

Ketepatan Sasaran Penerima Bantuan Sosial Jaminan Kesehatan

A Just Target of Health Social Insurance Assistance Recipients

Eny Hikmawati

Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial (B2P3KS). Telpon (0274) 377265.
E- mail: eny_hikmawati@yahoo.com. Diterima 17 November 2014, direvisi 24 Desember 2014, disetujui 3 Februari 2015.

Abstract

This research means to know the just target of social health insurance assistance recipients. The just target is urgent so that social insurance is effective. The research is conducted in Purworejo Regency with qualitative-descriptive method. Data are gathered through interview, observation, with informants of social insurance participants program who get PBI-JKN and Jamkesda, and documentary analysis related to social health insurance. The result concludes that social health insurance in Purworejo Regency has been done to the right targets. They are poor community comply with the indicator, reached through PBI-JKN with local central government budget, and poor group through local health insurance (Jamkesda) budget. The participation in local social health insurance refers to validation of PPLS 2011 so that does not fit with current condition. It needs newly data verification 2014-2015 for social assistance and social insurance 2015 through the Ministry of Social Affairs, through Central Data and Information in coordination with BPS. PPLS validation is conducted every six months by Directorate Social Protection and Insurance in coordination with TNP2K so that the information gets the right targets and benefit as social security network.

Keywords: *Social Health Insurance; Recipients; JKN; Right Target*

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji ketepatan sasaran penerima bantuan sosial jaminan kesehatan. Ketepatan sasaran kepesertaan sangat urgen agar program jaminan sosial efektif. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Purworejo dengan pendekatan diskriptif kualitatif. Data dikumpulkan melalui teknik wawancara, observasi kepada informan peserta jaminan sosial yang memperoleh PBI JKN dan Jamkesda serta telaah dokumen terkait pelaksanaan jaminan sosial kesehatan. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa pemberian bantuan sosial jaminan kesehatan di Kabupaten Purworejo sudah tepat sasaran yaitu masyarakat miskin yang memenuhi indikator, dijangkau melalui PBI JKN dengan anggaran APBN dan kelompok miskin jamkesda melalui APBD. Kepesertaan dalam jaminan sosial kesehatan dimaksud merujuk validasi PPLS 2011 sehingga sudah tidak sesuai dengan kondisi sekarang. Perlu segera dilakukan pendataan PPLS tahun 2014/2015 untuk rujukan pemberian bantuan sosial dan jaminan sosial tahun 2015 melalui Kementerian Sosial cq Pusdatin koordinasi dengan BPS. Validasi PPLS dilakukan setiap 6 bulan sekali oleh Direktorat Perlindungan dan jaminan sosial dan berkoordinasi dengan TNP2K, agar pemberian bantuan dimaksud tepat sasaran dan tepat manfaat sebagai jaring pengaman sosial.

Kata Kunci: **Penerima; Bantuan Sosial; JKN; Tepat Sasaran.**

A. Pendahuluan

Kemiskinan merupakan masalah nasional yang kompleks dan membutuhkan penanganan yang komprehensif dan integratif antar program yang terkait dalam pengentasan kemiskinan. Berbagai program pengentasan kemiskinan telah diluncurkan pemerintah namun hasilnya belum signifikan. Menurut Biro Pusat Statistik jumlah penduduk miskin di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 28,07 juta jiwa. Jumlah tersebut apa-

bila dibandingkan pada tahun 2012 sebanyak 28,59 juta jiwa berarti mengalami penurunan sebesar 11,66 persen. Berdasarkan catatan Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) jumlah penduduk miskin ada 76,4 juta jiwa dan bahkan pada tahun 2013 jumlah penduduk miskin mengalami peningkatan yakni menjadi 96 juta jiwa.

Masyarakat yang berada dalam kondisi miskin mengalami berbagai keterbatasan dalam

pemenuhan kebutuhan dasar diantaranya kebutuhan makan, akses pendidikan dan pelayanan kesehatan. Berbagai keterbatasan tersebut akan berdampak pada penurunan kualitas hidup dan dampak lanjutnya adalah meningkatnya permasalahan sosial seperti timbulnya penyakit, gizi buruk yang mengakibatkan kematian bayi maupun ibu hamil. Hal ini tentu perlu mendapatkan perhatian dari pemerintah dan pemerintah daerah untuk menjamin dan memberikan perlindungan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana amanat Undang Undang.

Jaminan sosial menjadi hak bagi setiap orang sebagaimana amanat Undang Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (2) yaitu; tiap tiap warga negara berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Untuk mewujudkan terpenuhinya jaminan sosial tersebut maka pemerintah telah mengatur penyelenggaraan sistem jaminan sosial melalui kelembagaan yang berbentuk badan hukum publik yaitu Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) sesuai Undang Undang No 24 tahun 2011. Dalam hal ini BPJS melaksanakan berbagai fungsi diantaranya adalah melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta; memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja; menerima bantuan iuran dari pemerintah untuk peserta kategori penerima bantuan iuran (PBI); mengelola iuran dan memberikan manfaat dan membiayai pelayanan kesehatan serta memberikan informasi kepada peserta dan masyarakat mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial.

Penyelenggaraan sistem jaminan sosial di Indonesia menggunakan mekanisme asuransi sehingga setiap peserta wajib membayar iuran untuk memperoleh manfaat jaminan sosial dimaksud. Undang-Undang BPJS mengatur bahwa setiap warga negara wajib menjadi peserta jaminan sosial kesehatan termasuk warga negara asing yang berada di Indonesia sekurang-kurangnya dalam masa enam bulan. Terkait dengan mekanisme pembayaran iuran sesuai ketentuan, bagi pekerja penerima upah iuran dibayar oleh

pekerja dan pemberi kerja, sedangkan bagi pekerja bukan penerima upah iuran dibayar oleh pekerja sendiri, sementara bagi orang miskin dan tidak mampu iuran dibayar pemerintah sebagai penerima bantuan iuran. Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran dan anggota keluarganya sebagai peserta kepada BPJS.

Atas dasar itulah mendorong dilakukannya penelitian tentang ketepatan sasaran penerima bantuan sosial jaminan kesehatan, agar seseorang yang masuk kategori fakir miskin berhak memperoleh bantuan sosial jaminan kesehatan dari pemerintah. Validitas penerima bantuan iuran urgen diketahui agar pemberian bantuan iuran dimaksud tepat sasaran dan bermanfaat bagi masyarakat sasaran. Penelitian ini terfokus pada program Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN dan Jaminan kesehatan daerah tempat penelitian ini dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ketepatan sasaran penerima bantuan sosial jaminan kesehatan sesuai ketentuan Perpres No 12 tahun 2013 dan Peraturan Bupati Purworejo No 21 tahun 2014. Hasil penelitian ini diharapkan memberi manfaat bagi TNP2K, Kementerian Sosial RI, melalui Pusdatin dan Direktorat Perlindungan dan Jaminan Sosial serta Pemda Kabupaten Purworejo.

Sistem jaminan Sosial Nasional merupakan program negara yang bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Jaminan sosial didefinisikan sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Undang Undang No 24 tahun 2011). *ILO Convention 102* yang dikutip Chazali Situmorang, 2013 sebagai berikut: *social security is the protection which society provides for its members through a series of public measure: To offset the absence or substantial reduction of income from work resulting from various contingencies (notable sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death of breadwinner); To provide people with health care; To provide benefit for families with child-*

ren. Jaminan sosial sebagai upaya mewujudkan kesejahteraan, memberi rasa aman sepanjang hidup manusia, melalui pendekatan sistem yaitu harus beraturan, sistematis, dan terukur. Pengertian jaminan sosial secara spesifik adalah sistem perlindungan dalam bentuk dukungan pendapatan (*income support*) bagi setiap orang yang memerlukannya melalui seperangkat uji kebutuhan (*means test*) oleh lembaga yang berwenang.

Uji kebutuhan dimaksud antara lain meliputi; Jumlah penghasilan, Jumlah pengeluaran untuk konsumsi dan non konsumsi, Kepemilikan tabungan dalam jumlah tertentu, Kondisi tempat tinggal, kepemilikan sarana MCK, Penggunaan sarana penerangan listrik dan tingkat pendidikan. Apabila dilihat dari pendekatan asuransi, jaminan sosial sebagai tehnik atau metode penanganan resiko yang terkait dengan hubungan kerja dan berdasar pada hukum bilangan banyak. Apabila ditinjau dari sisi bantuan sosial, maka jaminan sosial diartikan sebagai dukungan pendapatan bagi komunitas kurang mampu dan/atau kurang beruntung untuk keperluan konsumsi.

Undang Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional menjelaskan bahwa pilar jaminan sosial meliputi bantuan sosial, tabungan wajib dan asuransi sosial. Bantuan sosial adalah suatu sistem untuk reduksi kemiskinan yang didanai dari pajak yang dimasukkan dalam APBN kemudian dikeluarkan sebagai PBI. Tabungan wajib (*provident fund*) merupakan skema tabungan yang diperuntukkan dirinya sendiri sebagai jaminan hari tua. Asuransi sosial adalah program yang bersifat wajib yang didanai dengan iuran peserta atau pihak lain dan/atau pemerintah bagi penduduk miskin. Menurut Chazali Situmorang (2013), model asuransi sosial ini dinilai paling baik dan efektif untuk membiayai jaminan sosial.

Program jaminan sosial adalah skema jaminan sosial yang diperuntukkan bagi peserta dan anggota keluarganya dengan memberi manfaat apabila peserta mengalami sakit, persalinan, kecelakaan kerja, terkena PHK, menghadapi hari tua dan meninggal dunia sebelum memasuki pensiun terutama untuk pencari nafkah utama. Na-

mun dalam tulisan ini hanya berfokus pada program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS dan jamkesda yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Purworejo untuk mengetahui ketepatan sasaran penerima bantuan sosial jaminan kesehatan dan bagaimana mekanisme mengakses bantuan dimaksud. Jaminan kesehatan merupakan bagian dari prioritas reformasi pembangunan kesehatan. Pelaksanaan program pembiayaan kesehatan merujuk pada regulasi sebagai berikut. Undang-Undang Dasar 1945; Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; Undang-Undang No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah; Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional; Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran; Perpres No.12 Tahun 2013 serta perubahan Perpres No. 111 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan; Permenkes No 69 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Primer dan Lanjutan; Permenkes No 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional; Keputusan Bupati Purworejo No. 188.4/ 223/ 2014 tentang Pemetaan Rujukan Pemberi Pelayanan Kesehatan; Peraturan Bupati Purworejo No. 21 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Purworejo.

Undang-Undang Kesehatan telah mengamanatkan bahwa setiap warga negara mempunyai hak yang sama dalam memperoleh dan mengakses kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau, setiap orang wajib turut serta dalam Program jaminan Kesehatan Nasional. Berkaitan dengan itu, untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pelayanan kesehatan maka pemerintah telah merintis beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan diantaranya melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani kelompok masyarakat PNS, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Sedangkan untuk masyarakat kelompok miskin dan tidak

mampu, pemerintah memberikan jaminan sosial melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Namun demikian skema jaminan sosial kesehatan tersebut masih terkotak-kotak, biaya kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan menjadi sulit terkendali (Kemenkes RI, 2013)

Untuk mengatasi hal itu, pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dan telah aktif mulai 1 Januari 2014 untuk melaksanakan jaminan kesehatan Nasional (JKN) dan berlaku universal. Diberlakukannya BPJS Kesehatan membawa konsekuensi, terkait dengan tatakelola penyelenggaraan jaminan kesehatan yang sebelumnya di selenggarakan oleh beragam lembaga asuransi jaminan kesehatan yakni PT Askes, PT Asabri, PT Taspen dan PT Jamsostek beralih ke BPJS Kesehatan mengalami perubahan mekanisme dan hak peserta dalam memperoleh manfaat layanan kesehatan lebih komprehensif dan menjamin sustainability.

Mulai 1 Januari 2014 pemerintah telah mengalihkan peserta *existing* askes sosial sebanyak 16,15 juta, Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) sebesar 86,4 juta, TNI sebanyak 859,216 juta, POLRI sebanyak 793,454 juta dan Jamsostek sebanyak 8,4 juta (Sri Endang Tri Wardati, 2014). Secara operasional pelaksanaan JKN diatur oleh Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden yakni PP No 101 Tahun 2012 tentang penerima bantuan iuran (PBI) dan Perpres No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dan Peta jalan JKN. Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*), bertujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah.

Peserta JKN terdiri dari; Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya dan/atau pekerja mandiri, Bukan pekerja dan anggota

keluarganya, penerima pensiun, dan penerima bantuan iuran. Peserta PBI jaminan kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu, yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui peraturan pemerintah. Pertanyaannya, siapakah fakir miskin dan orang yang tidak mampu sebagaimana dimaksud dalam peraturan pemerintah No. 101 Tahun 2012. Untuk menjawab pertanyaan ini maka perlu mengetahui beberapa pengertian terkait kemiskinan.

Kemiskinan seringkali dimaknai sebagai ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar hidup seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, pendidikan dan kesehatan. Menurut Rahman D (2003), kemiskinan adalah keadaan dimana seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan pokok standar minimal untuk dapat hidup layak. Kemiskinan juga sering dikaitkan dengan kondisi kerentanan dan ketidakberdayaan. Robert Chambers (1987), yang dikutip Istiana menyatakan bahwa pada intinya kemiskinan adalah *deprivation trap* atau perangkap kemiskinan yang meliputi lima unsur yang meliputi; kemiskinan itu sendiri, kelemahan fisik, keterasingan atau isolasi, kerentanan dan ketidakberdayaan.

Suharto dkk. (2004), membagi kemiskinan dalam beberapa dimensi yaitu: ketidakmampuan memenuhi konsumsi dasar seperti pangan, sandang, dan papan; tidak adanya akses dasar yaitu kesehatan, pendidikan, dan transportasi; Tidak adanya jaminan masa depan karena tidak ada investasi untuk pendidikan keluarga; Kerentanan terhadap guncangan yang bersifat individu maupun massa; Tidak dilibatkan dalam kegiatan masyarakat. Tidak adanya akses lapangan kerja dan mata pencaharian yang berkesinambungan; Ketidakmampuan untuk berusaha karena cacat fisik maupun mental; serta Ketidakmampuan dan ketidakberuntungan sosial (anak terlantar, wanita korban tindak kekerasan, janda miskin dan kelompok marjinal dan terpencil).

Tingkat kemiskinan suatu rumah tangga ditandai dengan keterbatasan kepemilikan aset (*poor*) yang berkait erat dengan tingkat pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan dan pendidikan. Rendahnya penghasilan keluarga miskin

menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan yang menyebabkan mereka hidup dengan kondisi lemah (*physically weak*) dan dalam kondisi ketidakberdayaan (*powerless*). Hal ini menyebabkan mereka hidup dalam kerentanan dan keterisolasian sehingga terperangkap dalam lingkaran kemiskinan.

Dalam konteks kesejahteraan sosial, kemiskinan dimaknai sebagai masalah sosial yang disandang oleh seseorang atau sekelompok masyarakat yang menyebabkan mereka mengalami keterbatasan tingkat kesejahteraannya. Kesejahteraan dimaksud menurut Undang-Undang No 11 Tahun 2009 adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan dirinya sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya. Menurut Departemen Sosial, Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan tidak mempunyai kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pokok yang layak bagi kemanusiaan atau orang yang mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak dapat memenuhi kebutuhan pokok secara layak (Departemen Sosial RI, 2003)

Sementara PP No 101 tahun 2012 memberi pengertian fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya (Pasal 1 ayat 5), sedangkan orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber penghasilan, gaji atau upah yang hanya mampu untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi diri sendiri dan keluarganya (Pasal 1 ayat 6). Selanjutnya dalam strategi penanggulangan kemiskinan (TNP2K, 2005) kemiskinan merupakan kondisi saat seseorang atau sekelompok tidak mampu memenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat. Untuk mengatasi masalah kemiskinan langkah yang ditempuh

adalah dengan meningkatkan jangkauan aksesibilitas masyarakat miskin terhadap layanan publik khususnya akses pendidikan dan kesehatan (Istiana Hermawati, 2012)

Secara umum kemiskinan dapat dikaitkan dengan pendekatan normatif kebutuhan kalori dan kebutuhan dasar non makanan sebagai dasar penetapan garis kemiskinan. Beberapa indikator kemiskinan untuk menentukan suatu rumah tangga dikategorikan miskin meliputi: Luas bangunan tempat tinggal kurang dari 8 meter persegi per-orang; Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah bambu/ kayu berkualitas rendah; Jenis tempat tinggal terbuat dari bambu/ rumbia/ kayu berkualitas rendah, atau tembok tanpa plester; Tidak memiliki fasilitas buang air besar atau bersama-sama rumahtangga lain; Sumber air minum berasal dari sumur/ mata air tidak terlindungi/ sungai/ air hujan; Sumber penerangan tidak menggunakan listrik; Jenis bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/ arang/ minyak tanah; Hanya mengkonsumsi daging ayam dan susu dalam seminggu; Hanya sanggup makan sebanyak satu atau dua kali sehari; Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun; Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di Puskesmas atau Poliklinik; Sumber penghasilan kepala rumahtangga sebagai petani dengan luas lahan 0,5 ha, buruh tani, nelayan, buruh perkebunan atau pekerjaan lain dengan pendapatan kurang dari Rp 600.000,- per bulan; Pendidikan tertinggi kepala keluarga adalah tidak sekolah, tidak tamat SD atau hanya SD; Tidak memiliki tabungan/ barang yang mudah dijual dengan nilai Rp 500.000,- seperti sepeda motor, (kredit atau non kredit), emas, ternak, kapal motor atau barang modal lainnya (Direktorat Pemberdayaan Fakir Miskin, Kemosos RI, 2010).

Indikator kemiskinan menurut Kemosos tidak berbeda dengan indikator kemiskinan yang ditetapkan BPS. Indikator kemiskinan menurut BPS dan BKKBN lebih melihat dari sisi kesejahteraan. BPS mengacu pada skala rumah tangga yaitu RTSM, Miskin dan hampir miskin, sementara BKKBN menggunakan pendekatan keluarga yaitu; data demografi seperti jumlah

jiwa dalam keluarga menurut jenis kelamin, data keluarga berencana seperti Pasangan Usia Subur (PUS), peserta KB; Data tahapan keluarga sejahtera (Pra Sejahtera, Sejahtera I, Sejahtera II dan Sejahtera III, Sejahtera III Plus) serta data individu atau identitas keluarga. Mengacu pada beberapa indikator tersebut, maka suatu keluarga dikategorikan miskin apabila memenuhi sedikitnya enam indikator dari 14 indikator kemiskinan. Data yang digunakan TNP2K dalam menetapkan pemberian bantuan iuran peserta BPJS Kesehatan mengacu data PPLS 2011 sehingga sudah tidak sesuai kondisi saat ini.

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Purworejo merujuk Peraturan Bupati No 21 Tahun 2014 dan Keputusan Bupati Purworejo No. 188.4/ 223/ 2014 Tentang Pemetaan Rujukan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Sasaran pembiayaan kesehatan di Kabupaten Purworejo meliputi; Kepesertaan Program JKN dan Kepesertaan Program Jamkesda. Peserta Program Jamkesda meliputi masyarakat miskin PBI jaminan kesehatan, Masyarakat miskin tertentu (maskin tertentu) dan masyarakat miskin Jamkesda (maskin jamkesda) yaitu maskin yang memenuhi sebelas indikator yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati. Indikator Maskin Jamkesda meliputi: Pengeluaran setiap anggota rumahtangga sebesar Rp 235,491,-per orang per bulan; Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari bambu/tanah/ kayu murahan; Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/ rumbia/ kayu murahan; Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari delapan meter persegi per orang; Terdapat anggota rumah tangga yang menderita penyakit kronis dan khusus; Tidak mempunyai fasilitas buang air besar/bersama dengan rumah tangga lain; Sumber penerangan rumah tangga tidak memakai listrik; Sumber air minum berasal dari sumur/sumber mata air yang tidak terlindungi/sungai/air hujan; Bahan bakar untuk memasak sehari hari adalah kayu bakar/ arang/minyak tanah; Pendidikan kepala rumah tangga paling tinggi tamat SD, tidak mempunyai tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai sebesar Rp 1.000.000,-

Penduduk Purworejo yang memenuhi lima kriteria dari sebelas indikator maka dapat memperoleh jaminan kesehatan daerah dengan kategori maskin Jamkesda. Maskin Jamkesda adalah penduduk miskin Kabupaten Purworejo yang tidak ditetapkan sebagai peserta program jaminan kesehatan atau program asuransi kesehatan lainnya, sehingga tidak berhak memperoleh pelayanan kesehatan melalui JKN namun berhak mendapat layanan Jamkesda apabila memenuhi persyaratan tersebut. Masyarakat miskin lain yang dapat dijamin program jamkesda adalah maskin tertentu penduduk Kabupaten Purworejo yang pernah ditetapkan sebagai peserta Jamkesmas yang tidak memiliki kartu serta belum ditetapkan sebagai peserta JKN.

Kepesertaan jamkesda lainnya adalah mereka yang masuk golongan maskin tertentu terdiri atas: Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, serta masyarakat miskin penghuni panti sosial; Maskin penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan; Maskin penyandang cacat; Peserta Program Keluarga Harapan; Bayi dan anak yang lahir dari kedua orang tua atau salah satu orang tuanya terdaftar sebagai PBI jaminan Kesehatan; Ibu hamil dan ibu bersalin/ ibu nifas dari suami yang terdaftar sebagai PBI Jaminan Kesehatan; penderita thalassaemia mayor; Penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPPI); Korban bencana pasca tanggap darurat sampai dengan satu tahun; Kondisi kesehatan akibat program nasional. Pemerintah Kabupaten Purworejo pada dasarnya memberikan jaminan kesehatan melalui program jamkesda bagi penduduk yang memenuhi persyaratan tertentu antara lain dibuktikan dengan kepemilikan KTP dan surat keterangan miskin dari Kepala Desa/ Lurah setempat.

B. Penggunaan Metode Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ketepatan sasaran penerima bantuan sosial jaminan kesehatan di Kabupaten Purworejo baik PBI Jaminan Kesehatan Nasional maupun penerima program Jamkesda. Penelitian ini menggunakan

pendekatan kualitatif yang diimplementasikan sebagai berikut.

Penentuan Lokasi: ditentukan secara purposive dengan mempertimbangkan keterjangkauan lokasi, waktu, tenaga dan biaya serta kesesuaian masalah. Atas dasar pertimbangan tersebut maka lokasi ditentukan di Kabupaten Purworejo dengan argumentasi: Sudah melaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional; Memiliki Peraturan Daerah terkait program Jaminan Kesehatan Daerah; Terdapat cukup banyak peserta PBI JKN maupun program Jamkesda.

Penentuan Informan: orang yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan jaminan sosial kesehatan, yaitu peserta BPJS Kesehatan atau PBI JKN dan peserta program Jamkesda, Pelaksana yang terdiri dari petugas di Unit Pemberi Pelayanan Tingkat Pertama (Puskesmas) dan Pejabat Dinas Kesehatan, Petugas penyelenggara (BPJS) serta Pejabat Dinas Sosial terkait data fakir miskin dan tidak mampu.

Teknik Pengumpulan Data: melalui teknik wawancara dengan menggunakan panduan wawancara berstruktur dan diperdalam dengan wawancara mendalam terkait kondisi sosial ekonomi informan. Disamping itu juga digunakan teknik observasi dengan mengamati kondisi fisik tempat tinggal (Luas bangunan, bahan yang digunakan, MCK, Penerangan, Bahan bakar yang digunakan memasak). Pengumpulan data juga menggunakan telaah dokumen yaitu Peraturan atau Undang Undang terkait pelaksanaan jaminan sosial, kepemilikan Kartu Peserta, laporan pelaksanaan layanan kesehatan, data dan brosur dari BPJS, Dinas Kesehatan, dan Puskesmas.

Teknis Analisis Data: secara diskriptif kualitatif untuk menggambarkan karakteristik, ketepatan sasaran penerima bantuan iuran dan mekanisme kepesertaan jaminan sosial kesehatan. Analisis data dilakukan melalui tahapan reduksi, klasifikasi, display dan penarikan kesimpulan (Moleong, 2007).

C. Hasil dan Pembahasan (Ketepatan Sasaran Penerima Bantuan Sosial Jaminan Kesehatan)

Penerima bantuan iuran (PBI) adalah peserta jaminan sosial kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah sesuai amanat Undang Undang Sistem jaminan Sosial Nasional. Peserta PBI JKN ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah No 101 tahun 2012. Penetapan PBI jaminan kesehatan ditetapkan berdasarkan indikator kemiskinan BPS dan mengacu data PPLS Tahun 2011. Untuk mengetahui karakteristik penerima bantuan sosial jaminan kesehatan di Kabupaten Purworejo dapat diketahui dari data informan penerima bantuan atau peserta PBI JKN maupun Jamkesda yang meliputi; Tingkat pendidikan kepala keluarga, penghasilan, kondisi tempat tinggal, sarana penerangan, MCK, air minum, pemenuhan kebutuhan makan, pakaian, penggunaan bahan bakar untuk memasak dan kepemilikan tabungan.

Tabel 1 Konsisi Rumah Penerima Bantuan Sosial Jaminan Kesehatan

No	Kondisi Rumah	Frekuensi	Persen
1	Tidak Permanen	2	9,09
2	Semi Permanen	14	63,63
3	Permanen	6	27,27
Jumlah		22	100

Sumber: Jawaban responden (2014)

Kondisi rumah tempat tinggal dikategorikan dalam tiga kelompok yaitu tidak permanen, semi permanen dan permanen. Tidak permanen adalah rumah berdinding kayu dari bahan berkualitas rendah/bambu dan berlantai tanah. Semi permanen adalah berdinding bata tidak diplester atau setengah bata dan berlantai tanah, sedangkan permanen adalah rumah dinding bata dan lantai ubin. Tabel 1 menunjukkan sebagian besar informan penerima bantuan jaminan kesehatan bertempat tinggal dengan kondisi rumah semi permanen sebanyak 14 orang (63,63 persen) sedangkan yang tidak permanen hanya dua orang.

Penelusuran lebih lanjut diketahui bahwa sebanyak 12 orang mengaku rumah yang ditempati adalah rumah sendiri yang berasal dari warisan, dua orang mengontrak dan delapan orang menyatakan mengindung. Dari pengamatan terhadap kondisi rumah diketahui bahwa rumah yang ditempati memiliki luas bangunan tidak lebih dari delapan meter persegi per orang bahkan ada yang kurang dari delapan meter persegi, dengan jumlah anggota keluarga rata-rata empat sampai enam, namun tiga orang KK anggota keluarganya tujuh orang. Menurut pengakuan dua orang informan dari 12 orang yang memiliki rumah sendiri, mereka mendapatkan bantuan sosial dari program Rehabilitasi Sosial Rumah Tidak Layak Huni. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa mereka termasuk kriteria fakir miskin. Salah satu informan mengatakan; *nyuwun ngapunten Bu... ngih ngaten niki gubuk kula... keranten tiyang boten gadah*, sambil menyingkirkan baju yang berserakan di *lincak*. Maksudnya adalah minta maaf atas keadaan rumahnya yang kurang pantas untuk menerima tamu, karena kondisi kemiskinannya. *Lincak* adalah sebuah tempat duduk yang terbuat dari bahan bambu. Dari indikator rumah tempat tinggal mereka telah sesuai persyaratan kriteria sebagai penerima bantuan sosial yaitu rumah yang ditempati tidak permanen atau semi permanen dengan luas bangunan kurang dari 8 meter persegi per orang. Selain rumah tempat tinggal indikator kemiskinan lain adalah fasilitas MCK. Mengenai kepemilikan fasilitas untuk mandi, cuci dan buang air besar sebagai berikut.

Tabel 2 Kepemilikan sarana Mandi, Cuci dan Buang Air Besar

No	Kepemilikan	Frekuensi	Persen
1	Milik Sendiri	13	59,09
2	Menumpang	6	27,27
3	Tidak Punya	3	13,63
Jumlah		22	100

Sumber: Jawaban responden (2014)

Dari aspek kebutuhan hidup, sarana mandi, cuci dan buang air besar merupakan kebutuh-

an penting dalam rumah tangga karena setiap hari sarana tersebut selalu dibutuhkan untuk membersihkan badan, mencuci pakaian dan membuang sampah atau kotoran dari badan kita. Dari aspek kesehatan, setiap rumah tangga dianjurkan memiliki sarana MCK untuk menjaga lingkungan yang bersih dan sehat. Dari tabel 2 diketahui sebagian besar yaitu 13 KK telah memiliki sarana mandi dan cuci dari sumur sendiri, tetapi belum semua mempunyai sarana buang air besar, yang memiliki ada 10 KK, sementara yang menumpang ditempat keluarga yang tinggal dalam satu rumah keluarga tetapi dengan status KK sendiri. Mereka yang tidak punya menggunakan sarana MCK di sungai yang kebetulan tidak jauh dari tempat tinggal mereka. Dari indikator kepemilikan sarana MCK maka 13 KK tidak sesuai indikator kemiskinan yaitu tidak memiliki fasilitas buang air besar atau bersama sama dengan rumah tangga lain. Namun demikian kepemilikan sarana MCK hanya merupakan salah satu indikator dari 14 indikator kemiskinan yang ditetapkan.

Apabila dikaji dari penggunaan sumber air minum diketahui semua informan menggunakan air sumur sebagai sumber utama untuk air minum, sumur yang digunakan tidak tertutup sehingga mudah tercemar. Namun dari 3 KK mengaku kadang kadang menggunakan air mineral. Menurut penuturan mereka; jika sedang punya rejeki kadang kadang membeli Aqua untuk minum, namun lebih sering menggunakan air sumur yang direbus sehingga lebih irit.

Indikator kemiskinan lainnya adalah penggunaan sarana penerangan dalam rumah tangga. Dari hasil wawancara diketahui semua informan telah menggunakan penerangan listrik, 17 orang informan menyatakan memiliki jaringan listrik sendiri yang dibuktikan dengan adanya meteran yang terpasang disalah satu bagian dari rumah. Lima orang menggunakan listrik dari jaringan listrik tetangganya dengan konsekuensi membantu membayar pajak bulanan sebesar Rp 40.000 – Rp 50.000 perbulan. Mereka yang menyalur jaringan listrik menyatakan sebenarnya ingin memiliki jaringan sendiri, tetapi

karena membutuhkan biaya banyak maka sampai saat ini belum terlaksana. Salah satu informan menegaskan lebih mengutamakan untuk biaya pemenuhan kebutuhan makan dan biaya sekolah anaknya. Apabila ditinjau dari penggunaan sarana penerangan listrik maka tidak terpenuhi indikator kemiskinan pada semua informan.

Penggunaan sarana untuk memasak sehari hari yang menggunakan kayu bakar, arang dan minyak tanah termasuk salah satu indikator kemiskinan. Menurut pengakuan informan dari 22 orang, yang menggunakan kayu bakar ada dua orang, menggunakan minyak tanah ada dua orang dan yang menggunakan gas LPG ada delapan. Mereka mengatakan memakai kompor gas karena sudah diberi bantuan pemerintah sehingga sayang kalau tidak digunakan. Penggunaan kayu bakar untuk memasak merupakan peringkat tertinggi, hal ini dapat dimaklumi mengingat mereka tinggal di desa yang masih tersedia kayu bakar cukup banyak. Mereka tidak perlu membeli karena masih bisa dicari di sekitar rumah, sedangkan apabila memakai gas LPG sudah pasti harus membeli sehingga dipandang lebih hemat memakai kayu bakar. Sementara dua orang informan yang menggunakan minyak tanah menyatakan karena merasa masih takut menggunakan kompor gas, katanya takut jika suatu saat meledak. Dari penggunaan bahan bakar untuk memasak sehari hari diketahui delapan informan tidak terpenuhi kriteria kemiskinan dari aspek penggunaan bahan bakar untuk memasak. Indikator kemiskinan yang sering ditonjolkan adalah besarnya penghasilan kepala keluarga. Menurut ketentuan seorang pencari nafkah utama dalam keluarga yang mempunyai penghasilan kurang dari Rp 600.000 per bulan termasuk kriteria fakir miskin.

Penerima bantuan sosial pada umumnya bekerja di sektor informal, begitu pula dengan informan penerima bantuan sosial jaminan kesehatan di Kabupaten Purworejo diketahui semua bekerja disektor informal seperti seperti buruh (bangunan, tani, serabutan), sektor jasa yaitu tukang pijit, tukang cuci dan tukang becak serta berjualan atau bakul di pasar. Dari pekerjaan

dimaksud menurut pengakuannya penghasilan mereka tidak tetap, sepuluh orang menyatakan kira kira memperoleh penghasilan berkisar Rp 500.000 –Rp 600.000 perbulan. Lima orang mengaku kalau setiap hari ada pekerjaan, penghasilan bisa mencapai Rp 600.000 – Rp 700.000. sedangkan tujuh orang memperoleh penghasilan kurang dari Rp 500.000. Penghasilan mereka dapat dikatakan di bawah standar upah minimal provinsi, dan apabila dipergunakan untuk pemenuhan kebutuhan dasar minimal seperti untuk makan, biaya pendidikan anak dan berobat apabila sakit tentunya tidak cukup apalagi jumlah tanggungan mereka rata rata 4 orang. Penelusuran lebih lanjut semua informan menyatakan hanya bisa makan satu sampai dua kali sehari dengan menu seadanya yang penting ada nasi sedang lauknya kadang tempe dan sayur bahkan lebih sering ikan asin dan krupuk. Menurut pengakuannya mereka hanya makan daging kalau ada rejeki lebih banyak sehingga bisa membeli daging untuk lauk anaknya.

Tabel 3 Penghasilan Kepala Keluarga Per Bulan

No	Penghasilan (Rupiah)	Frekuensi	Persen
1	400.000- 500.000	7	31,81
2	500.000- 600.000	10	45,45
3	.> 600.000	5	22,72
Jumlah		22	100

Sumber: Jawaban responden (2014)

Berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan pakaian, mereka hanya bisa membeli pakaian satu stel dalam setahun dan itu diusahakan ketika Hari Raya Idul Fitri, sekaligus untuk merayakan Lebaran. Pembelian pakaian diprioritaskan untuk anak anak sedangkan untuk orang tua tidak tentu karena keterbatasan uang yang dimiliki. Dalam hal pemenuhan kebutuhan kesehatan apabila ada anggota keluarga yang mengalami sakit mereka bisa berobat ke Puskesmas atau Poliklinik dengan menggunakan kartu peserta jaminan kesehatan baik yang tercover PBI JKN maupun Jamkesda, namun sebelumnya mereka mengaku apabila sakit hanya diobati dengan obat yang

dibeli di warung, karena tidak mampu membayar biaya pengobatan di Puskesmas atau Poliklinik. Kenyataan tersebut terungkap ketika ditanya sebagai berikut: “*Pak.... Jenengan yen sakit berobat wonten pundi?*” Dijawab, “*wonten Puskesmas gratis.*” (Bapak Kas. 60 tahun yang ditemui di Puskesmas Cangkrep). Pak Kas sedang dirawat karena sakit penyumbatan kelenjar dan sudah 3 hari mondok di Puskesmas Cangkrep. Lebih lanjut yang bersangkutan menerangkan bahwa selama ia berobat di Puskesmas telah dilayani dengan baik tanpa dipungut biaya.

Indikator kemiskinan yang dipakai di Kabupaten Purworejo menggunakan pendekatan pengeluaran setiap anggota rumah tangga sebesar Rp 235,491 per orang perbulan. Wawancara terhadap informan mengenai besarnya pengeluaran diketahui sebagian besar yakni 13 orang menyatakan rata rata pengeluarannya sebesar Rp 500.000 – Rp 700.000 dengan jumlah tanggungan rata rata empat orang, sehingga pengeluaran perorang kurang dari Rp 235,491 perorang perbulan. Apabila kita cermati penghasilan informan yang berkisar Rp 400.000 – Rp 700.000 dengan pengeluaran rata rata sebesar Rp 700.000 bahkan ada yang lebih, mereka mengaku tidak dapat menabung. Jangankan menabung untuk mencukupi kebutuhan hidup saja susah kata mereka. Namun demikian ada dua informan yang mengaku mempunyai tabungan meskipun hanya sedikit yakni kurang dari Rp 500.000. Dua orang informan tersebut adalah peserta Program Keluarga Harapan yang memang diwajibkan menabung sebagai suatu *condisioning*. Dengan demikian dapat disimpulkan terkait dengan penghasilan, pengeluaran untuk pemenuhan kebutuhan makan, pakaian dan pengobatan serta kepemilikan tabungan semua informan termasuk memenuhi kriteria fakir miskin dan tidak mampu.

Indikator fakir miskin lain adalah tingkat pendidikan tertinggi kepala rumah tangga adalah tidak sekolah, atau tidak tamat SD atau hanya SD.

Tabel 4 Tingkat Pendidikan Kepala Keluarga

No	Pendidikan	Frekuensi	Persen
1	Tidak sekolah	2	9,09
2	Sekolah Dasar	12	54,54
3	SMP	8	36,36
Jumlah		22	100

Sumber: Jawaban responden (2014)

Tabel 4 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan penerima bantuan sosial jaminan kesehatan di Kabupaten Purworejo tertinggi atau sebanyak 12 orang berpendidikan setingkat SD, tetapi ada yang tidak tamat bahkan dua orang tidak pernah sekolah. Adapun yang berpendidikan setingkat SMP terdapat 8 orang dan tidak ada yang berpendidikan lebih tinggi dari SMP. Kondisi ini dapat dimaknai bahwa kondisi kemiskinan orang tua mereka menyebabkan tidak ada kesempatan untuk menempuh pendidikan yang lebih baik. Dari tingkat pendidikan kepala keluarga maka hanya sebagian kecil yang tidak sesuai persyaratan kemiskinan yang ditetapkan, namun demikian tingkat pendidikan KK hanya merupakan salah satu indikator dari 14 indikator kemiskinan yang ditetapkan sebagai kriteria penerima bantuan sosial jaminan kesehatan baik yang melalui mekanisme PBI JKN maupun Jamkesda.

Merujuk pada indikator kemiskinan yang ditetapkan oleh BPS yang kemudian dirujuk oleh TNP2K untuk validasi PBI Jaminan Kesehatan Nasional yang terdiri dari 14 indikator. Pemerintah Kabupaten Purworejo dengan 11 indikator persyaratan penerima jaminan kesehatan kategori miskin Jamkesda, apabila memenuhi lima dari 11 indikator dimaksud. Data mengenai kondisi penerima bantuan sosial jaminan kesehatan yang meliputi; kondisi rumah luas, bangunan, kepemilikan sarana MCK, penggunaan sarana penerangan, bahan bakar untuk memasak serta sumber air minum. Data lainnya adalah pemenuhan kebutuhan makan, pakaian, kemampuan berobat ke Puskesmas, keberadaan anggota keluarga yang menderita penyakit kronis, kepemilikan tabungan dan pendidikan tertinggi kepala keluarga tersaji di atas dapat dikatakan semua informan telah memenuhi

kreteria fakir miskin. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemberian bantuan sosial jaminan kesehatan di Kabupaten Purworejo telah tepat sasaran.

Berdasarkan kuota dari TNP2K peserta jamkesmas di Kabupaten Purworejo sebanyak 258,689 orang yang tersebar di 16 Kecamatan dengan 25 Puskesmas. Hasil verifikasi dari Tim Pengelola Jamkesmas tingkat provinsi ditemukan 5.438 kartu yang harus digantikan karena pemilikinya meninggal, tidak ditemukan alamat, termasuk dalam golongan PNS/TNI/POLRI dan empat orang menolak kartu karena merasa mampu membayar iuran sendiri. Pemerintah Kabupaten Purworejo telah mengirimkan peserta pengganti sebanyak 5.438 jiwa dengan kreteria miskin dan berpenyakit kronis (Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo, 2014). Peserta pengganti tersebut ditetapkan berdasarkan surat keputusan bupati (*feed back* dari BPJS yang sudah tervalidasi adalah 3119 orang). Mekanisme untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin PBI Jaminan kesehatan yang dibiayai oleh Pemerintah daerah pada PPK I sebagai berikut. Pertama, pasien atau penanggungnya mendaftarkan diri sebagai pasien maskin pada petugas pendaftaran pelayanan di PPK I yang ditunjuk. Kedua, pasien atau penanggungnya menyerahkan persyaratan yang telah ditetapkan (KTP, CI, SKM dan Rekomendasi dari SKPD terkait serta Kartu Jamkesmas/ Jamkesda). Ketiga, menyerahkan persyaratan dimaksud harus dilakukan paling lambat 2x24 jam hari kerja sejak pasien mendaftarkan diri. Keempat, apabila pelayanan kesehatan telah selesai diberikan sebelum jangka waktu dimaksud, maka persyaratan harus diberikan sebelum pasien pulang.

Persyaratan untuk memperoleh pelayanan bagi maskin jamkesda pada PPK I meliputi: Memiliki kartu peserta PBI Jaminan kesehatan atas nama pasien yang sah dan masih berlaku; Mendapatkan jenis layanan kesehatan yang ditanggung program jamkesda; Mendapatkan pelayanan kesehatan dari PPK Jamkesda yang ditunjuk; Penduduk Kabupaten Purworejo yang dibuktikan dengan KTP atau kartu keluarga yang

sah dan masih berlaku. Pelayanan kesehatan bagi maskin tertentu adalah sama dengan peserta PBI JKN ditambah rekomendasi dari SKPD yang menangani bidang sosial bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar serta penghuni panti sosial miskin. Surat keterangan mengenai gangguan kesehatan akibat program nasional dari camat setempat, Rekomendasi dari kepala Lembaga Masyarakat setempat bagi penghuni LP atau Rutan. Peserta PKH dibuktikan dengan kartu peserta PKH asli, KTP dan KK yang sah serta rekomendasi dari SKPD yang menangani bidang sosial. Bagi penderita Thalassaemia mayor menyerahkan foto copy penderita yang diterbitkan oleh Yayasan Thalassaemia Indonesia (YTI) dan surat dari dokter yang merawat. Ibu hamil, nifas dan menyusui serta bayi yang lahir dari orang tua peserta PBI JKN menunjukkan KTP dan KK.

Bagi maskin Jamkesda membuat surat pernyataan miskin (SKM) yang ditandatangani oleh kepala desa dan disahkan oleh camat setempat. Memenuhi sedikitnya lima indikator dari sebelas indikator miskin yang ditetapkan. Tidak terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan atau program asuransi kesehatan. Masa berlakunya SKM selama enam bulan sejak diterbitkan, apabila dalam jangka waktu enam bulan telah berakhir dan pemilik SKM masih membutuhkan maka harus diterbitkan SKM yang baru sesuai persyaratan dan tata cara yang berlaku. Dalam rangka penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah di Kabupaten Purworejo telah diadakan pemetaan rujukan pemberi layanan kesehatan rujukan menjadi empat regional: Puskesmas/ klinik/dokter keluarga regional utara diarahkan rujukan ke RSIA Aisyah Purworejo; Regional timur diarahkan rujukan ke RSUD Panti Waluyo Purworejo; Regional selatan diarahkan ke RSUD PKU Muhammadiyah Purworejo; Regional barat diarahkan RSUD Palang Biru Kutoarjo

Dalam pelaksanaan JKN Kabupaten Purworejo telah bekerja sama dengan BPJS dengan melibatkan PPK I meliputi 27 Puskesmas, 201 Bidan, 3 buah Klinik, 13 dokter keluarga dan dokter gigi 20 orang. Sedangkan di PPK II me-

liputi rumah sakit di empat regional tersebut di atas. Dalam implementasinya pelayanan kesehatan dilakukan secara berjenjang kecuali dalam kondisi darurat.

E. Penutup

Undang Undang SJSN dan Undang Undang BPJS memiliki makna penting yaitu adanya suatu badan *mandatory* yang menyelenggarakan program jaminan sosial secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan tabungan sosial. BPJS bertugas “*take over*” resiko peserta (*pooling of risk*) yang ditimbulkan dari suatu penyakit, kecelakaan kerja, kematian, jaminan hari tua dan jaminan pensiun. Sebagai konsekuensinya peserta harus membayar iuran atau premi yang dikumpulkan oleh BPJS (*pooling of fund*). Dalam konteks ini program pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan mulai 1 Januari 2014 dengan program Jaminan Kesehatan Nasional.

Dalam SJSN dan Undang-Undang BPJS menempatkan peran manusia sangat penting untuk mendapatkan jaminan sosial sebagai kewajiban negara. Namun demikian undang undang secara tegas mengatur bahwa bagi masyarakat mampu iuran jaminan kesehatan dibayar oleh individu yang bersangkutan, sedangkan kelompok masyarakat miskin dan tidak mampu iurannya dibayarkan pemerintah. Dalam hal ini manusia diposisikan sebagai investasi sosial dengan paradigma jika orang miskin dan tidak mampu menjadi sehat, maka produktivitasnya meningkat dan dapat masuk ke lapangan kerja sehingga pendapatannya juga meningkat dan pada akhirnya akan mampu membayar iuran sendiri. Jika mereka sudah mampu membayar iuran sendiri maka dana pemerintah bisa dialokasikan ke sektor lain dalam pembangunan kesejahteraan sosial.

Program jaminan kesehatan ditujukan untuk mencapai *Universal Health Care*, menuntut komitmen dari semua pihak terkait penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan mulai dari birokrasi pemerintah pusat dan daerah, anggota DPR RI dan DPRD dan manajemen PT Askes, PT Jamsostek, sektor swasta serta seluruh lapisan

masyarakat. Kepesertaan kelompok masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak tercover PBI JKN diharapkan dapat Jamkesda. Oleh karena itu data kepesertaan menjadi sangat penting dan utama sebagai rujukan pemberian bantuan jaminan sosial kesehatan. Pemerintah sebenarnya sudah mempunyai sumber data yang akurat *by name by address* yang mencakup 40 persen dari jumlah penduduk miskin yang dilakukan oleh BPS tahun 2011 yaitu data PPLS, menjadi dasar PBI jaminan kesehatan tahun 2014. Hal ini tentunya sudah tidak sesuai dengan kondisi tahun 2014 sehingga harus dilakukan pendataan baru agar dapat dijadikan rujukan PBI jaminan kesehatan agar tepat sasaran dan tepat manfaat.

Undang-Undang No 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin juga memberikan amanat kepada Pemerintah Daerah (Bupati/Walikota) untuk melakukan verifikasi dan validasi data orang miskin dan tidak mampu supaya tidak ada yang tidak terdata dalam Penerima Program Perlindungan Sosial, sehingga mereka dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah, berkualitas dan *sustainable*. Begitu pula Kementerian Sosial melalui Pusdatin dapat berkoordinasi dengan BPS untuk segera melakukan pendataan PPLS 2014/2015 agar pemberian bantuan sosial tepat sasaran. Dit. Perlindungan dan Jaminan sosial dapat merujuk hasil pendataan PPLS tersebut untuk validasi peserta jaminan sosial khususnya PBI JKN, Jamkesda dan PKH maupun KKS. Validasi penerima bantuan sosial dilakukan setiap enam bulan sekali atau setidaknya satu tahun agar sesuai perkembangan data kependudukan.

Kebijakan Presiden Jokowi meluncurkan kartu sakti (KIS, KIP dan KKS) sebagai jaring pengaman sosial perlu ditindak lanjuti dengan payung hukum dan peraturan pelaksanaan, karena kartu sakti dimaksud mempunyai tujuan, sasaran dan manfaat yang sama dengan kartu yang sudah ada (Kartu BPJS, KSM dan Kartu PKH), sehingga tidak tumpang tindih, duplikasi dan membingungkan masyarakat. Kehadiran kartu sakti tersebut harusnya bisa melengkapi kartu yang sudah ada yaitu untuk memperluas

jangkauan masyarakat miskin dan tidak mampu, PMKS yang belum terjangkau jaminan kesehatan baik melalui PBI JKN, Jamkesda, KSM dan PKH menuju terwujudnya masyarakat Indonesia sehat, pintar dan sejahtera.

Pustaka Acuan

- Biro Pusat Statistik. (2013). Jakarta
- Chazali H Situmorang, (2013) *Reformasi Jaminan Sosial Di Indonesia*, CINTA Indonesia, Depok
- Departemen Sosial RI. (2003) *Pola Penanganan Masalah Kesejahteraan Sosial*, Kementerian Sosial RI, Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo. (2014) *Laporan Pelaksanaan Program Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Purworejo Tahun 2014*.
- Edi Suharto. (2004) *Isu- Isu Tematik Pembangunan Sosial: Konsepasi Dan Strategi*, Jakarta, Balitbangsos- Departemen Sosial RI
- NSPK (2005) *Strategi Nasional Penanggulangan Kemiskinan*. Ditemu kembali 15 November 2012 dari <http://www.bappenas.go.id/get-file-server/node/2525>.
- Istiana Hermawati dkk.(2013) *Evaluasi Program Keluarga Harapan*, B2P3KS Press, Yogyakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2013) *Buku Pegangan Sosialisasi JKN dalam Sistem Jaminan Sosial*, Jakarta
- Moleong. (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rusdakarya
- Sri Endang Tridarwati. (2014) *Rartal Kesehatan blogspot.com/2014/cara-mendaftar-peserta-BPJS-Kesehatan.html*.
- TNP2K. (2013) *Nasional Kontan.co.id./News/penduduk-miskin-2013*
- Undang Undang Dasar Negara RI Tahun 1945
- Undang Undang No 40 Tahun 2004 *Tentang Jaminan Sosial Nasional*
- Undang Undang No 36 Tahun 2009 *Tentang Kesehatan*
- Undang Undang No 11 Tahun 2009 *Tentang Kesejahteraan Sosial*
- Undang Undang No 24 Tahun 2011 *Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*
- Undang Undang No 12 Tahun 2013 *Tentang Jaminan Kesehatan Nasional*
- Undang Undang No 13 Tahun 2011 *Tentang Penanganan Fakir Miskin*
- Undang Undang No 32 Tahun 2004 *Tentang Pemerintah Daerah*
- Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013 *Tentang Penerima Bantuan Iuran*
- Peraturan Pemerintah No 101 Tahun 2012 *Tentang Penerima Bantuan Iuran*