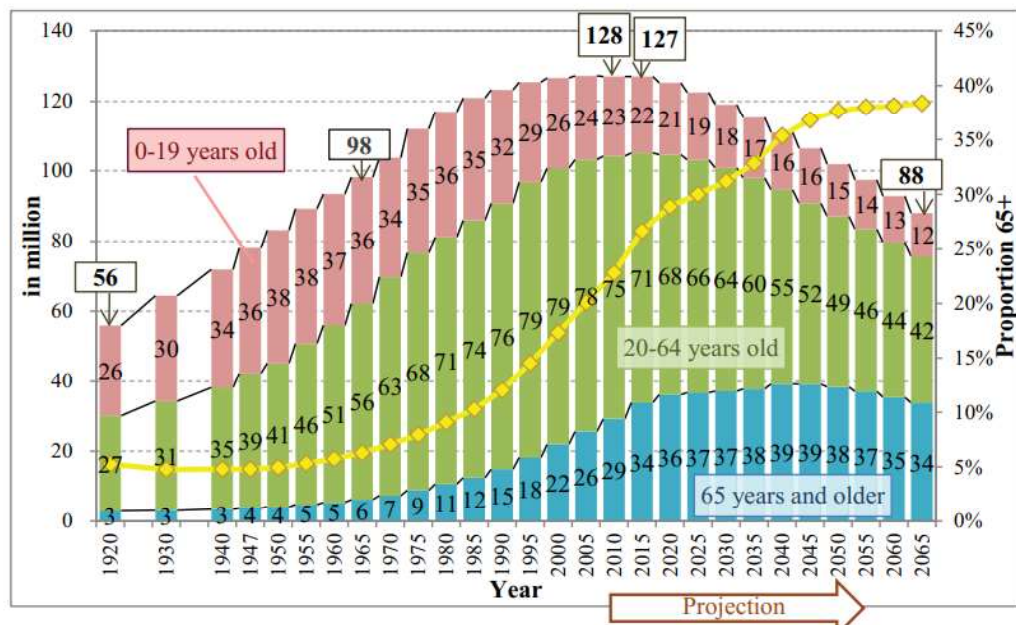


BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Dinamika demografis *aging population* dan penurunan populasi merupakan permasalahan mendesak yang dihadapi negara maju tidak terkecuali Jepang. Berdasarkan proyeksi populasi oleh Japan's National Institute of Population and Social Security Research (NIPSSR) pada tahun 2017, menunjukkan proporsi lansia (berusia 65 tahun ke atas) sejumlah 27,6% yang mana merupakan yang tertinggi di dunia. Perhitungan sensus pun mencatat penurunan sejumlah 962.607 orang dari tahun 2010 hingga 2015. Tren ini diperkirakan akan berlanjut serta jumlah penduduk diproyeksikan berkurang menjadi 88 juta pada tahun 2065 dengan proporsi lansia setinggi 38,4% sebagaimana yang tampak pada grafik di bawah (NIPSSR, 2019).

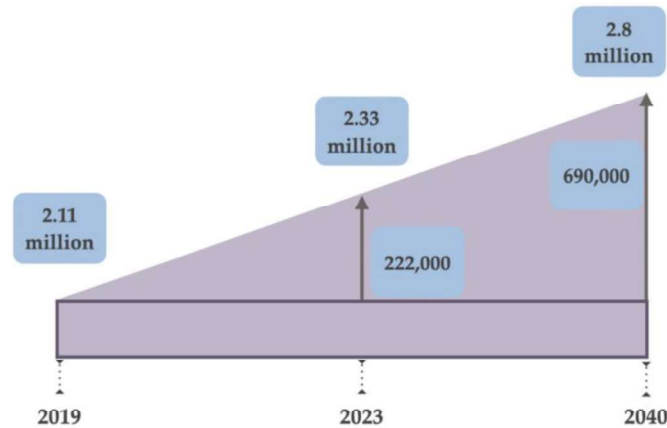


Grafik 1.1 Proyeksi populasi Jepang (dalam persen) menurut kelompok usia (1920-2065)

Sumber: National Institute of Population and Social Security Research (NIPSSR)

Lebih lanjut, peningkatan jumlah populasi menua juga mengarah peningkatan permintaan dalam tenaga kerja perawatan kesehatan di Jepang yang mana hal ini diintensifkan oleh perubahan norma menuju profesionalisasi dan sosialisasi kesehatan. Hal ini merujuk pada individu dan keluarga yang semakin bergantung pada struktur perawatan kesehatan dari luar, yang mana terimplementasi dalam asuransi perawatan jangka panjang Jepang (Vogt, 2018: 5). Jepang menerapkan program *Long-Term Care Insurance* (LTCI) pada tahun 2000 yang menyosialisasikan biaya perawatan lansia melalui sistem asuransi sosial. Terlepas dari keluarga sebagai penyedia perawatan utama bagi lansia, banyak perawatan lansia dari non-keluarga yang kini disediakan melalui LTCI (Peng, 2017). Akan tetapi, pengenalan program ini belum mampu menutupi defisit pekerja untuk mendukung lansia baik melalui perawatan berbasis komunitas ataupun penyedia jasa layanan publik yang lebih tradisional. *Care work* di Jepang cenderung dilihat sebagai pekerjaan berstatus rendah yang mengakibatkan adanya kesenjangan dalam *care-provisioning* (López & Ohno, 2021: 263).

Permasalahan kemudian ditambah dengan adanya peningkatan ketegangan pada sektor ekonomi secara umum dan pasar tenaga kerja secara khusus, terutama di sektor perawatan kesehatan. Salah satu sektor bisnis yang berada di garis depan dengan meningkatnya permintaan, baik dalam bisnis maupun ekonomi, dalam *aging population* ialah sektor layanan kesehatan untuk orang tua (Yashiro, 2008 dalam Vogt, 2018). Pada tahun 2016, Ministry of Health Labor and Welfare (MHLW) Jepang mengumumkan bahwa jumlah tenaga perawat dan *care worker* yang dibutuhkan pada akhir 2025 mencapai sekitar 2,33 juta. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat pada tahun 2040 menjadi 2,80 juta. Secara singkat, pada tahun 2025 diperkirakan akan terjadi kekurangan sejumlah 550.000 lebih, atau sekitar 60.000 per tahun, dan akan meningkat menjadi 690.000 pada tahun 2040 (López & Ohno, 2021: 263).

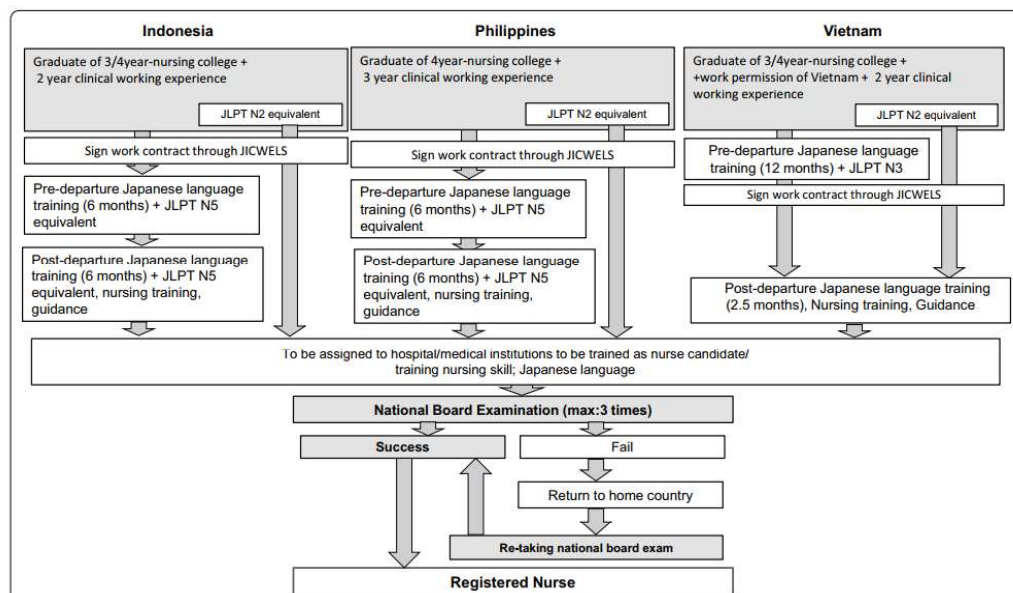


Grafik 1.2 Jumlah tenaga kerja perawatan yang diperlukan berdasarkan 8th Long-Term Care Insurance Business Plan
Sumber: Ministry of Health Labor and Welfare (MHLW)

Di saat jumlah lansia yang berpotensi membutuhkan perawatan kesehatan terus meningkat, jumlah peminatan yang ingin memasuki profesi ini justru menurun. Hal ini merujuk pada indeks untuk mengukur tingkat *labor shortage*, yang mana membandingkan jumlah pekerjaan yang tersedia dengan jumlah pekerja yang mencari pekerjaan, atau rasio tawaran tenaga kerja efektif terhadap pencari kerja. Indeks menunjukkan rasio pada seluruh sektor pekerjaan pada kuartal ketiga tahun 2018 yang mencapai 1,63 atau 163 tawaran pekerjaan per 100 pencari kerja. Terlebih dengan tingkat indeks untuk sektor perawat jangka panjang yang jauh lebih tinggi yaitu 3,69 pada kuartal dan tahun yang sama (Japan National Council of Social Welfare, 2019; D. Carlos & Suzuki, 2020). Permasalahan kebutuhan tenaga perawat ini kemudian mendorong peningkatan migrasi perawat sementara.

Signifikansi isu Jepang dengan *super-aging society*-nya kemudian mendorong terbukanya penerimaan perawat dan *care worker* ke dalam pasar tenaga kerja. Meskipun mengalami penuaan populasi yang berlangsung dengan masif dan cepat, Jepang relatif lambat dan masih belum lama ikut serta dalam perekrutan tenaga kerja kesehatan secara sistematis di pasar tenaga kerja global. Hal ini terutama karena secara historis, Jepang sangat berhati-hati dan selektif dalam menerima pekerja asing. Pada perkembangannya, Jepang melalui kesepakatan kerja sama

ekonomi bilateral kemudian membuka pintu ke pasar tenaga kerja domestiknya bagi tenaga kerja kesehatan dari luar (Vogt, 2018: 28). Skema program *government-to-government* (G-to-G) mulai dilakukan oleh Jepang melalui perjanjian ekonomi bilateral. Saat ini, khususnya dengan negara ASEAN, Jepang telah memberlakukan EPA (Economic Partnership Agreement) dengan Singapura, Malaysia, Thailand, Brunei, Indonesia, Filipina, dan Vietnam. Akan tetapi, tidak semua perjanjian ekonomi internasional tersebut memasukkan pengaturan untuk migrasi tenaga kerja kesehatan. Di antara negara yang telah disebutkan sebelumnya, sejauh ini hanya Indonesia, Filipina, dan Vietnam yang mengirimkan sejumlah tenaga kerja kesehatan dan perawat ke Jepang (Shinohara, 2016). Perekrutan *care worker* melalui perjanjian bilateral masing-masing mulai diimplementasikan pada tahun 2008 dengan Indonesia, 2009 dengan Filipina, dan 2014 dengan Vietnam. Melalui perjanjian ini kuota migrasi tenaga kerja dalam pelayanan kesehatan yang ditetapkan ialah sejumlah 1000 orang per tahun (Vogt, 2018). Alur penerimaan untuk kategori perawat dalam dilihat pada grafik di bawah, yang mana kualifikasi dan kondisi untuk kriteria kelayakan yang ditetapkan dalam EPA ditandatangani antara Jepang dan negara pengirim (Hirano et al., 2020).



Grafik 1.3 Alur penerimaan perawat EPA pada tiap negara
Sumber: MHLW; Hirano et al. (2020).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Indonesia	104	173	39	47	29	48	41	66	46	29	31	38	23
Philippines		93	46	70	28	64	36	75	60	34	40	42	49
Vietnam							21	14	18	22	26	41	38

Tabel 1.1 Jumlah Kandidat EPA untuk Posisi Perawat yang terdaftar di Jepang

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Indonesia	104	189	77	58	72	108	146	212	233	295	298	300	272
Philippines		190	72	61	73	87	147	218	276	276	282	285	261
Vietnam							117	138	162	181	193	176	193

Tabel 1.2 Jumlah Kandidat *Care Worker* EPA yang telah masuk di Jepang
Sumber: Japanese International Welfare Corporation (JICWELS)

Di bawah perjanjian bilateral yang disetujui dan dikelola oleh Japanese International Welfare Corporation (JICWELS) dan lembaga pemerintah di negara pengirim, dalam kurun antara 2008 dan 2019 sejumlah 1.421 perawat dan 5.063 *care worker* telah masuk sebagai kandidat (Tabel 1.1 & Tabel 1.2).

Fenomena migrasi perawat sendiri sebenarnya bukanlah isu baru. Seiring dengan perkembangannya, profesi perawat kini dapat dicirikan sebagai *mobile profession*. Ribuan perawat bermigrasi setiap tahunnya untuk mencari pendapatan dan lingkungan kerja yang lebih baik, mobilitas karier, pengembangan profesional, kualitas hidup yang lebih baik, keamanan pribadi, hingga mencari pengalaman baru (Kingma, 2007). Lebih lanjut, migrasi perawat di bawah perjanjian bilateral dapat dikatakan sebagai tren global saat ini, yang mana aktivitas pasar yang berkembang pesat dapat memengaruhi aliran migrasi perawat (Kingma, 2006; Hirano, et al., 2020). Meskipun terdapat banyak regulasi dan batasan, perubahan kebijakan ini menunjukkan bahwa Jepang tidak lagi terisolasi dari belahan dunia lainnya, dengan secara resmi mulai menerima migrasi tenaga kerja kesehatan. Sebelumnya, kebijakan Jepang yang berdasar pada Immigration Control and Refugee Recognition Act (Cabinet Order No. 319 of 4, October 1951), melarang perawat tanpa kewarganegaraan atau izin tinggal permanen untuk bekerja setelah tujuh

tahun pengalaman kerja, meskipun mereka berpendidikan dan berlisensi di Jepang (Naiki, 2015 dalam Shinohara, 2016). Sehingga dapat dilihat Jepang telah membuka migrasi setelah bertahun-tahun melarang imigrasi pekerja perawat dan meregulasi pemasaran *care work*. Perubahan dalam program migrasi tenaga kerja kesehatan Jepang melalui EPA sejak 2008 merupakan hasil dari keputusan politik untuk memperluas pasar Jepang dalam globalisasi (Shinohara, 2016).

Terlepas dari upaya Jepang untuk membuka pasar tenaga kerja melalui migrasi, pengenalan skema rekrutmen tenaga kerja kesehatan asing tidak banyak membantu memperbaiki krisis yang sedang berlangsung, yakni *aging population* dan *labor shortage* (López & Ohno, 2021). Hal ini terlihat dari angka kandidat yang diterima masih jauh dari proyeksi kebutuhan di lapangan. Terlebih lagi dengan kurangnya struktur politik dan program kebijakan yang mendorong integrasi kemudian mengarah pada migran tenaga kerja kesehatan yang tidak dapat secara substansial mengurangi *labor shortage* yang terjadi di lapangan (Vogt, 2018). Selain itu, Vogt (2018) juga menunjukkan bahwa sebagian besar orang bahkan menyebut bahwa kebijakan ini dirancang untuk gagal, terutama karena Jepang tidak sepenuhnya membuka diri terhadap migrasi internasional. Hal ini dapat dilihat pada *design* program perekrutan (Grafik 1.3). Migrasi tenaga kerja internasional ke Jepang secara ekonomi memang diinginkan, akan tetapi kemungkinan besar tidak didukung oleh mayoritas populasi negara penerima.

Merujuk pada sikap yang ditunjukkan oleh Jepang tersebut, peneliti kemudian tertarik untuk menganalisis secara lebih lanjut mengenai alasan atau faktor yang melatarbelakangi Jepang membuat kebijakan migrasi untuk merekrut tenaga kerja kesehatan asing di bawah skema JEPA yang selektif di saat kebutuhan akan perawat dan *care worker* yang meningkat di tengah *aging population*.

1.2 Rumusan Masalah

Merujuk pada latar belakang yang telah dipaparkan di atas, penelitian ini kemudian berfokus pada mengapa Jepang mengeluarkan kebijakan migrasi tenaga kerja

kesehatan di bawah skema JEPA yang selektif terhadap pemenuhan perawat dan *care worker* yang semakin meningkat?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan alasan atau faktor yang melatarbelakangi Jepang membuat kebijakan migrasi untuk merekrut tenaga kerja kesehatan asing di bawah skema JEPA yang selektif di saat kebutuhan akan perawat dan *care worker* semakin meningkat.

1.4 Tinjauan Literatur

Berkaitan dengan upaya dalam mengkaji faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan migrasi perawat dan *care worker* yang selektif di bawah Japan Economic Partnership Agreements (JEPA) dalam memenuhi kebutuhan *care worker* yang semakin meningkat, penulis mengumpulkan dan meninjau literatur serta penelitian sebelumnya yang telah membahas evaluasi kebijakan hingga pendekatan terkait kebijakan migrasi *care worker* di Jepang. Lebih lanjut, penulis menemukan beberapa penelitian dengan sudut pandang dan argumen beragam dalam melihat permasalahan tersebut. Penulis mengelompokkan literatur tentang kebijakan migrasi tenaga kerja kesehatan melalui JEPA ke dalam dua kelompok kategori, yaitu faktor material dan non-material.

Kelompok literatur pertama melihat faktor-faktor material dalam implementasi migrasi tenaga kerja kesehatan di bawah JEPA, yang mana penulis merujuk pada faktor-faktor institusional. Beberapa literatur menunjukkan bagaimana isu yang disebabkan oleh dilema rezim institusional, dalam konteks ini pemerintah, lembaga dan birokrasi terkait, hingga pihak rumah sakit, dalam desain kebijakan dan kerangka proses *employment* (Hirano et al. 2020; Lan 2018; Ohno 2012). Pemerintah Jepang sangat berhati-hati dalam setiap langkah selama sosialisasi kandidat EPA, termasuk kontrol kuota, skema rekrutmen antarnegara, dan penyediaan program pelatihan intensif dengan biaya besar. Penekanan pada tradisi dan nilai kultural Jepang merupakan karakteristik utama dalam *Japanese*

institutional care. Pemerintah Jepang telah menghabiskan banyak waktu dan uang dalam upaya untuk mengasimilasi pekerja migran dan membuat mereka *suitable* untuk praktik kultur *care work* di Jepang (Lan 2018).

Jepang mendefinisikan pelayanan kesehatan sebagai hak sosial dan memposisikan negara sebagai pihak yang bertanggung jawab untuk mengawasi perawatan yang berkualitas bagi warga lanjut usia, program EPA kemudian hanya merekrut pekerja terampil, dan membatasi tempat kerja mereka pada fasilitas perawatan rumah sakit (Lan 2018). Para migran pekerja EPA pada umumnya merasakan penurunan mobilitas atau *deskilling*, yang mana berbeda dengan ekspektasi mereka yang berharap akan belajar terkait keterampilan keperawatan tingkat lanjut dan pengetahuan medis di Jepang. Salah satunya dapat dilihat dari bagaimana mereka digaji lebih rendah dari pekerja asli hanya karena mereka dianggap sebagai asisten atau kandidat ketika mereka gagal lulus ujian sertifikasi. Benturan *care culture* antarnegara juga menjelaskan mengapa migran pekerja EPA mengalami ketidaksesuaian antara ekspektasi dan kenyataan. Meskipun terdapat intervensi dari serikat pekerja dan birokrasi yang bersimpati pada kekhawatiran pekerja lokal terkait masuknya tenaga kerja asing, permasalahan dalam design dan implementasi skema *foreign care worker* telah mengakibatkan kualitas pelatihan yang tidak merata, *deskilling*, dan eksploitasi perawat asing. Permasalahan ini berdampak pada kelangsungan skema migrasi di bawah EPA itu sendiri. Hal ini menunjukkan permasalahan fundamental pada kerangka manajemen migrasi yang gagal mendukung pemberdayaan holistik bagi perawat dan *care worker* (Ford & Kawashima 2013; Ford & Kawashima 2016; Yagi et al. 2014; Lan 2018; Vilog et al. 2020). Terlebih dengan adanya *prejudice* atau bias terhadap perawat EPA oleh rumah sakit dan tidak semua rumah sakit di Jepang memiliki informasi memadai terkait kebijakan tersebut. Di sisi lain, rumah sakit dan fasilitas perawatan Jepang yang mempekerjakan kandidat EPA mengalami kesulitan seperti beban keuangan dan beban mengajar. Mereka melihat kurangnya dukungan pemerintah terkait keperluan yang layak untuk pembelajaran yang diberikan pada kandidat (Ohno

2012; Hirano et al. 2020). Hal ini kemudian mengarah pada dilemma baik pada kandidat maupun institusi.

Lebih lanjut, dalam rezim institusional, migrasi tenaga kerja melibatkan praktik sosial yang lebih luas dan interaksi yang kompleks dari banyak aktor. Rekrutmen kandidat pekerja migran di bawah EPA merupakan kompromi antara instansi pemerintah yang memiliki pendapat dan kepentingan yang berbeda. Persimpangan antarnegara, fasilitas perawatan, dan migran *care worker* mengarah pada pertentangan antara institusi dan pemangku kepentingan akibat kepentingan yang berbeda yang mana semakin memperkeruh permasalahan dalam EPA (Asato 2012; Ogawa 2012; Yagi et al. 2014; Lan 2018).

Berlanjut pada kelompok literatur kedua yang melihat faktor-faktor non-material dalam implementasi migrasi tenaga kerja kesehatan di bawah JEPA, yang mana menawarkan perspektif berbeda dan lebih beragam dalam konteks faktor-faktor sosial-kultural. Beberapa literatur berpandangan bahwa beberapa isu berkaitan dengan cara orang Jepang melihat Jepang sebagai masyarakat yang homogen serta adanya pengalaman historis tentang masuknya migran non-Jepang (Kaneko 2015; Shinohara 2016). Terdapat kekhawatiran kultural di antara pekerja rumah sakit, pasien, dan anggota keluarga karena mereka merasa bahwa pekerja migran tidak akan bergaul dengan pasien. Survei opini publik yang dianalisis melalui pemberitaan menunjukkan bahwa orang Jepang lebih cenderung menanggapi secara negatif migrasi *care worker*, meskipun secara perlahan juga melakukan revisi kebijakan terkait (Shinohara 2016; Kaneko 2015).

Lebih lanjut, terdapat faktor *stressor* para *care worker* atau dalam hal ini pengalaman sebagai kandidat program EPA yang memiliki efek pada pencapaian karir di kemudian hari, yang mana dapat dibagi dalam enam tema, di antaranya (1) *coworker relationship*, (2) *language barrier*, (3) *work-life balance*, (4) *health concerns*, (5) *physical environment*, and (6) *patient relationship* (Asis & Carandang 2020). Tema pertama tentang hubungan rekan kerja mengeksplorasi isu-isu sosial

dan konsep sosial Jepang seperti diskriminasi tempat kerja, intimidasi di tempat kerja, perbedaan budaya, *honne-tatemae* (public-private life), dan *senpai-kouhai* (hubungan senior-junior). Tema kedua pada kendala bahasa dibagi menjadi hambatan terkait Kanji (karakter Cina) dan komunikasi verbal. Tema ketiga keseimbangan kehidupan kerja berfokus pada beban kerja yang berat dan gaji yang rendah. Tema keempat masalah kesehatan dibagi lagi menjadi kesehatan fisik dan mental. Tema kelima menyoroti tempat kerja fisik, serta lingkungan kerja yang tidak bersahabat. Terakhir, tema keenam tentang hubungan pasien berfokus pada sikap pasien dan terjadinya kasus pelecehan seksual (Asis & Carandang 2020). Selain itu, permasalahan keluarga dan perlakuan yang tidak tepat dari rekan kerja di tempat kerja menjadi dua alasan utama mengapa peserta program ini memutuskan untuk kembali ke negara asal. Penelitian yang ada juga menemukan bahwa para perawat ini tidak benar-benar merasakan manfaat dari pengalaman kerja mereka (Saito 2015).

Paparan sebelumnya menunjukkan bagaimana ideologi budaya tertanam, seperti konsep sistem keluarga hingga *honne-tatemae* (public-private life) tidak hanya memiliki pengaruh di tingkat masyarakat dalam hal hubungan antara staf layanan kesehatan, keluarga, dan pekerja migran, melainkan juga keputusan di tingkat politik dalam perjanjian EPA. Pemerintah Jepang juga mempertimbangkan apakah migran dapat tinggal bersama orang Jepang. Oleh karena itu, pemerintah Jepang menetapkan standar tinggi untuk kandidat perawat dan *care worker* yang mana hal ini juga membatasi arus masuk migrasi (Kaneko 2015; Asis & Carandang 2020). Hal ini menunjukkan bagaimana opini publik berpengaruh pada pengambilan keputusan pemegang kepentingan. Sikap ambivalen Jepang terkait perekrutan pekerja migran tidak hanya mencerminkan sentimen sosial xenophobia, melainkan juga menunjukkan kultur perawatan yang mengutamakan profesionalisme institusional dan kedekatan kultural (Lan 2018).

Evaluasi dan tinjauan kebijakan selama sepuluh tahun terakhir implementasi kebijakan ini mengungkapkan bahwa mekanisme JEPA memiliki permasalahan

kompleks dari level institusi, *employment system*, hingga persepsi publik. Penelitian sebelumnya tentang kebijakan migrasi *care worker* di Jepang, khususnya JEPA, berfokus pada kebijakan dan regulasi institusi terkait (Ohno 2012; Asato 2012; Ogawa 2012; Ford & Kawashima 2013; Yagi et al. 2014; Ford & Kawashima 2016; Lan 2018; Vilog et al. 2020; Hirano et al. 2020), keberagaman kandidat dan kondisi pekerjaan (Asis & Carandang 2020; Saito 2015), hingga faktor ideologi kultural dan historis yang tertanam di publik (Kaneko 2015; Shinohara 2016). Berbagai literatur tersebut beberapa di antaranya tidak hanya fokus pada salah satu kategori menurut pembagian penulis, terdapat beberapa literatur yang juga membahas keduanya.

Merujuk pada kajian literatur yang ada maka dapat dilihat bahwa banyak penelitian yang telah menganalisis beberapa variabel dan pengaruhnya dalam implementasi kebijakan migrasi *care worker* di bawah JEPA. Secara khusus, banyak penelitian yang telah membahas berkaitan dengan permasalahan yang terletak pada sistem *employment* dan kandidat. Terlepas dari perkembangan literatur yang telah mengidentifikasi berbagai variabel yang memengaruhi implementasi kebijakan migrasi *care worker* di bawah JEPA, belum ada konsensus di antara peneliti terkait variabel mana yang paling signifikan. Sebagaimana yang telah diketahui bahwa migrasi merupakan fenomena sosial ekonomi dan kultural yang kompleks serta memiliki konsekuensi yang cukup tidak terduga dan ambigu. Hal ini dikarenakan adanya berbagai macam faktor yang memengaruhi di saat yang sama.

Selain itu, sejalan dengan penelitian-penelitian sebelumnya dalam berbagai kajian studi, penulis juga berpandangan bahwa pendekatan yang melihat rezim institusional dan ideologi kultural Jepang merupakan alat analisis yang ideal untuk menganalisis kebijakan ini. Oleh karena itu, penulis berupaya untuk memberikan kontribusi pada literatur akademik yang ada dengan mengkaji melalui pendekatan lebih luas yang melihat pada faktor dalam proses pembuatan yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan migrasi perawat dan *care worker* di bawah JEPA untuk pemenuhan *care labour shortage* Jepang. Penulis berpendapat bahwa alat

analisis ini dapat membantu melengkapi pendekatan yang telah ditawarkan oleh peneliti-peneliti sebelumnya terkait migrasi *care worker* di Jepang.

1.5 Kerangka Pemikiran

Berkaitan dengan analisis alasan atau faktor di balik kebijakan Jepang yang selektif terhadap pemenuhan *care worker* yang semakin meningkat di tengah *aging population* dan *care labour shortage*, penulis menggunakan dua kerangka teoretis yang berkaitan. Kerangka pertama ialah konstruksi *self-image* Jepang, dengan fokus pada konstruksi identitas melalui relasi *self* dan *other*, yang mengarah pada konstruksi *otherness*. Kerangka kedua ialah *governmentality* dalam migrasi internasional, yang mana melihat pada strategi negara dalam *migration management*.

1.5.1 Konstruksi Self-Image: The Construction of Otherness

Secara umum, identitas merupakan cara kita mendefinisikan diri kita sendiri berkaitan dengan hubungan dengan lingkungan kita, dunia, dan orang lain serta bagaimana kita membedakan diri kita dari orang lain. Identitas dibangun dengan mengacu pada *other*, yang mana memungkinkan baik *belonging* dan *exclusion*. Setiap kelompok sosial dibangun dalam praktik berkelanjutan yang membentuk perbedaan antara *us* dan *them*, serta *self* dan *other*. Berkaitan dengan menjaga identitas, beberapa perbedaan harus diubah menjadi *otherness* (Reinke de Buitrago & Resende, 2019).

Apa yang dimaksud dengan *the other* dan *otherness* bergantung pada *counter image* atas *self* atau *the us*. *Otherness* bersifat diskursif dan konstruktif. *Otherness* dapat didefinisikan sebagai hasil dari proses diskursif, di mana kelompok dominan *in-group* (*us* atau *self*) mengonstruksi satu atau banyak kelompok *out-group* (*them* atau *other*) yang didominasi dengan menstigmakan suatu perbedaan, baik itu nyata atau yang diimajinasikan, kemudian ditunjukkan sebagai penyangkalan atas identitas dan dengan potensi motif untuk diskriminasi (Staszak, 2009 dalam Jesse, 2020). Dalam proses ini, perbedaan antara *in-* dan *out-group* sering kali merujuk pada

kategori seperti ras, asal, agama, budaya, kebangsaan, hingga kekayaan. Lebih lanjut, penting akan pemahaman bersama bahwa *other* berbeda dengan *oneself*, dengan kata lain *in-group* harus mendefinisikan identitas umum yang membedakannya dari *out-group*. *Otherness* dan identitas merupakan dua sisi yang tidak dapat dipisahkan. Eksistensi *other* berkaitan dengan *self*, begitu pula sebaliknya. Sehingga dapat dipahami bahwa konstruksi sosial dari *otherness* menyiratkan konstruksi sosial dari identitas (Jesse, 2020).

Inti dari konstruksi *otherness* ialah asimetri dalam hubungan kekuasaan, di mana hanya kelompok dominan yang berada dalam posisi untuk memaksakan nilai kekhasannya (identitasnya) dan untuk mendevaluasi identitas orang lain memberlakukan langkah-langkah diskriminatif yang sesuai. Konstruksi atas *otherness* kemudian mengarah pada manifestasi *exclusion*. Banyak praktik *exclusionism* yang menciptakan banyak figure *the other* yang memungkinkan efek identitas diri kolektif. Penghapusan batas serta koeksistensi tradisi budaya yang berbeda sebagai dampak dari globalisasi dipandang dapat menimbulkan agresi dan konflik. Oleh karena itu, untuk menghindari konflik maka perbatasan harus diperkuat. Bentuk-bentuk *exclusion* secara khusus relevan dengan imigrasi, rasa ketidakamanan yang berkaitan dengan imigrasi, serta keinginan yang menyertainya untuk menciptakan *order* dan *security* (Doty, 2003).

Jepang yang menekankan pada homogenitas etnis kemudian mengarah pada manifestasi *exclusionism*, sebagaimana perilaku negara yang dipengaruhi oleh identitas yang terbentuk atas *self-image* negara tersebut. Identitas merupakan representasi dari pemahaman aktor tentang diri mereka, yang kemudian menunjukkan kepentingan mereka. Manifestasi *exclusionism* di Jepang sendiri telah muncul pada saat kebijakan neoliberal yang intensif, peningkatan migrasi lintas batas yang disebabkan oleh globalisasi, meningkatnya ancaman terorisme global, meningkatnya ketegangan antara negara-negara Asia Timur atas konflik historis dan teritorial, dan *backlash* oleh konservatif Jepang atas *historic apologism* yang dirasakan (Shiobara, et al., 2019).

Jepang yang memprioritaskan perlindungan terhadap homogenitas etnis mereka kemudian memegang prinsip kebijakan migrasi yang selektif. Hal ini terutama didasari oleh kekhawatiran entitas pekerja asing yang dianggap dapat menimbulkan konsekuensi negatif bagi masyarakat Jepang. *Exclusionism* Jepang dan desakan untuk mempertahankan persepsi homogenitas etnis Jepang kemudian telah mencegah Jepang menerima kontribusi orang asing ke negara tersebut (Morita, 2015). Merujuk pada kekhawatiran tersebut, penulis berpandangan bahwa konstruksi kultur identitas Jepang dan bagaimana Jepang memandang *otherness* telah memanifestasi *exclusionism*, yang mana menjelaskan perilaku Jepang dalam merumuskan kebijakan migrasinya. Rasa kebangsaan Jepang yang menekankan pada homogenitas etnis dan budaya kemudian mengarah pada sebagian besar penolakan terhadap imigrasi skala besar sebagai solusi dari isu *greying population*.

1.5.2 Governmentality on International Migration: Politics of Migration Management

Pandangan umum tentang kebijakan migrasi ialah bahwa kebijakan ini merupakan seperangkat hukum, regulasi, dan prosedur yang mengatur mobilitas lintas batas serta menetapkan persyaratan di mana individu masuk, tinggal, bekerja, menetap, dan mungkin berintegrasi di negara lain. Sebagian besar juga melihat kebijakan migrasi sebagai instrumen yang diperlukan negara berdaulat serta hal yang signifikan dalam arus dunia yang mengglobal (Walters, 2015). Kajian studi *governmentality* kemudian menawarkan perspektif kritis terkait migrasi. Pendekatan yang terkait dengan *governmentality* berasal dari kebutuhan untuk berpikir di luar lingkup *securitisation* dan mencari alat teoretis yang lebih relevan untuk menunjukkan bagaimana suatu populasi dikendalikan melalui *dispositif*, istilah yang dikemukakan oleh Foucault. *Dispositif* merupakan *heterogeneous ensemble* atas 'diskursus, institusi, *architectural forms*, *regulatory decision*, hukum, tindakan administratif, pernyataan ilmiah, dan proposisi filosofis, moral serta filantropi (Foucault 1980, dalam Acik et al., 2021). *Dispositif* berfungsi secara strategis untuk mewujudkan problematisasi fenomena sebagai isu sosial, dan pada

gilirannya akan memfasilitasi respon terhadap masalah sosial dengan menginisiasi aparat terkait (Acik et al., 2021).

Lebih lanjut, diskursus terkait *governmentality* dalam migrasi tidak terlepas dari *biopolitics*. *Governmentality* dan *biopolitics* berbicara tentang konstruksi dan artikulasi “populasi”, dan manajemen populasi tersebut. Melalui konsep ini, Foucault menggambarkan berkembangnya negara birokrasi modern, ketergantungannya pada statistik kelahiran, kematian, *recidivism*, kesehatan, dan lain sebagainya untuk tujuan manajemen populasi (Muller 2011). Selain itu, biopolitik dalam penelitian terkait migrasi memberikan lensa analisis yang membantu memahami fenomena dan proses politik pada persimpangan antara kekuasaan, kehidupan, dan populasi (Wiertz, 2021).

Globalisasi telah mendorong kita untuk mempertimbangkan biopolitik dalam skala regional dan global, melampaui skala *nation-state*. Manajemen tenaga kerja, manajemen populasi, serta manajemen perawatan individu juga perlu dipertimbangkan dalam kerangka transnasional. (Mackie, 2013). Di Jepang, seperti halnya dalam masyarakat ekonomi kapitalis modern lainnya, pengelolaan penduduk telah menjadi isu dominan. Sejak akhir abad kesembilan belas, pemerintah Jepang telah memperhatikan pengelolaan modal, pengelolaan penduduk, dan pendisiplinan rakyat. Saat ini permasalahan utama adalah bagaimana menghadapi populasi yang menua, tenaga kerja yang menyusut dan tingkat kelahiran yang anjlok (Mackie, 2013). Migrasi yang ditengarai sebagai solusi atas isu demografi tersebut membuat pemerintah nasional seperti Jepang berupaya untuk mengelola pasar tenaga kerja yang terstratifikasi dan tersegmentasi menurut gender, kelas, etnis dan kebangsaan melalui manajemen migrasi. Upaya manajemen migrasi kemudian dilihat sebagai manifestasi biopolitik yang bertujuan untuk memengaruhi pengelolaan populasi.

Terlepas dari signifikansi isu demografis negara ini, Jepang justru menunjukkan ambivalensi dalam kebijakan migrasinya. Oleh karena itu, dalam penelitian ini

biopolitik dan manajemen migrasi digunakan sebagai penjelas terkait sikap Jepang. Sebagaimana Van Munster (2009, dalam Acik et al., 2021) berpendapat bahwa koeksistensi kebijakan liberal dan restriktif dalam mengelola migrasi harus dijelaskan melalui kebijakan preventif berbasis *governmentality*.

1.6 Argumen

Mengacu pada kerangka pemikiran di atas, penulis berargumen bahwa faktor yang melatarbelakangi pengambilan kebijakan pengiriman tenaga kerja kesehatan di bawah JEPA yang selektif dapat dijelaskan melalui dua argumen. Pertama, adanya faktor konstruksi identitas *self-image* Jepang, yang lantas memandang pendatang sebagai *other*. Pandangan ini kemudian mengarah pada manifestasi *exclusionism* oleh Jepang. Kedua, faktor *governmentality* dalam migrasi internasional, yang mana melihat kebijakan rekrutmen tenaga kerja kesehatan asing sebagai bentuk strategi *biopolitics* dan *migration management* Jepang untuk mengatasi *care labour shortage*. Penulis melihat bahwa kedua faktor ini melatarbelakangi perilaku Jepang yang memegang prinsip kebijakan migrasi yang selektif.

1.7 Metodologi dan Metode Penelitian

1.7.1 Definisi Konseptual dan Operasionalisasi Konsep

1.7.1.1 Exclusionism - Haigaishugi

Exclusionism atau *haigaishugi* dikonseptualisasikan pada serangkaian argumen, praktik, dan gerakan yang menyerukan pengucilan *other* secara fisik maupun simbolis dari ruang pribadi, sosial, hingga nasional mereka. Kesadaran akan berperilaku *exclusionist* dengan mudah bermanifestasi terhadap minoritas karena kewarganegaraan minoritas yang secara institusional tidak diakui. *Haigaishugi* meskipun sering kali diekspresikan sebagai bentuk nasionalisme sebenarnya tidak selalu bermanifestasi semacam itu. Selain itu, rasisme juga dibedakan dari *haigaishugi* karena tidak selalu disertai dengan pengucilan spasial *other* (Shiobara, et al., 2019). Konteks relasi *us-other* dalam penelitian ini merujuk pada masyarakat dan pemerintah Jepang sebagai *us* dan migran sebagai *other*. Lebih lanjut, konsep *exclusionism* dalam penelitian ini dapat ditemukan dalam regulasi yang sifatnya

sangat eksklusif. Hal ini dapat dilihat dari pembatasan hak dan manfaat yang diberikan kepada imigran serta perbedaan yang berakar kuat antara warga negara-dan non-warga negara. Selain itu, manifestasi *exclusionism* dalam EPA juga dilihat dari unsur dan syarat yang dirumuskan dalam kebijakan tersebut.

1.7.1.2 Biopolitics

Merujuk pada Foucault, *biopolitics* merujuk pada “manajemen populasi”. Biopolitik memungkinkan pemahaman terhadap penanganan masalah politik demografi (angka kelahiran, angka kematian), kesehatan publik (sanitasi, perawatan medis), hingga lingkungan dengan cara baru (Foucault, 2003 dalam Wiertz 2021). Kata 'bio' menekankan perhatian pada kondisi biologis, fisik dan material bukan hanya terhadap individu, melainkan populasi, dan kombinasi dengan 'politik' menempatkan konsep ini dalam hubungan pengetahuan, kekuasaan, dan pemerintah (Elden 2007; Lemke 2001, dalam Wiertz, 2021). Biopolitik merupakan teknik mengelola biosubjek kolektif yang menghasilkan *otherness* dengan menggeser migran di luar tatanan hukum negara. Lebih lanjut, pendekatan biopolitik mengambil langkah lebih jauh dari studi politik identitas dan nasionalisme karena jenis *belonging* yang dikecualikan pada migran ialah legal, atau bahkan dari kemanusiaan itu sendiri, bukan dari kelompok identitas tertentu (Schenk, 2021). Lebih lanjut, dalam konteks penelitian ini biopolitik dipahami sebagai upaya manajemen melalui kebijakan yang restriktif untuk migran tenaga kerja kesehatan yang dilakukan Jepang untuk mempertahankan *care work* yang terqualifikasi dan teregulasi sesuai standar mereka.

1.7.1.3 Migration Management

Migration management mengacu pada setidaknya tiga tren. Pertama, gagasan yang dimobilisasi oleh para aktor untuk mengkonseptualisasikan dan membenarkan peningkatan intervensi mereka di bidang migrasi. Kedua, manajemen migrasi mengacu pada serangkaian praktik yang saat ini menjadi bagian dari kebijakan migrasi, serta apa yang sering dilakukan oleh lembaga yang mempromosikan gagasan tersebut, misal *counter-trafficking*. Ketiga, manajemen migrasi mengacu

pada serangkaian wacana dan narasi baru mengenai apa itu migrasi dan bagaimana penanganannya (Geiger & Pécoud, 2010).

Tren kebijakan migrasi di semua tingkatan, termasuk global, berkaitan dengan migrasi sebagai sesuatu yang harus 'dikelola'. Hal ini menandakan setidaknya pergeseran retorika dari penekanan pada kontrol yang telah lama mendominasi sikap negara kaya terhadap migrasi. Sejak awal 1970-an, migrasi dipandang sebagai permasalahan terkait ilegalitas, penyalahgunaan *welfare system* dan berbagai masalah sosial lainnya. Hal ini mengakibatkan negara tujuan memberlakukan kebijakan yang semakin ketat dalam upaya untuk membatasi dan mengontrol arus masuk. Merujuk pada pernyataan tersebut, manajemen migrasi sering kali diambil untuk menunjukkan pendekatan migrasi yang lebih lunak dan liberal, serta realistis dan konstruktif (Kalm, 2010). Oleh karena itu, manajemen migrasi merupakan pendekatan yang sesuai untuk berkembangnya pasar tenaga kerja global di mana kontrol perbatasan harus sejalan dengan sirkulasi pekerja. Manajemen migrasi dalam konteks penelitian ini kemudian merujuk pada upaya Jepang untuk membatasi dan mengontrol arus masuk migran *care worker* melalui perekrutan tenaga kerja kesehatan di bawah skema perjanjian bilateral JEPA.

1.7.2 Tipe Penelitian

Penelitian ini merupakan tipe penelitian eksplanatif (*explanatory research*), yang mana tipe penelitian ini mengidentifikasi sumber perilaku sosial, kepercayaan, kondisi, dan peristiwa, dengan mendokumentasikan penyebab, menguji teori, dan memberikan alasan. Penelitian ini sering kali berdasar pada pertanyaan mengapa. Kajian penelitian eksplanatif sering kali menguji teori atau memeriksa apakah suatu teori dapat menjelaskan situasi atau fenomena baru (Neumann, 2014).

1.7.3 Ruang Lingkup dan Jangkauan Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini berfokus dan terbatas pada proses *decision-making* kebijakan migrasi *care worker* Jepang dengan Filipina, Indonesia, dan Vietnam di bawah kesepakatan JEPA beserta proses reformasi dalam perkembangannya.

Merujuk dari pernyataan sebelumnya, penelitian ini memiliki jangkauan waktu dari tahun 2006 hingga 2016. Tahun 2006 dipilih sebagai acuan awal karena merupakan awal mula diskusi turut dimasukkannya migrasi tenaga kerja kesehatan di bawah JEPA yang pertama kali dilakukan Jepang dengan Filipina dan Indonesia, serta tahun 2016 sebagai acuan akhir karena adanya skema baru yang dibuat oleh Jepang pada tahun 2017. Lebih lanjut, merujuk pada penggunaan istilah *care worker* dalam penelitian ini mengindikasikan pada perawat dan *care worker/caregiver*.

1.7.4 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data studi kepustakaan dengan jenis sumber data primer dan sekunder. Data primer yang merujuk pada perolehan data secara langsung penulis dapatkan melalui situs internet resmi milik Pemerintah Jepang. Lebih lanjut, data sekunder yang dikaji oleh penulis diambil dari buku, artikel, jurnal, skripsi, dan internet yang memiliki relevansi dengan penelitian ini.

1.7.5 Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan teknik analisis data kualitatif, yakni teknik analisis data melalui *process tracing*. Teknik analisis *process tracing* dimaksudkan untuk menganalisis studi kasus dan memeriksa proses pembuatan kebijakan Jepang sebagai praktik diskursif. Memposisikan proses pembuatan kebijakan sebagai praktik diskursif memungkinkan peneliti untuk mengidentifikasi tidak hanya bagaimana kebijakan publik mewakili norma dan adat sosial, melainkan juga proses interaktif di mana norma-norma ini disampaikan dan dibangun (Schmidt, 2008). *Process tracing* sering kali didefinisikan sebagai analisis proses, urutan, dan dinamika peristiwa yang relevan dalam studi kasus tertentu dengan tujuan untuk mengembangkan hipotesis yang mungkin menjelaskan suatu kasus, atau menguji hipotesis yang ada terkait mekanisme kausal yang berkaitan dengan kasus tersebut (Venesson, 2008; Bennett & Checkel, 2015). Dalam konteks penelitian ini, penulis menggunakan pendekatan *inductive process tracing*, yang menggunakan bukti dari dalam lingkup kasus tertentu untuk membangun hipotesis yang menjelaskan kasus,

yang pada gilirannya dapat menghasilkan implikasi praktis tambahan untuk kasus di masa depan (Bennett & Checkel, 2015).

1.7.6 Sistematika Penulisan

Penelitian ini dibagi menjadi empat bab dengan uraian Bab I yang mencakup latar belakang masalah, rumusan masalah, tinjauan literatur, kerangka pemikiran, argumen, dan metode penelitian. Bab II berisi pembahasan tentang identifikasi konstruksi identitas Jepang melalui konstruksi *self-image* hingga manifestasi *exclusionism* dalam kebijakan migrasi Jepang. Bab III berisi pembahasan terkait analisis lebih lanjut tentang identifikasi *biopolitics* dan *migration management* Jepang yang termanifestasi dalam kebijakan migrasi *care worker* di bawah JEPA dan pengaruh dalam implementasinya. Bab IV mencakup kesimpulan yang menegaskan kembali argumen penelitian berdasarkan temuan dalam bab pembahasan.