LAPORAN

PROGRAM PEDULI KELOMPOK MARJINAL DALAM KEPESERTAAN JKN (BPJS KESEHATAN)

Pencapaian SDGs Bidang Kesehatan

(Studi Kasus 8 Kelompok Marjinal di Indonesia dalam rangka Pemenuhan Hak Asasi Manusia di Bidang Kesehatan)

Membantu pencapaian SDGs bidang kesehatan untuk memperbesar cakupan kepesertaan JKN-KIS bagi Masyarakat Marjinal sebagai bagian dari Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang masuk ke dalam kelompok peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
Jakarta 2019

LAPORAN

PROGRAM PEDULI KELOMPOK MARJINAL DALAM KEPESERTAAN JKN (BPJS KESEHATAN)

Pencapaian SDGs Bidang Kesehatan

(studi kasus 8 kelompok marjinal di Indonesia dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia di bidang kesehatan)

Membantu pencapaian SDGs bidang kesehatan untuk memperbesar
cakupan kepesertaan JKN - KIS bagi Masyarakat Marjinal
sebagai bagian dari Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)
yang masuk ke dalam kelompok peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Oleh:

Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia

Jakarta 2019

TIM PENYUSUN :

Dr. dr. Tubagus Rachmat Sentika, Sp. A, MARS

Dr. Tono Rustiono, MM

Yudi Supriadi

KATA PENGANTAR

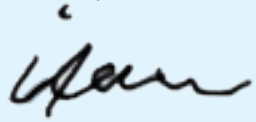
Melalui keputusan Presiden RI, Indonesia telah melaksanakan mandat untuk memenuhi tujuan-tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau yang dikenal sebagai *Sustainability Development Goals* (SDGs) dan berkomitmen untuk menghapus kemiskinan, kelaparan, memperbaiki kualitas kesehatan, meningkatkan kualitas pendidikan dan mengurangi ketimpangan sosial dan ekonomi rakyat Indonesia. Dengan motto *"no one left behind"* maka tidak ada alasan apapun bagi setiap warga negara untuk tidak mendapatkan layanan dari negara

Puji syukur penyusunan laporan yang berjudul "Program Peduli Kelompok Marjinal dalam Kepesertaan JKN (BPJS Kesehatan)" telah sampai ke tangan pembaca. Laporan ini disusun berdasarkan hasil kinerja Executive Organization (EO) Program Peduli di 21 Provinsi dan 75 Kota/Kabupaten di seluruh Indonesia, yang salah satu capaiannya adalah memenuhi hak kesehatan (SDGs Goal 3) kelompok dampingan PKBI

Dalam laporan, ini 8 kelompok marginal seperti Anak Pekerja Migran (APM), Anak yang Mengalami Pidana Penjara (AMPP), Anak yang Dilacurkan (AYLA), Disabilitas, Agama Minoritas dan Penghayat Kepercayaan, Masyarakat Adat, Waria dan Korban Politik Masa Lalu yang selama ini belum mendapatkan hak kesehatan, telah memperoleh informasi tentang bagaimana mengakses layanan kesehatan yang disediakan pemerintah. Melalui Program Peduli yang didanai oleh The Asia Foundation (TAF), PKBI mengidentifikasi dan memberikan Kartu Indonesia Sehat (KIS) sebagai bentuk kepedulian terhadap kelompok marjinal dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di Indonesia

Terima kasih atas kerja sama seluruh staf yang terlibat. Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberkati upaya kita semua

Eko Maryadi



Direktur Eksekutif PKBI

DAFTAR ISI

COVER i

KATA PENGANTAR iii

DAFTAR ISI v

DAFTAR SINGKATAN vi

RINGKASAN EKSEKUTIF 1

1. SDGs Merupakan Komitmen Semua Bangsa di Seluruh Dunia 1
2. JKN-KIS Menjamin Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial 2
3. Mekanisme Pendataan dan Pembagian Peran 3
4. Kontribusi Program Peduli untuk Membantu Kelompok Masyarakat Marjinal Mendapatkan Layanan JKN-KIS 5

HASIL KEGIATAN PROGRAM PEDULI 6

1. Anak Pekerja Migran (APM) 6
2. Anak yang Mengalami Pidana Penjara (AMPP) 7
3. Anak yang Dilacurkan (AYLA) 10
4. Disabilitas 12
5. Agama Minoritas dan Penghayat Kepercayaan 15
6. Masyarakat Adat 17
7. Waria 20
8. Korban Politik Masa Lalu 22

KESIMPULAN 25

REKOMENDASI 26

LAMPIRAN 29

DAFTAR SINGKATAN

1.	Adminduk	: Administrasi Kependudukan
2.	AMPP	: Anak yang Menjalani Pidana Penjara
3.	APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
4.	APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara
5.	APM	: Anak Pekerja Migran
6.	AYLA	: Anak yang Dilacurkan
7.	BDT	: Basis Data Terpadu
8.	BPJS	: Badan Penyelengara Jaminan Sosial
9.	CCC	: Children Crisis Center
10.	CSO	: Civil Society Organization
11.	CSR	: Corporate Social Responsibility
12.	Desantara	: Lembaga Sosial yang terfokus pada isu multicultural dan lingkungan
13.	DID	: Disability Inclusive Development
14.	EO	: Executing Organization
15.	Goal 1	: Pengentasan segala bentuk kemiskinan di semua tempat
16.	Goal 2	: Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan perbaikan nutrisi, serta menggalakkan pertanian yang berkelanjutan.
17.	Goal 3	: Memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua manusia
18.	Goal 4	: Memastikan pendidikan berkualitas yang layak dan inklusif serta mendorong kesempatan belajar seumur hidup bagi semua orang
19.	HAM	: Hak Asasi Manusia
20.	ISPA	: Infeksi Saluran Pernafasan
21.	Jamkesus	: Jaminan Kesehatan Khusus
22.	JKN-KIS	: Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat
23.	KAP	: Konfederasi Anti Pemiskinan Indonesia
24.	Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
25.	Kemensos	: Kementerian Sosial
26.	KIA	: Kartu Identitas Anak
27.	KK	: Kartu Keluarga
28.	Komnas HAM	: Komisi Nasional HakAsasiManusia
29.	KPM	: Kelompok Pendidikan Masyarakat
30.	KTP	: Kartu Tanda Penduduk
31.	Lapas	: Lembaga Pemasyarakatan
32.	LKS	: Lembaga Kesejahteraan Sosial
33.	LPKA	: Lembaga Pembinaan Khusus Anak
34.	LPKP	: Lembaga Pengkajian Kemasyarakatan dan Pembangunan

35. LPSK	:	Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban
36. NIK	:	Nomer Induk Kependudukan
37. OPD	:	Organisasi Pemerintah Daerah
38. PBI	:	Penerima Bantuan Iuran
39. Pemda	:	Pemerintah Daerah
40. Perbup	:	Peraturan Bupati
41. Perdes	:	Peraturan Desa
42. Perwal	:	Peraturan Walikota
43. PKK	:	Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
44. PMKS	:	Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial
45. PNPM	:	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
46. Ponpes	:	Pondok Pesantren
47. Posyandu	:	Pos PelayananTerpadu
48. PPSW	:	Pusat Pengembangan Sumber Daya Wanita
49. Program Karsa institute	:	Program yang mendorong, mendukung pembaruan desa, pengelolaan sumber daya alam yang adil dan berkelanjutan.
50. Program RMI	:	The Indonesian Institute for Forest and Environment
51. Pusdatin	:	Pusat Data dan Informasi
52. RAD	:	Rencana Aksi Daerah
53. RAN	:	Rencana Aksi Nasional
54. RPJMN	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
55. RT	:	Rukun Tetangga
56. Rutan	:	Rumah Tahanan
57. RW	:	Rukun Warga
58. Samantha	:	Yayasan Masyarakat Nusa Tenggara
59. SAMIN	:	Sekretariat Anak Merdeka Indonesia
60. SCF	:	Sulawesi Community Foundation
61. SDA	:	Sumber Daya Alam
62. SDGs	:	Sustainable Development Goals
63. SDM	:	Sumber Daya Manusia
64. SEMAK	:	Yayasan Solidaritas Masyarakat Anak
65. TNP2K	:	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
66. TPB	:	Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
67. UHC	:	Universal Health Coverage
68. UU SPPA	:	Undang-Undang Sistem Peradilan Pidana Anak
69. YCMM	:	Yayasan Citra Mandiri Mentawai
70. YHS	:	Yayasan Hotline Surabaya
71. YKPM	:	Yayasan Kajian dan Pembangunan Masyarakat
72. YTB	:	Yayasan Tanpa Batas

RINGKASAN EKSEKUTIF

KONTRIBUSI PROGRAM PEDULI DALAM PENCAPAIAN SGGs

Membantu pencapaian SDGs bidang kesehatan untuk memperbesar cakupan kepesertaan JKN-KIS bagi Masyarakat Marjinal sebagai bagian dari Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang masuk ke dalam kelompok peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

SDGs Merupakan Komitmen Semua Bangsa di Seluruh Dunia

Sustainable Development Goals (SDGs) merupakan sebuah kesepakatan pembangunan baru bangsa-bangsa di seluruh dunia yang berisikan 17 *goals* dan 169 sasaran pembangunan. Tujuan dan sasaran tersebut dapat menjawab ketertinggalan pembangunan negara–negara di seluruh dunia, baik di negara maju (*konsumsi dan produksi yang berlebihan, serta ketimpangan)* dan negara–negara berkembang (*kemiskinan, kesehatan, pendidikan, perlindungan ekosistem laut dan hutan, perkotaan, sanitasi dan ketersediaan air minum*). Sekurangnya 193 kepala negara hadir, termasuk Wakil Presiden Jusuf Kalla, turut mengesahkan Agenda Pembangunan Berkelanjutan 2030 untuk Indonesia. Indonesia telah memiliki prioritas pembangunan, sesuai dengan program dan prioritas dalam Nawacita dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2015–2019. Pada sisi positif dan dalam konteks Indonesia, SDGs dapat menjadi momentum dan aset positif bagi kepala daerah dan birokrasi daerah, jika berhasil melaksanakan dan meraih tujuan dan target SDGs selama 5 tahun, 10 tahun, dan 15 tahun kedepan.

Bidang kesehatan merupakan salah satu prioritas yang harus dicapai dan dipengaruhi oleh *goals* yang lain secara bersamaan. Kesehatan merupakan faktor penting yang dapat dijadikan salah satu parameter kesejahteraan masyarakat. Salah satu indikator pencapaian *goals* bidang kesehatan adalah berkurangnya persentase penduduk tanpa perlindungan keuangan yang efektif untuk perawatan kesehatan. Sejatinya, setiap orang berhak memperoleh layanan kesehatan. Ketika warga miskin membutuhkannya, disinilah peran pemerintah dibutuhkan.

JKN-KIS Menjamin Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)

Jaminan Kesehatan Nasonal-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Lebih dari itu, secara bertahap cakupan peserta diperluas meliputi PMKS dan bayi yang lahir dari PBI yang selama ini tidak dijamin. JKN-KIS memberikan kepastian diperolehnya Hak Kesehatan bagi Anak Terlantar dan Keluarganya (Goal 3) dan terpenuhinya Goal 3 akan berdampak langsung pada kualitas hidup keluarga (Goal 1, 2, 4).

Kriteria Penerima Bantuan Iuran yang terdiri berbagai Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial PMKS adalah:

1. Seluruh kelompok Usia
2. Anak yang tinggal menetap di Panti Asuhan
3. Anak yang tinggal menetap di Pondok Pesantren
4. Anak yang tidak memiliki orang tua dan keluarga asuh
5. Anak yang tinggal menetap di rumah singgah
6. Anak korban tindak kekerasan
7. Anak dan perempuan korban perdagangan manusia
8. Pekerja Anak
9. Gelandangan, pengemis, pemulung yang tinggal di bawah kolong jembatan dan hunian tidak layak
10. Bekas warga binaan lembaga pemasyarakatan.
11. Lanjut Usia yang berada di panti asuhan, rumah singgah, dan rumah perlindungan lansia

Mekanisme Pendataan dan Pembagian Peran

Instansi	Tugas
Kementerian Sosial	1) Menetapkan kriteria fakir miskin dan tidak mampu 2) Melakukan pengelolaan data terpadu dan menetapkan peserta PBI Jaminan Kesehatan 3) Melakukan verifikasi dan validasi data terpadu bersama TNP2K
Badan Pusat Statistik	Melakukan pendataan penduduk sesuai kriteria yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial
TNP2K	Melakukan verifikasi dan validasi data terpadu bersama Kementerian Sosial
Kementerian Kesehatan	Mendaftarkan peserta dan membayar iuran PBI Jaminan Kesehatan
BPJS Kesehatan	1) Menerima pendaftaran kepesertaan 2) Melakukan pengelolaan master file dan perubahan data identitas

Sumber : Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012

Mekanisme pendaftaran dan pemberian bantuan pada PBI JKN-KIS melibatkan berbagai instansi. Sesuai ketentuan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 pasal 7:

1. Kemensos diberi mandat untuk melakukan kriteria kelompok peserta PBI yang terdiri dari PMKS
2. Kemensos melakukan pengelolaan dan penetapan data masyarakat miskin peserta PBI dengan berkoordinasi bersama TNP2K (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan).
3. Atas dasar Penetapan PBI oleh Kemensos, Kemenkes mendaftarkan Jumlah peserta PBI sebagai peserta Program JKN serta membayar iurannya kepada BPJS Kesehatan.

Syarat untuk mendapatkan kepesertaan JKN-KIS adalah:

1. Surat Keterangan dari RT / RW setempat yang menyatakan bahwa PMKS benar Penghuni Panti Asuhan/Ponpes/RumahSinggah/Tidak memiliki Orangtua atau keluarga Asuh (Bisa dibuat secara kolektif)
2. Surat keterangan dari Kepala Desa / Lurah yang menyatakan bahwa Anak benar Penghuni Panti Asuhan/Ponpes/RumahSinggah/Tidak memiliki Orang tua atau keluarga Asuh (Bisa dibuat secara kolektif)
3. Kartu Keluarga
4. KTP
5. Pas Foto
6. Foto Tubuh

Proses pendaftaran PMKS:

1. Sponsor (LKS / Yayasan / PantiAsuhan / Ponpes / perorangan) mendaftarkan diri melalui portal intelresos.kemsos.go.id sampai mendapat verifikasi email dari intelresos. Hal ini menandakan bahwa akun Sponsor telah aktif.
2. Setelah akun sponsor telah aktif, maka Sponsor wajib menginput data PMKS yang sesuai kriteria pada portal intelresos.kemsos.go.id sesuai dengan format yang diberikan secara lengkap untuk diajukan menjadi penerima KIS.
3. Dinas Sosial Provinsi dan/atauDinas Sosial Kota / Kabupaten melakukan verifikasi terhadap LKS yang mendaftar berdasarkan Kelengkapan berkas LKS yang diupload seperti Scan Foto Lembaga, Scan Surat Rekomendasi, dan berkas lainnya di intelresos.kemsos.go.id.
4. Dinas Sosial Provinsi melakukan verifikasi terhadap PMKS yang didaftarkan secara online oleh sponsor (LKS / Yayasan / PantiAsuhan / Ponpes) berdasarkan dokumen yang diupload oleh sponsor seperti Surat keterangan RT / RW/Lurah, Akta Lahir, Kartu Siswa, dan sebagainya melalui intelresos.kemsos.go.id.
5. Hasil verifikasi online yang dilakukan oleh Dinas Sosial Provinsi dan/atau Dinas Sosial Kota / Kabupaten melalui intelresos.kemsos.go.id kemudian di verifikasi dan *matching* data dengan (a) hasil pendataan Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial ; dan (b) hasil verifikasi validasi pemerintah daerah secara manual (*offline*).
6. Hasil verifikasi dan *matching* data tersebut kemudian ditetapkan sebagai daftar penerima KIS melalui Surat Keputusan Menteri Sosial.
7. Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial mengirimkan Surat Keputusan Menteri Sosial yang dilampirkan data *by name by address*. Hasil pendaftaran online tersebut melalui intelresos.kemsos.go.id ; verifikasi dan validasi Pusdatin ; dan verifikasi dan

validasi Pemerintah Daerah kepada Kementerian Kesehatan cc BPJS Kesehatan.

8. BPJS Kesehatan melakukan verifikasi dan *matching* data yang dikirimkan Pusdatin Kesejahteraan Sosial dengan Master File Data PBI JKN yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan untuk menghindari data ganda.
9. Hasil *matching* data adalah data baru PMKS yang belum terdaftar sebagai PBI Jaminan Kesehatan.
10. Hasil *matching* data yang dilakukan BPJS Kesehatan kemudian diserahkan kepada Pusdatin Kementerian Sosial untuk dibuatkan Surat Keputusan Menteri Sosial Perubahan atas Surat Keputusan Menteri Sebelumnya.
11. Pusdatin Kementerian Sosial menyerahkan Surat Keputusan Menteri Sosial perubahan atas Data PMKS sebelumnya disertai Data PMKS baru calon PBI Jaminan Kesehatan kepada Kementerian Kesehatan cc. BPJS Kesehatan.
12. Kementerian Kesehatan membayarkan iuran PBI Jaminan Kesehatan PMKS kepada BPJS Kesehatan sesuai Surat Keputusan Menteri Sosial.
13. BPJS Kesehatan mencetak KIS untuk PMKS sesuai jumlah yang tertera di Surat keputusan Menteri Sosial.
14. KIS yang telah dicetak oleh BPJS Kesehatan diserahkan kepada Pusdatin kementerian Sosial disertai dengan Berita Acara Serah terima KIS bagi PMKS.
15. Pusdatin Kementerian Sosial menyerahkan KIS yang didaftarkan melalui pendaftaran online kepada Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial cq. Sekretariat Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial.
16. Sekretariat Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial, mengirimkan KIS kepada Dinas Sosial Provinsi untuk didistribusikan kepada Sponsor PMKS.

Kontribusi Program Peduli untuk Membantu Kelompok Masyarakat Marjinal Mendapatkan Layanan JKN-KIS

Perkumpulan Keluarga Berencana di Indonesia (PKBI) yang bekerja sebagai *Executing Organization (EO)* pada Program Peduli fase perpanjangan 2018 – 2019 saat ini sedang berjuang bersama 7 EO lainnya (LPKP, Samin, Yakkum, Satunama, Lakspesdam PBNU, IKA, Kemitraan) yang tergabung dalam program peduli untuk bisa berkontribusi terhadap capaian SDGs khususnya di beberapa indikator yang berkaitan langsung dengan kelompok penerima manfaat (marjinal).

Saat ini Program Peduli bersama–sama akan merumuskan Rencana Aksi (Renaksi) TPB/SDGs sebagai acuan bagi seluruh pemangku kepentingan baik di tingkat nasional (Rencana Aksi Nasional/RAN) maupun di tingkat daerah (Rencana Aksi Daerah/RAD). Program Peduli berupaya untuk mendapatkan data yang valid terkait dengan kelompok dampingan yang akan dijadikan sasaran target dan memberikan pemahaman tentang skema pendataan SDGs berdasarkan data per Kota/Kabupaten di seluruh wilayah intervensi Program Peduli.

HASIL KEGIATAN PROGRAM PEDULI

1. ANAK PEKERJA MIGRAN (APM)

Eksklusi sosial bagi APM terjadi karena orang tua mereka menjadi pekerja migran di luar negeri atau di luar daerah dalam waktu relatif lama sehingga anak pekerja migran terlantar dan tidak mendapat akses layanan. Dari hasil pengamatan lapangan data administrasi APM tidak lengkap dan tidak menerima cukup informasi dalam mendapatkan akses layanan. APM merupakan dampingan LPKP tersebar di 4 provinsi dan 8 wilayah Kabupaten (Sumba Barat Daya, Sumba Timur, Lombok Timur, Lombok Tengah, Tasikmalaya, Indramayu, Malang dan Jember) yang terdiridari 22 desa dan 1 kelurahan.

Kondisi APM beragam, ada yang diasuh oleh nenek dan kakeknya, paman dan bibinya dan bahkan ada yang diasuh oleh orang lain, sehingga kondisi ini berpengaruh pada pola pengasuhan dan terjadinya pengabaian pengasuhan. Dalam pengasuhan seperti ini seringkali anak mendapatkan kekerasan baik fisik dan psikis (termasuk di dalamnya kekerasan seksual), pertumbuhan dan kesehatan terhambat, mengalami gizi buruk dan sulit mendapatkan akses ke fasilitas kesehatan.

APM seringkali distigma sebagai anak oleh - oleh dengan status perkawinan yang tidak jelas sehingga tidak diakui kewarganegaraannya dan tidak memiliki akta kelahiran. Melalui program peduli, LPKP mengusahakan agar AMP terpenuhi hak-hak dasarnya seperti tumbuh kembang untuk kelangsungan hidup, kesehatan, pendidikan, pengasuhan, perwalian, kuasa asuh maupun pengangkatan anak.

Dengan upaya yang telah dilakukan (sosialisasi, advokasi dan fasilitasi membangun ruang-ruang interaksi dan partisipasi sehingga terbangun kolaborasi yang kuat antara APM dengan masyarakat dan pemerintah daerah) diharapkan semua APM mendapatkan hak-hak dasarnya yaitu tumbuh dan berkembang, hak untuk terjaga kelangsungan hidupnya, hak untuk berpartisipasi dan terlindung dari diskriminasi, eksploitasi dan kekerasan sehingga mereka mampu hidup layak.

Kolaborasi yang kuat dibangun dalam bentuk komitmen bersama dimana terdapat kesepakatan untuk saling membantu dan dibentuknya Forum Peduli Anak, fasilitasi akses layanan publik dasar bagi APM, mendekatkan layanan publik, meningkatkan kapasitas penyedia layanan dan mendorong ditetapkannya peraturan desa tentang perlindungan anak yang inklsuif bagi APM, penyusunan Perda Perlindungan Anak dan implementasi Kebijakan Kota Layak Anak. Yang sudah Peduli lakukan adalah membangun sekolah-sekolah pengasuhan/pendidikan parenting melalui Umma Peghe/Umma Pintar, Sekolah Inklusi, Sekolah Bok-Ebok, Sekolah Pak Bapak, sekolah Yang-Eyang, Rumah Inspirasi dan Kreasi Kesenian lokal. Sekolah-sekolah tersebut mengajarkan tentang kesehatan reproduksi dan kesehatan lingkungan baik kepada APM maupun orang tua.

Dampak dari usaha antara lain meningkatnya penerimaan, hilangnya stigma, terbangunnya ruang partisipasi masyarakat dan APM, adanya kebijakan berupa Perdes, Perwal dan Perbup yang mengupayakan terbangunnya Kota Layak Anak.

2. ANAK MENGALAMI PIDANA PENJARA (AMPP)

AMPP kerap kali disebut sebagai "Anak Nakal" yang berdampak melekatnya stigma negatif terhadap mereka. Hal ini lebih lanjut menyebabkan penerimaan yang tidak baik terhadap AMPP. Dampak terburuk adalah terputusnya hak-hak anak yang mana diaturkan secara hukum tertuang pada UU SPPA dengan intisarinya bahwa "hak-hak dasar anak tetap melekat pada dirinya meski dalam proses pembinaan di lembaga hukum".

Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) hadir melalui Program Peduli untuk memaksimalkan implementasi UU SPPA tersebut yaitu dalam pemenuhan hak-hak dasar anak di Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA). Program ini telah berjalan dalam tahapan 5 fase sejak tahun 2012 hingga saat ini di beberapa Provinsi di Indonesia yaitu Sumsel (LPKA Klas I Palembang), Klas II Bengkulu, Klas II Jakarta, Klas II Bandung, Klas I Blitar, Klas I Kupang dan Klas II Maros.

Keadaan AMPP di setiap tempat beragam, hal ini tergantung pada status LPKA : (1) apakah sudah terpisah ataukah masih tergabung dengan lapas/rutan) ; (2) apakah LPKA sudah ramah anak atau belum (ada beberapa kasus ditemukan bahwa petugas LPKA masih memiliki perspektif keamanan). Stigma yang diterima oleh AMPP menyebabkan mereka tereksklusi dan tidak mendapatkan haknya sebagai anak. Dalam pantauan Program Peduli, awalnya AMPP tidak mendapatkan akses kependidikan, kesehatan, pemanfaatan waktu luang, tidak mendapatkan perhatian dan kasih sayang, serta kurangnya penerimaan di masyarakat sehingga menyebabkan anak menjadi tidak berdaya dan selalu mendapatkan stigma dari berbagai pihak.

Dengan berbagai permasalahan yang kompleks di dalam lapas anak (yang kini menjadi LPKA) Program Peduli hadir untuk memenuhi kembali hak anak. Meskipun mereka berada di dalam LPKA namun mereka harus terpenuhi hak-hak dasarnya seperti layanan kesehatan dan pendidikan yang komprehensif, pengasuhan, perwalian, pemanfaatan waktu luang, dan kasih sayang. Melalui berbagai upaya yang sudah dilakukan oleh PKBI bersama dengan 7 CSO diharapkan AMPP mendapatkan hak-hak dasarnya seperti hak untuk tumbuh dan berkembang, hak untuk terjaga kelangsungan hidupnya, hak untuk berpartisipasi dan terlindung dari diskrimininasi, eksploitasi dan kekerasan sehingga mereka mampu hidup seperti layaknya warga Indonesia lainnya.

Program peduli berupaya melakukan sosialisasi, advokasi dan memfasilitasi berbagai pihak untuk membangun ruang-ruang diskusi dan interaksi sehingga dapat membangun kolaborasi yang kuat dari berbagai pihak dalam hal pemenuhan kebutuhan AMPP. Kerja – kerja PKBI di

dalam Program Peduli berhasil membangun komitmen antara OPD, Masyarakat, Stakeholders dan petugas LPKA untuk saling berkolaborasi dan berkomunikasi dalam rangka memenuhi hak-hak anak di LPKA melalui beberapa forum yang sudah terbentuk yaitu forum anak dan keluarga.

Beberapa hasil kerja nyata program peduli antara lain masuknya berbagai layanan dasar seperti pendidikan di ketujuh intervensi program peduli, masuknya layanan kesehatan yang baik (adanya pemeriksaan kesehatan secara rutin, tersedianya dokter jaga dan dokter jaga dan "dokter *on call*" jika dalam kondisi darurat), layanan identitas (330 anak mendapatkan e-KTP dan KIA), layanan konseling, meningkatnya kapasitas penyedia layanan (seperti masuknya pendidikan tambahan seperti mengaji atau sekolah diniyah, pelajaran keagamaan), masuknya berbagai bantuan yang mendukung peningkatan kapasitas anak, berbagai macam pelatihan untuk mendukung SDM anak seperti pencak silat, pelatihan pramuka, melukis, komputer (dan sudah ada beberapa anak yang menerapkan keterampilan komputernya untuk membantu petugas dalam melakukan input data).

Sejak hadirnya program peduli di dalam LPKA banyak anak yang memiliki prestasi luar biasa, mereka bisa mengembangkan bakatnya seperti bermain musik, melakukan advokasi terkait kebutuhan-kebutuhan dasarnya kepada OPD dan stakeholder, pencak silat (yang pernah meraih juara 1 Tingkat Nasional). Meskipun mereka sedang berada di LPKA namun mereka berhak untuk mengembangkan bakatnya masing-masing. Seiring dengan bertambahnya benih-benih prestasi anak di dalam LPKA maka semakin meningkat pula penerimaan sosial terhadap AMPP. Faktor keberhasilan program peduli bagi anak adalah adanya atau meningkatnya penerimaan AMPP baik itu dari keluarga, teman, lingkungan sekitar, OPD, stakeholder dan pertugas LPKA.

Dalam rangka pencapaian SDGs khususnya pada program kesehatan, PKBI fokus kepada AMPP yang belum mendapatkan JKN-KIS sebagai bagian dari masalah kesejahteraan sosial (PMKS), sehingga dari target 1.267 akan dikelompokkan mana yang sudah mendapatkan layanan identitas yang nantinya akan diajukan sebagai peserta penerima JKN-KIS. Berdasarkan hasil pendataan yang dilakukan oleh CSO mitra PKBI di 8 wilayah intervensi Program Peduli terdapat sebanyak 1.267 AMPP yang menjadi target dan sebanyak 1.241 AMPP yang sudah menerima manfaat program peduli, sebanyak 330 AMPP (hal ini sudah melampaui target yang hanya 85 AMPP) yang sudah mendapatkan layanan identitas melalui kerja-kerja program peduli.

Jika melihat kondisi AMPP di lapangan hal yang paling penting adalah harus ada pemisahan antara LPKA dengan Lapas/Rutan. Tergabungnya LPKA dengan Rutan/Lapas akan bepengaruh terhadap keberlangsungan program seperti anak tidak bisa dengan bebas dan leluasa menggunakan fasilitas umum/bersama seperti tempat ibadah, lapangan, tempat kunjungan, dan lainnya sehingga hal ini akan membatasi kreativitas anak dan dikhawatirkan anak akan mendapatkan pengaruh negatif dari tahanan dewasa (terdapat 3 LPKA yang masih tergabung dengan Lapas/Rutan dewasa).

Meskipun ada layanan kesehatan di semua wilayah intervensi program peduli namun belum semua anak mendapatkan kartu jaminan kesehatan (JKN-KIS), hal ini menjadi masalah karena keadaan LPKA yang kurang bersih akan memicu berbagai masalah kesehatan seperti ISPA, penyakit kulit, dan penyakit menular lainnya. Terkait dengan kondisi tersebut maka beberapa hal akan dilakukan oleh PKBI untuk mewujudkan kepemilikan KIS-JKN pada masing-masing AMPP adalah sebagai berikut.

a) Melakukan pendataan ulang bagi AMPP yang berumur lebih dari 17 tahun (kepemilikan KTP) yang nantinya akan dibuatkan JKN-KIS, dan mendata AMPP dibawah usia 17 tahun (no KK) untuk diajukan mendapatkan JKN-KIS.
b) Sosialisasi kebijakan JKN-KIS sebagaimana Perpres No 82 Tahun 2018 kepada semua elemen masyarakat (PKK, Posyandu, Kader, Sekolah, Pondok Pesantren) dan para pejabat terkait di tingkat lokal.

Mengingat kelompok dampingan belum ada yang memiliki akses jaminan kesehatan berupa JKN/KIS maka ada beberapa rekomendasi kepada:

a) Pemerintah
   Pemerintah meningkatkan cakupan kepemilikan JKN-KIS bagi penerima manfaat Program Peduli.
b) LPKA
   Mendorong kerjasama antara pihak-pihak terkait guna pemenuhan kebutuhan KIS-JKN.

3. ANAK YANG DILACURKAN (AYLA)

Berkaitan dengan isu Anak yang Dilacurkan, ini merupakan kelompok anak yang dinilai paling rentan tereksklusi. Situasi kekerasan dan eksploitasi yang dihadapinya mengancam perkembangan anak baik secara fisik, mental dan sosial. Stigmatisasi terhadap anak yang dilacurkan terutama atas nama moral dan agama, telah menempatkan anak pada situasi yang

semakin sulit ketika berbagai pihak belum menempatkan anak sebagai korban. Hal yang biasa terjadi adalah pengucilan sehingga anak yang dilacurkan cenderung berkelompok dengan kawan senasib dan membangun nilai-nilai baru untuk keberlangsungan hidup. Pada sisi lain, kendati kebijakan dan program tentang perlindungan dan pemenuhan hak-hak anak banyak bermunculan, termasuk pula secara khusus mengatur tentang anak yang dilacurkan, pada kenyataannya jarang menyentuh kepentingan anak yang dilacurkan. Kebijakan terkait larangan prostitusi di Indonesia diatur dalam peraturan daerah di seluruh wilayah kota/kabupaten yang tidak membedakan antara anak dengan orang dewasa. Keberadaan anak-anak ditempatkan sebagai pelaku tindak pidana. Tentu saja, situasi-situasi tersebut membuat anak sulit untuk keluar dari situasinya yang buruk dan sulit untuk mendapatkan akses layanan dari negara.

Upaya-upaya yang telah dilakukan dalam program peduli, khususnya yang dilakukan oleh CSO mitra SAMIN yang bekerja bersama kelompok anak yang dilacurkan, telah menunjukkan adanya perbaikan-perbaikan situasi dalam penerimaan sosial dan akses layanan dasar. Sedangkan kebijakan tentang pencegahan dan penanganan anak yang dilacurkan belum terespon dengan baik. SAMIN mengembangkan strategi-strategi yang dinilai dapat mempercepat pencapaian *outcome* program peduli yang telah ditetapkan meliputi; akses layanan, penerimaan sosial dan pemberdayaan serta kebijakan menuju inklusi sosial. SAMIN memiliki mitra di 5 wilayah terdiri dari YKPM di Kota Makassar (7 kelurahan) ; CCC di Bandar Lampung (8 kelurahan) ; YHS di Kota Surabaya (9 sekolah) ; KAP Indonesia di Kota Bandung (6 kecamatan) dan SEMAK di Kabupaten Garut (10 desa).

Penerimaan sosial bagi anak yang dilacurkan (laki-laki, perempuan dan transgender) telah berhasil, setidaknya di lingkungan tempat tinggal/kegiatan anak. Masyarakat yang terorganisir dalam wadah Kelompok Pendidikan Masyarakat (KPM) telah menjalankan fungsinya untuk memberikan perhatian/kepedulian terhadap anak dan aktif mempromosikan perlindungan anak kepada masyarakat di lingkungannya, serta berperan menyuarakan kepentingan anak. Anak yang dilacurkan sebagai penerima manfaat utama telah difasilitasi untuk menumbuhkan kepercayaan diri dan membangun kesadaran untuk melakukan perubahan bagi hidupnya melalui pendampingan dan dukungan pemulihan psiko-sosial dan re-integrasi sosial. Selain itu, anak-anak sebaya yang diorganisir ke dalam kegiatan kelompok dapat menerima AYLA sebagai bagian dari mereka, memberikan dukungan agar anak dapat menghentikan kegiatan, dan berproses bersama dalam pengembangan kapasitas diri.

Akses layanan kepada kelompok anak rentan "Anak yang Dilacurkan" menunjukkan perubahan yang lebih baik, kendati dengan derajat yang berbeda di masing-masing daerah. Layanan yang berhasil diakses adalah layanan kesehatan, pendidikan, dan hak atas identitas serta bantuan sosial.

Langkah-langkah yang telah dilakukan oleh CSO mitra SAMIN akan tetap dipertahankan dan ditingkatkan dengan hasil yang diharapkan adalah:

a) Anak yang dilacurkan lebih terjamin mendapatkan layanan kesehatan khusus yang tidak hanya didasarkan pada kebijakan personal melainkan kebijakan institusi (seperti Keputusan Kepala Puskesmas/Rumah Sakit, atau Edaran dari Dinas Kesehatan)

b) Anak yang dilacurkan mendapatkan atau terjaga identitasnya secara hukum.
c) Anak yang dilacurkan mendapatkan bantuan sosial.

Berdasarkan hasil pendataan yang dilakukan oleh CSO mitra SAMIN di 5 wilayah dampingan terdapat 228 AYLA. Anak rentan yang menjadi penerima manfaat Program Peduli sejumlah 429 anak. Dimana sebanyak 20 ALYA atau sekitar 8,8% dari penerima manfaat AYLA telah mempunyai KIS melalui fasilitasi Program Peduli. Dan, 11 AYLA menerima BPJS atau sekitar 4,8% dari seluruh AYLA penerima manfaat program.

Strategi Kunci

- Memperkuat kapasitas/pemberdayaan anak yang dilacurkan (beneficiaries utama) baik laki-laki, perempuan maupun trans-gender untuk membuka ruang-ruang alternatif bagi upaya keluar dari situasinya melalui pendampingan individu dan kegiatan kelompok
- Meningkatkan partisipasi kelompok anak dalam mempromosikan pencegahan dan "penanganan" isu Anak Yang Dilacurkan
- Meningkatkan peran KPM (kelompok basis/komunitas) dalam mempromosikan pencegahan dan penanganan isu Anak Yang Dilacurkan
- Mempraktekkan perspektif/pengarusutamaan perlindungan anak
- Ketrampilan mengembangkan jaringan dan kerja advokasi

Bersama CSO mitra, menguatkan perspektif pemerintah daerah dan para pemangku kepentingan yang lain tentang inklusi sosial dan perlindungan anak sehingga melahirkan kebijakan dan layanan inklusif untuk AYLA. Hal yang penting adalah pendekatan di tiga kelompok dan menghubungkannya dalam satu wadah atau kegiatan bersama adalah menjadi hal penting, karena ini menjadi ruang perjumpaan antara pemerintah, kelompok masyarakat dan anak/remaja.

4. DISABILITAS

Eksklusi sosial yang dialami oleh penyandang disabilitas terjadi karena adanya diskriminasi kepada penyandang disabilitas. Diskriminasi tersebut dalam bentuk disembunyikan oleh keluarga, penyandang disabilitas terbatas dalam berinteraksi dengan masyarakat. Sehingga masyarakat tidak mengetahui keberadaan penyandang disabilitas. Dampaknya adalah penyandang disabilitas sering kali tidak terdata. Selain itu sistem pendataan juga masih menjadi persoalan hingga sekarang. Data yang dimiliki oleh pemerintah kota/kabupaten tidak sinkron antar Organisasi Perangkat Daerah (OPD). Hal ini terjadi karena masing-masing OPD memiliki perangkat pendataan sendiri-sendiri. Selain itu pemahaman mengenai ragam disabilitas juga mempengaruhi proses pendataan, penyandang disabilitas yang *invisble* (orang dengan disabilitas psikososial, disabilitas intelektual seperti *slow learner*) tidak dipahami sebagai disabilitas. Sementara mereka juga memiliki kebutuhan khusus dalam mengakses layanan publik. Data yang tidak sinkron ini berdampak pada aksesibilitas penyandang disabilitas pada layanan dasar. Penyandang disabilitas tidak memiliki KTP sehingga akses terhadap program perlindungan sosial juga terhambat termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Akibatnya kondisi kesehatan penyandang disabilitas menjadi tidak terjamin dengan baik.

Program Peduli Pilar Disabilitas bekerja di 6 Provinsi tepatnya berada di 10 kota/kabupaten (Kulon Progo, Sleman, Klaten, Sukoharjo, Situbondo, Gowa, Bone, Sumba Barat, Banjarmasin, Yogyakarta). Terdapat 7 mitra yang bekerja di 201 desa. Kondisi kesehatan penyandang disabilitas pun beragam seperti (1) Seorang disabilitas berat di Kulon Progo bertempat tinggal bersama orangtuanya yang sudah lansia, sering ditinggal di rumah sendiri untuk bekerja. Aktivitas buang air dilakukan di dalam kamar termasuk makan dan minum yang disediakan oleh orang tuanya sebelum pergi bekerja ; (2) Sebuah keluarga di Sumba Barat memiliki 3 anak yang lumpuh, tinggal di desa yang jauh dari layanan kesehatan. Kursi roda bantuan dari Dinas Sosial setempat sudah rusak sehingga tidak bisa digunakan bila melakukan perekaman e-KTP. e-KTP Diperlukan untuk dapat mengakses program perlindungan sosial termasuk KIS.

Keberhasilan yang diraih oleh Program Peduli karena menggunakan beberapa strategi, yaitu:

a) Peningkatan kapasitas penyandang disabilitas di desa mengenai hak-hak disabilitas serta skema pembangunan di tingkat desa.
b) Pengorganisasian penyandang disabilitas di tingkat desa yang kemudian diakui sebagai kelompok yang disasar dalam program pembangunan.
c) Peningkatan kapasitas pemerintah daerah (kabupaten/kota) terkait hak-hak disabilitas, DID *(Disability Inclusive Development)*, serta *mainstreaming* isu disabilitas kedalam rencana kerja serta penganggaran pemerintah daerah.

d) Membangun kemitraan dengan akademisi, untuk penyusunan naskah akademik, *policy brief* kaitannya dengan advokasi kebijakan di daerah.
e) Komitmen pemerintah daerah dibangun dengan mendorong untuk menjadikannya sebagai kota/kabupaten inklusif disabilitas yang dituangkan di dalam surat perjanjian kerjasama antara mitra pelaksana dengan pemerintah daerah.

Pada isu kesehatan, difokuskan pada perbaikan layanan institusi kesehatan dalam melayani penyandang disabilitas, peningkatan kapasitas pada kader-kader kesehatan Desa terutama dalam hal deteksi dini, mendekatkan layanan fisioterapi bagi anak-anak disabilitas di Desa, serta memberikan akses jaminan kesehatan baik yang bersumber dari pemerintah nasional maupun daerah.

Pada periode Januari – Desember 2018, total penerima manfaat Program Peduli adalah 1.610 orang. Dari jumlah tersebut yang merupakan penyandang disabilitas adalah 865 orang dan yang telah difasilitasi memperoleh KIS sejumlah 266 penyandang disabilitas.

Persoalan kesehatan terkait jaminan kesehatan yang dihadapi oleh penyandang disabilitas dan sangat penting untuk diselesaikan adalah:

a) Skema JKN tidak menyediakan layanan untuk kebutuhan kursi roda, kebutuhan fisioterapi. Berdasarkan Permenkes RI No 59 Tahun 2014 tentang Standar tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program JKN menyebutkan bahwa alat bantu yang ditanggung meliputi kacamata, alat bantu dengar, prothesa gigi, penyangga leher, jaket penyangga tulang, prothesa alat gerak, dan kruk penyangga. Harga 1 unit kursi roda sekitar 1,5 juta rupiah dan harga ini tentu saja tergolong mahal bagi keluarga miskin.
b) Belum meratanya kepemilikan KIS terutama pada difabel yang tidak masuk dalam BDT. BDT hanya membiayai difabel yang masuk dalam kriteria berpenghasilan rendah sesuai dengan kriteria BDT. Sementara biaya hidup keluarga yang memiliki anggota disabilitas biaya hidupnya lebih tinggi dari keluarga yang tidak memiliki anggota penyandang disabilitas. Tentunya ini berpengaruh terhadap investasi keluarga dalam pembiayaan kesehatan bagi penyandang disabilitas yang tidak mendapatkan subsidi dari pemerintah.

Agar persoalan tersebut dapat diselesaikan, maka ada beberapa hal yang perlu dilakukan seperti:

a) Melakukan kolaborasi dengan pemerintah daerah untuk pembiayaan kesehatan yang tidak dibiayai oleh pemerintah pusat. Hal ini telah dilakukan oleh pemerintah provinsi DIY yang memiliki program Jaminanan Kesehatan Khusus (Jamkesus). Jamkesus merupakan jaminan kesehatan penyangga yang dibiayai oleh APBD untuk membiayai alat-alat bantu yang tidak dibiayai oleh APBN.
b) Adanya kebijakan yang berkelanjutan untuk pembiayaan jaminan kesehatan bagi penyandang disabilitas yang tidak mendapatkan subsidi dari pemerintah pusat, berupa JKN melalui skema PBI yang bersumber dari APBD. Hal ini telah dilakukan oleh kabupaten Sukoharjo, dimana semua disabilitas di Sukoharjo mendapatkan pembiayaan subsidi untuk KIS.

c) Pendataan kepada penyandang disabilitas, di dalamnya termasuk melakukan pendataan terkait kepemilikan KIS. Dengan demikian pendataan sekaligus mengidentifikasi penyandang disabilitas yang belum memiliki KIS.

Berdasarkan kondisi di atas masih terjadi ketimpangan antara target dan realisasi cakupan kepemilikan JKN-KIS dimana baru tercapai 31 % dari total 865 penyandang disabilitas penerima manfaat Program Peduli.

Dengan ini kami merekomendasikan kepada pemerintah pusat agar berupaya keras untuk meningkatkan pemenuhan cakupan kepemilikan JKN-KIS bagi penyandang disabilitas Penerima Manfaat Program Peduli:

a) Memperluas cakupan jaminan kesehatan nasional terhadap alat bantu bagi penyandang disabilitas (termasuk kursi roda).
b) Pemerintah daerah melalui APBD menjadi penyangga untuk pembiayaan jaminan kesehatan bagi penyandang disabilitas (untuk alat bantu, fisioterapi).
c) Perbaikan sistem pendataan penyandang disabilitas yang terintegrasi antara Desa, Kabupaten, Pemerintah Pusat.

5. AGAMA MINORITAS DAN PENGHAYAT KEPERCAYAAN

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bentuk pertangungjawaban pemerintah untuk memenuhi hak kesehatan warga negara. Program JKN patut diapresiasi dan dukung agar program perlindungan kesehatan ini sukses. Namun demikian, terdapat masyarakat yang belum mampu mengkases JKN karena tidak diakui sebagai warga negara. Tidak adanya pengakuan negara terhadap masyarakat ini disebabkan oleh permasalahan pengakuan atas identitas. Mereka adalah minoritas agama seperti Syiah, Ahmadiyyah dan kelompok

penghayat kepercayaan. Minoritas agama dan kepercayaan ini merupakan populasi tersembunyi yang selama ini tidak mampu mengakses semua layanan hak-hak dasar termasuk hak kesehatan.

Sejak tahun 2015-2019, SATUNAMA bekerjasama dengan 6 mitra CSO di 5 provinsi untuk mendampingi komunitas penghayat kepercayaan yang meliputi (1) Aliansi Sumut Bersatu di Provinsi Sumatera Utara (Medan dan Deli Serdang) ; (2) Lembaga Penelitian dan Pengembangan Sumberdaya dan Lingkungan Hidup (LPPSLH) di Provinsi Jawa Tengah (Brebes dan Banyumas) ; (3) Solidaritas Masyarakat untuk Transportasi di Provinsi NTB (Lombok Barat), dan (4) Yayasan Wali Ati, Yayasan Pengembangan Kemanusiaan Donders di Provinsi NTT (Sumba Timur, Sumba Tengah, Sumba Barat Daya, dan Sumba Barat). Selama program berjalan, SATUNAMA dan mitra fokus pada intervensi layanan administrasi kependudukan berupa e-KTP, KK, dan Akta Pernikahan.

Berdasarkan data dari Direktorat Kepercayaan dan Tradisi Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, setidaknya tercatat 188 komunitas pengahyat kepercayaan yang tersebar di seluruh Indonesia. Salah satunya adalah komunitas MARAPU yang banyak dijumpai di wilayah Sumba. SATUNAMA sejak tahun 2015 melalui Program Peduli mendampingi komunitas penghayat MARAPU di Kabupaten Sumba Timur. Dari 22 jumlah kecamatan di Sumba Timur, SATUNAMA bekerja untuk 4 kecamatan (Umalulu, Haharu, Kanatang dan Waingapu) dan 22 Desa (Lailuru, Hambapraing, Mondu, Kadahang, Mbatapuhu, Napu, Praibakul, Rambangaru, Wunga, Hamba Rita, Kadulaba, Katiku Omang, Lai Mahang, Lai Uhuk Laihamang, Laikadang, Laikawarang, Laindaha, Lakandang, Lapadang, Lapau, Lapinu, Lola Bokul, Mbatakapidu, Nggai Jangga, Padili Pubuk, Palindi, Pambotajara, Wainggai, Warinding, Waluwanja, Winu Haka Punggung).

Selama intervensi program, fokus pada layanan identitas legal dan adminduk, meliputi e-KTP, Akta Nikah, dan Anak. Mayoritas penghayat MARAPU tidak dicatatkan pernikahannya karena pernikahan adat melalui penghulu penghayat tidak diakui oleh negara. Hal ini pula yang menyebabkan anak penghayat tidak memiliki akta anak. Dari sekian layanan yang diupayakan SATUNAMA melalui mitra kerja dan kolaborasi Dinas Pendudukan Catatan Sipil Sumba Timur telah membantu sebanyak 2.812 penerima manfaat yang mengakes ke berbagai layanan adminduk tersebut.

Langkah awal yang dilakukan oleh SATUNAMA adalah melakukan pengembangan melalui teori perubahan sosial, agar nantinya peta eksklusi sosial yang dialami penerima manfaat tergambar dengan jelas. Dengan demikian, dalam menyelesaikan masalah eksklusi sosial, SATUNAMA menggunakan lima pendekatan pendataan kelompok yang mengalami eksklusi sosial, perbaikan relasi dengan pemerintah dan masyarakat, advokasi kebijakan, dan penguatan atas data.

Dari pengalaman yang dikembangkan oleh SATUNAMA yang telah berhasil mengupayakan JKN bagi populasi tersembunyi ini adalah;

a) Mengidentifikasi kelompok maysarakat "rentan" JKN antara lain kelompok masyarakat yang memiliki kesulitan mendapatkan JKN karena masalah identitas KTP.

Pemunculan karakteristik rentan khusus ini untuk memastikan bahwa ada kelompok yang tidak mampu mengakses JKN bukan semata-mata karena adanya problem ekonomi atau ketidakmampuan melakukan iuran. Tetapi dikarenakan permasalahan belum adanya pengakuan atas mereka, sehingga berdampak tidak memiliki legalitas kependudukan.

b) Setelah kelompok "rentan" ini dapat di identifikasi, BPJS bekerjasama dengan pemerintah daerah untuk melakukan pendataan kelompok rentan JKN dengan karakter problem identitas agama/kepercayaan.

c) Mempermudah daftar kepesertaan dengan pendekatan khusus (sosialisasi khusus, pelayan khusus) untuk memasukkan kelompok ini dalam kepesertaan JKN dengan mempertimbangkan pendekatan *afirmatif*. Misalnya untuk kelompok penghayat adat, mereka memiliki kendala kepesertaan jika model kepesertaan disamakan dengan model daftar yang umum/normatif. Secara khusus Lakpesdam PBNU dan SATUNAMA mengusulkan BPJS bekerjasama dengan desa untuk pendaftaran kepesertaan kelompok rentan.

6. MASYARAKAT ADAT

Kepersertaan dalam Program JKN dijelaskan dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang kemudian dilakukan perbaikan penjelasan dalam Perpres Nomor 111 tahun 2013. Kepersertaan jaminan kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Disamping itu, sesuai dengan komitmen internasional menyangkut SDGs, JKN merupakan salah satu sub indikator yang ada di Goals 3. Upaya meningkatkan warga negara untuk mengakses JKN juga berdampak pada SDGs Goals 1, 2, dan 4.

Dampak dari proses marginalisasi dan diskriminasi, hak untuk mendapatkan jaminan kesehatan nasional sebagaiamana yang diamanatkan dalam perundangan menjadi sangat penting. Apalagi semboyan yang digunakan kaitannya dengan SDGs adalah *No One Left Behind*. Dengan demikian maka tidak ada alasan apapun setiap anak bangsa tidak mendapatkan layanan kesehatan yang sudah disiapkan melalui JKN.

Dengan demikian kelompok marjinal yang ada di Indonesia termasuk komunitas masyarakat adat dan lokal terpencil yang mengalami stigma dan tereksklusi sebagai warga negara Indonesia berhak mendapatkan JKN. Komunitas yang didampingi oleh *Partnership Governance Reform* untuk pilar masyarakat adat secara spesifik adalah meraka yang (1) stigma masyarakat adat sebagai kelompok primitif, identik dengan tidak beragama, terbelakang/bodoh, perusak lingkungan, tidak peduli terhadap hak perempuan dan anak, serta tukang santet ; (2) kondisi masyarakat adat tidak mendapatkan dari akses layanan dasar ; (3) tidak memiliki legal identitas ; (4) masyarakat adat juga seringkali terisolasi akibat perbedaaan nilai maupun cara pandang dengan masyarakat yang hidup disekitarnya; serta (5) kondisi lokasi geografis yang mengalami keterpencilan

Dalam pelaksanaan kerjanya, *Partneship Governance Reform* bekerjasama dengan 10 mitra daerah dengan pendampingan pada:

a) Suku Anak Dalam di Provinsi Jambi (Kabupaten Merangin, Surolangun dan Bungo) dan Provinsi Sumatera Barat (Kabupaten Dharmasraya) dengan pelaksana program Pundi Sumatera
b) Suku Mentawai di Provinsi Sumatera Barat (Kabupaten Mentawai) dengan pelaksana program YCMM;
c) Suku Sawang di Provinsi Bangka Belitung (Kabupaten Belitung Timur)
d) Cina Benteng, di Provinsi Banten (Kota Tangerang) dengan pelaksana program PPSW
e) Kasepuhan Pasir Eurih, Cirompang, Karang, dan Suku Baduy di Provinsi Banten (Kabupaten Lebak) dengan pelaksana program RMI
f) Suku Dayak Keyah Lepoq di Provinsi Kalimantan Timur (Kabupaten Kutai Kartanegara) dan Komunitas Desa Pajenager di Pulau Kangean di Provinsi Jawa Timur (Kabupaten Sumenep) dengan pelaksana program Desantara;
g) Suku Topo Uma, dataran Tinggi Pipikoro di Provinsi Sulawesi Tengah (Kabupaten Sigi) dengan pelaksana program Karsa Institute;
h) Komunitas Kahayya, Togaribo dan Tobentongdi di Provinsi Sulawesi Selatan (Kabupaten Bulukumba dan Barru) dengan pelaksana program SCF
i) Komunitas Adat Gumantar di Provinsi Nusa Tenggara Barat (Kabupaten Lombok Utara) dan Komunitas Meuramba – Mauramba di Provinsi Nusa Tenggara Timur (Kabupaten Sumba Timur) dengan pelaksana program Samanta;
j) Suku Bajo di Pulau Kera, Kabupaten Kupang, dan Suku Boti di Kabupaten Timor Tengah Selatan Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan pelaksana program YTB.

Dampingan program peduli untuk pilar adat berjumlah 12.864 jiwa yang tersebar di 16 komunitas adat dan lokal terpencil. Selama pendampingan yang dilakukan selama ini ada dua hal yang menjadikan masyarakat adat dan lokal terpencil susah untuk mendapatkan JKN. Hal tersebut terjadi dikarenakan sebagai berikut:

a) Perubahan sosial yang terjadi demikian cepat kerena perkembangan informasi dan teknologi menjadikan JKN untuk komunitas adat dan lokal terpencil tidak bisa diimbangi oleh mereka. Akibatnya kesulitan baik dari sisi budaya, infrastruktur, maupun pendataan menjadi situasi yang terus menerus terjadi.
b) Ketidakterbukaan komunitas adat seperti Suku Baduy dan Boti yang memberlakukan hukum adat yang menolak terdapat pola bantuan yang disediakan oleh siapapun karena tanpa mengikuti kaidah norma adat yang dimiliki oleh mereka.

Pada periode Januari – Desember 2018, total penerima manfaat Program Peduli Pilar Masyarakat Adat dan Lokal Terpencil yang tergantung pada Sumber Daya Alam (SDA) sebanyak 12.864 orang. Dari awal program Peduli berjalan sudah mendamping komunitas untuk mendapatkan identitas hukum dan layanan dasar. Akan tetapi pendampingan tersebut masih terasa kurang tanpa ada dukungan kebijakan dalam pelaksanaannya. Hal tersebut ditunjukkan sampai dengan tahun 2018 terdapat 949 jiwa (7.38%) yang belum mendapatkan KTP. Sedangkan untuk layanan JKN sebanyak 6.228 (49%) yang belum memiliki KIS.

Persoalan kesehatan terkait jaminan kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat adat dan lokal terpencil yang tergantung pada SDA untuk diselesaikan adalah:

a) Permasalahan dasar untuk dapat akses JKN terutama identitas hukum (KK, KTP, Akta Lahir, dan Nikah) menjadi kendala untuk pilar masyarakat adat dan lokal terpencil. Permasalahan yang hendaknya segara dilakukan adalah perekaman dan pencetakan identitas hukum hendaknya dari penyedia layanan publik untuk cepat melakukan respon terhadap kearifan lokal yang di komunitas adat, dan aktif untuk jemput bola. Kearifan tersebut adalah memperhatikan kepercayaan yang dimiliki, budaya yang ada maupun hukum adat yang menjadikan komunitas tidak bisa mengakses legal identitas. Sedangkan untuk lokasi yang letak geografis sulit maka perlu adanya upaya dan strategi dari pihak pemda untuk sering melakukan perekaman dan memberikan cetak kartu sesuai dengan nama, maupun domisili yang ada.
b) Penjelasan akan JKN sampai saat ini baru sampai sosialisasi, tidak sampai pada bagaimana komunitas menggunakan. Dibeberapa lokasi yang sudah mendapatkan JKN melalui KIS, mereka belum menggunakan karena faktor "keribetan" adminitrasi (contoh: karena kesalahan data baik nama, tanggal lahir, maupun NIK maka warga tidak bisa menggunakan kartu, contoh lain: karena tidak terdata ataupun sudah terdata yang kemudian dimasukkan oleh Desa untuk dilaporkan ke pemda, tidak ada perubahan dari kartu yang diterima atupun mendapat tambahan kartu baru.
c) Skema JKN tidak menyediakan kondisi yang dialami oleh masyarakat adat maupun lokal terpencil, terutama dalam mengantisipasi budaya masyarakat adat yang di beberapa lokasi tidak diperbolehkan membaca dan menulis seperti di Suku Boti dan Baduy. Ataupun karena kebiasaan berpindah yang dialami Suku Anak Dalam (SAD). perpindahan mereka tidak hanya di dalam kabupaten tetapi juga lintas kabupaten dan lintas provinsi.
d) Disamping itu, masyarakat adat dan lokal terpencil memiliki keterbatasan dalam mengakses layanan kesehatan baik karena budaya yang mengatur untuk tidak bisa menggunakan transportasi modern, maupun karena secara akses infrastruktur lokasi tersebut sangat sulit ditempuh

Berdasarkan kondisi di atas masih terjadi ketimpangan antara target dan realisasi cakupan kepemilikan JKN-KIS dimana baru tercapai 6.288 jiwa (49%) dari total 12.864 jiwa dari komunitas adat dan lokal terpencil penerima manfaat Program Peduli.
Dengan ini, kami merekomendasikan kepada pemerintah pusat agar berupaya keras untuk meningkatkan pemenuhan cakupan kepemilikan JKN-KIS bagi komunitas adat dan lokal terpencil melalui:

a) JKN dalam bentuk KIS untuk dapat diperoleh kelompok marjinal maka kendala identitas hukum agar segera diselesaikan secepatnya.
b) Membuka ruang dialog dan membuka akses data sehingga diketahui publik dan para pemangku maupun pelaksana kebijakan akan kesulitan dan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan untuk penyediaan dan penggunaan JKN.
c) Menyediakan alokasi pendanaan baik dari APBD Kota/Kabupaten dan Desa tambahan bagi lembaga-lembaga pemerintah di daerah yang memberikan layanan khususnya untuk daerah-daerah yang terisolir maupun yang ada komunitas adatnya.
d) Membuka ruang konsultasi dan kerjasama antara pemerintah, swasta, dan masyarakat umum dengan masyarakat adat untuk menyediakan sarana dan prasarana kesehatan yang dapat diterima oleh komunitas adat.
e) Perbaikan sistem pendataan JKN yang tepat dan sesuai dengan data pribadi yang ada di komunitas adat yang terintegrasi antara desa, kabupaten, pemerintah pusat.
f) Melakukan kolaborasi dengan pemerintah daerah untuk pembiayaan kesehatan yang tidak dibiayai oleh pemerintah pusat.
g) Sistem pendataan terpadu yang selama ini menjadi keluhan, baik karena salah nama, alamat maupun NIK menyangkut JKN agar menggabungkan hasil pendataan oleh pemda maupun dari pihak desa dan komunitas adat

7. WARIA

Program peduli sudah memberikan dukungan kepada komunitas waria di 8 Provinsi yakni Aceh (Banda Aceh), Sumatera Selatan (Kota Palembang), Kalimantan Tengah (Kota Palangkaraya), Kalimantan Selatan (Kota Banjarmasin dan Kabupaten Tanah Laut), Yogyakarta (Kota Yogyakarta), Jawa Barat (Kota dan Kabupaten Bandung), Sulawesi Selatan (Kota Makassar), dan DKI Jakarta (Kota Jakarta Timur dan Barat).

Sebelum Program Peduli mengintervensi wilayah-wilayah tersebut banyak waria yang tidak mendapatkan akses layanan dasar dan mereka tidak diterima oleh keluarga, masyarakat dan pemerintah. selain itu banyak waria yang masih hidup di jalanan dan bekerja sebagai pekerja seks, mereka yang hidup dijalanan kerapkali mengalami kekerasan baik dari pelanggan, orang lain/masyarakat dan aparat (polisi dan satpol PP). Karena waria tereksklusi maka mereka juga susah mendapatkan pekerjaan yang layak (hal ini juga terjadi karena minimnya perhatian kepada waria dan tidak adanya akses pelatihan/sekolah informalyang mendukung). Dengan keadaan yang demikian Program Peduli masuk untuk membantu melalui tiga strategi kunci adalah adanya akses layanan publik dan bantuan sosial bagi waria ; penerimaan di masyarakat, keluarga, pemerintah ; dan dukungan kebijakan yang inklusif dari pemerintah.

Melalui ketiga *outcome* tersebut PKBI sebagai EO telah berusaha memberikan berbagai pelatihan yang bertujuan meningkatkan kapasitas waria. Selain memfasilitasi pelatihan, PKBI juga mendorong adanya forum-forum yang dapat mendukung penerimaan diantaranya:

a) Forum keluarga: forum ini dibentuk agar keluarga waria bersedia menerima waria sebagai bagian dari keluarga. Tim Peduli melakukan advokasi dan pendekatan kepada keluarga waria agar waria bisa diterima kembali oleh keluarga. Forum ini dinilai berhasil, banyak waria di 8 wilayah intervensi sudah diterima kembali oleh keluarganya (55% dari 1.918 penerima manfaat).
b) Forum warga: forum warga dibentuk agar warga juga bisa menerima waria sebagai bagian dari masyarakat, setelah forum keluarga berhasil maka Program Peduli melakukan perluasan strategi dengan membentuk forum warga yang di dalamnya meliputi kegiatan diskusi, kegiatan sosial bersama masyarakat yang mendukung adanya penerimaan di kalangan masyarakat tempat tinggal waria.
c) Forum stakeholder: di beberapa wilayah intervensi program, forum stakeholder sangat mendukung adanya kerjasama antara komunitas waria dengan pemberi layanan seperti OPD dan LSM. Dengan terbentuknya forum stakeholder banyak waria yang berkesempatan untuk menerima beberapa bantaun sosial dan mendapatkan informasi terkait dengan layanan dasar.
d) Forum jurnalis: forum ini dibentuk atas kerjasama dengan beberapa jurnalis lokal. Banyak sekali pemberitaan negatif yang dibuat media terkait dengan waria, sehingga melalui terbentuknya forum jurnalis ini diharapkan banyak pemberitaan baik tentang waria.

Selain beberapa forum di atas keberhasilan lain yang sudah ditorehkan oleh komunitas waria adalah terdapat 4 organsiasi waria yang sudah terdaftar di kesbangpol. Dari 1.286 waria dampingan program Peduli, sebanyak 193 waria sudah mendapatkan JKN-KIS yang tersebar di 8 wilayah intervensi Program Peduli.

Adapun beberapa rekomendasi terkait dengan capaian SDGs untuk waria adalah waria yang sudah mendapatkan e-KTP akan dibuatkan JKN-KIS, diperlukan adanya kerjasama atau MoU antara organisasi waria dengan Dinas Sosial Kota/Kabupaten, serta Dinas Ketenagakerjaan dan Pariwisata untuk meningkatkan peluang pengembangan usaha mandiri bagi kelompok waria.

8. KORBAN POLITIK MASA LALU

Program Peduli telah mendukung beberapa komunitas korban dan pendamping korban pelanggaran HAM untuk mencapai 3 (tiga) hasil utama, yakni (1) Meningkatnya akses layanan publik dan bantuan sosial; (2) Meningkatnya kesadaran dan penerimaan sosial; dan (3) Kebijakan yang lebih baik terkait inklusi sosial yang lebih memihak pada korban. Secara khusus, kelompok korban yang terlibat dalam pilar pelanggaran HAM masa lalu meliputi korban (1) Tragedi 1965 – 1966 (dilakukan di Surakarta, Karanganyar, Yogyakarta, Gunung Kidul, Palu, Donggala, Sikka ; (2) Peristiwa Talangsari (Lampung Timur) ; (3) Korban operasi militer di Aceh Utara ; dan (4) korban peristiwa Mei 1998 di Jakarta Timur.

Selama ini eksklusi yang dialami para korban adalah tidak mendapatkan akses layanan sosial lantaran kondisi mereka sebagai mantan tahanan politik maupun korban kekerasan masa lalu. Para korban tersingkir dari ruang sosial kemasyarakan, mendapatkan diskriminasi dari aparat

pemerintahan maupun masyarakat sekitar sehingga tidak dimasukkan dalam daftar penerima layanan sosial. Tidak ada kebijakan baik di tingkat desa, daerah maupun nasional yang memberikan perlakuan khusus layanan bagi mereka.

Atas dasar ini, berbagai upaya yang dilakukan pada tahap awal adalah membuka akses layanan social bagi para korban dengan melibatkan peran pemerintah Desa maupun Kabupaten. Beberapa jenis layanan yang berhasil diakseskan oleh para mitra pelaksana di tingkat lokal diantaranya adalah layanan dokumen adminduk, layanan kesehatan, pendidikan, infrastruktur dan berbagai program penguatan ekonomi keluarga. Program Peduli juga telah berkontribusi bagi ketahanan organisasi/korban untuk terus memperjuangkan haknya dengan lebih strategis, sistematis dan menjangkau lebih banyak korban di tahun mendatang.

Mengingat kekhasan kerja-kerja pemulihan hak korban kekerasan masa lalu, ketiga capaian mulai dari akses layanan, penerimaan sosial dan perubahan kebijakan penting untuk membangun kepercayaan antar korban, anggota masyarakat dan pemda sehingga dapat menjadi landasan yang lebih jauh bagi pencapaian kebijakan inklusif yang lebih memihak pada korban. Keberhasilan penting lainnya adalah telah berhasil membangun landasan baru yang cukup kokoh menuju pemenuhan hak korban pelanggaran HAM masa lalu. Berbagai kegiatan yang digagas mitra pelaksana telah membuka ruang-ruang dialog baru dengan komunitas, masyarakat sekitar dan pemerintah daerah mereka. Ruang-ruang inklusi social semakin terbuka lebar, khususnya dengan pendekatan kebudayaan. Pelibatan korban dalam penyusunan rancangan pembangunan daerah di tingkat desa maupun kabupaten/Kota juga merupakan capaian dalam membangun landasan bagi pemenuhan kepercayaan diri dan martabat korban dalam berpartisipasi di ruang sosial kemasyarakatan.

Karateristik utama dari para penerima manfaat adalah perlunya mendapatkan layanan sosial dan pengakuan dari lingkungan atau penerimaan sosial. Untuk Pihak HAM dan Restorasi Sosial ada layanan khusus yang diperoleh, yakni layanan akses kesehatan dan psikososial dari Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban (LPSK). Layanan ini diberikan secara khusus kepada para korban Pelanggaran HAM berat, dengan sebelumnya memperoleh surat rekomendasi sebagai korban dari Komnas HAM. Dengan layanan ini, maka para korban bisa memperoleh layanan pengobatan di rumah sakit yang dirujuk, dengan pembayaran yang dilakukan oleh LPSK. Perkembangan terakhir, sejak 2018, bentuk layanan ini diubah menjadi skema BPJS melalui PBI dengan tetap dibayarkan oleh negara

Dengan latar belakang ini, sejak awal para penerima manfaat lebih banyak didorong untuk mendapatkan akses layanan melalui akses LPSK. Tantangan secara khusus kemudian, proses pendaftaran yang cukup panjang melalui LPSK dan Komnas HAM sehingga memakan waktu lama serta berdampak jumlah yang menerima layanan ini tidak mencapai jumlah yang fantastis. Dari data bulan Mei 2017 hingga September 2018 terdapat 705 masyarakat yang mendapatkan askes layanan kesehatan diantaranya meliputi BPJS Kesehatan dan akses layanan LPSK.

Lewat Program Peduli, Ika telah melakukan penjangkauan 11 Kota/Kabupaten (Aceh Utara, Lampung Timur, Jakarta Timur, Yogyakarta, Gunung Kidul, Surakarta, Karanganyar, Palu, Donggala, Sikka). Selama kurun waktu Mei 2017-September 2018, IKa mencatat telah ada 5.525 orang yang telah mengakses layanan publik yang meliputi dokumen adminstrasi kependudukan, dan layanan sosial lainnya seperti layanan kesehatan, layanan pendidikan dan berbagai layanan lainnya, serta terdapat 705 masyarakat yang mendapatkan askes layanan kesehatan diantaranya meliputi KIS, BPJS dan akses layanan LPSK. IKa belum memiliki data terpilah yang terklasifikasi untuk semua layanan kesehatan yang ada.

Masalah yang dihadapi di lapangan adalah soal akses layanan kesehatan yang belum merata di berbagai daerah, selain bahwa akses layanan BPJS Kesehatan tidak menjadi prioritas satu-satunya dalam pilar HAM dan Restorasi Sosial. Yang didorong sebelumnya adalah layanan akses kesehatan lewat LPSK yang lebih besar maknanya bagi para korban. Layanan ini adalah perlakuan khusus bagi para korban HAM, sebagaimana melalui layanan ini korban merasa mendapatkan 'pengakuan' dari negara sekaligus menjadi bukti bahwa "negara hadir". Permasalahannya adalah mata rantai panjang dari identifikasi korban yang melibatkan Komnas HAM dan LPSK sehingga layanan tidak bisa diberikan secara massif.

Dari beberapa daerah yang mendapatkan layanan dari BPJS Kesehatan, Aceh Utara cukup banyak mendapat KIS, yang dilakukan melalui bazar Layanan, seperti terjadi di Aceh Utara, namun kendala berikutnya adalah pemanfaatan BPJS Kesehatan yang terkendala teritori dengan jauhnya jarak Puskesmas dan Rumah Sakit.

Terkait hal di atas, beberapa yang dapat dilakukan adalah:

a) Melakukan advokasi kepada Komnas HAM dan LPSK untuk merampingkan sistem penyeleksian korban yang bisa mendapatkan layanan kesehatan, sehingga lebih banyak korban yang bisa mendapatkan akses.
b) Mendorong adanya kebijakan yang memberikan perlakuan khusus bagi para korban pelanggaran HAM, melibatkan Kementerian Sosial, Kesehatan dan lainnya.
c) Mendorong lebih banyak Perda Lansia yang memberikan perlakuan khusus kepada para korban, sehingga bisa mendapatkan manfaat lebih beragam.
d) Mendorong pemerintah Desa dan Daerah untuk lebih aktif melakukan jemput bola seperti melakukan bazar layanan sehingga lebih banyak yang bisa mendapatkan akses.

Memperluas sosialisasi kebijakan JKN-KIS ketingkat desa serta pemanfaatkan kartu KIS yang diperoleh

a) Mengingat kekhususan korban pelanggaran HAM, maka perlu diupayakan kebijakan yang secara khusus memberikan layanan sosial bagi para korban
b) Memperluas manfaat dari layanan LPSK yang merupakan layanan khusus bagi para korban
c) Mendorong lebih banyak Perda Lansia yang memberikan perlakuan khusus kepada para korban, sehingga bisa mendapatkan manfaat lebih beragam.

KESIMPULAN

Dari hasil kegiatan di 7 Pilar kelompok marginal pencapaian SDGs bidang kesehatan melalui pelaksanaan JKN telah berhasil meningkatkan cakupan kelompok marjinal dari belum masuk sebagai peserta JKN setelah program peduli kepesertaan meningkat hampir 90% dari kelompok sasaran dengan demikian tujuan kegiatan peduli berhasil membantu pencapaian SDGs bidang kesehatan untuk memperbesar cakupan kepesertaan JKN-KIS bagi Masyarakat Marjinal sebagai bagian dari PMKS yang masuk ke dalam kelompok peserta PBI

REKOMENDASI

a) Untuk meningkatkan kepesertaan kelompok marjinal melalui skema *Universal health Coverage* (UHC) masih diperlukan kelengkapan administrasi seperti e-KTP, KK, dan dimasukkan dalam kelompok PMKS (Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial) melalui Kementerian Sosial serta Dirjen Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kemendagri

b) Berkaitan dengan keberhasilan program peduli ini, diusulkan agar model dan strategi peduli JKN bisa digunakan sebagai strategi terpilih untuk kelompok-kelompok lain agar di seluruh Kota/Kabupaten di Indonesia bisa segera tercapai mengingat target utama di Bulan Desember 2019 seluruh rakyat Indonesia harus menjadi peserta JKN, sehingga dengan waktu hanya beberapa bulan, saat ini Agustus 2019 masih ada 24 % penduduk yang belum menjadi peserta JKN yang umumnya mereka termasuk dalam kelompok mampu penerima upah yang seharusnya mampu untuk membayar iuran. Sehingga slogan "dengan gotong royong" semua bisa tertolong belum terlaksana. BPJS Kesehatan khususnya direktur kepesertaan harus lebih berkreatif dan mengembangkan inovasi-inovasi agar 24 % penduduk yang belum menjadi peserta JKN bisa segera menjadi peserta. Program Peduli berharap model-model yang dikerjakan oleh program peduli bisa menjadi pendorong bagi BPJS Kesehatan.

c) Dengan program Peduli ini diharapkan akan muncul kelompok-kelompok peduli baik dalam program bina lingkungan dari BUMN, program CSR dari perusahaan-perusahaan, *donor agency*, dan kelompok peduli lainnya untuk bekerjasama dengan Program Peduli PKBI agar UHC segera tercapai melalui peningkatan kepesertaan JKN.

LAMPIRAN

NO	EO	Penerima Manfaat & Kota Intervensi	Eksklusi/Stigma	Action Yang Berkaitan Dengan Masalah Kesehatan/JKN	Hasil	Rekomendasi
1	PKBI	Anak yang Mengalami Pidana Penjara (AMPP) bekerja di 7 wilayah yakni : (1) Palembang, (2) Bengkulu, (3) Blitar, (4) DKI Jakarta, (5) Bandung, (6) NTT dan (7) Maros, Makassar	Stigma sebagai anak nakal, anak yang menjalani pidana dalam penjara kerapkali dicap sebagai anak nakal dan dianggap berbahaya dalam kehidupan masyarakat sehingga banyak keluarga yang pada akhirnya tidak menerima dan tidak dianggap sebagai keluarga, hal ini berdampak pada tidak terpenuhinya hak-hak dasar seperti kesehatan, pendidikan, dan afeksi.	Membentuk forum keluarga (maksud dibentuknya forum keluarga untuk menggali profil anak (tingkat pendidikan, kelengkapan administrasi, riwayat kesehatan dan psikososial) kegiatan forum keluarga adalah : mengidentifikasi anak yang tidak lengkap administrasi kependudukan, riwayat kesehatan dan kelengkapan pendidikan, melengkapi persyaratan administrasi kependudukan bekerja sama dengan LPKA dan pemerintahan setempat	Forum keluarga terbentuk di 5 wilayah yakni Kupang, Bandung, Palembang, Bengkulu, Blitar. Yang menghasilkan perubahan tingkat kunjungan keluarga kepada anak di LPKA (80%). Kelengkapan administrasi anak terpenuhi untuk kepentingan pembuatan KTP dan KTA.	seluruh LPKA di Indonesia harus memiliki forum keluarga, forum stakeholder untuk pemenuhan kebutuhan dan hak-hak anak di LPKA.
			tidak memiliki KTP/KIA , JKN/KIS	membentuk forum stakeholder yang terdirai dari Pemda, Dukcapil, Dinas Kesehtan, Dinas Sosial, Dinas perlindungan perempuan dan anak, PKBI, LPKA, Kepolisian, BKKBN, yang bertujuan memenuhi kebutuhan KTP anak di dalam LPKA	dari target 85 anak sebanyak 278 AMPP di Palembang, Bengkulu, Blitar, Bandung, Jakarta, Kupang dan Makassar telah mendapatkan KTP	Diperlukan kerjasama atau MoU antara LPKA dengan Dinas Sosial untuk memberikan JKN kepada anak yang sudah mendapatkan KTP dan KIA di kabupaten/kota masing-masing.
		WARIA yang berlokasi di Aceh, Palembang, Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah, DKI Jakarta, Jawa Barat, Sulawesi Selatan, DIY	tidak diterima oleh keluarga, OPD, dan masyarakat sehingga persayarakat adminduk tidak terpenuhi seperti KK, KTP.	membentuk organisasi waria yang terdaftar di kesbangpol, forum keluarga, forum warga dan forum stakeholder.	Dibentuknya organisasi waria di 8 provinsi menghasilkan data jumlah waria sebanyak 1.286. Terbentuknya forum keluarga di Aceh, Banjarmasin, Jogja, Bandung dan Palembang. Melalui forum keluarga waria kembali diterima sebagai anggota keluarga sehingga waria yang sudah mendapatkan KTP sebanyak 153 orang. Dan 9 orang sudah mengakses JKN/KIS.	waria yang sudah mendapatkan KTP akan dibuatkan JKN/KIS
			kesempatan lapangan kerja yang terbatas (Salon, pengamen, pekerja seks)	PKBI dan mitra memfasilitasi pelatihan-pelatihan yang bertujuan meningkatkan kapasitas waria.	terdapat 268 orang waria bekerja di berbagai bidang/profesi seperti : Wedding Organizer, membuka jasa laundry (Jogja), Make Up penganten, salon, catering, sablon, usaha angkringan.	diperlukan kerjasama / MoU antara organisasi waria dengan dinas sosial, ketenagakerjaan, pariwisata, untuk meningkatkan peluang pengembangan usaha mandiri bagi kelompok waria.

NO	EO	Penerima Manfaat & Kota Intervensi	Eksklusi/Stigma	Action Yang Berkaitan Dengan Masalah Kesehatan/JKN	Hasil	Rekomendasi
2	LPKP	Anak Pekerja Migran yang bekerja di Sumba Barat Daya, Sumba Timur, Lombok Timur, Lombok Tengah, Tasikmalaya, Indramayu, Malang dan Jember	anak yang tidak diasuh oleh orang tua	membangun orang tua asuh melalui forum keluarga	dari 2.366 APM sebanyak 504 anak mendapatkan JKN/KIS	diperlukan kerjasama antara desa dengan dinas dukcapil, dinas sosial untuk pemenuhan hak anak pekerja migran (KTA, JKN/KIS)
			lahir tanpa ayah sah	membuat mekanisme layanan adminduk berbasis forum warga	penerimaan masyarakat terhadap APM meningkat dan stigma berkurang	diperlukan ruang publik untuk peningkatan dan pengembangan pola asuh anak yang dikelola oleh pemerintah melalui dinas perlindungan perempuan dan anak.
			orang tua tidak memiliki surat nikah dan KK sehingga berdampak negative ke anak	pendekatan budaya/kampanye anak melalui budaya seperti marawis,egrang, dll	terbangunnya partisipasi masyarakat dan AMP	diperlukan peran desa untuk memfasilitasi kader-kader masyarakat dalam mewujudkan desa inklusi
			tidak terdaftar penerima BDT	advokasi ke dinas sosial	adanya data AMP yang sudah terdaaftar di BDT.	diperlukan kerjasama antara desa dengan dinas sosial untuk konsolidasi data BDT bagi APM
3	YAKKUM	Disabilitas yang bekerja di kabupaten/ kota (Kulon Progo, Sleman, Klaten, Sukoharjo, Situbondo, Gowa, Bone, Sumba Barat, Banjarmasin, Yogyakarta	terbatasnya akses kesehatan untuk disabilitas	membukakan akses layanan dasar, memberikan pemberdayaan dan membangun penerimaan sosial untuk mengurangi stigma. Di level desa, posyandu dikembangkan adanya layanan deteksi dini untuk mengidentifikasi kondisi disabilitas sejak usia dini. para kader kesehatan dilatih untuk memiliki ketrampilan deteksi dini. Di level kecamatan, telah dikembangkan sanggar inklusi terutama di wilayah Sukoharjo untuk memberikan layanan terapi, konseling serta ketrampilan dasar dalam kehidupan sehari-hari kepada penyandang disabilitas anak-anak serta orang tua.	450 anak yang mendapatkan layanan kesehatan. Dan untuk mendukung layanan kesehatan yang inklusif maka Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) telah memiliki Standard Operasional Prosedur (SOP) terkait dengan layanan inklusif bagi penyandang disabilitas. Dan di level kabupaten (Sukoharjo), pilar disabilitas berhasil untuk melakukan advokasi terkait kebijakan untuk pembiayaan jaminan kesehatan bagi penyandang disabilitas yang tidak mendapatkan subsidi dari pemerintah pusat, berupa Jaminan Kesehatan Nasional Penerima Bantuan Iur yang bersumber dari APBD (Anggaran Pendapatan Belanja Daerah). Penerima manfaat dari kebijakan ini adalah semua disabilitas di Sukoharjo mendapatkan pembiayaan subsidi untuk KIS. Keberhasilan ini dilakukan melalui pendataan dari rumah ke rumah untuk mendapatkan data real di lapangan. Data tersebut kemudian diserahkan kepada pemerintah desa, pemerintah	diperlukan SOP layanan inklusif di seluruh Puskesmas terkait dengan disabilitas. Adanya pembiayaan kesehatan dari pemerintah pusat.

NO	EO	Penerima Manfaat & Kota Intervensi	Eksklusi/Stigma	Action Yang Berkaitan Dengan Masalah Kesehatan/JKN	Hasil	Rekomendasi
					kecamatan, pemerintah kabupaten untuk selanjutnya digunakan dalam penyusunan kebijakan. Pilar disabilitas telah berhasil mengupayakan Kartu Indonesia Sehat bagi 266 penyandang disabilitas	
4	LAKPESDAM NU	Agama dan minoritas, yang bekerja di wilayah Provinsi Jawa Barat; Kuningan, Indramayu, Cimahi, dan Tasikmalaya. Nangro Aceh Darussalam, Jawa Tengah; Cilacap dan Jepara. Jawa Timur; Jember dan Sampang, Kalimantan; Sampit, NTB; Mataram dan Bima, Sulawesi; Bulukumba	negara tidak mengakui adanya agama minoritas seperti Syiah, Ahmadiyah dan Penghayat yang berdampak pada pelayanan identitas dan layanan kesehatan	mengidentifikasi masyarakat yang tidak memiliki JKN/KTP lalu kemudian melakukan advokasi ke diskudcapil dan kementrian kesehatan.	sebanyak 1.650 orang penghayat mendapatkan KTP. 1. Yang mendapatkan kartu JKN PBI adalah 40% penduduk terbawah. (lihat dinas sosial setempat, tanggal 25 april 2019 sedang dilakukan pemutakhiran data terpadu di setiap kabupaten selama 3 bulan untuk memastikan peserta penerima PBI yang belum mendapat kartu JKN. Kewenangan ada di kepala desa dengan kata kunci pemutakhiran data terpadu ke-6 tahun 2019	Mempermudah daftar kepesertaan; dengan pendekatan khusus (sosialisasi khusus, pelayan khusus) untuk memasukkan kelompok ini dalam kepesertaan JKN dengan mempertimbangkan pendekatan afirmatif. Misalnya untuk kelompok penghayat adat, mereka memiliki kendala kepesertaan jika model kepesertaan disamakan dengan model daftar yang umum/normatif. Secara khusus Lakpesdam PBNU dan Satunama memungusulkan BPJS bekerfjasama dengan desa untuk pendaftaran kepesertaan kelompok rentan
5	SAMIN	AYLA (anak yang dilacurkan) yang bekerja di Makasssar, Bandarlampung, Surabaya, Bandung dan Garut	dianggap anak nakal dan berbahaya sehingga diasingkan dari keluarga dan masyarakat.	melakukan advokasi kepada stakeholder untuk menghasilkan kebijakan institusi (seperti Keputusan Kepala Puskesmas/Rumah Sakit, atau Edaran dari Dinas kesehatan). Untuk kesehatan dan dinas sosial untuk mendapatkan bantuan sosial.	Berdasarkan hasil pendataan yang dilakukan oleh CSO mitra SAMIN di 5 wilayah dampingan terdapat sebanyak 228 AYLA. Anak rentan yang menjadi penerima manfaat Program Peduli sejumlah 429 anak. Dimana sebanyak 20 ALYA atau sekitar 8.8% dari penerima manfaat AYLA telah mempunyai KIS melalui fasilitasi Peduli. Dan, 11 AYLA menerima BPJS atau sekitar 4,8% dari seluruh AYLA penerima manfaat program	diperlukan kebijakan dan layanan yang inklusif bagi kelompok AYLA dalam bingkai perlindungan anak.

NO	EO	Penerima Manfaat & Kota Intervensi	Eksklusi/Stigma	Action Yang Berkaitan Dengan Masalah Kesehatan/JKN	Hasil	Rekomendasi
6	SATUNAMA	Agama dan minoritas, yang bekerja di wilayah Provinsi Medan, Deli serdang, Brebes, Banyumas, NTT, NTB.	tidak diakui sebagai warga negara karena identitas agama.	melakukan pengembangan perubahan sosial dengan 5 pendekatan,pendataan kelompok yang mengalami eksklusi sosial, perbaikan relasi dengan pemerintah dan masyarakat, advokasi kebijakan, dan penguatan atas data. BPJS bekerjasama dengan pemerintah daerah untuk melakukan pendataan kelompok rentan dengan karakter problem identitas agama/kepercayaan.	2812 penerima manfaat yang mengakes pelbagai layanan adminduk tersebut.	
7	KEMITRAAN	Masyarakat adat dan lokal terpencil yang masih tergantung pada SDA yang bekerja di Jambi, Mentawai, Tangerang, Belitung, Banten, Sumenep, Sigi, Bulukumba, lombok, NTT.	adanya layanan kesehatan karena mereka tidak memiliki KTP/identitas.	melakukan advokasi kepada stakeholder untuk menghasilkan kebijakan institusi (seperti Keputusan Kepala Puskesmas/Rumah Sakit, atau Edaran dari Dinas kesehatan). Untuk kesehatan dan dinas sosial untuk mendapatkan bantuan sosial.	terdapat 949 jiwa (7.38%) yang belum dapat KTP. Sedangkan untuk layanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebanyak 6.228 (49%) yang belum memiliki KIS.	pemerintah pusat agar berupaya keras untuk meningkatkan pemenuhan cakupan kepemilikan JKN-KIS bagi komunitas adat dan lokal terpencil melalui: membuka ruang dialog dan membuka akses data, menyediakan alokasi dana khusus melalui APBD kota/kab dan desa. Perbaikan sistem pendataan JKN yang tepat dan sesuai dengan data pribadi yang ada di komunitas adat yang terintegrasi antara desa, kabupaten, pemerintah pusat.
8	IKA	korban peristiwa 65 yang bekerja di Aceh Utara, Lampung Timur, Jakarta Timur, Yogyakarta, Gunung Kidul, Surakarta, Karanganyar, Palu, Donggala, Sikka	terputusnya akses ke layanan dasar seperti kesehatan, layanan adminduk, dll/ tidak masuk dalam daftar penerima layanan sosial.	membuka akses layanan sosial bagi para korban, dengan melibatkan peran pemerintah desa maupun kabupaten/kota.	terbukanya akses Layanan Dokumen Adminduk, Layanan Kesehatan, Pendidikan, Infrastruktur dan berbagai program penguatan ekonomi keluarga. Hingga September 2018 terdapat 705 masyarakat yang mendapatkan askes layanan kesehatan diantaranya meliputi: KIS dan akses layanan LPSK	Melakukan advokasi kepada Komnas HAM dan LPSK untuk merampingkan system penyeleksian korban yang bisa mendapatkan layanan kesehatan, sehingga lebih banyak korban yang bisa mendapatkan akses. Mendorong adanya kebijakan yang memberikan perlakuan khusus bagi para korban pelanggaran HAM, melibatkan Kementrian Sosial, Kementrian Kesehatan dll