



**GAMBARAN AKSESIBILITAS KEPESERTAAN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA WANITA
PENJAJA SEKS LANGSUNG (WPSL)
DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Nabellah Sagareta
NIM 152110101227**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**



**GAMBARAN AKSESIBILITAS KEPESERTAAN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA WANITA
PENJAJA SEKS LANGSUNG (WPSL)
DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Nabellah Sagareta
NIM 152110101227**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**

PERSEMBAHAN

Dengan menyebut nama Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam berbagai urusan, saya sebagai penulis mempersembahkan karya skripsi ini untuk:

1. Kedua orang tua saya, Ayah Chodli dan Ibu Anita Febriantina yang telah memberikan seluruh kasih sayang, doa, pengorbanan dan dukungan hingga saya dapat mencapai titik ini. Terimakasih untuk segalanya. Semoga doa dan ridho untuk anaknya dapat senantiasa menuntun kepada jalan kebahagiaan dan kesuksesan. Amin.
2. Adik-adikku, Sellyndra Tanisa Galuh dan Vilencia Gerda Arzeta, serta seluruh keluarga besar saya yang selalu memberikan semangat, motivasi dan doanya.
3. Bapak dan Ibu guru yang telah berjasa mendidik dan memberikan berbagai ilmu dan wawasan yang luas dalam membentuk karakter yang bermanfaat.
4. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari satu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain. Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap.

(Terjemahan Surat Al-insyiroh 6-8)



Departemen agama RI. 2004. Al-Qur'an dan terjemahannya. Bandung: CV Penerbit JArt.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nabellah Sagareta

NIM : 152110101227

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Gambaran Aksesibilitas Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan hasil karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus saya junjung tinggi.

Dengan demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 4 Januari 2018
Yang menyatakan,

Nabellah Sagareta
NIM 152110101227

SKRIPSI

**GAMBARAN AKSESIBILITAS KEPESERTAAN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA WANITA
PEKERJA SEKS LANGSUNG (WPSL)
DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Nabellah Sagareta
NIM 152110101227

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Gambaran Aksesibilitas Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis
Tanggal : 4 Januari 2018
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing	Tanda Tangan
1. DPU : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. NIP.19781016 200912 2 001	(.....)
2. DPA : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes. NIP.19831113 201012 2 006	(.....)

Penguji	Tanda Tangan
1. Ketua : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. NIP.19820723 201012 1 003	(.....)
2. Sekretaris : dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc. NIP.19811005 200604 2 002	(.....)
3. Anggota : M. Nur Khamid, S.KM.	(.....)

Mengesahkan
Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

RINGKASAN

Gambaran Aksesibilitas Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember: Nabellah Sagareta; 152110101227; 2018; 88 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam rangka pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC), pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Salah satu visi dari reformasi kesehatan dalam mewujudkan keadilan adalah perluasan cakupan ke seluruh kelompok di masyarakat termasuk kelompok minoritas seperti Wanita Penjaja Seks (WPS). Tahun 2007 keberadaan prostitusi legal telah ditutup, namun justru menimbulkan masalah baru yakni semakin maraknya kegiatan prostitusi baik liar dan terselubung di Kabupaten Jember. Dampak yang ditimbulkan akibat pekerjaannya adalah mempermudah penyebaran penyakit menular seksual. Jumlah kasus HIV di Kabupaten Jember tahun 2016 sebanyak 567 kasus dan berdasarkan faktor risiko terjasi pada heteroseksual sebanyak 485 kasus. Kasus IMS pada WPS di Kabupaten Jember tahun 2016 mengalami peningkatan sebanyak 81 kasus.

Menurut penduan teknis tentang pembiayaan layanan HIV/AIDS dan IMS di fasilitas kesehatan, semua peserta JKN yang terdiagnosa positif HIV dijamin pembiayaannya oleh BPJS baik perawatan, pengobatan maupun tes rutin yang perlu dan harus dijalani oleh seorang ODHA. Masalah besar dalam aksesibilitas kepesertaan JKN adalah soal kepesertaan. Banyak ODHA yang merupakan bagian dari populasi kunci seperti penjaja seks, penasun, dan waria yang tidak memiliki kelengkapan administrasi kependudukan seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK).

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan aksesibilitas kepesertaan JKN pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Penentuan informan dalam penelitian ini adalah menggunakan *snowball*

sampling. Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah panduan wawancara.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kedekatan JKN di kalangan WPSL masih rendah, hal ini dikarenakan JKN yang masih kurang dikenal di kalangan WPSL. Penerimaan JKN pada WPSL masih kurang baik, hal ini dikarenakan ada banyak hal yang menjadi hambatan yaitu kekhawatiran akan dipersulit di pelayanan kesehatan dan saat mendaftarkan JKN, kurang informasi tentang tempat pendaftaran dan cara mendaftar JKN, rasa malas yang tinggi, kurangnya persyaratan administrasi dan kurangnya kesadaran diri akan pentingnya jaminan kesehatan. Ketersediaan dan akomodasi JKN juga menjadi hambatan dikarenakan jarak tempuh yang cukup jauh dan waktu yang dibutuhkan cukup lama, hal itu juga menyebabkan biaya transportasi menjadi lebih mahal. Keterjangkauan WPSL untuk membayar iuran JKN setiap bulannya tidak ada kesulitan, namun ada hal yang menjadi pertimbangan yaitu kebijakan baru yang mengharuskan satu Kartu Keluarga menjadi peserta JKN. Ketepatan JKN sangatlah sesuai untuk WPSL karena JKN tidak hanya menjamin kesehatan dasar, tetapi juga mencakup penyakit lainnya yang menjadi resiko dari WPSL.

Saran bagi BPJS Kabupaten Jember diperlukan meningkatkan pemahaman mengenai Program JKN dengan melakukan sosialisasi pada WPSL yang berada di Kabupaten Jember, serta perlunya melakukan pendekatan dan advokasi secara berkesinambungan guna mendapatkan dukungan untuk melakukan sosialisasi dengan instansi yang berhubungan langsung dengan populasi kunci. Saran bagi Dinas Sosial Kabupaten Jember perlu adanya program pembinaan kepada populasi kunci khususnya WPSL untuk mengurangi penyebaran prostitusi liar di Kabupaten Jember. Saran bagi LSM dan KPA Kabupaten Jember perlu terlibat dalam upaya perluasan cakupan kepesertaan JKN dengan membuat sebuah program pendampingan di kalangan populasi kunci khususnya WPSL di Kabupaten Jember.

SUMMARY

The Description Accessibility of National Health Insurance Participation on Prostitutes in Jember; Nabellah Sagareta; 152110101227; 2018; 88 pages; Health Policy and Administration Department, Faculty of Public Health, University of Jember.

In the context of Universal Health Coverage (UHC) completion, the government have responsibility for the implementation of public health insurance through the National Health Insurance program. One of the visions of health reform in realizing justice is the extension of coverage to all community groups, including minority groups such as prostitutes. Prostitutes are one of the minority groups in the community. In 2007, the existence of legal prostitution has been closed in order to eradicate social diseases disturbing the community, but it has raised a new problem that has been increasingly widespread prostitution activities both illegally and obviously in almost all areas of Jember. The impact caused by the work is to ease the spread of sexually transmitted diseases. The number of HIV cases in Jember District in 2016 was 567 cases and based on heterosexual risk factor of 485 cases. Cases of sexually transmitted infections on prostitute in Jember in 2016 experienced an increase of 81 cases.

Based on the technical guidance on the financing of HIV / AIDS and STI services at health facilities, all the National Health Insurance participants diagnosed as positive HIV are guaranteed the funding by the Social Security Administering Board, both routine care, medication, and routine tests which are needed and must be done by an PLWHA. A major problem in the accessibility of the National Health Insurance membership is the matter of membership. Many PLWHA are part of key populations such as sex workers, IDUs and transvestites who do not have completeness of population administration such as identity cards and family cards.

This research aimed to describe the description of accessibility of National Health Insurance Participation on prostitutes in Jember. This case study research

employed qualitative approach. The informants were determined by using snowball sampling. The data collection instrument used was an interview guide.

The findings showed that the approachability of the National Health Insurance in among prostitutes was still low, it has happened because the National Health Insurance was still less well-known among prostitutes. The acceptability of the National Health Insurance to the prostitutes was still not good because there were still many things that they worry about which was the perception of (1) being complicated in the health service and when registering, (2) lacking of information about registration place and how to register of the National Health Insurance, (3) laziness is high (4) lacking of administration requirements, and (5) lacking of self-awareness for the importance of health insurance. The availability and accommodation of the National Health Insurance was also an obstacle because the distance that must be taken was far enough and the time required was long enough. Moreover, it also caused the cost of transportation become more expensive. The affordability of the National Health Insurance did not find difficulties to pay the National Health Insurance dues every month, but there was something considered the new policy requiring one Family Registration Certificate to be a participant of the National Health Insurance. The accuracy of the National Health Insurance was very appropriate for prostitutes because the National Health Insurance not only has guaranteed basic health, but also includes other diseases that are at risk from prostitutes.

Suggestion to BPJS Jember needs to improve the understanding of the National Health Insurance Program by conducting socialization to prostitutes in Jember, and the need to approach and advocate on an ongoing basis to get socialization the importance of cooperation with agencies that directly related to the primary populations. Suggestion for Social Service of Jember needs coaching program to key population especially prostitutes to reduce the spread of wild prostitution in Jember. Suggestions for NGOs and KPA Jember, they need to be involved in efforts to expand the coverage of the National Health Insurance participation by creating a mentoring program among the primary population especially prostitutes in Jember.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Gambaran Aksesibilitas Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana gambaran aksesibilitas Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember yang meliputi kedekatan, penerimaan, ketersediaan dan akomodasi, keterjangkauan, ketepatan JKN pada WPSL di Kabupaten Jember. Sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam perluasan kepesertaan JKN bagi FKM, BPJS, LSM, dan KPA pada populasi kunci khususnya WPSL di Kabupaten Jember.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. dan Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi Kebijakan Dan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang selalu memberikan motivasi kepada penulis.
3. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., Ibu dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc., dan Bapak M. Nur Khamid, S.KM., selaku Tim Penguji skripsi yang telah memberikan saran-saran yang sangat membangun dan bermanfaat.
4. Ibu Reny Indrayani S.KM., M.KKK., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran kepada penulis selama penulis berkuliah.
5. Bapak/Ibu dosen Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

6. Bapak/Ibu dosen, dan staff Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
7. Orang tua, adik-adikku dan keluarga besar segala doa, kasih sayang dan dukungan yang diberikan selama ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa khususnya mahasiswa Alih Jenis Angkatan 2015 yang selalu memberikan do'a dan semangatnya.
9. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember serta seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, terimakasih telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu, penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga skripsi ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkan.

Jember, 4 Januari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

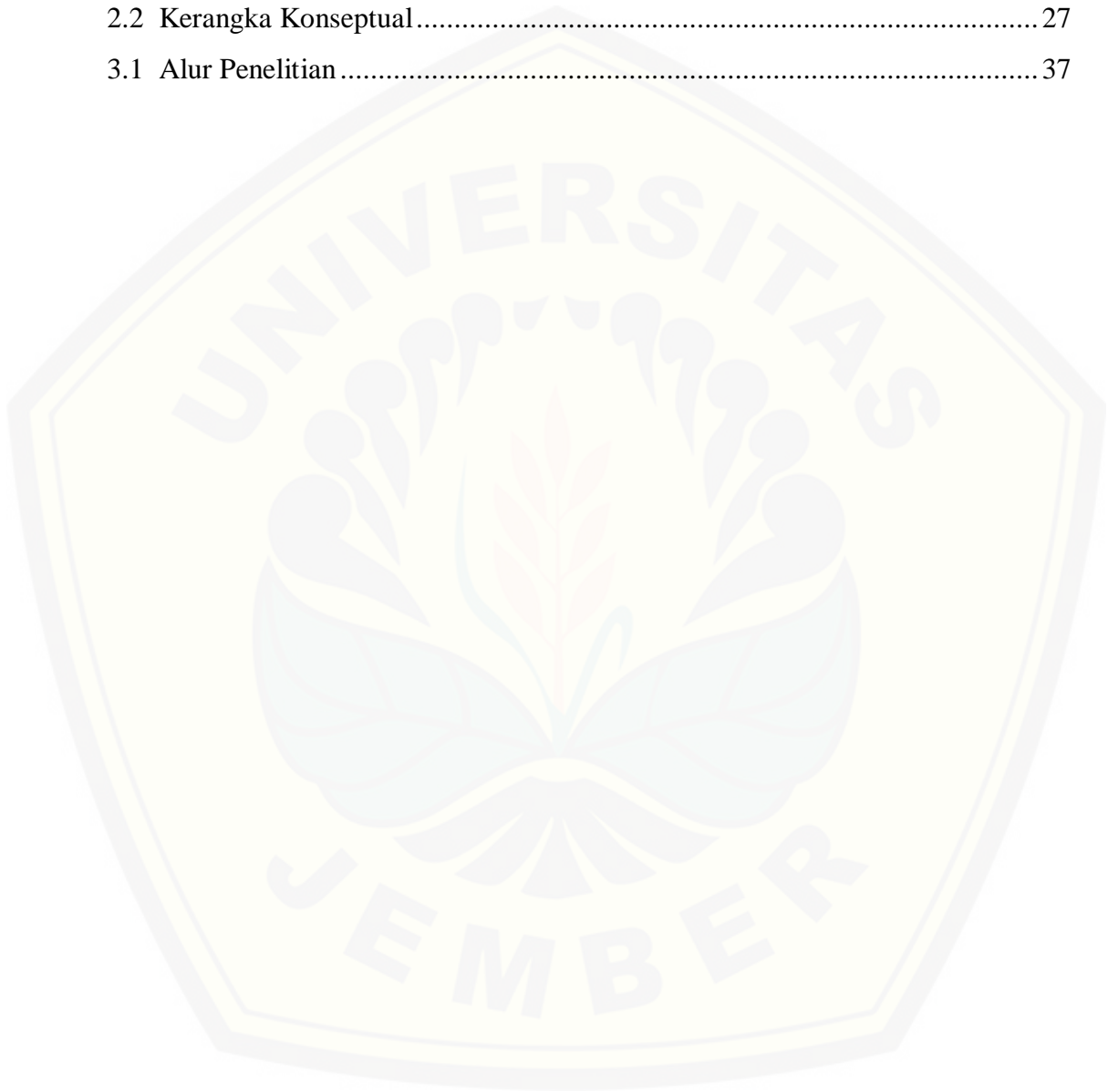
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	viii
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	vii
SUMMARY	x
PRAKATA	viii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Akses	9
2.1.1 Definisi Akses	9
2.1.2 Dimensi Akses	9
2.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	11

2.2.1	Definisi JKN	11
2.2.2	Asas, Tujuan, dan Sasaran JKN	12
2.2.3	Unsur-unsur Penyelenggaraan JKN	13
2.2.4	Prinsip-prinsip Penyelenggaraan JKN.....	14
2.2.5	Penyelenggaraan JKN	15
2.3	Wanita Penjaja Seks (WPS).....	19
2.3.1	Definisi WPS	19
2.3.2	Jenis WPS	19
2.3.3	Ciri-ciri WPS	20
2.3.4	Faktor-Faktor Penyebab Adanya WPS.....	21
2.3.5	Dampak Yang Ditimbulkan Bila Bekerja Sebagai WPS.....	22
2.3.6	Penanganan Masalah WPS	23
2.3.7	Kesehatan Reproduksi WPS	23
2.4	Fenomena WPS di Jember	24
2.5	Kerangka Teori	26
2.6	Kerangka Konseptual.....	27
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	29
3.1	Jenis Penelitian	29
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	29
3.2.1	Tempat Penelitian.....	29
3.2.2	Waktu Penelitian	29
3.3	Sasaran dan Penentuan Informan Penelitian.....	30
3.3.1	Sasaran Penelitian	30
3.3.2	Penentuan Informan Penelitian	30
3.4	Fokus Penelitian	31
3.5	Data dan Sumber Data	32
3.6	Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian.....	33
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data	33
3.6.2	Instrumen Penelitian.....	34
3.7	Kredibilitas dan Dependabilitas Data.....	35
3.8	Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	36

3.8.1 Teknik Penyajian Data	36
3.8.2 Analisis Data	36
3.9 Alur Penelitian	37
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	37
4.1 Tahap Hasil Pengerjaan Lapangan	37
4.1.1 Proses pengerjaan Lapangan	37
4.1.2 Kriteria Pengelompokan Informan	38
4.1.3 Gambaran Lokasi Penelitian	38
4.1.4 Gambaran Informan Peneliti	39
4.2 Hasil dan Pembahasan	42
4.2.1 Gambaran Kedekatan JKN pada WPSL	42
4.2.2 Gambaran Penerimaan JKN pada WPSL	47
4.2.3 Gambaran Ketersediaan dan Akomodasi JKN pada WPSL ...	65
4.2.4 Gambaran Keterjangkauan JKN pada WPSL	71
4.2.5 Gambaran Ketepatan JKN pada WPSL	79
BAB 5. PENUTUP	83
5.1 Kesimpulan	83
5.2 Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	85
LAMPIRAN	90

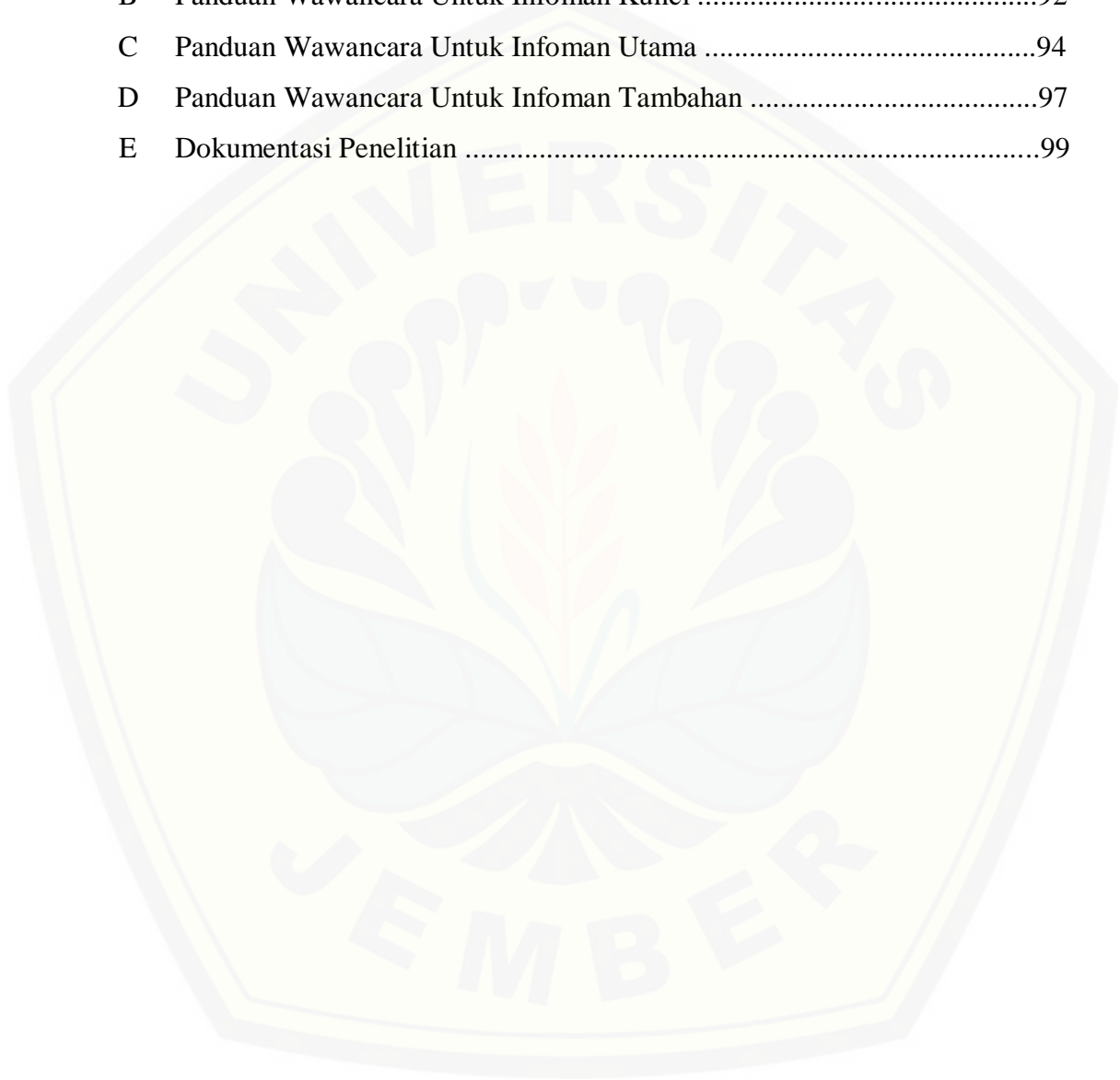
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	26
2.2 Kerangka Konseptual	27
3.1 Alur Penelitian	37



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	91
B Panduan Wawancara Untuk Infoman Kunci	92
C Panduan Wawancara Untuk Infoman Utama	94
D Panduan Wawancara Untuk Infoman Tambahan	97
E Dokumentasi Penelitian	99



DAFTAR SINGKATAN

AIDS	:	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
BPJS	:	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DJSN	:	Dewan Jaminan Sosial Nasional
FKTP	:	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	:	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional
JKN-KIS	:	Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat
KK	:	Kartu Keluarga
KPA	:	Komisi Penanggulangan AIDS
KTP	:	Kartu Tanda Penduduk
ODHA	:	Orang Dengan HIV/AIDS
PBI	:	Penerima Bantuan Iuran
PSK	:	Pekerja Seks Komersial
SJSN	:	Sistem Jaminan Sosial Nasional
TPST	:	Tempat Pelayanan Sosial Transisi
UU	:	Undang-undang
WPS	:	Wanita Penjaja Seks
WPSL	:	Wanita Penjaja Seks Langsung
WPSTL	:	Wanita Penjaja Seks Tidak Langsung
UHC	:	<i>Universal Health Coverage</i>

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia. Ditegaskan dalam UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Upaya untuk mewujudkan komitmen global yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Permenkes No. 28 Tahun 2004 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN). Menurut peta jalan menuju JKN ditargetkan pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia telah tercakup dalam JKN yaitu minimal 95% masyarakat Indonesia menjadi peserta Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) kesehatan (Kemenkes, 2015:46). Hingga 1 Oktober 2017, peserta Program JKN telah mencapai 182.036.673 jiwa (BPJS Kesehatan, 2017).

Salah satu visi dari reformasi kesehatan dalam mewujudkan keadilan adalah perluasan cakupan ke seluruh kelompok di masyarakat dengan tidak mengabaikan kelompok-kelompok minoritas. Wanita Penjaja Seks (WPS) merupakan salah satu kelompok minoritas yang berada ditengah-tengah masyarakat. Populasi WPS memiliki kerentanan yang tinggi untuk terpapar *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan Infeksi Menular Seksual (IMS), selain penyakit nonseksual seperti trauma fisik dan psikologis (Nopiyani *et al.*, 2014:308).

Penjaja seks adalah setiap orang yang memperjualbelikan seks dengan uang atau dengan bermacam-macam jenis keuntungan (Burns, 2016:495). Penjaja seks terbagi menjadi dua antara lain Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) adalah wanita yang beroperasi secara terbuka sebagai penjaja seks komersial dan Wanita Penjaja Seks Tidak Langsung (WPSTL) adalah wanita yang beroperasi secara terselubung sebagai penjaja seks komersial, yang biasanya bekerja pada bidang-

bidang pekerjaan tertentu seperti bar, panti pijat dan sebagainya (Najmah, 2016:134). Salah satu dampak yang ditimbulkan bila seseorang bekerja sebagai pekerja seks adalah mempermudah penyebaran penyakit menular seksual seperti gonore, klamidia, herpes kelamin, sifilis, hepatitis B dan HIV/AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) (Marmi, 2014:324).

Menurut Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Infeksi Menular Seksual tahun 2016, jumlah kasus HIV di Indonesia yang dilaporkan pada tahun 2014 sebanyak 32.711 kasus dan mengalami penurunan pada tahun 2015 sebanyak 30.935 kasus, tetapi pada tahun 2016 jumlah kasus HIV meningkat lagi sebanyak 41.250 kasus HIV. Tahun 2016 jumlah kasus HIV tertinggi di Indonesia adalah Jawa Timur sejumlah 6.513 kasus. Sedangkan kasus Infeksi Menular Seksual (IMS) berdasarkan pendekatan sindrom dan laboratorium di Indonesia tahun 2016 terjadi pada Wanita Penjaja Seks (WPS) (89.792 kasus), Pria Pekerja Seks (506 kasus), waria (6951 kasus), Lelaki Seks Lelaki (39.681 kasus), *Injecting Drug User*/Penasun (4.425kasus), pasangan risti (93.520 kasus), pelanggan pekerja seks (14.043 kasus) dan lain-lain (192.786 kasus) (Ditjen P2P Kemenkes, 2017). Data diatas menunjukkan bahwa perkembangan HIV-AIDS mengalami fluktuasi yang tidak stabil. Kejadian IMS pada WPS juga sangat tinggi dikarenakan WPS merupakan populasi kunci penyebaran HIV-AIDS dan IMS karena harus melayani lebih dari satu pelanggan yang berbeda-beda setiap harinya.

Kasus HIV tertinggi di Jawa Timur tahun 2016 terjadi di Kota Surabaya dengan jumlah kasus sebanyak 951 kasus dan disusul dengan Kabupaten Jember dengan jumlah kasus sebanyak 567 kasus (Ditjen P2P Kemenkes, 2017). Berdasarkan faktor resiko kasus HIV/AIDS tertinggi tahun 2016 di Kabupaten Jember terjadi pada heteroseksual sebanyak 485 kasus dan berdasarkan umur paling banyak terjadi pada umur 25-49 tahun sebanyak 421 kasus. Jumlah Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) asal Kabupaten Jember pada bulan Januari sampai dengan Februari 2017 sejumlah 33 orang. (Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten Jember, 2017).

Akibat dari pekerjaannya, WPS mempunyai risiko lebih tinggi untuk terkena penularan IMS dan HIV/AIDS dibandingkan dengan wanita lain. Banyak

pekerja seks yang tidak mengetahui atau mendapatkan informasi yang cukup tentang IMS atau tentang cara mencegahnya. Informasi dan pelayanan kesehatan sering tidak tersedia bagi pekerja seks karena sebagian besar orang mempunyai anggapan yang buruk terhadap mereka. Stigma dan diskriminasi masih menjadi hambatan utama dalam pencegahan HIV khususnya untuk pengobatan dan perawatan kesehatan (Burns, 2016:496). Data kasus IMS berdasarkan pendekatan sindrom dan laboratorium pada WPS di Kabupaten Jember pada tahun 2014 adalah 19 kasus dengan jenis penyakit urethritis non gonore sejumlah 18 kasus dan trikomoniasis sejumlah 1 kasus. Kasus IMS mengalami peningkatan pada tahun 2015 sebesar 38 kasus dengan jenis penyakit duh tubuh vagina sejumlah 18 kasus, tumbuhan genital sejumlah 1 kasus, sifilis dini sejumlah 5 kasus, gonore sejumlah 9 kasus dan servisititis sejumlah 4 kasus. Tahun 2016 mengalami peningkatan lagi sebesar 81 kasus dengan jenis penyakit sejumlah duh tubuh vagina sejumlah 22 kasus, tumbuhan genital sejumlah 1 kasus, sifilis dini sejumlah 8 kasus, gonore 1 kasus, servisititis sejumlah 44 kasus dan trikomoniasis sejumlah 5 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017). Data diatas menunjukkan bahwa kasus IMS pada WPS setiap tahun mengalami peningkatan yang sangat signifikan.

Tahun 2007 sesuai dengan kebijakan Pemerintah Kabupaten Jember yakni Surat Keputusan Bupati Jember No No 188.45/39/012/2007 yang dikeluarkan pada tanggal 6 Maret 2007 tentang Penutupan Tempat Pelayanan Sosial Transisi (TPST) dan Penutupan Prostitusi Liar di Kabupaten Jember. Kini keberadaan prostitusi legal telah ditutup dengan harapan mampu memberantas penyakit sosial yang meresahkan di tengah-tengah masyarakat, namun justru menimbulkan masalah baru yakni semakin maraknya kegiatan prostitusi baik liar dan terselubung maupun yang terang-terangan yang tersebar di hampir seluruh wilayah Kabupaten Jember (Jailani dan Badriyanto, 2014:8). Berdasarkan hasil pemetaan yang dilakukan oleh KPA Kabupaten Jember pada tahun 2015, perkiraan jumlah WPSL sejumlah 190 populasi kunci yang tersebar di 22 lokasi. Sedangkan perkiraan jumlah WPSTL sejumlah 41 populasi kunci yang tersebar di 11 lokasi. Berdasarkan hasil penjangkauan LSM Laskar periode Januari sampai dengan

Maret 2017 terdapat 267 WPS diantaranya 237 WPSL tersebar di 14 lokasi dan 30 WPSTL berada di 1 lokasi.

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) secara kebijakan, tidak melakukan diskriminasi kepada ODHA. Setiap ODHA berhak untuk mendaftarkan diri ke JKN dan mendapatkan akses jaminan pembiayaan ini. Akses pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional yang dipermudah, pemberi layanan kesehatan telah memberikan masa depan bagi pengguna jaminan kesehatan (Anonim, 2014). Menurut penduan teknis tentang pembiayaan layanan HIV/AIDS dan IMS di fasilitas kesehatan, semua peserta JKN yang terdiagnosa positif HIV dijamin pembiayaannya oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) baik perawatan, pengobatan maupun tes rutin yang perlu dan harus dijalani oleh seorang ODHA sesuai dengan ketentuan tatalaksana pengobatan HIV/AIDS kementerian kesehatan (Kemenkes, 2015:9). Sesuai dengan yang disampaikan oleh Pengelola Program KPA Kabupaten Jember, dalam seminar yang dilakukan oleh BPJS Kabupaten Jember bahwa BPJS Kabupaten Jember tidak melakukan diskriminasi kepada WPS. Biaya pengobatan kesehatan pada WPS selama ini murni menggunakan uang mereka sendiri. JKN merupakan solusi untuk mewujudkan pembiayaan kesehatan yang lebih berkelanjutan, efektif dan adil bagi WPS yang sangat berisiko tertular IMS dan HIV. Penderita ODHA juga bisa mengakses JKN didampingi oleh Dinas Sosial Kabupaten Jember. Terkait penyuluhan tentang JKN di kalangan pekerja seks tidak pernah ada karena keberadaan mereka yang tersembunyi.

Terlepas dari isu manfaat, masalah besar dalam aksesibilitas kepesertaan JKN adalah soal kepesertaan. Banyak ODHA yang merupakan bagian dari populasi kunci seperti pekerja seks, penasun, dan waria yang tidak memiliki kelengkapan administrasi kependudukan seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK). KTP dan KK ini padahal dijadikan BPJS sebagai syarat utama untuk kepesertaan (PKMK FK UGM, 2016:64). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan kepada 4 WPSL di tempat prostitusi yang berada di Puger yaitu 3 WPSL belum menjadi peserta JKN dan 1 WPSL sudah menjadi peserta JKN. Dua WPSL yang belum menjadi peserta menyatakan bahwa KTP

hilang dan 1 WPSL menyatakan bahwa tidak pernah memiliki KTP karena tidak tercatat dalam KK dikeluarkannya. Ketiga WPSL juga belum mengetahui tentang manfaat yang bisa didapatkan dari JKN karena memang tidak pernah ada sosialisasi tentang JKN. Salah satu WPSL mengatakan bahwa manfaatnya dari JKN hanya untuk sakit yang mendadak dan informasi tentang JKN didapatkan dari temannya. Selama ini biaya pengobatan kesehatan saat WPSL sakit menggunakan uang mereka sendiri. Satu WPSL yang sudah menjadi peserta JKN menyatakan bahwa mengurus JKN saat suaminya sakit dan membutuhkan biaya yang sangat besar, namun sampai saat ini WPSL tidak pernah memanfaatkan JKN untuk dirinya sendiri. Menurut sekretaris kelompok kerja (pokja) di tempat prostitusi tersebut sebagian warga yang memiliki JKN adalah warga asli tempat tersebut, sedangkan untuk WPSL sendiri masih banyak yang belum memiliki JKN karena persyaratan untuk menjadi peserta JKN yang belum lengkap, biaya dan informasi tentang JKN yang sangat kurang.

Banyak penyebab-penyebab yang melatarbelakangi seseorang untuk bekerja sebagai WPS, misalnya masalah ekonomi, eksploitasi kaum lemah/ wanita untuk tujuan-tujuan komersil, perubahan sosial di daerah-daerah perkotaan dan lain sebagainya (Kartono, 2014:242). Dampak yang ditimbulkan akibat pekerjaannya adalah berisiko tertular IMS dan HIV/AIDS. WPS harus mengeluarkan uang yang tidak sedikit untuk biaya pengobatan penyakit-penyakit tersebut, terutama HIV/AIDS yang membutuhkan pengobatan seumur hidup. Meskipun pengobatan HIV/AIDS bisa diakses melalui obat program yang dibiayai pemerintah, namun untuk pengobatan infeksi oportunistiknya harus ditanggung sendiri. JKN merupakan solusi untuk pembiayaan jangka panjang yang bisa diakses oleh WPS. Sebagai warga negara, WPS juga berhak menjadi peserta JKN dan manfaat dari JKN itu sendiri sangat besar bagi WPS yaitu pembiayaan penyakit IMS seperti gonore, *sindroma duh (discharge) genital* (gonore dan *non gonore*), *vulvitis*, *vaginitis*, *vaginosis bakterialis*, *candidiasis mucocutan* ringan, *sifilis* stadium 1 dan 2 dan Infeksi Oportunistik akibat HIV seperti *tuberculosis*, *toksoplasmosis*, malaria, *pneumonia pneumocystis*, kandidiasis yang pembiayaan dari perawatan, pengobatan dan tes rutin sudah bisa diakses melalui BPJS.

Akses adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari layanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan kesehatan, dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi. Menurut Levesque, *et al.* (2012) ada lima dimensi aksesibilitas pelayanan kesehatan yaitu kedekatan, penerimaan, ketersediaan dan akomodasi, keterjangkauan dan ketepatan (Laksono *et al.*, 2016:9).

Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nopiyani *et al.* (2014), menyatakan bahwa Akses JKN pada WPS di Denpasar masih terbatas. Terdapat faktor-faktor individual serta faktor-faktor terkait layanan dan kebijakan yang menghambat perluasan cakupan kepesertaan JKN pada WPS di Denpasar. Faktor-faktor individual penghambat akses JKN pada WPS adalah rendahnya pengetahuan mengenai prosedur pendaftaran dan portabilitas JKN, kekhawatiran keberlanjutan pembayaran iuran serta ketidaklengkapan administrasi kependudukan. Faktor terkait layanan, yaitu adanya persepsi buruk terhadap kualitas layanan yang akan diterima oleh pengguna JKN. Berdasarkan paparan masalah diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui bagaimana aksesibilitas kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Wanita Penjaja Seks Langsung di Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah bagaimana gambaran aksesibilitas kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Pekerja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan aksesibilitas kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan kedekatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.
- b. Menggambarkan penerimaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.
- c. Menggambarkan ketersediaan dan akomodasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.
- d. Menggambarkan keterjangkauan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.
- e. Menggambarkan ketepatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan tentang akses pelayanan publik pada populasi kunci khususnya akses Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dapat memperoleh informasi tentang akses Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.

- b. Bagi BPJS, Dinas Sosial, LSM dan KPA Kabupaten Jember

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan bahan pertimbangan untuk mencari solusi tentang akses

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.

c. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat membuka wawasan peneliti tentang bagaimana akses Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

4.1 Akses

2.1.1 Definisi Akses

Menurut Levesque, *et al.* (dalam Laksono *et al.*, 2016:9), “Akses adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari layanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan kesehatan, dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi.”

Menurut Lane, *et al.* (dalam Laksono *et al.*, 2016:10), Akses pelayanan kesehatan medis dapat diukur dalam ketersediaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya.

Pandangan akses yang lebih komprehensif harus mempertimbangkan faktor-faktor yang berkaitan dengan fitur struktural sistem perawatan kesehatan (misalnya ketersediaan), fitur individu (terdiri dari faktor predisposisi dan faktor pemungkin) dan faktor proses (yang menggambarkan bagaimana akses direalisasikan) dan berkaitan dengan dimensi ketersediaan, aksesibilitas, akomodasi, keterjangkauan dan penerimaan. Hal-hal berikut berkaitan dengan faktor-faktor seperti akses geografis, ketersediaan sumber daya, ketersediaan budaya, keterjangkauan keuangan, dan kualitas dari sistem cakupan kesehatan ke dalam system (Levesque, *et al.*, 2013:2).

2.1.2 Dimensi Akses

Menurut Levesque *et al.* (2013:5), ada lima dimensi aksesibilitas layanan yaitu:

a. Kedekatan

Kedekatan terkait dengan fakta bahwa orang-orang yang menghadapi kebutuhan kesehatan benar-benar dapat mengidentifikasi bahwa beberapa bentuk layanan ada, dapat dicapai, dan berdampak pada kesehatan individu.

b. Penerimaan

Penerimaan berhubungan dengan faktor budaya dan sosial yang memutuskan kemungkinan orang menerima aspek layanan (misalnya jenis kelamin atau kelompok penyedia layanan sosial, kepercayaan) dan kelayakan yang yakini seseorang yang mencari layanan.

c. Ketersediaan dan akomodasi

Ketersediaan dan akomodasi mengacu pada fakta bahwa layanan kesehatan dapat dicapai baik secara fisik maupun secara tepat waktu. Ketersediaan merupakan keberadaan fisik sumber daya kesehatan dengan kapasitas yang memadai untuk menghasilkan layanan. Ini berasal dari karakteristik fasilitas (misalnya kepadatan, konsentrasi, distribusi, akses bangunan), konteks perkotaan (misalnya desentralisasi, penyebaran perkotaan, dan sistem transportasi) dan individu (misalnya durasi dan fleksibilitas jam kerja). Ini juga berkaitan dengan karakteristik penyedia (misalnya kehadiran profesional kesehatan, kualifikasi) dan cara penyediaan layanan (misalnya prosedur kontak dan kemungkinan konsultasi virtual).

d. Keterjangkauan

Keterjangkauan mencerminkan kemampuan ekonomi bagi orang untuk menghabiskan sumber daya dan waktu untuk menggunakan layanan yang sesuai. Ini berasal dari harga langsung layanan dan biaya terkait disamping biaya peluang terkait dengan hilangnya pendapatan. Selanjutnya, layanan ini dapat bervariasi menurut jenis layanan dan bergantung pada kapasitas untuk menghasilkan sumber daya untuk membayar perawatan (misalnya cara pembayaran, mobilisasi sumber daya).

e. Ketepatan

Ketepatan menunjukkan kesesuaian antara layanan dan kebutuhan klien, ketepatan waktu, jumlah perawatan yang dihabiskan dalam menilai masalah kesehatan dan menentukan pengobatan yang benar dan kualitas teknis dan interpersonal dari layanan yang diberikan.

Menurut *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* Amerika Serikat (dalam Lane, *et al.*, 2012: 3), diindikasikan orang yang tidak diasuransikan mengalami efek negatif untuk kesehatan. Orang yang tidak diasuransikan cenderung tidak mendapatkan perawatan medis, lebih cenderung memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi, dan cenderung lebih banyak mengalami hasil kesehatan yang merugikan. Kurangnya asuransi yang memadai juga bisa menyebabkan beban keuangan yang lebih besar untuk keluarga dan individu yang menghadapi krisis kesehatan. Ada 3 dimensi aksesibilitas layanan kesehatan, yaitu:

- a. Ketersediaan
- b. Pembiayaan
- c. Hambatan

4.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

4.1.1 Definisi JKN

Di dalam Naskah Akademik Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tahun 2004 disebutkan bahwa Program Jaminan Kesehatan Nasional, disingkat Program JKN, adalah suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Undang-undang No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN tidak menetapkan definisi atau pengertian JKN dalam salah satu ayat atau pasalnya. Dengan merangkai beberapa pasal dan ayat yang mengatur tentang program jaminan sosial, manfaat, tujuan dan tatalaksananya, dapat dirumuskan pengertian Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong-royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh Pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba.

Dua Peraturan Pelaksanaan undang-undang SJSN, yaitu Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan menetapkan bahwa yang dimaksud dengan jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Manfaat yang dijamin oleh Program JKN berupa pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis. Pemberian manfaat tersebut dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*) (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2014:7).

4.1.2 Asas, Tujuan, dan Sasaran JKN

Berdasarkan undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 2, sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia.

- a. Asas kemanusiaan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia,
- b. Asas manfaat merupakan asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif, dan
- c. Asas keadilan merupakan asas yang bersifat adil.

Pelaksanaan Program JKN untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Sasaran Pedoman Pelaksanaan Program JKN ini adalah seluruh komponen mulai dari pemerintah (pusat dan daerah), BPJS, fasilitas kesehatan, peserta dan pemangku kepentingan lainnya sebagai acuan dalam pelaksanaan program JKN (Permenkes Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional).

4.1.3 Unsur-unsur Penyelenggaraan JKN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Program JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Unsur-unsur penyelenggaraan dalam JKN meliputi:

a. Regulator

Yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

b. Peserta Program JKN

Peserta Program JKN adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

c. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut)

d. Badan Penyelenggara

Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

4.1.4 Prinsip-prinsip Penyelenggaraan JKN

Dalam pelaksanaan program JKN, BPJS Kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, yaitu:

a. Kegotongroyongan

Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

b. Nirlaba

Dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

c. Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

d. Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

e. Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

f. Dana Amanah

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

g. Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta (Permenkes Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional).

4.1.5 Penyelenggaraan JKN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, penyelenggaraan JKN adalah sebagai berikut:

a. Kepesertaan

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah. Peserta program JKN terdiri atas 2 kelompok yaitu:

- 1) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
- 2) Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan kesehatan adalah Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, serta bukan Pekerja dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a) Pegawai Negeri Sipil;
 - b) Anggota TNI;
 - c) Anggota Polri;
 - d) Pejabat Negara;
 - e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - f) Pegawai Swasta; dan
 - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah.

Setiap peserta Jaminan Kesehatan Nasional memiliki hak dan kewajiban, antara lain sebagai berikut:

- 1) Setiap peserta JKN berhak:
 - a) Mendapatkan nomor identitas tunggal peserta;
 - b) Memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
 - c) Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai yang diinginkan. Perpindahan fasilitas kesehatan tingkat pertama selanjutnya dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan. Khusus bagi peserta: Askes sosial dari PT. Askes (Persero), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek, program Jamkesmas dan TNI/POLRI, 3 (tiga) bulan pertama penyelenggaraan JKN, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ditetapkan oleh BPJS Kesehatan; dan
 - d) Mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam JKN.
- 2) Setiap peserta JKN berkewajiban:
 - a) Mendaftarkan diri dan membayar iuran, kecuali PBI jaminan kesehatan pendaftaran dan pembayaran iurannya dilakukan oleh Pemerintah;
 - b) Mentaati prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan; dan
 - c) Melaporkan perubahan data kepesertaan kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili, pindah kerja, menikah, perceraian, kematian, kelahiran dan lain-lain.

b. Pelayanan Kesehatan

Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medis yang diperlukan. Pelayanan kesehatan diberikan di fasilitas kesehatan yang telah melakukan perjanjian kerjasama dengan BPJS Kesehatan atau pada keadaan tertentu (keawatdaruratan medik atau darurat medik) dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Pelayanan kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang, efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.

Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP);
- 2) Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL);
- 3) Pelayanan gawat darurat; dan
- 4) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.

Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). FKTP dimaksud adalah:

- 1) Puskesmas atau yang setara;
- 2) Praktik Dokter;
- 3) Praktik dokter gigi;
- 4) Klinik Pratama atau yang setara; dan
- 5) Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter berdasarkan penetapan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau praktik perawat untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sesuai dengan kewenangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) berupa:

- 1) Klinik utama atau yang setara;
- 2) Rumah Sakit Umum; dan
- 3) Rumah Sakit Khusus.

Manfaat JKN terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis dan manfaat non-medis. Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulan. Manfaat akomodasi untuk layanan rawat inap sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan, dengan kondisi tertentu sesuai rekomendasi dokter.

c. Pendanaan

Sumber pendanaan dalam penyelenggaraan JKN berasal dari iuran peserta PBI dan bukan PBI.

- 1) Iuran Peserta PBI dibayar oleh Pemerintah.
- 2) Iuran Peserta Bukan PBI:
 - a) Pekerja Penerima Upah dibayar oleh Pekerja dan Pemberi Kerja.
 - b) Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dibayar oleh peserta yang bersangkutan.

d. Badan Penyelenggara

Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional adalah BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang bersifat nirlaba dan bertanggung jawab kepada Presiden. BPJS Kesehatan berkedudukan dan berkantor pusat di ibu kota Negara Republik Indonesia, dan mempunyai kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten/kota.

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsinya BPJS bertugas untuk:

- 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- 2) Memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- 3) Menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- 4) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;

- 5) Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- 6) Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
- 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

4.3 Wanita Penjaja Seks (WPS)

2.3.1 Definisi WPS

Pekerja Seks Komersial (PSK) adalah suatu pekerjaan seorang perempuan menggunakan atau mengeksploitasi tubuhnya untuk mendapatkan uang. Akibatnya semakin banyak ditemukan penyakit menular seksual. Profesi sebagai pekerja seks komersial dengan penyakit menular seksual merupakan suatu lingkaran yang mempunyai hubungan erat. Karena biasanya penyakit menular seksual diidap oleh PSK dan mereka menjajakan dirinya kepada pasangan seks yang bergonta ganti tanpa menggunakan alat pengaman seperti kondom (Setiyaningrum dan Aziz, 2014:56).

2.3.2 Jenis WPS

Berdasarkan cara bekerjanya Wanita Penjaja Seks dapat dibedakan menjadi 2 (dua) macam, yaitu (Lokollo, 2009:46):

a. WPS langsung (*direct sex worker*)

Yaitu wanita yang secara terbuka menjajakan seks baik di jalanan maupun di lokalisasi atau eks lokalisasi.

b. WPS tidak langsung (*indirect sex worker*)

Yaitu wanita yang beroperasi secara terselubung sebagai penjaja seks komersial, yang biasanya bekerja pada bidang-bidang pekerjaan tertentu atau mempunyai pekerjaan utama lain dan secara tidak langsung menjajakan seks di tempat-tempat hiburan seperti pramupijat, pramuria bar atau karaoke. Dapat juga diartikan sebagai wanita yang melayani seks pelanggannya untuk memperoleh tambahan pendapatan di tempat ia bekerja, seperti wanita yang

bekerja di panti pijat, salon, *spa*, *bar*, karaoke, diskotik, *cafe*, restoran, hotel, motel dan *cottage*.

2.3.3 Ciri-ciri WPS

Menurut Kartono (2014:239), ciri-ciri khas dari Wanita Penjaja Seks (pelacur) ialah sebagai berikut.

- a. Wanita, lawan pelacur ialah gigolo (pelacur pria);
- b. Cantik, ayu, rupawan, manis, atraktif menarik, baik wajah maupun tubuhnya. Bisa merangsang selera seks kaum pria;
- c. Masih muda-muda. 75% dari pelacur di kota-kota ada di bawah usia 30 tahun. Yang terbanyak ialah 17-25 tahun. Pelacur kelas rendah dan menengah acap kali mempekerjakan gadis-gadis pre-puber berusia 11-15 tahun, yang ditawarkan sebagai barang baru;
- d. Pakaian sangat mencolok, beraneka warna, sering aneh-aneh/eksentrik untuk menarik perhatian kaum pria. Mereka itu sangat memperhatikan penampilan lahiriahnya, yaitu: wajah, rambut, pakaian, alat-alat kosmetik dan parfum yang merangsang;
- e. Menggunakan teknik-teknik seksual yang mekanistik, cepat, tidak hadir secara psikis (*afwezig*, *absent minded*), tanpa emosi atau afeksi, tidak pernah bisa mencapai orgasme sangat provokatif dalam bercoitus, dan biasanya dilakukan secara kasar;
- f. Bersifat sangat mobil, kerap berpindah dari tempat/kota tang satu ke tempat/kota lainnya. Biasanya mereka itu memakai nama samaran dan sering berganti nama, juga berasal dari tempat atau kota lain, bukan kotanya sendiri agar tidak dikenal oleh lebih banyak orang. Khususnya banyak migran-migran dari daerah pedesaan yang gersang dan miskin yang pindah ke kota-kota mengikuti arus urbanisasi;
- g. Pelacur-pelacur profesional dari kelas rendah dan menengah kebanyakan berasal dari strata ekonomi dan strata sosial rendah. Mereka pada umumnya tidak mempunyai ketrampilan/*skill* khusus dan kurang pendidikannya. Modalnya ialah kecantikan dan kemudahannya. Pelacur amatir, di samping

bekerja sebagai buruh di pabrik, restoran, bar, toko-toko sebagai pelayan dan di perusahaan-perusahaan sebagai sekretaris, mereka menyempatkan diri beroperasi sebagai pelacur tunggak atau sebagai wanita panggilan. Sedangkan pelacur dari kelas tinggi (*high class prostitutes*) pada umumnya berpendidikan sekolah lanjutan pertama dan atas, atau lulusan akademi dan perguruan tinggi yang beroperasi secara amatir atau secara profesional. Mereka itu bersifat ammoril karena didorong oleh motivasi-motivasi sosial dan/atau ekonomis; dan

- h. 60-80% dari jumlah pelacur ini memiliki intelek yang normal. Kurang dari 5% adalah mereka yang lemah ingatan (*feeble minded*). Selebihnya adalah mereka yang ada pada garis batas yang tidak menentu atau tidak jelas derajat intelegensinya.

2.3.4 Faktor-Faktor Penyebab Adanya WPS

Faktor-faktor yang mengakibatkan adanya pekerja seksual baik Wanita Penjaja Seksual Langsung (WPSL) ataupun Wanita Penjaja Seksual Tidak Langsung (WPSTL) adalah (Setiyaningrum dan Aziz, 2014:56):

- a. Kemiskinan

Kebutuhan yang semakin banyak pada seorang perempuan memaksa dirinya untuk mencari sebuah pekerjaan dengan penghasilan yang memuaskan namun terkadang dari beberapa diantara mereka harus bekerja sebagai PSK untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

- b. Kekerasan Seksual

Penelitian menunjukkan banyak faktor penyebab perempuan menjadi PSK diantaranya kekerasan seksual seperti perkosaan oleh bapak kandung, paman, guru ataupun pacar.

- c. Penipuan

Faktor lain penyebab adanya PSK yaitu penipuan dan pemaksaan dengan berkedok agen penyalur kerja. Selain itu kasus penjualan anak perempuan oleh orang tua sendiripun kerap ditemui.

d. Pornografi

Menurut definisi undang-undang Anti Pornografi, pornografi adalah bentuk ekspresi visual berupa gambar, lukisan, tulisan, foto, film atau yang dipersamakan dengan film, video, tayangan atau media komunikasi lainnya yang sengaja dibuat untuk memperliatkan secara terang-terangan atau tersamar kepada publik alat vital dan bagian-bagian tubuh serta gerakan-gerakan erotis yang menonjolkan sensualitas dan / atau seksualitas, serta segala bentuk perilaku seksual dan hubungan seks manusia yang patut diduga menimbulkan rangsangan nafsu birahi pada orang lain.

e. Persoalan-persoalan psikologis

1) Akibat gaya hidup modern

Seorang perempuan pasti ingin tampil dengan keindahan tubuh dan barang-barang yang dikenakan. Namun ada dari beberapa mereka yang terpojok karena masalah keuangan untuk memenuhi keinginan tersebut, maka mereka mengambil jalan akir dengan menjadi PSK untuk pemuasan dirinya.

2) *Broken home*

Kehidupan keluarga yang kurang baik dapat memaksa seorang remaja untuk melakukan hal-hal yang kurang baik diluar rumah dan itu dimanfaatkan oleh seseorang yang tidak bertanggungjawab dengan mengajaknya bekerja sebagai PSK.

3) Kenangan masa kecil yang buruk

Tindak pelecehan yang semakin meningkat pada seorang perempuan bahkan adanya perkosaan pada anak kecil bisa menjadi faktor dia menjadi seorang PSK.

2.3.5 Dampak Yang Ditimbulkan Bila Bekerja Sebagai WPS

Dampak yang timbul pada wanita yang mempunyai pekerjaan sebagai PSK dapat dikatakan kompleks karena mencakup dari berbagai lingkungan, dampak tersebut adalah (Setyaningrum dan Aziz, 2014:58):

- a. Keluarga dan masyarakat tidak dapat lagi memandang nilainya sebagai seorang perempuan;
- b. Stabilitas sosial pada dirinya akan terhambat, karena masyarakat hanya akan selalu mencemooh dirinya;
- c. Memberikan citra buruk bagi keluarga; dan
- d. Mempermudah penyebaran penyakit menular seksual, seperti gonore, klamidia, herpes kelamin, sifilis, hepatitis B, HIV dan AIDS.

2.3.6 Penanganan Masalah WPS

Penanganan yang dapat dilakukan pada masalah adanya pekerja seks komersial adalah (Setiyaningrum dan Aziz, 2014:58):

- a. Keluarga.
 - 1) Meningkatkan pendidikan anak-anak terutama mengenalkan pendidikan seks secara dini agar terhindar dari perilaku seks bebas.
 - 2) Meningkatkan bimbingan agama sesuai dengan ajaran agar terhindar dari perbuatan dosa.
- b. Masyarakat.

Meningkatkan kepedulian dan melakukan pendekatan terhadap kehidupan Pekerja Seks Komersial.
- c. Pemerintah.
 - 1) Memperbanyak tempat atau panti rehabilitasi.
 - 2) Meregulasi undang-undang khusus tentang PSK.
 - 3) Meningkatkan keamanan dengan lebih menggiatkan razia lokalisasi PSK untuk dijaring dan mendapatkan rehabilitasi.

2.3.7 Kesehatan Reproduksi WPS

Dampak perilaku seksual yang sudah merambah dalam usia yang masih sangat muda akan mempengaruhi kesehatan reproduksi wanita di waktu yang akan datang. Akibatnya bisa terjadi kemandulan atau beberapa penyakit saluran reproduksi lainnya, terutama mereka yang sudah pernah terinfeksi oleh PMS (Setiyaningrum dan Aziz, 2014:59).

4.4 Fenomena WPS di Jember

Masalah prostitusi merupakan masalah klasik yang sudah lama menjadi polemik. Permasalahan prostitusi mengalami dilema yang menimbulkan pro dan kontra. Bagi yang pro mengkaitkan prostitusi sebagai hak ekonomi bagi pelaku bisnis prostitusi itu sendiri, sedangkan yang kontra menganggap lokalisasi sebagai bentuk legalisasi bisnis haram yang bertentangan dengan aspek moralitas masyarakat (Burlian, 2016:204).

Prostitusi di Jember terjadi disebabkan oleh beberapa faktor, salah satu faktor utamanya adalah faktor ekonomi. Aktivitas prostitusi di kota Jember dibedakan menjadi tiga bentuk prostitusi yakni prostitusi liar, prostitusi terselubung, dan prostitusi legal. Prostitusi liar dan terselubung tersebar di hampir seluruh wilayah Jember sedangkan prostitusi legal hanya terdapat di dua desa, yaitu Desa Kaliputih Kecamatan Rambipuji dan Desa Puger Kulon Kecamatan Puger. Sesuai dengan kebijakan Pemerintah Kabupaten Jember yaitu Surat Keputusan Bupati Jember No 188.45/39/012/2007 yang dikeluarkan pada tanggal 6 Maret 2007 tentang Penutupan Tempat Pelayanan Sosial Transisi (TPST) dan Penutupan Prostitusi Liar di Kabupaten Jember dan dilakukan tindak lanjut dengan dikeluarkanlah Surat Edaran (SE) Bupati Jember No. 466/283/436.03/2007 tanggal 6 Maret 2007 tentang Penutupan TPST, kini keberadaan prostitusi legal telah ditutup. Ditutupnya lokalisasi tersebut diharapkan mampu memberantas penyakit sosial yang meresahkan di tengah-tengah masyarakat, namun ternyata justru menimbulkan masalah baru yakni semakin maraknya kegiatan prostitusi baik liar dan terselubung maupun yang terang-terangan yang tersebar di hampir seluruh wilayah Kabupaten Jember. Keadaan yang demikian ini justru akan lebih menyulitkan bagi Pemerintah dalam mengawasi dan melakukan kontrol terhadap para pelaku prostitusi. Seharusnya hal ini segera mendapat perhatian yang lebih serius dari pemerintah Jember agar keberadaannya tidak meluas dan menjadikan Jember sebagai kota dengan lembah hitam yang tinggi (Jailani dan Badriyanto, 2014:8).

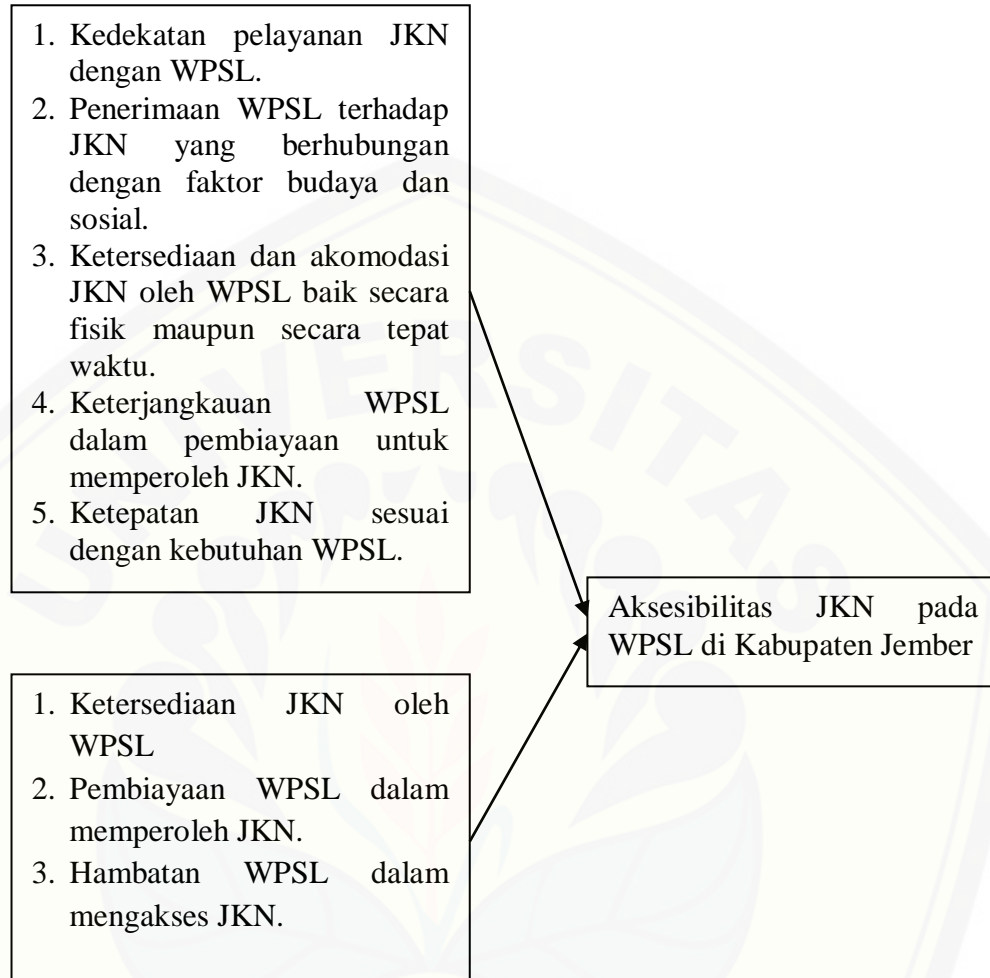
Menurut Pengelola Program Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember, lokasi prostitusi liar di Kabupaten Jember menyebar di beberapa daerah,

seperti Puger, Umbulsari, Wuluh, Ambulu, Gumukmas, Pakusari, Rambipuji, Tanggul, Sumpalsari, Bangsalsari dan Jombang. Kebanyakan WPS bekerja di suatu lokasi prostitusi liar kurang lebih 2-3 bulan, setelah itu mereka pindah ke tempat lain yang menurut mereka lebih berpeluang besar mendapatkan pelanggan, hal itu menyebabkan pembinaan layanan kesehatan dan upaya komunikasi perubahan perilaku terhadap WPS menjadi sulit. Peningkatan pengetahuan mengenai infeksi menular seksual, HIV dan AIDS serta tes HIV dan AIDS dilakukan dengan mengadakan pertemuan serta pemberian edukasi kesehatan oleh Komisi Penanggulangan AIDS, LSM dan instansi terkait lainnya. Sedangkan promosi tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak pernah dilakukan di tempat prostitusi.

Dampak dari adanya Surat Keputusan Bupati tentang penutupan tempat layanan sosial transisi untuk pekerja seks komersial di Puger Kabupaten Jember adalah (Verasati, 2013:24):

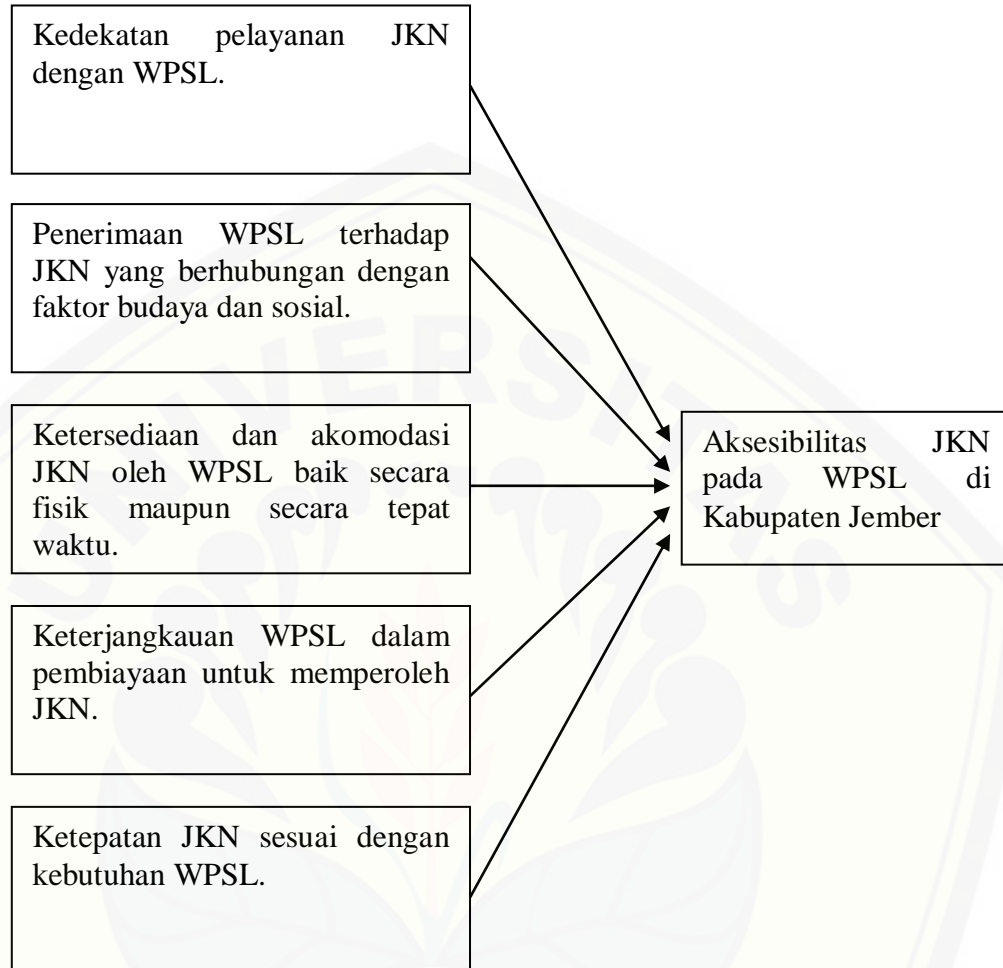
- a. Penutupan prostitusi akan menyebabkan jumlah tempat layanan sosial transisi untuk pekerja seks komersial ilegal bertambah dan menyebar di wilayah Kabupaten Jember.
- b. Pembinaan layanan kesehatan dan upaya komunikasi perubahan perilaku terhadap WPS menjadi sulit.
- c. Jumlah kasus HIV dan AIDS setiap tahun semakin bertambah, hal ini menunjukkan bahwa penularan HIV dan AIDS semakin meningkat terjadi dari WPS kepada pelanggan dan sebaliknya. Sehingga penularan kepada ibu rumah tangga terus meningkat diikuti dengan peningkatan penularan dari ibu ke bayi.

4.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Teori Aksesibilitas menurut Levesque (2013) dan Lane (2012)

4.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan:

: Variabel diteliti

: Variabel tidak diteliti

Kerangka konsep diatas menunjukkan bahwa ada lima dimensi akses layanan JKN menurut Levesque (2013) yaitu kedekatan pelayanan JKN dengan WPSL, penerimaan WPSL terhadap JKN yang berhubungan dengan faktor budaya dan sosial, ketersediaan dan akomodasi JKN oleh WPSL baik secara fisik

maupun secara tepat waktu, keterjangkauan WPSL dalam pembiayaan untuk memperoleh JKN, serta ketepatan JKN sesuai dengan kebutuhan WPSL yang dapat mempengaruhi aksesibilitas JKN pada WPSL.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian studi kasus. Penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan pada kondisi objek yang alamiah dimana peneliti sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data yang dilakukan secara triangulasi, analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Sugiyono, 2010:9). Menurut Bogdan dan Taylor (1975) dalam Moloeng (2016: 4) yang menyatakan metodologi kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Menurut Mukhtar (2013) dalam Rokhmah *et al.* (2014:7), metode penelitian studi kasus sangat cocok digunakan saat seorang peneliti ingin mengungkap sesuatu dengan bertolak pada pertanyaan “*How*” atau “*Why*”. Oleh karena itu, penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus adalah metode yang tepat untuk penelitian ini, yaitu untuk memperoleh informasi secara mendalam mengenai gambaran aksesibilitas kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Pelaksanaan kegiatan penelitian ini dilakukan di tempat prostitusi di Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei sampai dengan Desember 2017. Waktu penelitian dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan hasil penelitian.

3.3 Sasaran dan Penentuan Informan Penelitian

3.3.1 Sasaran Penelitian

Menurut Bungin (2011:78), sasaran penelitian tidak tergantung pada judul dan topik penelitian, tetapi secara konkret tergambar dalam rumusan penelitian. Sasaran dalam penelitian ini adalah pendamping WPSL dan WPSL yang belum menjadi peserta JKN di Kabupaten Jember, ketua kelompok kerja (pokja) dan mucikari yang berada di tempat prostitusi di Kabupaten Jember.

3.3.2 Penentuan Informan Penelitian

Informan penelitian merupakan subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian. Menurut Moloeng (2016:132) informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Informan penelitian ini meliputi beberapa macam, antara lain:

- a. Informan kunci (*key informan*), yang dianggap mengetahui dan memiliki berbagai informasi yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci dalam penelitian ini adalah pendamping WPSL di Kabupaten Jember.
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan utama dalam penelitian ini adalah WPSL yang belum menjadi peserta JKN di Kabupaten Jember.
- c. Informan tambahan adalah yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti adalah lingkungan sosial WPSL seperti ketua kelompok kerja (pokja) dan pemilik tempat bordil (mucikari).

Penentuan informan dalam penelitian ini adalah menggunakan *snowball sampling*, yaitu digunakan apabila peneliti tidak tahu siapa saja yang memahami informan obyek penelitian atau peneliti benar-benar “buta” informasi tentang subyek penelitian (Bungin, 2011:24). *Snowball* merupakan pelabelan (pemberian nama) terhadap suatu aktifitas ketika peneliti mengumpulkan data dari satu informan berpindah ke informan yang lain yang memenuhi kriteria, melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan berhenti ketika tidak ada informan

baru lagi, terjadi replikasi atau pengulangan variasi informasi, mengalami titik jenuh informasi. Maksudnya informasi yang diberikan oleh informan berikutnya sama saja dengan apa yang diberikan oleh para informan sebelumnya (Hamidi, 2010:28).

3.4 Fokus Penelitian

Fokus penelitian dalam penelitian kualitatif merupakan domain tunggal atau beberapa domain yang terkait dengan situasi sosial (Sugiyono, 2012:34). Fokus penelitian merupakan rincian pertanyaan tentang cakupan topik-topik pokok yang akan diungkap atau digali dalam penelitian (Afifuddin, 2009:109). Fokus penelitian dalam penelitian tentang aksesibilitas kepesertaan JKN pada WPSL di Kabupaten Jember, yaitu:

Tabel 3.2 Fokus Penelitian dan Pengertian

No.	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan instrumen pengumpulan data
1.	Dimensi aksesibilitas JKN, meliputi		
	a. Kedekatan JKN	Penilaian/pandangan informan untuk melihat pelayanan JKN yang berkaitan bentuk pelayanan dan manfaat yang bisa didapatkan.	Wawancara dengan informan kunci, informan utama dan informan tambahan.
	b. Penerimaan JKN	Penilaian/pandangan informan untuk menerima pelayanan JKN yang berkaitan dengan faktor budaya dan sosial.	Wawancara dengan informan kunci, informan utama dan informan tambahan.
	c. Ketersediaan dan akomodasi JKN	Penilaian/pandangan informan untuk mencapai pelayanan JKN yang berkaitan dengan sistem transportasi yang digunakan, waktu yang dibutuhkan, dan jumlah biaya yang dibutuhkan untuk mencapai tempat pendaftaran JKN	Wawancara dengan informan kunci, informan utama dan informan tambahan.
	d. Keterjangkauan JKN	Penilaian/pandangan informan untuk membayar pelayanan JKN yang berkaitan dengan pendapatan setiap bulan, jenis kelas perawatan JKN yang	Wawancara dengan informan kunci, informan utama dan informan tambahan.

No.	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan instrumen pengumpulan data
		dipilih, dan pembayaran iuran JKN setiap bulannya.	
	e. Ketepatan JKN	Penilaian/pandangan informan untuk terlibat menjadi peserta JKN yang berkaitan pelayanan JKN sesuai dengan kebutuhan dan pembiayaan kesehatan.	Wawancara dengan informan kunci, informan utama dan informan tambahan.

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah kumpulan huruf/kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Sumber data dalam penelitian adalah subjek dari mana data dapat diperoleh (Rokhmah *et al.*, 2014:23). Menurut Lofland dan Lofland dalam Moloeng (2016:157), sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Ada beberapa sumber data yang dibutuhkan dalam penelitian ini yaitu:

a. Data Primer

Sumber data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Rokhmah *et al.*, 2014:23). Data primer dalam penelitian ini diperoleh secara langsung melalui wawancara mendalam dengan menggunakan panduan wawancara yang dilakukan oleh peneliti pada pendamping WPSL sebagai informan kunci, WPSL yang belum menjadi peserta JKN sebagai informan utama, serta ketua kelompok kerja (pokja) dan pemilik tempat bordil (mucikari) sebagai informan tambahan. Tiap-tiap informan sebelumnya diberi *inform consent* sebagai persetujuan untuk menjadi informan dalam penelitian ini.

b. Data Sekunder

Sumber data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen (Rokhmah *et al.*, 2014:23). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data jumlah penderita HIV/AIDS dan IMS yang diperoleh dari Ditjen P2P Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, data jumlah

penderita HIV/AIDS dan IMS yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, jumlah WPSL dari hasil pemetaan yang diperoleh dari KPA Kabupaten Jember, jumlah WPSL dari hasil penjangkauan yang diperoleh dari LSM Laskar Kabupaten Jember dan referensi atau jurnal ilmiah terkait tentang JKN pada Wanita Penjaja Seks (WPS).

3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah paling strategis dalam penelitian karena tujuan utama penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan berbagai *setting*, sumber, dan cara. Dalam penelitian kualitatif, pengumpulan data dilakukan pada *natural setting* (Sugiyono, 2010:224). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu (Moeleong, 2016:186). Dengan wawancara, maka peneliti akan mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang partisipan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi (Stainback dalam Sugiyono, 2010:232).

Jenis wawancara yang digunakan yaitu wawancara semi terstruktur yang termasuk dalam kategori *in-depth interview*. Pelaksanaan *in-depth interview* lebih bebas jika dibandingkan dengan wawancara terstruktur. *In-depth interview* bertujuan untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka serta pihak yang diwawancarai dimintai pendapat dan ide-idenya kemudian peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan (Sugiyono, 2010:233). Wawancara dalam penelitian ini dilakukan kepada pendamping WPSL sebagai informan kunci,

WPSL yang belum menjadi peserta JKN sebagai informan utama, serta ketua kelompok kerja (pokja) dan pemilik tempat bordil (mucikari) sebagai informan tambahan.

b. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Dokumen adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu. Bisa dalam bentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang (Rokhmah *et al.*, 2014:31). Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu berupa rekapan hasil wawancara, rekaman suara setiap wawancara yang dilakukan dengan tujuan agar data yang dikumpulkan dapat terangkum dengan baik dan foto saat wawancara dengan informan.

c. Triangulasi

Dalam teknik pengumpulan data triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam hal ini jika peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan teknik ini maka sebenarnya peneliti mencoba untuk melakukan pengumpulan data sekaligus menguji kredibilitas data (Rokhmah *et al.*, 2014:31). Dalam penelitian peneliti melakukan triangulasi sumber yaitu peneliti melakukan pengumpulan data dari sumber yang berbeda namun dengan teknik yang sama. Peneliti akan melakukan wawancara mendalam tidak hanya kepada WPSL tetapi juga melakukan wawancara dengan pendamping WPSL, ketua kelompok kerja (pokja) dan pemilik tempat bordil (mucikari).

3.6.2 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti sebagai *human instrumen* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, analisis data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya. Oleh karena itu, peneliti sebagai instrumen juga harus divalidasi seberapa jauh peneliti siap melakukan penelitian yang

selanjutnya turun ke lapangan. Namun selanjutnya setelah fokus penelitian menjadi jelas maka kemungkinan akan dikembangkan instrumen penelitian sederhana yang diharapkan dapat melengkapi data dan membandingkan dengan data yang telah ditemukan (Sugiyono, 2010: 222).

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

- a. Panduan wawancara (*interview guide*) yang digunakan dalam wawancara mendalam;
- b. Buku catatan dan alat tulis untuk mencatat semua percakapan hasil wawancara mendalam dengan semua informan penelitian;
- c. Alat perekam suara dengan menggunakan aplikasi *handphone* untuk merekam semua percakapan atau pembicaraan dalam proses wawancara mendalam dengan semua informan penelitian; dan
- d. Kamera *handphone* untuk mendokumentasikan kegiatan penelitian dan memotret peneliti saat sedang melakukan pembicaraan dengan informan/sumber data.

3.7 Kredibilitas dan Dependabilitas Data

Uji keabsahan data dalam penelitian, sering hanya ditekankan pada uji kredibilitas dan dependabilitas data. Menurut Sugiyono (2010:269), dalam penelitian kualitatif, validitas data internal yang dilakukan disebut dengan kredibilitas. Dalam penelitian ini, validitas data dapat dicapai dengan triangulasi sumber yaitu membandingkan informasi dari WPSL dengan melakukan proses triangulasi dengan wawancara mendalam kepada pendamping WPSL, ketua kelompok kerja (pokja) dan pemilik rumah bordil (mucikari).

Reliabilitas data pada penelitian kualitatif dilakukan melalui dependabilitas. Standart dependabilitas menurut Kahija (dalam Rokhmah *et al.*, 2014:31) penting untuk meyakinkan pembaca bahwa penelitian bisa diulang pada subjek yang sama dalam konteks yang sama dengan hasil yang sama. Dalam penelitian ini dependabilitas dapat dicapai dengan meneliti kedalaman informasi yang diungkapkan informan dengan memberi umpan balik kepada informan sehingga bisa dilihat apakah mereka memberikan informasi yang benar, serta dengan

melakukan konsultasi dengan para ahli dan dalam penelitian ini adalah konsultasi dengan dosen pembimbing penelitian.

3.8 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.8.1 Teknik Penyajian Data

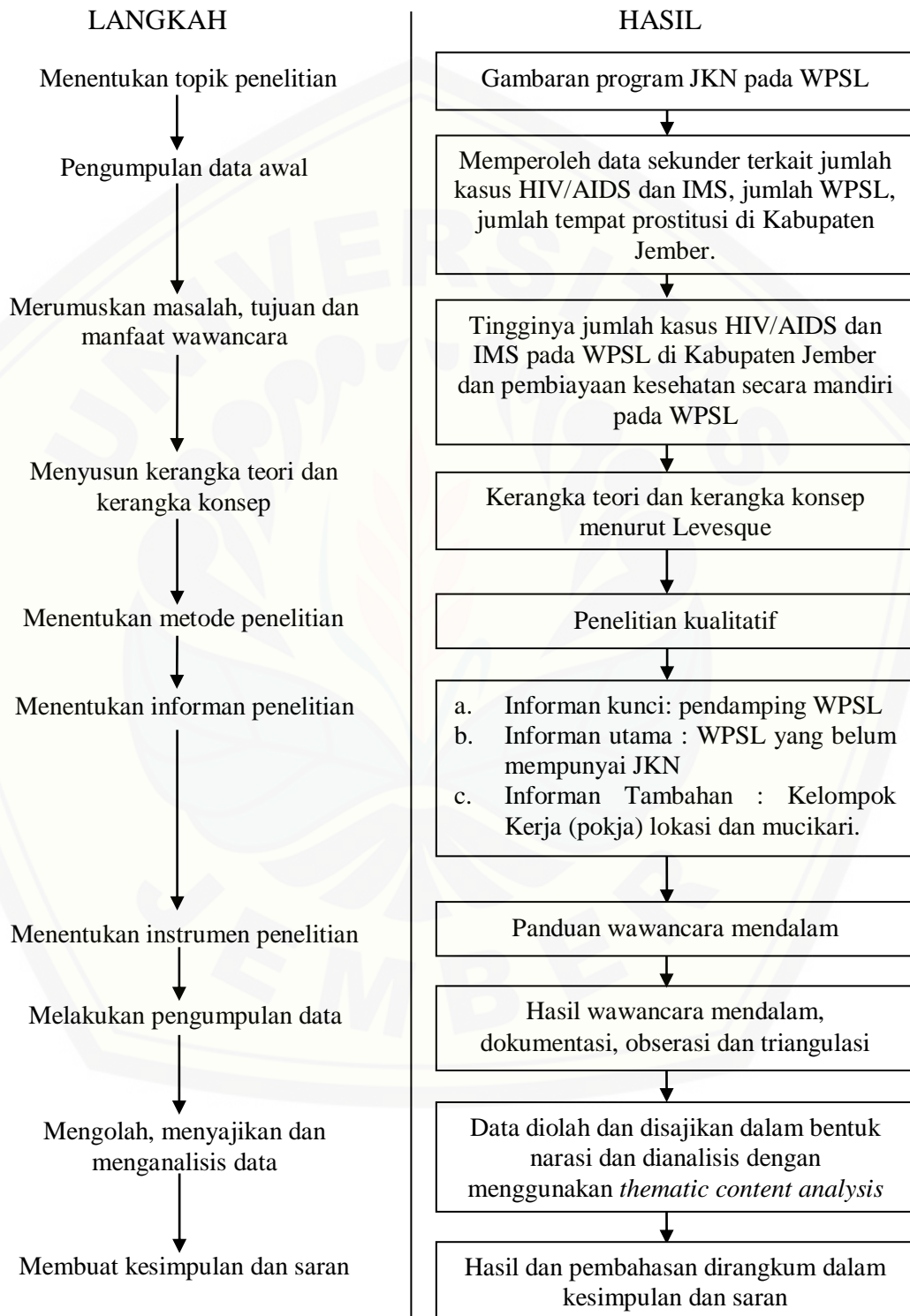
Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2011:149). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk uraian kata-kata dan kutipan-kutipan langsung dari informan yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan informan. Penyajian kutipan langsung dilakukan dalam bentuk bahasa yang tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli informan.

3.8.2 Analisis Data

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dokumentasi serta bahan-bahan lain dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan harus dipelajari dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami dan dapat menginformasikan temuannya kepada orang lain. Analisis data merupakan hal yang kritis dalam proses penelitian kualitatif dan merupakan cara berpikir yang digunakan untuk menemukan bagian, memahami hubungan baik hubungan antar bagian maupun hubungan secara keseluruhan dan memahami konsep dalam data (Sugiyono, 2010:244). Pada penelitian ini, dalam menganalisis data menggunakan metode *thematic content analysis* (analisis berdasarkan tema) yaitu metode yang berusaha mengidentifikasi, menganalisis dan melaporkan pola-pola yang ada berdasarkan data yang terkumpul.

3.9 Alur Penelitian

Urutan langkah-langkah penelitian dan hasil dari masing-masing langkah diuraikan dalam diagram berikut:



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian gambaran aksesibilitas kepesertaan JKN pada WPSL di Kabupaten Jember dapat disimpulkan bahwa:

- a. Kedekatan JKN di kalangan WPSL masih rendah dikarenakan JKN yang masih kurang dikenal dikalangan WPSL di Kabupaten Jember.
- b. Penerimaan JKN pada WPSL di Kabupaten Jember masih kurang baik, hal ini dikarenakan ada banyak hal yang menjadi hambatan yaitu kekhawatiran akan dipersulit di pelayanan kesehatan dan saat mendaftarkan JKN, kurang informasi tentang tempat pendaftaran dan cara mendaftar JKN, rasa malas yang tinggi, kurangnya persyaratan administrasi dan kurangnya kesadaran diri akan pentingnya jaminan kesehatan pada diri WPSL.
- c. Ketersediaan dan akomodasi JKN pada WPSL di Kabupaten Jember menjadi hambatan JKN dalam mengakses JKN dikarenakan jarak tempuh yang cukup jauh dan waktu yang dibutuhkan cukup lama, hal ini juga menyebabkan biaya transportasi menjadi lebih mahal.
- d. Keterjangkauan JKN pada WPSL di Kabupaten Jember dilihat dari kemampuan ekonomi WPSL untuk membayar iuran JKN setiap bulannya. WPSL tidak merasa kesulitan untuk membayar iuran JKN setiap bulannya. Akan tetapi ada hal yang menjadi pertimbangan yaitu kebijakan baru yang mengharuskan satu KK menjadi peserta JKN. Kekhawatiran yang dialami oleh WPSL adalah tidak bisa membayar iuran di bulan-bulan berikutnya dikarenakan pendapatan yang didapatkan setiap bulannya tidak selalu sama.
- e. Ketepatan JKN sangatlah sesuai untuk WPSL di Kabupaten Jember. Hal ini dikarenakan JKN tidak hanya menjamin kesehatan dasar, tetapi juga mencakup penyakit lainnya yang menjadi resiko dari WPSL.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang telah diulas, maka dapat diberikan saran-saran dengan harapan dapat memberikan masukan yang membantu untuk meningkatkan aksesibilitas kepesertaan JKN pada WPSL di Kabupaten Jember, diantaranya:

- a. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kabupaten Jember sebagai penyelenggara JKN diperlukan meningkatkan pemahaman mengenai Program JKN dengan melakukan sosialisasi pada populasi kunci khususnya WPSL yang berada di Kabupaten Jember. Serta perlunya melakukan pendekatan dan advokasi secara berkesinambungan guna mendapatkan dukungan untuk melakukan sosialisasi dengan instansi yang berhubungan langsung dengan populasi-populasi kunci yaitu LSM dan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten Jember.
- b. Bagi Dinas Sosial Kabupaten Jember perlu adanya program pembinaan kepada populasi kunci khususnya WPSL untuk mengurangi penyebaran prostitusi liar di Kabupaten Jember.
- c. Bagi LSM dan KPA Kabupaten Jember perlu terlibat dalam upaya perluasan cakupan kepesertaan JKN dengan membuat sebuah program pendampingan di kalangan populasi kunci khususnya WPSL di Kabupaten Jember.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifuddin & Saebani. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Pustaka Setia.
- Anonim. 2014. *ODHA dan Jaminan Kesehatan Nasional* [serial on line]. <http://www.odhaberhaksehat.org/2014/odha-dan-jaminan-kesehatan-nasional/>. [04 Mei 2017].
- Arifin, B. 2015. *Psikologi Sosial*. Bandung: Pustaka Setia.
- Atipah. 2016. Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Minat Masyarakat dalam Keikutsertaan Program Jamkesda di Desa Banjarlor Kecamatan Banjarharjo Kabupaten Brebes. *Skripsi*. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang. [Serial Online]. <http://lib.unnes.ac.id/26254/1/6411412210.pdf>. [07 Novemver 2017].
- BPJS Kesehatan. 2016. *1 VA untuk Pembayaran Seluruh Anggota Keluarga*. [serial on line]. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2016/402/1-VA-Untuk-Pembayaran-Seluruh-Anggota-Keluarga/berita>. [24 November 2017].
- BPJS Kesehatan. 2017. *Jumlah Fasilitas Kesehatan dan Peserta Program JKN* [serial on line]. <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/jumlahPeserta> [08 Februari 2017].
- Bungin, B. 2011. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.
- Burlian, P. 2016. *Patologi Sosial*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Burns, A. A., Lovich, R., Maxwell, J., Shapiro, K., Jasin, F. 2016. *Pemberdayaan Wanita dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: ANDI.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. 2014. *Paham JKN Seri Buku Saku – 4*. Jakarta: CV. Komunitas Pejaten Mediatama.
- Direktur Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. 2017. *Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Penyakit Infeksi Menular (PIMS) Triwulan IV Tahun 2016*. Jakarta: Direktur Jendral P2P.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017. *Data Jumlah Kasus HIV/AIDS dan IMS di Kabupaten Jember Tahun 2014, 2015, 2016*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

- Febriani, H., Basuki, P. 2016. Analisis Pengetahuan dan Keikutsertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kelurahan Sindumartani Sleman Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*. 7 [1]. 44-49. [Serial Online]. [http://download.portalgaruda.org/article.php?article=413664&val=7164&title=ANALISIS%20PENGETAHUAN%20DAN%20KEIKUTSERTAAN%20JAMINAN%20KESEHATAN%20NASIONAL%20\(JKN\)%20DI%20KE%20LURAHAN%20SINDUMARTANI%20SLEMAN%20YOGYAKARTA](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=413664&val=7164&title=ANALISIS%20PENGETAHUAN%20DAN%20KEIKUTSERTAAN%20JAMINAN%20KESEHATAN%20NASIONAL%20(JKN)%20DI%20KE%20LURAHAN%20SINDUMARTANI%20SLEMAN%20YOGYAKARTA). [02 November 2017].
- Hamidi. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Malang: UMM Press.
- Husni, A. 2016. Kepatuhan Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Mandiri dalam Membayar Premi di Kota Padang. *Tesis*. Padang: Program Studi Magister Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Bung Hatta. [Serial Online]. [http://ejurnal.bunghatta.ac.id/index.php?journal=JPSC2&page=article&op=viewFile&path\[\]=8149&path\[\]=6870](http://ejurnal.bunghatta.ac.id/index.php?journal=JPSC2&page=article&op=viewFile&path[]=8149&path[]=6870). [03 November 2017].
- Jailani, A & Badriyanto, B. 2014. Prostitusi di Jember Tahun 1974-2007. *Publika Budaya*. 2 [2]: 1-9. [Serial Online]. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/PB/article/view/1504>. [20 Mei 2017].
- Kartono, K. 2014. *Patologi Sosial Jilid 1*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Buku Saku Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Layanan HIV-AIDS dan IMS di Fasilitas Kesehatan: Panduan Teknis untuk Petugas Kesehatan Tentang Pembiayaan Layanan HIV-AIDS dan IMS di Fasilitas Kesehatan Bagi Peserta JKN dan Prosedur Klaim*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI.

- Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember. 2017. *Jumlah penderita HIV/AIDS dan Hasil Pemetaan Wanita Penjaja Seks (WPS) di Kabupaten Jember*. Jember: Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember.
- Laksono, A. D., Mubasyiroh, R., Laksmiarti, T., Nurhotimah, E., Suharmiati, Sukoco, N. E. 2016. *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: PT. Kanisius.
- Lane, N., Lutz, A., Baker, K. 2012. Health Care Costs and Access Disparities in Appalachia. *PDA, Inc & The Cecil B. Sheps Center for Health Services Research University of North Carolina*. CO-16835-2010: 1-203. [Serial Online].
http://www.arc.gov/assets/research_reports/healthcarecostsandaccessdisparitiesinappalachia.pdf. [15 Juni 2017].
- Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Laskar. 2017. *Hasil Penjangkauan Wanita Penjaja Seks (WPS) Periode Januari sampai dengan Maret 2017 di Kabupaten Jember*. Jember: Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Laskar
- Levesque, J.F., Harris, M. F., Russell, G. 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 12 [8]: 1-9. [Serial Online]. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>. [15 Juni 2017].
- Logen, Y., Balqis, Darmawansyah. 2015. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Pemulung di TPA Tamangapa. *Jurnal*. 1-12.
- Lokollo, F. 2009. Studi Kasus Perilaku Wanita Penjaja Seksual Tidak Langsung dalam Pencegahan IMS, HIV dan AIDS di PUB & Karaoke, Cafe, dan Diskotek di Kota Semarang. *Tesis*. Semarang: Program Studi Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro.
- Luthviatin, N., Zulkarnain, E., Istiaji, E., Rokhmah, D. 2012. *Dasar-Dasar Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jember: Jember University Press.
- Marmi. 2014. *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Moloeng, L. 2016. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Nadiyah, H., Subirman., Lusiana, D. 2017. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepesertaan Program JKN di Wilayah Kerja Puskesmas Remaja Kota Samarinda. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 9 [2]: 66-72.

- Najmah. 2016. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Nopiyani, N. M. S., Indrayathi, P. A., Listyowati, R., Suarjana, I. K., Januraga, P. P. 2014. Akses Jaminan Kesehatan Nasional pada Pekerja Seks Perempuan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 9 [4]: 308-314. [Serial Online]. <http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/734>. [05 Mei 2017].
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta.
- Pohan, I. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-Dasar Pengertian Dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- Presiden Republik Indonesia. 2004. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. 2013. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Purwaningsih, S. 2016. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan Masyarakat dalam Jaminan Kesehatan Nasional di Desa Tegalsari Kabupaten Ponorogo. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta. [Serial Online]. <http://eprints.ums.ac.id/46650/>. [05 November 2017].
- Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. 2016. *Catatan Atas Kebijakan dan Program HIV & AIDS di Indonesia*. Yogyakarta: PKMK Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Rohmawati, D. 2014. Hubungan Pengetahuan Sikap dan Sosial Ekonomi Dengan Pemilihan Jenis Iuran Keikutsertaan Jkn Mandiri pada Wilayah Cakupan JKN Tertinggi di Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rokhmah, D., Nafikadini, I., Estiaji, E. 2014. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jember: Jember University Press.
- Rumenang, D., Umboh, J., Kandon, G. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *JIKMU*. 5

- [1]. 8-100. [Serial Online].
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/view/7180>. [02
November 2017].
- Sakinah, U., Wijasa, I., Wiharto, M. 2014. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesadaran Masyarakat Kelurahan Poris Gaga Tangerang dalam Berasurandi Kesehatan. *Forum Ilmiah*. 11 [2]: 243-260. [Serial Online]. <http://ejurnal.esaunggul.ac.id/index.php/Formil/article/view/880/810>. [05 November 2017].
- Sastradimulya, F., Nurhayati, E., Susanti, Y. 2015. Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien tentang Jaminan Kesehatan Nasional dengan Status Kepesertaan BPJS. *Prosiding Penelitian Sivitas Akademika Unisba*. 2460-657X. 578-583.
- Setiyaningrum, E & Aziz, Z. B. 2014. *Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sugiyono. 2010. *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sugihartono, Fathiyah, K., Setiawati, F., Harahap, F., Nurhayati, S. 2007. *Psikologi Pendidikan*. Yogyakarta. UNY Press.
- Tiaraningrum, R. 2014. Studi Deskriptif Motivasi dan *Personal Reference* Peserta JKN Mandiri pada Wilayah Tertinggi di Kelurahan Mojosongo Kota Surakarta. *Skripsi*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Tjiptono, F. 2006. *Manajemen Pelayanan Jasa*. Yogyakarta: ANDI.
- Verasati, A. 2013. Motivasi Wanita Penjaja Seks dalam Melakukan Tes HIV dan AIDS Studi Kualitatif di Kabupaten Jember. Tidak Diterbitkan. *Skripsi*. Jember : Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Wawan, A & Dewi M. 2011. Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusi. Cetakan II. Yogyakarta : Nuha Medika

Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)

PERNYATAAN PERSETUJUAN (*INFORMED CONCENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan kesungguhan saya untuk membantu menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Nabellah Sagareta

Judul : Gambaran Aksesibilitas Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Wanita Penjaja Seks langsung (WPSL) di Kabupaten Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan risiko atau dampak apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberikan penjelasan dan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela ikut sebagai informan dalam penelitian.

Jember, 2017

Informan

(.....)

Lampiran B. Panduan Wawancara Untuk Informan Kunci**Gambaran Aksesibilitas Kepersertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
Pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) Di Kabupaten Jember****PANDUAN WAWANCARA UNTUK INFORMAN KUNCI
(Pendamping WPSL)**

Wawancara ke :

Waktu wawancara : Tanggal, Jam

Lokasi wawancara :

PETUNJUK PENGISIAN

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

A. KARAKTERISTIK INFORMAN KUNCI

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Tingkat Pendidikan :
- d. Jenis kelamin :

B. INFORMAN KUNCI WPSL DI KABUPATEN JEMBER

- a. Kedekatan JKN-KIS pada WPSL
 - 1) Bagaimana menurut anda tentang JKN-KIS pada WPSL? Mengapa anda berpendapat seperti itu?
 - 2) Bagaimana menurut anda manfaat yang bisa didapatkan WPSL jika menjadi peserta JKN-KIS?
- b. Penerimaan JKN-KIS pada WPSL
 - 1) Bagaimana menurut anda penerimaan WPSL terhadap JKN-KIS?

- 2) Bagaimana kepesertaan JKN-KIS di kalangan WPSL?
 - 3) Bagaimana dengan hambatan-hambatan yang dihadapi WPSL dalam mengakses JKN-KIS?
 - 4) Bagaimana dengan faktor-faktor yang mendorong WPSL untuk menjadi peserta JKN-KIS?
 - 5) Bagaimana dengan persyaratan yang dimiliki WPSL untuk menjadi peserta JKN-KIS?
 - 6) Bagaimana menurut anda cara WPSL dalam mendapatkan informasi tentang JKN-KIS?
 - 7) Bagaimana dengan orang/lembaga yang membantu WPSL dalam mengakses kepesertaan JKN?
- c. Ketersediaan dan Akomodasi JKN-KIS pada WPSL
- 1) Bagaimana dengan keberadaan tempat pendaftaran JKN-KIS dari lokasi WPSL berada?
 - 2) Bagaimana dengan alat transportasi dan waktu yang dibutuhkan WPSL untuk menjadi peserta JKN-KIS?
 - 3) Bagaimana dengan rata-rata jumlah biaya yang dibutuhkan oleh WPSL untuk mencapai tempat pendaftaran JKN-KIS?
- d. Keterjangkauan JKN-KIS pada WPSL
- 1) Bagaimana dengan pendapatan yang didapatkan oleh WPSL setiap bulannya?
 - 2) Bagaimana dengan pengeluaran yang dibutuhkan oleh WPSL setiap bulannya?
 - 3) Bagaimana menurut anda beban iuran yang harus di bayarkan oleh WPSL jika menjadi peserta JKN-KIS?
- e. Ketepatan JKN-KIS pada WPSL
- 1) Bagaimana menurut anda ketepatan JKN-KIS ini sesuai dengan kebutuhan kesehatan WPSL?
 - 2) Bagaimana menurut anda ketepatan JKN-KIS ini dalam membantu pembiayaan kesehatan WPSL?

Lampiran C. Panduan Wawancara Untuk Informan Utama**Gambaran Aksesibilitas Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
Pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) Di Kabupaten Jember****PANDUAN WAWANCARA UNTUK INFORMAN UTAMA
(WPSL yang belum menjadi peserta JKN)**

Wawancara ke :

Waktu wawancara : Tanggal, Jam

Lokasi wawancara :

PETUNJUK PENGISIAN

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

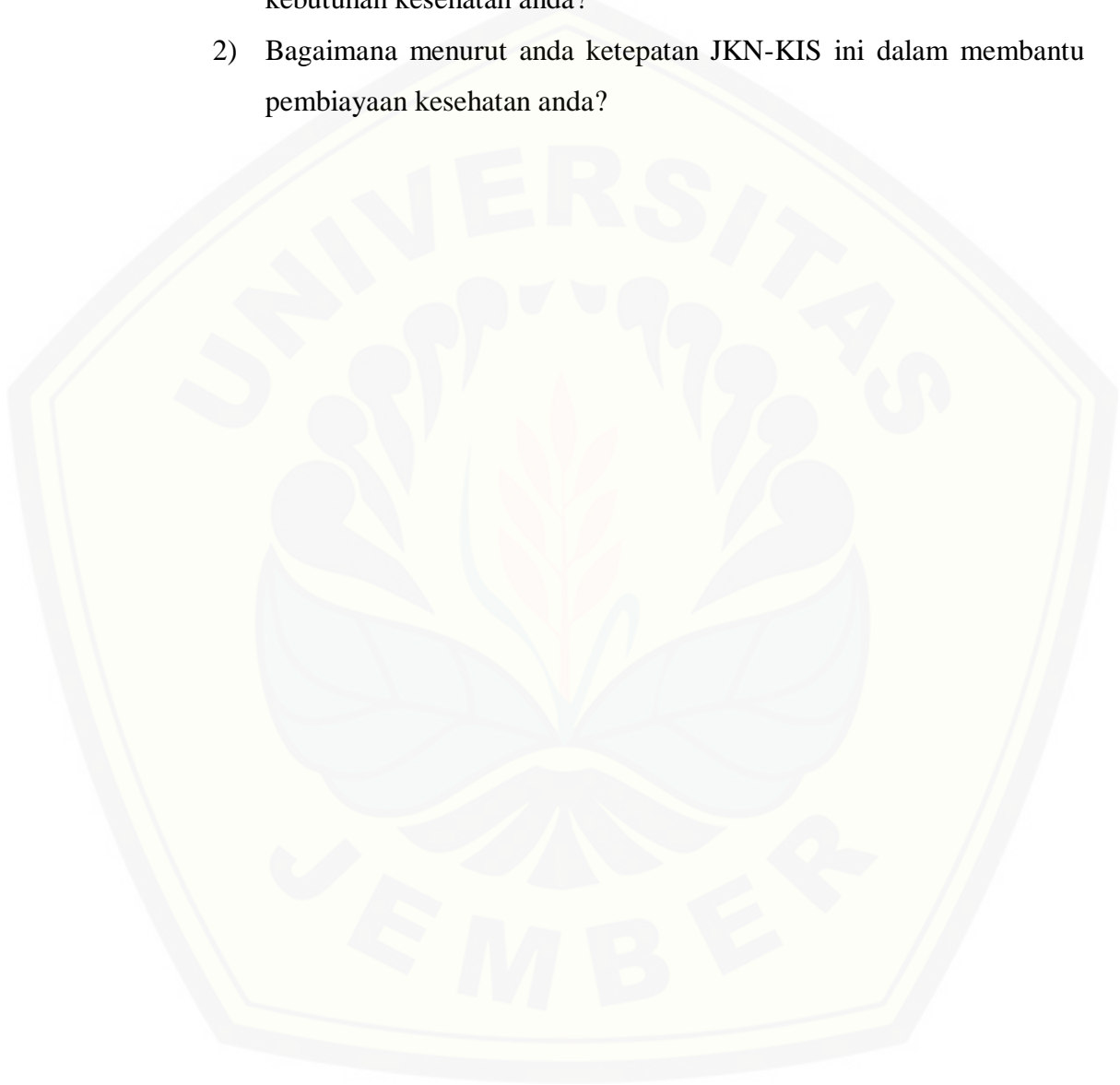
A. KARAKTERISTIK INFORMAN UTAMA

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Tingkat Pendidikan :
- d. Asal daerah :
- e. Status perkawinan :
- f. Lama menjadi WPSL :
- g. Tahun pertama menjadi WPSL :
- h. Kepemilikan JKN-KIS :
- i. Kepemilikan asuransi lain :
- j. Keinginan untuk memiliki JKN-KIS :

B. AKSESIBILITAS KEPESERTAAN JKN PADA WPSL DI KABUPATEN JEMBER

- a. Kedekatan JKN-KIS pada WPSL
 - 1) Bagaimana menurut anda tentang JKN-KIS? Mengapa anda berpendapat seperti itu?
 - 2) Bagaimana menurut anda manfaat yang bisa anda dapatkan jika menjadi peserta JKN-KIS? Mengapa anda berpendapat seperti itu?
- b. Penerimaan JKN-KIS pada WPSL
 - 1) Bagaimana penerimaan anda terhadap JKN-KIS? Mengapa anda berpendapat seperti itu?
 - 2) Bagaimana dengan hambatan-hambatan yang anda dihadapi dalam mengakses kepesertaan JKN-KIS? Mengapa anda berpendapat seperti itu?
 - 3) Bagaimana dengan faktor-faktor yang mendorong anda untuk menjadi peserta JKN-KIS? Mengapa anda berpendapat seperti itu?
 - 4) Bagaimana dengan persyaratan yang anda miliki untuk menjadi peserta JKN-KIS?
 - 5) Bagaimana cara anda dalam mendapatkan informasi tentang JKN-KIS?
 - 6) Bagaimana dengan orang/lembaga yang membantu anda dalam mengakses kepesertaan JKN-KIS?
- c. Ketersediaan dan Akomodasi JKN-KIS pada WPSL
 - 1) Bagaimana dengan keberadaan tempat pendaftaran JKN-KIS?
 - 2) Bagaimana dengan alat transportasi dan waktu yang anda dibutuhkan untuk mengakses kepesertaan JKN-KIS?
 - 3) Bagaimana dengan rata-rata jumlah biaya yang dibutuhkan oleh WPSL untuk mencapai tempat pendaftaran JKN-KIS?
- d. Keterjangkauan JKN-KIS pada WPSL
 - 1) Bagaimana dengan pendapatan yang anda dapatkan setiap bulannya?
 - 2) Bagaimana dengan pengeluaran yang anda butuhkan setiap bulannya?

- 3) Bagaimana menurut anda beban iuran yang harus anda bayarkan jika menjadi peserta JKN-KIS?
- e. Ketepatan JKN-KIS pada WPSL
- 1) Bagaimana menurut anda ketepatan JKN-KIS ini sesuai dengan kebutuhan kesehatan anda?
 - 2) Bagaimana menurut anda ketepatan JKN-KIS ini dalam membantu pembiayaan kesehatan anda?



Lampiran D. Panduan Wawancara Untuk Informan Tambahan**Gambaran Aksesibilitas Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
Pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) Di Kabupaten Jember****PANDUAN WAWANCARA UNTUK INFORMAN TAMBAHAN****(Ketua Kelompok Kerja dan Mucikari)**

Wawancara ke :

Waktu wawancara : Tanggal, Jam

Lokasi wawancara :

PETUNJUK PENGISIAN

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

A. KARAKTERISTIK INFORMAN TAMBAHAN

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Tingkat Pendidikan :
- d. Jenis kelamin :

B. INFORMAN TAMBAHAN WPSL DI KABUPATEN JEMBER

- a. Kedekatan JKN-KIS pada WPSL
 - 1) Bagaimana menurut anda tentang JKN-KIS pada WPSL? Mengapa anda berpendapat seperti itu?
 - 2) Bagaimana menurut anda manfaat yang bisa didapatkan WPSL jika menjadi peserta JKN-KIS?
- b. Penerimaan JKN-KIS pada WPSL
 - 1) Bagaimana menurut anda penerimaan WPSL terhadap JKN-KIS?

- 2) Bagaimana kepesertaan JKN-KIS di kalangan WPSL?
 - 3) Bagaimana dengan hambatan-hambatan yang dihadapi WPSL dalam mengakses JKN-KIS?
 - 4) Bagaimana dengan faktor-faktor yang mendorong WPSL untuk menjadi peserta JKN-KIS?
 - 5) Bagaimana dengan persyaratan yang dimiliki WPSL untuk menjadi peserta JKN-KIS?
 - 6) Bagaimana menurut anda cara WPSL dalam mendapatkan informasi tentang JKN-KIS?
 - 7) Bagaimana dengan orang/lembaga yang membantu WPSL dalam mengakses kepesertaan JKN?
- c. Ketersediaan dan Akomodasi JKN-KIS pada WPSL
- 1) Bagaimana dengan keberadaan tempat pendaftaran JKN-KIS dari lokasi WPSL berada?
 - 2) Bagaimana dengan alat transportasi dan waktu yang dibutuhkan WPSL untuk menjadi peserta JKN-KIS?
 - 3) Bagaimana dengan rata-rata jumlah biaya yang dibutuhkan oleh WPSL untuk mencapai tempat pendaftaran JKN-KIS?
- d. Keterjangkauan JKN-KIS pada WPSL
- 1) Bagaimana dengan pendapatan yang didapatkan oleh WPSL setiap bulannya?
 - 2) Bagaimana dengan pengeluaran yang dibutuhkan oleh WPSL setiap bulannya?
 - 3) Bagaimana menurut anda beban iuran yang harus di bayarkan oleh WPSL jika menjadi peserta JKN-KIS?
- e. Ketepatan JKN-KIS pada WPSL
- 1) Bagaimana menurut anda ketepatan JKN-KIS ini sesuai dengan kebutuhan kesehatan WPSL?
 - 2) Bagaimana menurut anda ketepatan JKN-KIS ini dalam membantu pembiayaan kesehatan WPSL?

Lampiran E. Dokumentasi Penelitian

Dokumentasi Penelitian

A. Surat Ijin Penelitian


PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Ketua KPA Kab. Jember
di -

T E M P A T

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/2908/314/2017

Tentang

PENGAMBILAN DATA

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 10 Mei 2017 Nomor : 2398/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Nabelah Sagareta / 152110101227
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data untuk penyusunan Skripsi terkait jumlah pekerja seks di Kabupaten Jember, tempat operasi pekerja seks, masalah kesehatan yang dialami pekerja seks, penggunaan layanan kesehatan oleh pekerja seks di Kabupaten Jember tahun 2014, 2015 dan 2016.
Lokasi : Dinas Kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : Mei s/d Juni 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 15-05-2017
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Jalan Strategis dan Politis


Achmad Dhanu, S.Sos
Penandatangan
NIP. 196907181986021001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.


PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. 1. Camat Rambipuji
2. Camat Puger
3. Camat Umbulsari
4. Kepala KPA Kab. Jember
di -
T E M P A T

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/4004/314/2017

Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 17 Oktober 2017 Nomor : 5040/UN25.1.12/SP/2017 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Nabellah Sagareta / 152110101227
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk menyusun skripsi dengan judul :
"Gambaran Aksebilitas Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Wanita Pekerja Seks Langsung (WPSL) Di Kabupaten Jember"
Lokasi :
Waktu Kegiatan : Oktober s/d Desember 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 20-10-2017
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris

Drs. MERI WIDODO
Pembina Tk. I
NIP. 19611224198812 1 001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Univ. Jember;
2. Yang Bersangkutan.

B. Foto Penelitian



Wawancara mendalam dengan informan kunci



Wawancara mendalam dengan informan utama dan informan tambahan (mucikari)



Wawancara mendalam dengan informan tambahan anggota kelompok kerja (pokja) lokasi

