang, TTS
Kepala desa Desa O memperoleh sosialisasi mengenai penanganan KDRT dari SSP di tingkat kecamatan.	Kegiatan tingkat kecamatan (TTS) sekitar 2016/2017
Kader 'Aisyiyah menyampaikan informasi mengenai kewajiban dan hak istri suami dalam rumah tangga pada saat kegiatan perkumpulan 'Aisyiyah di desa.	Desa D Cilacap
Kader SSP/perangkat desa menyampaikan informasi mengenai KDRT pada berbagai kegiatan di masyarakat, seperti pada acara pernikahan dan kematian, perkumpulan/rapat di dusun/desa, dll.	Desa M dan Desa N (TTS)
Kades menyampaikan informasi mengenai KDRT pada berbagai kegiatan di masyarakat, seperti pada acara pernikahan dan kematian, perkumpulan/rapat di dusun/desa, dan meminta masyarakat untuk melaporkan kepadanya jika ada kejadian KDRT.	Desa O (TTS)
Keluarga, kerabat, tetangga, dan anggota masyarakat lainnya saling berbagi informasi mengenai KDRT pada saat interaksi sehari-hari.	Semua lokasi studi
Media elektronik, terutama televisi: tayangan berupa acara berita, <i>infotainment news</i> , sinema elektronik, film televisi Media sosial: pesan berantai pada grup WhatsApp/Facebook, berita di internet (pada kelompok usia muda)	Semua lokasi studi

Sumber: Wawancara dan FGD tim peneliti.



Gambar A21. Perilaku pelaporan: tingkat pelaporan pengandaian vs. aktual

Sumber: Hasil survei tim peneliti (N=394).



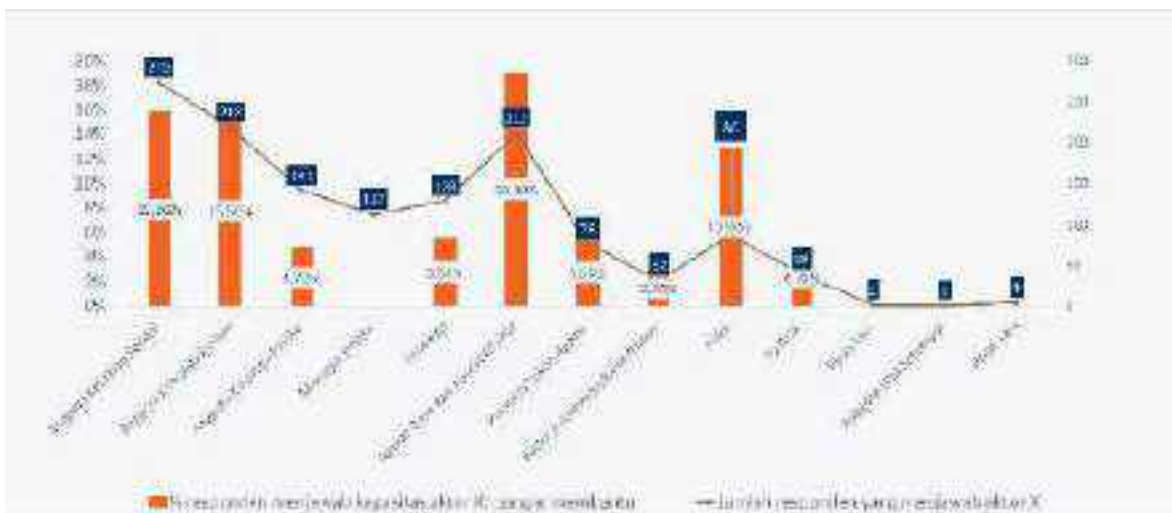
Gambar A22. Pelaporan pengandaian vs. aktual untuk KDRT yang menimpa diri sendiri

Sumber: Hasil survei tim peneliti (N=70).



Gambar A23. Pelaporan pengandaian vs. aktual untuk KDRT yang menimpa orang lain

Sumber: Hasil survei tim peneliti (N=413).



Gambar A24. Kapasitas aktor dalam menyelesaikan masalah KDRT-endline

Sumber: Hasil survei tim peneliti (N=388).

Kotak A3
Salah Satu Contoh Kasus Penyelesaian Pelaporan KDRT Tanpa Penerapan Perdes di Desa M (TTS)

Y (suami, 35 tahun, pengiris/pembuat tuak) dan D (istri, 35 tahun, penenun) sudah menikah sejak 2010. Sejak 2013, Y mulai melakukan KDRT kepada istrinya. Saat Y mabuk dan marah, dia sering kali memaki istrinya, melempar-lempar perabot rumah tangga, seperti peralatan makan hingga televisi dan bahkan pernah memaksa istrinya berhubungan seksual. Kemarahan suami sering kali dipicu hal sepele, misalnya, karena D tidak memasak. Menurut D, sebenarnya suami marah karena kecewa D tidak kunjung hamil. D sudah meminta suaminya untuk menceraikannya dan mempersilakannya untuk menikah lagi, tetapi suaminya tidak bersedia. D mengetahui informasi bahwa KDRT dapat dilaporkan dari kader SSP dan kadus yang pernah berkunjung ke rumahnya bersama ketua RT. D menduga, rumahnya adalah salah satu yang didatangi karena mereka mengetahui bahwa suaminya sering mabuk dan melakukan kekerasan terhadap istri.

Pada sekitar pukul 10 malam pada November 2019, Y pulang ke rumah dalam keadaan mabuk dan dia marah-marah karena D tidak memasak dan kemudian memukul D. Hal ini adalah pertama kalinya terjadi pemukulan. D sempat berbalik memarahi suaminya tetapi tidak bisa menghindari pukulannya. D mengalami luka-luka lebam, terutama di bagian lengan. Tetangganya tidak ada yang berani menolong atau melerai. Malam itu juga, D menemui ketua BPD yang belum tidur karena sedang bekerja sehingga rumahnya masih terbuka. Bersama ketua BPD, D lalu ke rumah kader SSP. D menyampaikan peristiwa pemukulan itu. D sudah tidak tahan lagi dengan sikap suaminya. Dia berharap dengan laporan ini, suaminya mendapat teguran, menjadi jera, dan tidak akan mengulangi perbuatannya.

Ketua BPD dan kader SSP mengantar D pulang ke rumah untuk sekaligus bertemu dengan Y malam itu juga. Sayangnya Y mengunci diri di kamar dan tidak bersedia menemui mereka. Untuk alasan keamanan, ketua BPD dan kader SSP, meminta D untuk menumpang tidur di rumah salah satu kerabat suaminya yang juga tetangganya. Keesokan paginya, barulah Y dapat ditemui sebelum pergi bekerja. Ketua BPD dan kader SSP berbicara kepada Y dan menegurnya. Y mengakui telah memukul istrinya dalam keadaan mabuk. Y bersedia minta maaf dan berjanji tidak akan mengulangi perbuatannya. Sebagai jaminan atas janjinya, ketua BPD dan kader SSP meminta Y menandatangani surat pernyataan yang berisi permintaan maafnya kepada D serta janjinya untuk tidak mengulangi perbuatannya, dan kesediaannya untuk dilaporkan kepada polisi apabila kelak KDRT terulang lagi. Y tidak bisa membaca dan menulis, maka kader SSP-lah yang menuliskan surat pernyataan itu serta membacakannya. Surat pernyataan bermeterai itu kemudian ditandatangani oleh suami istri Y dan D, serta para saksi (ketua BPD, kader SSP, dan kerabat suami yang juga tetangganya).

Sampai dengan wawancara dilakukan (21 Februari 2020), D mengaku suaminya kadang-kadang masih mabuk-mabukan. Kebiasaan ini sulit dihilangkan. Teman-teman suaminya selalu datang untuk minum bersama. Saat mabuk, Y masih marah-marah dan kadang menyinggung soal keturunan, tetapi dia tidak pernah lagi memukul dan melempar perabot rumah tangga. D juga berusaha menghindari suaminya ketika ia sedang mabuk supaya mereka tidak lagi bertengkar. Salah satu keponakannya yang masih bersekolah di tingkat SMP juga sering menemaninya di rumah supaya jika sewaktu-waktu ada kejadian KDRT, ada yang bisa menolongnya.

Sumber: Wawancara tim peneliti.

Kotak A4

Salah Satu Contoh Kasus Kejadian KDRT Berulang di Desa E (Cilacap)

H (perempuan, 40 tahun) telah menikah sejak 2004 dengan suami yang sesama warga Desa E. Suami istri ini dikarunia dua orang anak. Saat ini anak pertama merantau ke Jakarta untuk bekerja dan anak kedua berada di kelas 1 SMK. Pada 2005–2010, H bekerja sebagai PMI di Hongkong. H memberikan suaminya modal untuk menjalankan usaha pengakutan pasir. Tujuannya adalah supaya setelah H selesai bekerja sebagai PMI, mereka sudah memiliki usaha keluarga. Ketika menjadi PMI, H sempat mendengar suaminya berselingkuh. H dan keluarganya hanya menasehati suami agar tidak berselingkuh. Setelah kontraknya sebagai PMI selesai, H kembali ke Cilacap, tetapi karena desakan ekonomi, ia lalu bekerja di Jakarta.

Pada 2015, H mendapat informasi bahwa suaminya berselingkuh dengan istri sepupunya. Oleh karena itu, H berhenti bekerja di Jakarta dan pulang ke Cilacap. Setiap kali H menanyakan perihal perselingkuhannya itu, suaminya marah dan terjadi pertengkaran. Hingga suatu malam pertengkaran itu berakhir dengan penamparan H oleh suaminya dan suaminya pergi dari rumah. H melapor kepada kakaknya yang tinggal di Jawa Timur. Kakaknya lalu datang ke Cilacap. Setelah keduanya berdiskusi, H dan kakaknya ingin agar suami H menandatangani surat pernyataan bahwa ia tidak akan mengulangi perbuatannya. Mereka lalu mendatangi kadus untuk menyampaikan rencana tersebut. Kadus meminta H dan kakaknya mendatangi ketua RT untuk bersama-sama membuat surat pernyataan tersebut. Dua hari setelah kejadian penamparan, kadus mengundang H, suaminya, dan kakaknya, serta ketua RT dan ketua RW. H dan suaminya menandatangani surat pernyataan bermeterai yang menyatakan bahwa kedua belah pihak saling memaafkan dan berdamai. Kadus, ketua RT, dan ketua RW menjadi saksi.

Menurut kadus, sebenarnya H juga memiliki andil dalam peristiwa ini, H dianggap terlalu posesif dan pencemburu, serta mengingatkan suaminya pada saat tidak tepat, yaitu ketika ia masih lelah sepulang bekerja. Kadus tidak membawa kasus ini ke tingkat yang lebih tinggi (pemerintah desa, polisi dll.) karena menurutnya hal ini hanya merupakan pertengkaran suami istri yang cukup memadai penyelesaiannya di tingkat dusun atau desa saja. Jika tidak terselesaikan di tingkat desa, barulah kasus ini perlu diajukan ke polisi. Kades mengetahui peristiwa ini karena setelah penandatanganan surat pernyataan, H menginformasikannya kepada kadus. H tidak berniat melanjutkan lagi pelaporannya karena menurutnya pelaporan kepada kadus sudah menyelesaikan masalah.

Namun, sebulan setelah kejadian itu (2015), masalah lain muncul. H dan suaminya ternyata memiliki tunggakan utang kepada bank dan beberapa warga Desa E setidaknya sekitar 150 juta–200 juta rupiah. Hasil mediasi yang melibatkan pemdes setempat menyatakan bahwa H dan suaminya akan membayar utang secara bertahap. Ternyata suami H lalu pergi dari rumah dan sampai saat ini (2020) tidak pernah kembali. Beberapa aset keluarga yang didapatkan dari H selama bekerja sebagai PMI lalu dijual untuk membayar utang, tetapi itu pun ternyata masih kurang. Sampai saat ini, H dan suaminya masih berstatus suami istri tetapi sudah tidak tinggal bersama. Suami H tidak memberi nafkah kepada H dan anak-anaknya sehingga H menafkahi keluarganya sendiri dari membuka warung kecil di rumahnya. H tidak mempunyai biaya untuk mengurus perceraian. Sejauh ini tidak ada tindakan dari kadus/perangkat desa kepada suami H yang sudah melalaikan kewajibannya.

Sumber: Wawancara tim peneliti.

Kotak A5
Salah Satu Contoh Kasus Kejadian KDRT Berulang di Desa M (TTS)

O (istri, 51 tahun) dan S (suami, 57 tahun) tinggal di Desa M (TTS) dan bekerja sebagai petani di kebun milik mereka sendiri. O tidak aktif dalam kegiatan sosial apa pun di masyarakat, kecuali di gereja. Sejak dua tahun lalu, O diangkat sebagai tokoh gereja oleh pendeta dan majelis harian gereja. Di Desa M, informasi mengenai pelaporan KDRT disampaikan melalui kegiatan gereja oleh tokoh agama/masyarakat/adat/kader SSP. Informasi keberadaan kasus KDRT yang dialami O didapat tim peneliti dari kader SSP dan kadus yang pernah menangani pelaporan KDRT dari O pada November 2015. Pada waktu itu, kadus dan kader SSP menjadi mediator antara S dan O. S sudah menandatangani surat pernyataan yang berisi pernyataan bersalah telah melakukan kekerasan fisik terhadap O, permintaan maaf, perdamaian antara keduanya, kesediaan S untuk tidak mengulangi perbuatannya, serta kesediaan S untuk diproses secara hukum formal dan hukum adat jika melakukan kekerasan lagi. Surat pernyataan tersebut ditandatangani oleh S dan O, serta kadus, tokoh adat, ketua RT, dan kades. Setelah pelaporan itu, sepengetahuan kadus dan kader SSP, O tidak pernah melaporkan mengalami KDRT lagi.

Tim peneliti akhirnya bisa menemui O pada 21 Februari 2020. Awalnya, O mengaku bahwa ia tidak pernah mendapat kekerasan apa pun dari suaminya. Setelah beberapa waktu, O mengaku pernah dipukul suaminya, tetapi hal ini sudah lama terjadi dan hanya berlangsung ketika anak-anak mereka masih kecil. Biasanya O dipukul di pundak atau punggung. Dulu, suaminya kerap memukul O ketika ada anak mereka yang menangis. Lalu, ketika wawancara berlangsung lebih lama, O menyebutkan bahwa suaminya memang suka memukul tetapi sudah berhenti ketika cucu pertama mereka lahir. Pada akhirnya, O mengaku bahwa suaminya terakhir kali memukulnya sekitar lima bulan lalu, yakni sebelum kelahiran cucu terakhir mereka (cucu keenam). Saat itu, S baru pulang dari kebun dan menyaksikan cucunya yang berumur 4 tahun menangis karena O terlambat menyediakan makan siang. Tindakan kekerasan disaksikan oleh anak dan cucu mereka, tetapi tidak ada yang berani melawan. O hanya diam, tidak menangis, dan tidak membalas perbuatan S karena takut. S lalu menyuapi cucunya makan.

O tidak ingin melapor karena takut suaminya akan kembali melakukan pemukulan yang lebih parah. Menurutnya cekcok suami istri adalah hal wajar dan hal itu adalah urusan internal keluarga sehingga tidak perlu dilaporkan kepada orang lain. Dia tidak ingin kehidupan rumah tangganya menjadi bahan perbincangan tetangga. O masih menyayangi S dan tidak ingin bercerai. O juga memakluminya karena menurutnya S memukul hanya saat ia lelah selepas bekerja dan minta maaf setelahnya. O yang masih merasa sayang kepada S juga selalu memaafkannya. Menurut O, biasanya S hanya terdiam ketika O mengatakan “pukul habis, datang minta maaf” kepada S. O juga menambahkan bahwa suaminya “hanya” memukul menggunakan tangan dan tidak pernah menggunakan kayu atau alat lainnya sehingga tidak pernah membuat dia terluka, memar, atau berdarah. Oleh sebab itu, O mengaku masih bisa menerima tindak kekerasan yang dilakukan S selama ini.

Sampai dengan akhir wawancara, O tidak mengakui pernah melaporkan KDRT kepada kader SSP, kadus, atau pihak manapun di luar keluarganya. Menurutnya, dia hanya melaporkan hal ini kepada keluarganya saja, padahal dokumen surat pernyataan bersama kasus KDRT yang menyimpannya masih ada di SSP desa.

Sumber: Wawancara tim peneliti.

Tabel A13. Analisis Probit: Pelaporan Pengandaian untuk KDRT yang Menimpa Diri Sendiri

	Akan Melaporkan KDRT yang Menimpa Diri Sendiri (1=Ya, 0=Tidak)	
	Efek Marginal	Galat Baku
Variabel Tingkat Individu		
Usia	0,001	0,023
Usia kuadrat	-0,000	0,000
Mengenyam pendidikan tingkat SMP (1=ya, 0=tidak)	0,014	0,034
Mengenyam pendidikan tingkat SMA (1=ya, 0=tidak)	0,029	0,045
Menikah (1=ya, 0=tidak)	-0,013	0,054
Bekerja (1=ya, 0=tidak)	-0,007	0,025
Pernah hamil (1=ya, 0=tidak)	0,101 ^{*)}	0,056
Pernah melahirkan (1=ya, 0=tidak)	0,0214	0,028
Tercatat dalam KK (1=ya, 0=tidak)	0,0560	0,046
Memiliki KTP (1=ya, 0=tidak)	0,0407	0,036
Menjadi anggota koperasi (1=ya, 0=tidak)	0,056	0,036
Mengikuti arisan (1=ya, 0=tidak)	-0,027	0,029
Mengikuti kegiatan PKK di desa dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	0,036	0,050
Menjadi anggota aksi kolektif di desa dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	0,012	0,055
Mengikuti kegiatan keagamaan di desa dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	-0,004	0,029
Mengikuti kegiatan kerja bakti di desa dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	-0,027	0,0316
Pernah mengalami KDRT dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	0,086 ^{**))}	0,037
Mengetahui ada kejadian KDRT di desa (1=ya, 0=tidak)	-0,013	0,038
Akan melaporkan KDRT jika menimpa keluarga inti (1=ya, 0=tidak)	0,170 ^{***))}	0,036
Akan melaporkan KDRT jika menimpa teman (1=ya, 0=tidak)	0,065	0,043
Akan melaporkan KDRT jika menimpa tetangga (1=ya, 0=tidak)	0,042	0,043
Variabel Tingkat Keluarga		
Status rumah adalah milik sendiri (1=ya, 0=tidak)	0,003	0,031
Rasio dependensi	-0,001 ^{**))}	0,000
Kepala keluarga bekerja (1=ya, 0=tidak)	0,004	0,048
Kesejahteraan tergolong dalam kuantil pertama terbawah (1=ya, 0=tidak)	-0,071 ^{*))}	0,039
Kesejahteraan tergolong dalam kuantil kedua terbawah (1=ya, 0=tidak)	-0,023	0,033
Menerima program bantuan sosial dari pemerintah (1=ya, 0=tidak)	-0,166 ^{**))}	0,077
Menerima program bantuan sosial dari nonpemerintah (1=ya, 0=tidak)	0,023	0,029
Jumlah observasi		883
R ²		0,3311

Sumber: Diolah dari hasil survei tim peneliti, 2017 dan 2019.

***signifikan pada 1%, **signifikan pada 5%, *signifikan pada 10%



Tabel A14. Analisis Probit: Pelaporan Pengandaian untuk KDRT yang Menimpa Orang Lain

	Akan Melaporkan KDRT yang Menimpa Orang Lain (1=Ya, 0=Tidak)	
	Efek Marginal	Galat Baku
Variabel Tingkat Individu		
Usia	0,000	0,022
Usia kuadrat	0,000	0,000
Mengenyam pendidikan tingkat SMP (1=ya, 0=tidak)	0,028	0,026
Mengenyam pendidikan tingkat SMA (1=ya, 0=tidak)	-0,006	0,040
Menikah (1=ya, 0=tidak)	0,026	0,049
Bekerja (1=ya, 0=tidak)	-0,004	0,023
Pernah hamil (1=ya, 0=tidak)	0,097 ^{*)}	0,052
Pernah melahirkan (1=ya, 0=tidak)	0,015	0,027
Tercatat dalam KK (1=ya, 0=tidak)	0,061 ^{*)}	0,033
Memiliki KTP (1=ya, 0=tidak)	0,000	0,033
Menjadi anggota koperasi (1=ya, 0=tidak)	0,028	0,035
Mengikuti arisan (1=ya, 0=tidak)	0,001	0,026
Mengikuti kegiatan PKK di desa dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	0,123 ^{***)}	0,053
Menjadi anggota aksi kolektif di desa dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	0,131 ^{***)}	0,057
Mengikuti kegiatan keagamaan di desa dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	0,081 ^{***)}	0,028
Mengikuti kegiatan kerja bakti di desa dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	0,015	0,025
Pernah mengalami KDRT dalam setahun terakhir (1=ya, 0=tidak)	0,081 ^{***)}	0,033
Mengetahui ada kejadian KDRT di desa (1=ya, 0=tidak)	0,087 ^{***)}	0,032
Variabel Tingkat Keluarga		
Status rumah adalah milik sendiri (1=ya, 0=tidak)	0,002	0,027
Rasio dependensi	0,000	0,000
Kepala keluarga bekerja (1=ya, 0=tidak)	0,072 ^{***)}	0,036
Kesejahteraan tergolong dalam kuantil pertama terbawah (1=ya, 0=tidak)	0,092 ^{***)}	0,038
Kesejahteraan tergolong dalam kuantil kedua terbawah (1=ya, 0=tidak)	0,043	0,035
Menerima program bantuan sosial dari pemerintah (1=ya, 0=tidak)	0,013 ^{***)}	0,057
Menerima program bantuan sosial dari nonpemerintah (1=ya, 0=tidak)	-0,024	0,024
Jumlah observasi		883
R ²		0,2912

Sumber: Diolah dari hasil survei tim peneliti, 2017 dan 2019.

***signifikan pada 1%, **signifikan pada 5%, *signifikan pada 10%

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...)

