

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

“Saya tidak tahu saya positif apa tidak, saya juga tidak mengerti itu, tapi waktu sama suami berhubungan tiap malam, saya sering menggigil sampai berselimut kasur itu tetep menggigil, tapi nanti kalau pagi itu sembuh ilang sendiri dan itu sampai beberapa bulan. Tapi, ngga pernah periksa karena kalau siang ngga papa, tapi lama-kelamaan virus HIV masuk ke dalam tubuh saya. Saya nyakin menulari suami saya” (komunikasi pribadi, 24 September 2015).

Pernyataan ini, merupakan pengalaman pribadi seorang Pekerja Migran Indonesia (PMI) purnatugas setelah bekerja selama empat tahun (2010-2014) di Malaysia dan kembali ke tanah air. Dia divonis menderita AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), yaitu penyakit yang disebabkan oleh HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). HIV/AIDS merupakan penyakit infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual atau jarum suntik (Case *et al.*, 2019; Drain *et al.*, 2019). Penyakit ini bisa menularkan ke siapa pun melalui hubungan seksual. Pengalaman tersebut merupakan pengalaman salah satu dari 48.064 PMI purnatugas, berdasarkan data tiga tahun terakhir dari tahun 2019 hingga bulan Desember 2021 (BP2MI, 2021). Penyakit menular seperti ini tidak diketahui oleh PMI selama penempatan di negara penerima.

Penelitian ini menjelaskan bahwa dalam era modernitas refleksif, proses globalisasi telah meleburkan batas-batas negara-bangsa melalui migrasi dan mobilitas dengan cara pengiriman pekerja migran. Setiap individu merefleksikan dengan ketidakpastian terhadap kondisi yang berlangsung di daerah asalnya. Mereka keluar dari daerah asal untuk menjadi pekerja migran di luar negeri. Disisi lain, dalam era modernitas refleksif, mereka juga berisiko terinfeksi penyakit menular. Penularan penyakit ini semakin terpapar pada saat PMI purnatugas kembali ke daerah asal.

Penularan penyakit yang diderita oleh PMI purnatugas, berdasarkan data dari IOM dari bulan Maret 2005 sampai pada bulan Desember tahun 2014 sejumlah 4.166 orang, di antaranya 769 anak perempuan dan 159 anak laki-laki yang tertular dari orang tuanya seperti pada Tabel 1.1

Tabel 1.1
PMI Menderita Penyakit Menular

Sexually Transmitted Infection	Female		Male	
	Children	Adults	Children	Adults
Syphilis	23	83	4	9
Hepatitis B	30	133	4	45
Chlamydia	614	2.134	105	301
Gonorrhea	33	114	41	105
Trichomoniasis	35	208	0	0
Viral warts	23	44	0	0
HIV positive	11	47	5	15
Total	769	2.763	159	475

Sumber: IOM dari bulan Maret 2005 sampai pada bulan Desember tahun 2014 (IOM, 2014)

Dari Tabel 1.1 tersebut, menunjukkan penyakit menular seksual merupakan kasus terbanyak sejumlah 3.954 kasus, yaitu *syphilis*, *chlamydia*, *gonorrhea*, *trichomoniasis*, *viral warts* dan HIV positif. Hal ini, seperti yang disampaikan oleh Beck (1986, 1992, 2016b), bahwa penyakit menular seksual merupakan risiko dari pilihan pekerjaan yang mereka lakukan.

Berdasar pada hasil temuan penelitian di lapangan serta data dari IOM tersebut di atas, penyakit menular yang diderita oleh PMI purnatugas disebabkan oleh kurangnya sarana *medical screening* pada saat pemulangan dari negara penerima ke Indonesia bahkan sampai ke daerah asal. Studi ini menjadi sangat penting untuk mengeksplorasi pelaksanaan *medical screening* terhadap PMI purnatugas yang pulang kembali ke Indonesia karena PMI purnatugas berpotensi terinfeksi penyakit menular ketika di negara penerima.

Medical screening dalam istilah kesehatan merupakan suatu strategi yang digunakan dalam populasi untuk mengidentifikasi dan mendiagnosis suatu penyakit yang belum ditemukan keberadaannya pada suatu individu pada fase praklinisnya.

Medical screening juga merupakan strategi untuk mengidentifikasi penyakit yang tidak dikenali sebelumnya atau penyakit yang tidak tampak. *Medical screening* ini dapat berupa tes kesehatan yang dilakukan pada seseorang yang secara fisik tampak dalam kondisi kesehatan yang prima. Tujuan *medical screening* adalah apabila ditemukan kasus positif atau temuan yang mencurigakan, harus dirujuk ke dokter untuk perawatan selanjutnya (Morabia & Zhang, 2004). Jika *medical screening* tidak dilakukan, akan berisiko terhadap penularan penyakit pada populasi tertentu (Wald, 2001).

Berdasarkan penelitian awal Kinasih dan Dugis (2015), *medical screening* sangat perlu dilakukan oleh pemerintah Indonesia kepada PMI purnatugas karena interaksi dengan majikan, kondisi pekerjaan, beban kerja maupun perbuatan yang pernah dilakukan di negara penerima. Hal tersebut menimbulkan risiko yang cukup signifikan terhadap kesehatan PMI purnatugas sampai ke Indonesia dan tiba kembali di daerah asal.

Dalam konteks Indonesia, prosedur *medical screening* bagi PMI purnatugas tidak diatur dalam UU No. 18/2017. Sebaliknya, pada saat pengiriman, calon PMI wajib mengikuti proses *medical screening* yang dipersyaratkan oleh UU No. 18/2017 yang tercantum dalam pasal 5 (c) dan 13 (d) tentang surat keterangan sehat berupa hasil pemeriksaan kesehatan dan psikologi.

Setiap calon PMI yang akan berangkat diwajibkan untuk memeriksakan kesehatannya terlebih dahulu dan dibuktikan dengan surat keterangan sehat jasmani maupun rohani. Rekam jejak kesehatannya menjadi prasyarat untuk kelengkapan dokumen, selain sertifikat kompetensi kerja, paspor, visa kerja, perjanjian penempatan PMI, serta perjanjian kerja.

Demikian juga sesampai ke negara penerima, pemeriksaan juga dilakukan terhadap calon PMI yang baru datang. Dengan kata lain, kondisi kesehatan para PMI yang hendak berangkat maupun sesudah tiba di negara penerima dipantau dengan ketat. Alasan peraturan ini adalah *pertama*, negara penerima hendak memantau dengan ketat penyebaran berbagai penyakit menular akibat arus migrasi lintas negara. *Kedua*, para calon majikan tidak mau jika pekerja migran yang bekerja kepadanya tidak sehat, lebih-lebih jika pekerja migran yang bersangkutan

menderita penyakit menular (Kinasih & Dugis, 2015). Peneliti berargumen bahwa *medical screening* terhadap calon pekerja migran lebih ditujukan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit yang dapat membahayakan masyarakat di negara penerima. Oleh karena itu, negara-negara penerima pekerja migran akan melakukan *medical screening* secara lebih ketat, bukan hanya terhadap pekerja migran, melainkan kepada setiap orang yang masuk ke negara yang bersangkutan.

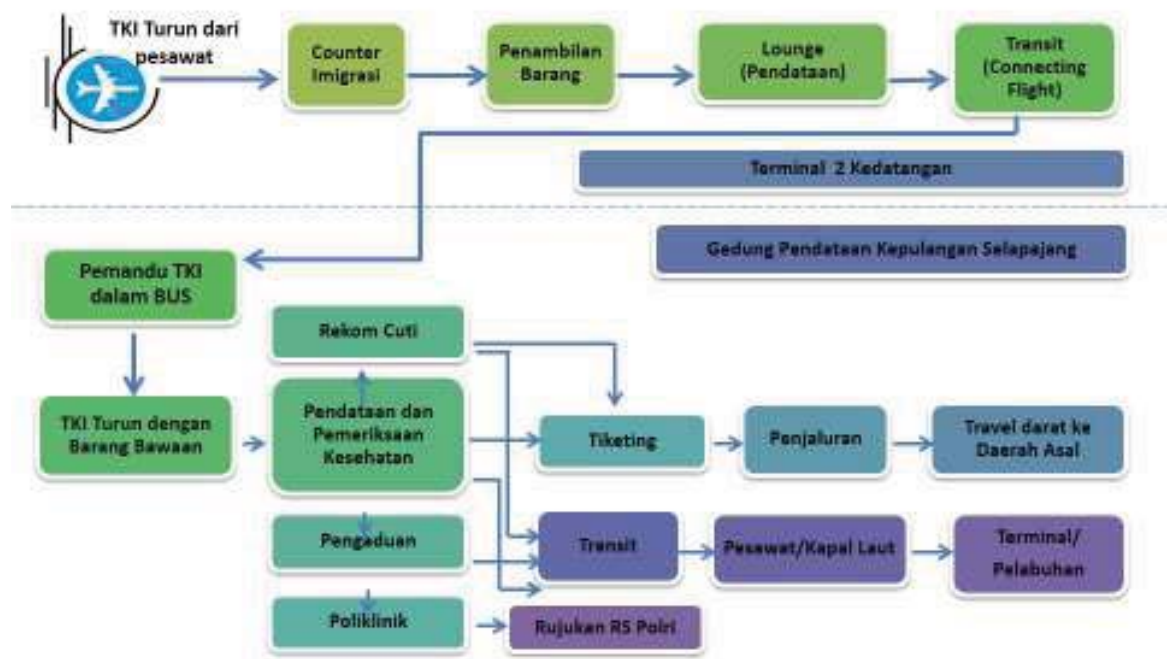
Seperti yang terdapat pada berita di media *online Apakabar⁺ Portal Berita Pekerja Migran* (16 Januari 2019) yang disampaikan oleh LSM Pantura Plus Karawang, terdapat 26 calon PMI asal Karawang gagal pergi ke luar negeri. Pada tahap *medical screening*, mereka dinyatakan terinfeksi positif HIV/AIDS. Para calon PMI ini semuanya adalah ibu rumah tangga. Akibat penyakit ini, mereka tidak dapat mengubah nasib keluarganya. Padahal mereka mencari nafkah ke luar negeri untuk meringankan beban keluarga. Peristiwa gagal berangkat PMI dari Karawang mendukung pendapat Cayuela, Martínez, Ronda, Delclos, dan Conway (2018); Preibisch dan Hennebry (2011); Wang dan Wang (2012) bahwa pekerja migran sebagai pelaku migrasi berpotensi menularkan penyakit di negara penerima.

Pemeriksaan kesehatan terhadap pekerja migran merupakan prosedur standar bagi pemerintah negara-negara penerima maupun bagi calon majikan yang hendak menerima pekerja migran. Hal ini berbeda dengan prosedur PMI purnatugas yang kembali ke Indonesia, tidak dilakukan *medical screening* sehingga menimbulkan risiko penularan penyakit di keluarga maupun lingkungan masyarakatnya. Seperti yang disampaikan oleh Serikat Buruh Migran Indonesia (SBMI) Tulungagung, masyarakat Tulungagung yang positif terinfeksi HIV/AIDS sejak tahun 2006 sampai 2017 sekitar 2.246, di antaranya 112 orang adalah PMI (Muttaqin, 15 Desember 2018). Demikian juga, media *online Apakabar⁺ Portal Berita Pekerja Migran* telah mendata kasus HIV/AIDS dari awal Januari sampai November 2018. Tercatat 209 kasus HIV/AIDS di Kabupaten Sragen, di antaranya terdapat 5 orang PMI dengan usia produktif antara 17-35 tahun (Sukowati, 21 Desember 2018).

Selanjutnya, dalam media *online Apakabar⁺ Portal Berita Pekerja Migran* (4 Maret 2018) disebutkan bahwa PMI purnatugas dari Hong Kong meninggal

dunia karena mengidap HIV. Kemudian, informasi dari media *online Apakabar⁺ Portal Berita Pekerja Migran* (3 Januari 2018) memberitakan bahwa mantan PMI Hong Kong tidak berani kembali ke daerah asal di Jawa Timur karena bergabung dengan Komunitas Lesbian, Gay, Biseksual, dan Transgender (LGBT) di Sukabumi dan takut menularkan penyakit di daerah asalnya. Berikutnya, Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo mendata sejak awal bulan Januari hingga Desember 2019 dan menemukan 80 penderita HIV baru, salah satunya adalah ibu rumah tangga yang positif tertular dari suaminya yang adalah seorang PMI purnatugas (Kusdarini, 2 Desember 2019).

Sebenarnya ada kebijakan pemulangan PMI purnatugas yang tercantum dalam Peraturan Kepala BNP2TKI No. Per.01/KA/Su/1/2008. Alur pemulangan PMI purnatugas dari negara penerima sampai ke Indonesia dan daerah asal dapat dilihat pada Gambar 1.1 di bawah ini.



Gambar 1.1

Proses pemulangan PMI Purnatugas berdasarkan Peraturan Kepala BNP2TKI No.Per.01/KA/Su/1/2008

Dalam alur tersebut di atas memang ada pendataan dan pemeriksaan kesehatan sampai ke poliklinik. Namun, pendataan dan pemeriksaan kesehatan

hanya menyangkut penyakit yang diderita selama perjalanan dari negara penerima sampai ke Indonesia. Jenis-jenis penyakit tersebut seperti flu/pilek, diare, kecemasan, pusing, tetapi tidak ada penelusuran lebih jauh terkait dengan penyakit bawaan atau penyakit menular selama PMI berada di negara penerima (Kinasih & Dugis, 2015).

Penempatan dan Perlindungan PMI (BP2MI, 2020), telah melakukan rekapitulasi jumlah PMI yang sakit maupun rawat inap selama lima tahun terakhir sejak tahun 2016 hingga bulan Desember 2020, yaitu berjumlah 1.136 orang. Namun, data tersebut tidak memberi gambaran yang jelas tentang jenis penyakit apa yang diderita oleh PMI dan tingkat bahaya menular yang ditimbulkan.

Data dari Kementerian Sosial Republik Indonesia Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial (2020) menunjukkan bahwa penyakit yang diderita PMI yang ditangani oleh RPTC hingga bulan Februari 2020 adalah demam, batuk, pilek, tuberkulose (TB), dan gangguan psikis. Selain itu, satu orang PMI dari Nusa Tenggara Timur meninggal dunia dengan penyakit komplikasi meningitis, hepatitis B dan HIV. Sekalipun demikian, data tersebut tidak menunjukkan data pemilahan pasien PMI atau bukan, yang ditangani oleh RPTC.

Ada keterkaitan migrasi dan mobilitas pada suatu negara memiliki dampak terhadap kejadian penularan penyakit baik epidemi maupun pandemi (Hanefeld et al., 2017; McMichael, 2020; N. Sari & Augeraud-Véron, 2015). Migrasi selalu diikuti mobilitas berupa perpindahan tempat tinggal dari desa ke kota maupun dari suatu negara ke negara lain (Hirsch, 2018; Hoffman, 2009; Rydzik, Pritchard, Morgan, & Sedgley, 2012).

Penyakit yang disebabkan migrasi dan mobilitas secara global meliputi *Sexually Transmitted Diseases* (STD) dan HIV/AIDS (Herdt, 1997); *Chickenpox/Varicella*/cacar air, hepatitis B, hepatitis C, HIV/AIDS, *intestinal parasites/helminthes*/cacing usus, malaria, *measles*/campak, polio, *rubella*/campak jerman (Tam, 2006) ; *Campylobacter jejuni* (D. J. Wilson et al., 2008); influenza A atau H1N1 2009 (Nelson et al., 2015); *Sexually Transmitted Infections* (STI) yaitu penyakit kelamin, termasuk: *chlamydia*, *gonorrhea*, dan *syphilis* (HPSC, 2015); malaria (Beay, Kasbawati, & Toaha, 2017); SARS, MERS,

malaria, *schistosomiasis*, *west nile*, *dengue*, *chikungunya*, maupun TBC (Vignier & Bouchaud, 2018); campak (Beay, 2018); Hepatitis B (Thijssen *et al.*, 2019), *Entamoeba histolytica* (Sahimin *et al.*, 2019) dan COVID-19 (Araujo & Naimi, 2020; Poirier *et al.*, 2020; Sajadi *et al.*, 2020; WHO, 2020d). Migrasi akan menciptakan perubahan perilaku yang disebabkan oleh perubahan cuaca, jenis makanan, jenis air yang memiliki risiko terhadap penularan penyakit secara global (Hanefeld *et al.*, 2017; McMichael, 2020; N. Sari & Augeraud-Véron, 2015).

Dalam kasus pandemi Corona Virus Disease dengan sebutan COVID-19 yang ditetapkan oleh WHO pada tanggal 11 Maret 2020 (WHO, 2020g), pekerja migran secara umum termasuk kelompok yang sangat rentan terhadap penularan penyakit tersebut. Di Singapura, penularan COVID-19 pada pekerja migran terdapat penambahan sebesar 800 kasus dalam sehari (Uly, 25 Mei 2020). Demikian juga PMI yang bekerja sebagai ABK, 4 dari 77 orang dinyatakan positif virus COVID-19 di Diamond Princess yang bersandar di Perairan Yokohama, Jepang (Mizumoto, Kagaya, Zarebski, & Chowell, 2020; Rocklöv, Sjödin, & Wilder-Smith, 2020).

Data Kementerian Luar Negeri tanggal 17 Mei 2020, sebanyak 17.325 orang ABK Indonesia yang bekerja di 118 kapal pesiar, terdapat 1 orang ABK dari kapal *Symphony of the Seas* meninggal akibat COVID-19. Demikian juga dampak dari pandemi COVID-19, WNI yang dipulangkan dari luar negeri berjumlah 132.978 orang, di antaranya 591 orang positif COVID-19. Dari 591 yang positif COVID-19, 312 orang merupakan pekerja migran termasuk ABK dan pelajar (Muliya, 18 Mei 2020). Selain itu, 2 PMI asal Karawang terpapar mutasi varian baru virus SARS-CoV-2 B117 setelah pulang dari Arab Saudi (Safutra, 14 Maret 2021) dan seorang PMI yang bekerja di Malaysia bepergian ke Batam, Kepulauan Riau terinfeksi varian baru virus SARS-CoV-2 B1525 dari Singapura (Davina, 17 April 2021).

Berdasarkan data tersebut, pekerja migran memiliki risiko tertular dan membawa penyakit (sadar atau tidak sadar) dan berpotensi untuk menularkan penyakit tersebut hingga terbawa ke daerah asal. Dengan kata lain, parameter penyebar penyakit menular terkait dengan migrasi adalah pekerja migran

(Cayuela *et al.*, 2018; Guo & Li, 2012; Preibisch & Hennebry, 2011; Wang & Wang, 2012).

Seperti yang disampaikan ILO (2020b), jumlah pekerja migran secara global sekitar 2,2 miliar dan Indonesia merupakan salah satu penyumbang pekerja migran yang cukup besar di dunia, selain Filipina (Al-Najjar, 2004; Lan, 2003; Lyons, 2006; Setyawati, 2013; Yeoh, Huang, & Gonzalez III, 1999). Pekerja migran rentan terhadap penularan penyakit dapat dicermati pada kasus penyakit malaria di Thailand (Kitvatanachai & Rhongbutsri, 2012); virus Zika di Singapura (Tam, Khan, & Legido-Quigley, 2016); penyakit TBC di Lebanon (Fernandez, 2018); kesehatan reproduksi dan seksual di Malaysia (Lasimbang, Tong, & Low, 2016); HIV di Korea (J. Lee, 2008); penyakit malaria, demam enterik, hepatitis A dan E serta TBC di Singapura (Sadarangani, Lim, & Vasoo, 2017); penyakit kelamin di Florida Selatan (Sánchez, 2015); infeksi HIV di Amerika Serikat (Albarrán & Nyamathi, 2011; Organista, Carrillo, & Ayala, 2004); penyakit anemia, diare, colitis, diabetes, obesitas dan bau mulut yang tidak sehat di Amerika Serikat (Castañeda, Ruelas, Felt, & Schenker, 2011); penyakit COVID-19 di China (Chen *et al.*, 2020; Leung, Wu, Liu, & Leung, 2020; Liem, Wang, Wariyanti, Latkin, & Hall, 2020; Qiu *et al.*, 2020); penyakit Covid-19 di Singapura (Moroz, Shrestha, & Testaverde, 2020) dan COVID-19 di Amerika Serikat (MPI, 2020).

Selama ini, studi terkait pelaksanaan *medical screening* terhadap pekerja migran prapenempatan dan penempatan di negara penerima telah banyak dilakukan, seperti prapenempatan (Y. Lu, 2008) dan penempatan (Economopoulou, Pavli, Stasinopoulou, Giannopoulos, & Tsiodras, 2017; Lasimbang *et al.*, 2016; Lazarus *et al.*, 2019; Sahimin, Douadi, Lim, Behnke, & Zain, 2018; Seedat *et al.*, 2018; Vittaporn & Boonmongkon, 2016; Warren, 2013). Sebaliknya, studi sejenis pada pekerja migran yang kembali ke negara pengirim belum banyak disentuh peneliti terdahulu. Oleh karena itu, studi ini menjadi urgen karena perpindahan pekerja migran dari negara penerima ke negara pengirim akan membawa risiko, antara lain penularan penyakit. Peran *medical screening* menjadi sangat penting bagi PMI purnatugas yang akan kembali ke negara asal dan berintegrasi kembali, sebagai salah satu upaya pengendalian penyakit menular. Reintegrasi merupakan

proses kepulangan pekerja migran yang paling bermakna pada purnapenempatan untuk berkumpul bersama dengan keluarga (Sabates-Wheeler, Taylor, & Natali, 2009; Zapata-Villa, Agudelo-Suárez, Cardona-Arango, & Ronda-Pérez, 2018)

Berdasarkan data dan studi terdahulu, belum banyak mengkaji *medical screening* pada PMI purnatugas menciptakan risiko kesehatan untuk dirinya dan menjadi sumber penularan penyakit terhadap keluarga dan masyarakat sekelilingnya. Oleh sebab itu, studi ini mengeksplorasi dan menganalisis PMI purnatugas melalui perspektif Ulrich Beck yang menjelaskan tentang *risk society* (masyarakat berisiko). *Risk society* merupakan suatu kondisi ketika masyarakat akan menghadapi ancaman ketidakteraturan, ketidaktauhan, ketidakjelasan, dan ketidakpastian, secara sadar atau tidak masyarakat akan mengikuti proses perubahan sosial akan tuntutan kebutuhan hidup yang menghasilkan konsekuensi. Konsekuensi ini berupa risiko yang sewaktu-waktu dapat mengancam dirinya (Beck, 1992; Beck, Giddens, & Lash, 1994). *Risk society* disebabkan bukan oleh alam, melainkan oleh manusia. Risiko bukan semata-mata tindakan dari individu itu sendiri, tetapi dibentuk secara kolektif yang berpengaruh terhadap individu itu sendiri (Giddens, 2012:35; Luhmann, 1990a).

Risk society oleh Beck (1986, 1992, 2016b) disebut sebagai *second modernity* atau *late modernity* oleh Giddens (1991). *Second modernity* merujuk terjadinya perubahan sosial ke kondisi-kondisi baru dalam kehidupan manusia. Perubahan tersebut diawali dengan *first modernity* yang menghancurkan masyarakat agraris dan mengembangkan masyarakat industri, menuju *second modernity* yang mengubah masyarakat industri menjadi masyarakat risiko. Masyarakat risiko terjadi pada abad ke-21, oleh Beck disebut dengan era modernitas refleksif (Beck, 1992; Goldblatt, 1996; Sørensen & Christiansen, 2013).

Dalam era modernitas refleksif, individu merefleksikan dirinya mengubah dan merancang untuk membentuk identitas dirinya (Giddens, 1991) atau referensi diri (Luhmann, 1989). Individu bukan hanya bertanggung jawab untuk dirinya sendiri, melainkan bertanggung jawab untuk keluarga yang berkelanjutan (Beck, 1992; Giddens, 2009). Oleh karena itu, individu mengambil sebuah keputusan untuk

menjadi pekerja migran ke luar negeri. Keputusan ini untuk merancang masa depan (Beck, 1992; Beck & Beck-Gernsheim, 2002b).

Perubahan dari *first modernity* menuju *second modernity* disebabkan oleh proses globalisasi, pasar tenaga kerja, perkembangan sains, dan *process of individualization*. Globalisasi harus dilihat secara multidimensi seperti ekonomi, informasi, ekologi, teknologi, dan lintas budaya. Beck menentang pendapat yang menyatakan bahwa globalisasi hanya berkaitan dengan ekonomi dan perdagangan melintasi batas negara, tetapi juga polusi lintas batas, migrasi, aktivitas sipil, dan teknologi informasi. Individu harus mengubah kehidupan sehari-hari dengan memaksa untuk bisa beradaptasi dan merespons kondisi tersebut. Proses globalisasi multidimensi ini, menurut Beck, mengubah konsepsi tentang masyarakat secara umum yang tidak lagi terkotak-kotak, tetapi akan membentuk gaya hidup secara internasional, bisnis secara internasional, bekerja secara internasional, mencintai secara internasional, menikah secara internasional, tumbuh dan dididik secara internasional yang sering kali tidak mereka inginkan atau pahami (Beck, 2000c). Bagi Beck, hidup dalam masyarakat dunia dengan ruang tertutup telah menjadi ilusi (Beck, 2000b).

Selain proses globalisasi, pergeseran dari *first modernity* menuju *second modernity* disebabkan oleh terciptanya pasar tenaga kerja. Salah satu penawaran dari produk pasar tenaga kerja adalah pekerja migran. Individu merefleksikan dirinya dan mengambil sebuah keputusan menjadi pekerja migran ke luar negeri bertujuan untuk mengubah nasib. Keputusan ini dilakukan oleh masyarakat Indonesia untuk merancang masa depan.

Dalam hal ini, permintaan pasar tenaga kerja mengalami pergeseran. Pergeseran dari *first modernity* menuju *second modernity*, adanya pengalihan dari *standardization* ke *destandardization*. Salah satu dari persyaratan yaitu pendidikan, tidak menjadi keharusan dalam memasuki pasar tenaga kerja.

Pergeseran selanjutnya dari *first modernity* menuju *second modernity* disebabkan oleh perkembangan sains. Sains merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada *scientization* atau pengilmiahan, melalui proses penelitian dan diakui kebenarannya. Pada *first modernity* sains sangat tegas mengklaim ke arah

sebuah kebenaran dan pencerahan dalam menanggulangi risiko. Saat *first modernity* menuju *second modernity*, sains harus dipertimbangkan kembali karena sains mengalami demonopolisasi. Artinya, ada usaha untuk meniadakan monopoli terhadap sains. Dalam hal ini, sains menunjukkan *fallibilism*, yaitu bahwa kebenaran dan pencerahan dari sains itu tidak mutlak dan harus dirasionalkan untuk mengubah kondisi dari sains tersebut (Beck, 1992; Boström, Lidskog, & Ugglä, 2017).

Selanjutnya, sains ini akan mengalami *fragmentation* menjadi sebuah kebijakan dalam hal ini UU no 18/2017, Peraturan Pelaksana yang seolah-olah sebagai suatu kebenaran, demi tujuan kepentingan ekonomi negara. Sains semakin tidak menunjukkan *scientization*, yang seharusnya menjadi *indispensable to* (sangat dibutuhkan untuk), namun *incapable of* (tidak mampu untuk) menunjukkan kebenaran dan pencerahan. Justru sains menciptakan risiko, yang dalam studi ini adalah penyebaran penyakit menular di kalangan PMI. Pemerintah Indonesia tidak melakukan prosedur *medical screening* pada PMI ketika pemulangan sehingga PMI beserta keluarga dan lingkungan sekitarnya rentan terhadap penularan penyakit.

Medical screening sangat diperlukan terkait dengan penyebaran penyakit menular, karena menurut Soto (2009), migrasi akan menciptakan peluang untuk pembentukan penyakit menular yang baru dan berpotensi menyebarkan mikroorganisme secara global. Migrasi dan mobilitas menyebabkan individu masuk dalam kategori berisiko tinggi terhadap penularan penyakit (Hanefeld *et al.*, 2017; McMichael, 2020; N. Sari & Augeraud-Véron, 2015). Migrasi dan mobilitas telah terbukti berkontribusi terhadap penyebaran penyakit menular.

Proses globalisasi, pasar tenaga kerja, dan perkembangan sains melahirkan *process of individualization* (Atkinson, 2007; Beck, 1992, 1996, 1998, 2000c, 2007, 2009; Beck & Willms, 2004; Sørensen & Christiansen, 2013). *Process of individualization* berlangsung sebagai pilihan rasional dari sikap individu. Pengambilan keputusan yang sangat individual sehingga setiap individu telah merencanakan untuk kehidupannya sendiri (Beck, 1992; Giddens, 2009; Sørensen & Christiansen, 2013). Berbeda dengan *first modernity*, tradisi menjadi pedoman berperilaku, segala keputusan harus disepakati oleh keluarga inti, pasangan suami-

istri, dan mempertimbangkan perkawinan mereka (Beck & Beck-Gernsheim, 2010).

Process of individualization ini mengalami *societalization* dan *institutionalized*, yaitu *process of individualization* perlu disosialisasikan dan dilembagakan secara sosial, yang melahirkan metamorfosis dalam bentuk *emanzipatorisch* dan *freisetzung* (Beck, 2015, 2016a). *Process of individualization* semakin berkembang ketika terbentuk pasar tenaga kerja yang terjadi dimulai pada abad ke-21 (Bauman, 1998, 2012; Beck, 1992, 2016b; Beck & Beck-Gernsheim, 2002c; Ulrich, 1986).

Studi ini tentunya berbeda dengan studi terdahulu yang lebih mengkaji adanya berbagai macam motivasi pekerja migran karena ekonomi (Anderson & Shutes, 2014; Ravenstein, 1889; Todaro, 1977), karakteristik sosio-demografis, kondisi geografi daerah asal, karakter komunitas, dan kondisi tempat tinggal (E. S. Lee, 1966; Speare, Goldstein, & Frey, 1975), permintaan tenaga kerja (Hugo, 1978), kurangnya kesempatan kerja (Mantra, 1979), keputusan keluarga (Hugo, 2005), ingin mendapatkan pengakuan dan perbaikan diri (Madianou & Miller, 2012), serta jaringan dan komunitas transnasional (Brettell & Hollifield, 2014b). Studi ini lebih mencermati pada *process of individualization*.

Individu menjadi PMI bertujuan untuk mendapatkan kesejahteraan karena produk dari pasar tenaga kerja adalah mendistribusikan kesejahteraan. Namun, distribusi kesejahteraan diiringi dengan distribusi risiko. Bagi para pekerja migran, mendapatkan kesejahteraan berarti menghadapi risiko. Risiko yang dihadapi oleh PMI selama mencari kesejahteraan di penempatan salah satunya penularan penyakit. Risiko penularan penyakit bukan hanya pada daerah pengirim, melainkan bisa pada seluruh warga dari negara pengirim seperti Indonesia bahkan negara penerima. Hal ini apa yang dinamakan sebagai *boomerang effect* (Beck, 1992).

Boomerang effect akan menerpa negara-negara maju seperti negara penerima pekerja migran. Negara miskin seperti negara pengirim pekerja migran, merupakan “wadah” reproduksi penyakit menular, yang akan mendistribusikan ke negara-negara maju (Beck, 1992). Beck juga mempertegas bahwa *risk society* tidak dipisahkan oleh ruang dan waktu. Artinya, *risk society* juga melanda negara kaya

sekali pun. *Risk society* bukanlah masyarakat kelas karena posisi risiko tidak dipandang sebagai posisi kelas (Beck, 1992). *Boomerang effect* akan menjadi globalisasi risiko (Beck, 2009, 2012a), atau ledakan bahaya sosial (Goldblatt, 1996) dan bagi Taubenberger and Morens (2020) disebut ledakan pandemi.

Ketika ada keterkaitan antara migrasi dengan penyebaran penyakit menular yang dibawa oleh pekerja migran, terdapat regulasi kebijakan bagi semua negara untuk melindungi hak yang layak pada setiap orang dalam rangka menuju *global health*. Regulasi kebijakan menuju *global health* terkait dengan hak asasi manusia terhadap pekerja migran merujuk pada *New York Declaration for Refugees and Migrants* yang diadopsi oleh Majelis Umum PBB dalam resolusi 71/1 (UNGA, 2016) dan Peraturan Kesehatan Internasional (*International Health Regulations* yang disingkat dengan IHR) dalam menghadapi komunitas global perlu mempertimbangkan migrasi secara besar, yang menciptakan penularan penyakit bahkan kematian. Oleh karena itu, perlu untuk melindungi kelompok rentan pekerja migran dengan membuat prosedur dan mekanisme yang komprehensif dalam rangka mendeteksi, merespons, dan mencegah wabah penyakit menular untuk menuju *global health* terkait dengan hak asasi manusia terhadap pekerja migran. Dalam rangka pencegahan penyakit menular, WHO bekerja sama dengan UNHCR, IOM, ILO, dan UNICEF, perlu membuat prosedur dan mekanisme perilaku normatif internasional untuk memberikan perlindungan kepada mereka (Seifman, 2017), dalam bentuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan inklusi kepada mereka, baik di negara pengirim maupun negara penerima (Carballo, Hargreaves, Gudumac, & Maclean, 2017).

Regulasi kebijakan-kebijakan tersebut di atas mendorong semua negara untuk memberikan akses bagi pekerja migran terhadap sarana pencegahan dan pengobatan penyakit menular tanpa diskriminasi. Prinsip dari regulasi kebijakan-kebijakan tersebut adalah bahwa negara penerima pekerja migran wajib menjamin kesejahteraan dan harkat martabat kemanusiaan pekerja migran, termasuk pekerja migran *undocumented*. Sekali pun tidak termuat secara tegas, negara penerima seharusnya berkewajiban untuk memberikan jaminan atas kesehatan, mengingat hak

atas kesehatan merupakan kewajiban untuk melindungi hak-hak dasar pekerja migran sebagai manusia.

Berdasarkan pada regulasi kebijakan universal yang menjadi ketentuan mengikat secara internasional, aspek kesehatan merupakan unsur yang paling penting bagi terwujudnya hak atas kesehatan yang layak. Hak atas kesehatan yang layak sebagai katalisator dalam rangka mencapai tujuan dan terwujudnya *global health*, yaitu “*to the enjoyment of the highest attainable standard of phisical and mental health*” (Gostin, 2014). Oleh karena itu, dalam rangka pencegahan penyakit menular di kalangan pekerja migran sangat perlu dilakukan *medical screening*.

Meskipun regulasi kebijakan mencanangkan terwujudnya *global health*, tampaknya negara penerima migran tidak menjamin untuk memberikan proteksi kepada pekerja migran (Wickramage *et al.*, 2018). Hal ini dialami oleh PMI yang sering kali tidak masuk katagori sebagai sektor prioritas yang mendapat afirmasi dalam perlindungan kesehatan, seperti salah satu contoh penyakit COVID-19 (Susilo, 1 Mei 2020). Pekerja migran yang tidak mendapatkan proteksi kesehatan berdampak pada pekerja migran akan terinfeksi penyakit menular. Penyakit tersebut akan lebih buruk lagi jika tidak dilakukan *medical screening* ketika kembali ke negara pengirim yaitu Indonesia.

Dari paparan di atas dapat disimpulkan bahwa ketika menghadapi ketidakteraturan, ketidaktahuan, ketidakjelasan, dan ketidakpastian, individu mulai merefleksikan diri untuk mengubah dan merencanakan keluarga berkelanjutan. Dengan semakin terbukanya pasar tenaga kerja, individu mengalami *emanzipatorisch* dan *freisetzung* sehingga memutuskan menjadi PMI. Purnapenempatan yang tidak dibarengi aktivitas mengatur, mengawasi, mengontrol, membatasi dan mendisiplinkan melalui *medical screening*, baik itu di bandara, di wilayah perbatasan, maupun di pelabuhan sebagai “pintu pertama” sampai di Indonesia maupun daerah asal, maka akan terjadi produksi-reproduksi-(re)reproduksi risiko terhadap penyakit menular, baik kepada keluarga dan lingkungan sekitarnya maupun masyarakat global.

1.2 Fokus Penelitian

Studi ini mengungkapkan realitas sosial dalam *risk society* di kalangan PMI dalam era modernitas refleksif terkait penyebaran penyakit menular yang disebabkan oleh pasar tenaga kerja sebagai penggerak *process of individualization*. Dengan demikian, rumusan masalahnya adalah sebagai berikut.

1. Bagaimanakah motivasi dan kondisi yang melatarbelakangi *process of individualization* menjadi PMI dalam era modernitas refleksif?
2. Bagaimanakah perkembangan sains mengalami *fragmentation* (reproduksi/diproduksi ulang) oleh negara dalam pengiriman PMI untuk memenuhi permintaan pasar tenaga kerja di era modernitas refleksif?
3. Bagaimanakah PMI memproduksi, reproduksi dan (re)reproduksi penularan penyakit yang mempunyai konsekuensi menciptakan *risk society* di era modernitas refleksif dalam konteks masyarakat Indonesia saat ini?
4. Bagaimanakah proses pemulangan PMI purnatugas yang sudah terinfeksi penyakit menular dalam menciptakan *boomerang effect* pada keluarga dan masyarakat global?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini lebih menganalisis realitas sosial dalam *risk society* di kalangan PMI purnatugas dalam era modernitas refleksif terkait penyebaran penyakit menular yang disebabkan oleh pasar tenaga kerja sebagai penggerak *process of individualization* dan sains. Studi ini dilakukan untuk memberikan rekomendasi alternatif program yang dapat dikembangkan yang terkait dengan kebijakan negara. Secara khusus studi ini bertujuan sebagai berikut.

1. Mendeskripsikan motivasi dan kondisi yang melatarbelakangi *process of individualization* menjadi PMI dalam era modernitas refleksif.
2. Memperlihatkan bahwa perkembangan sains mengalami *fragmentation* (reproduksi/diproduksi ulang) oleh negara dalam pengiriman PMI untuk memenuhi permintaan pasar tenaga kerja di era modernitas refleksif.
3. Menganalisis produksi, reproduksi dan re-produksi risiko di kalangan PMI yang mempunyai konsekuensi menciptakan *risk society* dalam penyebaran

penyakit menular dalam era modernitas refleksif dalam konteks masyarakat Indonesia saat ini.

4. Merunut proses pemulangan PMI purnatugas mempunyai konsekuensi dalam menciptakan *boomerang effect* ketika mereka berintegrasi dengan keluarga dan masyarakat global.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dalam studi ini sebagai berikut.

1. Manfaat teoretis, hasil studi ini diharapkan dapat menyumbangkan secara akademik berupa konsep baru dan memperkaya studi kajian dengan sifat multidisplin seperti antropologi, arkeologi, sejarah, bahasa, epidemiologi, kebijakan, ilmu komunikasi, dan hubungan internasional.
2. Manfaat praktis, hasil studi ini diharapkan dapat berkontribusi bagi pengambil kebijakan, baik di tingkat pusat maupun daerah terkait seperti KKP, Dinas Kesehatan, BP2MI, dan Kementerian Luar Negeri, tentang perlunya *medical screening* di tempat-tempat transit maupun wilayah-wilayah perbatasan yang rentan terhadap pengiriman dan pemulangan PMI, baik *documented* maupun *undocumented*.