

AKSESIBILITAS KELUARGA MISKIN DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

ACCEPTABILITY FOR POOR FAMILY IN NATIONAL HEALTH ASSURANCE PROGRAM

A. Nururrochman Hidayatullah¹ dan Tri Gutomo²

Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial (B2P3KS)
Kementerian Sosial RI. Jl. Kesejahteraan Sosial No. 1 Sonosewu Yogyakarta Indonesia
HP. +6285643885019, HP. +6281227178474

Email: anhidayatullah79@gmail.com , Email: trigutomo61@gmail.com

Diterima 12 Oktober 2017, direvisi 10 November 2017 disetujui 5 Desember 2017

Abstract

The study reveal, the implementation of poor household accessibility in social security program through national health insurance program (BPJS). Study location was in Purworejo regency, Central Java province. The research was conducted by qualitative method and analyzed descriptively. Primary data comes from informants of poor recipient of the program, the implementer of the programs, puskesmas and implementing bpjs. Secondary data is obtained through field observation, document review and some relevant rules. Data was collted by interviews BPJS officers, health officers, social service agency officials, Central Local Health use his public healt center officers, and poor service receipients. The study shows that the poors are participants of social health insurance through monthly subscription . They prefer to access puskesmas as another service facility. Accessibility of the poor are easy to reach health services as participants increase significantly day by day. The limited knowledge of the poor are dis matched with the ability of implementers in carrying out BPJS socialization more thoroughly. The poor have not fully understood. It is recommended to update and synchronize integrated data of poor people every three months by doing coordination in social, health institution, BPJS organizer, and placing BPJS officers at the health-care facility as an informant for the poors.

Keywords: *Accessibility, National Health Insurance, Poor People*

Abstrak

Penelitian ini mengungkap implementasi aksesibilitas rumah tangga miskin dalam program jaminan sosial melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional. Lokasi Penelitian di Kabupaten Purworejo Provinsi Jawa Tengah. Penelitian dilakukan dengan metode kualitatif yang dianalisis secara deskriptif. Sumber data primer berasal dari informan yaitu masyarakat miskin penerima program, pelaksana program yaitu puskesmas dan pelaksana BPJS. Data sekunder diperoleh melalui observasi lapangan, telaah dokumen dan beberapa peraturan yang relevan. Pengumpulan data melalui wawancara kepada petugas BPJS, Dinas kesehatan, Dinas Sosial, Puskesmas dan Masyarakat Miskin pengguna layanan. Hasil penelitian mengungkap bahwa masyarakat miskin merupakan peserta jaminan sosial kesehatan sebagai penerima iuran. Masyarakat miskin lebih suka mengakses puskesmas sebagai fasilitas layanan lainnya. Aksesibilitas masyarakat miskin memiliki kemudahan dalam menjangkau pelayanan kesehatan terbukti dengan kenaikan kunjungan yang cukup signifikan. Keterbatasan pengetahuan masyarakat miskin belum diimbangi oleh kemampuan pelaksana dalam melaksanakan sosialisasi secara lebih menyeluruh. Masyarakat miskin belum sepenuhnya memahami. Rekomendasi diupayakan perlu adanya update dan sinkronisasi data terpadu terhadap jumlah masyarakat miskin setiap tiga bulan sekali dengan melakukan koordinasi melalui Instansi Sosial

dengan Instansi Kesehatan dan Penyelenggara BPJS Kesehatan. Menempatkan petugas BPJS pada pusat layanan fasilitas kesehatan sebagai pelayan informasi bagi masyarakat miskin.

Kata Kunci: Aksesibilitas, Jaminan Kesehatan Nasional, Masyarakat Miskin

A. PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan permasalahan kesejahteraan sosial yang sangat kompleks dan multidimensional yang ditandai dengan ketidakmampuan secara ekonomi, keterbelakangan pendidikan dan kesehatan serta keterbatasan dalam mengakses fasilitas pelayanan kesejahteraan sosial yang diselenggarakan oleh pemerintah, demikian halnya dengan pelayanan kesehatan. Menurut Biro Pusat Statistik, jumlah penduduk miskin di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 28,61 juta jiwa, kemudian pada 2016 jumlah warga miskin sebanyak 27,76 juta sedangkan pada awal tahun 2017 ini penduduk miskin meskipun mengalami kenaikan menjadi 27,77 juta jiwa. Meskipun jumlah penduduk miskin mengalami penurunan yang fluktuatif, namun yang menjadi permasalahan adalah rasio jumlah penduduk miskin semakin meningkat seiring dengan pertumbuhan penduduk.

Kemiskinan sering dimaknai sebagai ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat tinggal pendidikan dan kesehatan. Masyarakat miskin dihadapkan pada persoalan klasik dimana kemampuan kehidupan yang terbatas pada dukungan layanan kesehatan dan pendidikan. Kebutuhan layanan kesehatan menjadi kebutuhan mutlak yang harus dipenuhi dimana secara konstitusi UU No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan bahwa setiap warga negara mempunyai hak yang sama, bermutu dan terjangkau dan setiap warga negara pun berkewajiban turut serta dalam program Jaminan Kesehatan. Hal inilah yang kemudian dapat menjembatani keadilan sosial bagi masyarakat miskin. Selama ini masyarakat miskin dihadapkan pada keterbatasan "aset dan akses" layanan kesehatan sehingga menyebabkan derajat kesehatan masyarakat miskin menjadi rentan dan kondisi yang mengkhawatirkan. Ibu hamil dan balita senantiasa memerlukan pelayanan kesehatan secara berkala. Keadaan tersebut seringkali dihadapi oleh masyarakat miskin sehingga

dimungkinkan bahwa perlu adanya proteksi sosial dalam pelayanan kesehatan. 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 adanya 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 marginal dan terpencil). Tingkat kemiskinan suatu rumah tangga ditandai dengan keterbatasan kepemilikan aset (*poor*) yang berkaitan 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.

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).

Secara konstitusi jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara dijamin dalam Undang-undang No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Dalam Undang-undang tersebut mengamanatkan bahwa setiap warga negara mempunyai hak yang sama dalam memperoleh atau mengakses kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Selain itu, setiap orang atau warga negara mempunyai kewajiban turut serta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Untuk memenuhi amanat tersebut, maka pemerintah membentuk Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No. 24 tahun 2011 tentang BPJS, mengamanatkan bahwa jaminan sosial kesehatan bagi seluruh rakyat dilaksanakan melalui program JKN yang diselenggarakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. Dengan diberlakukannya Undang-Undang No 24 Tahun 2011 Tentang BPJS, maka ada beberapa konsekuensi logis baik tentang peraturan perundang-undangan, penataan lembaga-lembaga pengelola jaminan sosial yang pernah ada sebelumnya, mekanisme dan prosedur serta persyaratan kepesertaan.

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 menetapkan bahwa BPJS menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial nasional yang ada di Indonesia yaitu asuransi jaminan kesehatan PT Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Undang-Undang BPJS mengamanatkan bahwa kepesertaan dalam BPJS kesehatan bersifat wajib sehingga setiap warga negara Indonesia dan warga negara asing yang sudah tinggal di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi peserta BPJS kesehatan. Setiap perusahaan wajib mendaftarkan pekerjanya menjadi peserta BPJS (Pasal 14/BPJS). Dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional melalui BPJS kesehatan menggunakan mekanisme asuransi sehingga setiap peserta wajib membayar iuran JKN setiap bulan untuk memperoleh manfaat layanan

pemeliharaan kesehatan. Kepesertaan tersebut bersifat mandiri dan berlaku secara perorangan. Bagi pekerja penerima upah pembayaran iuran sebesar 5 persen dari gaji dalam upah/bulan (PNS, TNI/Polri) dan bagi pekerja penerima upah. Selain itu sebesar 4,5 persen dari gaji/upah yang diterima per bulan. Bagi fakir miskin dan tidak mampu iurannya dibayar pemerintah.

Hadirnya Program Indonesia Sehat, Indonesia Pintar dan Keluarga Sejahtera yang dicanangkan oleh Presiden Joko Widodo telah memberikan jaminan kesejahteraan sosial bagi keluarga tidak mampu. Program tersebut diwujudkan dalam Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Indonesia Pintar (KIP) dan Kartu Keluarga Sejahtera (KKS). Dalam Konteks jaminan kesehatan bagi keluarga tidak mampu ini diwujudkan melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang secara sinergi berjalan dengan Program JKN. Implementasi JKN menegaskan bahwa bagi pemegang KIS merupakan peserta yang termasuk dalam daftar Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN ditambah peserta bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial dan bagi bayi baru lahir dari orang tua selaku peserta PBI meskipun dengan beberapa ketentuan. 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. Namun, nantinya PBI ini merupakan isi dari pemutakhiran data terpadu yang telah dilakukan oleh BPS, namun proses verifikasi dilakukan oleh Kementerian Sosial.

KIS secara bertahap akan menggantikan seluruh identitas dari peserta PBI seperti jamkesmas dan jamkesda sehingga hanya ada satu kepesertaan yaitu KIS dan bersinergi dalam PBI JKN. Penyelenggaraan KIS ini akan tetap dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan memanfaatkan data terpadu dari pusat sehingga dengan demikian ada perluasan

terhadap pemanfaatan KIS dengan bersinergi dan terintegrasinya pelayanan jaminan sosial kesehatan bagi keluarga tidak mampu. Namun dalam kenyataannya proses pemadanan data di beberapa wilayah di Indonesia masih mengalami kendala karena memerlukan koordinasi lintas instansi.

Peraturan Presiden No.111 tahun 2013 mengenai jenis iuran bagi masyarakat fakir miskin dan orang tidak mampu kepesertaan dalam BPJS kesehatan didaftarkan oleh pemerintah daerah atau pemerintah kota termasuk pembayaran iurannya. RSTM termasuk kategori fakir miskin sehingga iurannya dibayarkan oleh pemerintah (PBI) (Pasal 19 ayat 4 UU BPJS). BPJS kesehatan melaksanakan program JKN yang implementasinya mulai 1 Januari 2014. Sejak bulan Januari sampai dengan bulan April 2014 pemerintah melalui program BPJS kesehatan telah berhasil mengalihkan peserta *Existing* Askes sosial yaitu sebanyak 16,15 juta, jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas), TNI sebanyak 859.216 juta, Polri sebanyak 793.454 juta dan jamsostek sebanyak 8,4 juta (Sri Endang Tridarwati 2014). Pelaksanaan JKN dituangkan dalam Perpres No.12 tahun 2013 mengatur tentang pelaksanaan JKN. Peraturan Pemerintah No.101 mengatur tentang penerima bantuan iuran (PBI). Perpres No 12 tahun 2013 mengamankan Penerima Bantuan Iuran (PBI) ini adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.

Berbagai perubahan tersebut dapat dimaknai secara positif sebagai upaya pemerintah untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan melalui BPJS Kesehatan dengan program JKN, terutama bagi rumah tangga sangat miskin (RTSM) termasuk kategori miskin dengan berbagai keterbatasan, diantaranya dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini berakibat menurunnya derajat kesehatan keluarga miskin, sehingga berpengaruh terhadap produktivitas kerja mereka rendah maka kesejahteraan mereka rendah. Untuk mengatasi hal tersebut pemerintah telah mengupayakan berbagai program perlindungan dan jaminan sosial yang bertujuan untuk memperluas jangkauan dan peningkatan kualitas kesehatan keluarga bagi keluarga

miskin melalui program jaminan kesehatan masyarakat(jamkesmas) yang diimplementasi melalui program BPJS kesehatan sebagai peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan jaminan kesehatan daerah (jamkesda) bagi keluarga miskin yang di cover oleh pemerintah daerahnya.

Dalam konteks ini, mengenai implementasi penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional melalui program JKN telah dilakukan di berbagai daerah kabupaten/kota di Indonesia. Salah satunya adalah Kabupaten Purworejo Provinsi Jawa Tengah.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat kualitatif deskriptif untuk mendapatkan pemahaman tentang aksesibilitas keluarga sangat miskin. Pemahaman mengenai kompleksitas yang ada dalam interaksi manusia (Sugiyono,2006) dan secara khusus untuk mendapatkan informasi yang mendalam mengenai pelaksanaan layanan dalam program JKN terutama bagi RTSM yang mendapatkan kepesertaan sebagai PBI. Lokasi penelitian ditetapkan di Kabupaten Purworejo Provinsi Jawa Tengah karena secara wilayah dapat diakses oleh peneliti untuk mendapatkan gambaran implementasi program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sebagai PBI. Teknik penentuan informan (Lexy Moleong, 2002) dipilih secara purposive yakni keluarga sangat miskin yang mendapatkan layanan BPJS Kesehatan sebagai penerima subsidi kesehatan jaminan sosial sebagai bantuan dari iuran yang dikelola BPJS Kesehatan. Sebanyak 22 orang informan di pilih sebagai penerima bantuan iuran, perawat, pengelola puskesmas tersebut yang di temui di puskesmas Kabupaten Purworejo. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara terhadap dengan keluarga, pasien penerima bantuan di puskesmas yang ditemui dan pelaksana program serta aparat sosial dari instansi sosial yang ada di wilayah tersebut. Observasi juga dilakukan terhadap kondisi penerima bantuan iuran khususnya keadaan sosial ekonomi sehari-hari. Telaah dokumen dilakukan berkaitan dengan regulasi pemerintah mengenai implementasi program JKN dan BPJS Kesehatan, laporan kegiatan, hasil telaah baik dalam kerangka teoritik

penelitian maupun data praktis yang diperlukan baik dari puskesmas maupun instansi sosial. Analisis dilakukan dengan deskriptif kualitatif yang dikembangkan oleh Miles dan Huberman (Agus Salim, 2000) dengan memusatkan pada proses penemuan data dan informasi yang diperoleh dari lapangan mengenai aksesibilitas keluarga sangat miskin dalam program JKN melalui BPJS Kesehatan.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Kabupaten Purworejo

Kabupaten Purworejo terletak pada posisi 109 47'28' – 110 8'20' Bujur Timur dn 7 32' 7 54 Lintang Selatan. Secara administratif, wilayah Kabupaten Purworejo terbagi menjadi 16 kecamatan, 469 desa dan 25 kelurahan. Penduduk Kabupaten Purworejo sampai dengan tahun 2016 sebanyak 712.686 jiwa terdiri dari penduduk laki-laki sebanyak 343.644 jiwa dan perempuan sebanyak 351.783 jiwa. Batas wilayah Kabupaten Purworejo sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Kebumen, sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Magelang dan Kabupaten Wonosobo, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Kulonprogo Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dan sebelah selatan berbatasan dengan Samudera Indonesia. Kabupaten Purworejo memiliki ketinggian 200-300 meter di atas permukaan laut dengan curah hujan cukup. Dengan curah hujan cukup maka di daerah tersebut cocok untuk pertanian dan perkebunan. Secara topografi merupakan wilayah beriklim tropis basah dengan suhu antara 19 C -28 C, sedangkan kelembaban udara berkisar antara 70% - 90% dan curah hujan tertinggi pada bulan Desember. Luas wilayah Kabupaten Purworejo 1.034.82 Km², yang terdiri dari 2/5 wilayah tersebut merupakan daerah dataran rendah dan 3/5 wilayahnya berupa pegunungan. Di bagian utara wilayah Kabupaten Purworejo merupakan daerah berbukit atau pegunungan yang dikenal dengan sebutan Pegunungan Serayu. Pegunungan ini memanjang sampai pegunungan menoreh di Kabupaten Kulonprogo DIY. Kondisi daerah ini tanahnya kurang subur sehingga di daerah ini cocok untuk budidaya perkebunan (kopi, vanili dan buah-buahan) dan budidaya tanaman keras (jati, mahoni

dan sengon laut). Sedangkan wilayah di bagian selatan merupakan dataran rendah, berupa lahan pertanian berupa sawah yang cukup subur dan ditopang dengan irigasi yang baik, ditanami padi sehingga bisa panen dua kali setahunnya, selain itu juga ditanami tanaman palawija seperti jagung, ubi kayu dan sayuran.

Kedaaan PSKS dan PMKS

Dikabupaten Purworejo jumlah penyandang masalah kesejahteraan sosial yang ada lebih didominasi oleh keluarga fakir miskin. Data tersebut dapat dilihat pada tabel 1. dibawah ini.

Tabel 1

PMKS Kabupaten Purworejo			
No	Jenis PMKS	Jumlah Jiwa	Keterangan
1	Anak Balita Terlantar (ABT)	315	Jiwa
2	Anak Terlantar (AT)	290	Jiwa
3	Anak yang Mengalami Masalah Hukum (AMH)	39	Jiwa
4	Anak Jalanan (AJ)	156	Jiwa
5	Anak Dengan Kedisabilitas (ADK)	938	Jiwa
6	Lanjut Usia Terlantar	25.293	Jiwa
7	Penyandang Disabilitas	3.630	Jiwa
8	Korban Bencana Alam	8.103	-
9	Korban Bencana Sosial	18	-
10	Perempuan Rawan Sosial Ekonomi	2.225	Jiwa
11	Fakir Miskin	89.765	KK
12	Keluarga Bermasalah Sosial Psikologis	127	KK
13	Keluarga Berumah Tidak layak Huni	29.001	Jiwa

Sumber: Data Dinas Sosial Kabupaten Purworejo 2015

Jika di cermati data di atas menunjukkan bahwa penyandang masalah kesejahteraan sosial di Kabupaten Purworejo meliputi penyandang masalah kemiskinan, rumah tidak layak huni, keluarga rentan, disabilitas, gepeng dan WTS serta keluarga bermasalah social ekonomi sebagai akibat dari sebagai korban bencana sosial dan alam. Jika diperhatikan penyandang masalah kesejahteraan sosial yang paling dominan adalah

keluarga fakir miskin ada sebanyak 89.765 KK yang terdiri dari 292.973 jiwa, kemudian keluarga berumah tidak layak huni ada sebanyak 8.986 KK yang terdiri 29.001 jiwa. Masalah kemiskinan berkaitan erat dengan keberadaan rumah tidak layak huni, hal menandakan bahwa kemiskinan merupakan masalah yang sangat kompleks karena ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar perumahan, pendidikan dan kesehatan maupun juga kebutuhan lainnya. Untuk itu, keluarga perlu mendapat perhatian dari pemerintah melalui program pengentasan kemiskinan dan layanan jaminan sosial khususnya PBI, agar masyarakat miskin dapat mengakses kebutuhan layanan kesehatan, sehingga mereka dapat hidup sehat dan sejahtera. Keluarga fakir miskin menjadi determinan utama bahwa keluarga fakir miskin ini perlu mendapatkan pelayanan terutama kesehatan. Sangat beralasan apabila keluarga fakir miskin akan memiliki keterbatasan dalam mengakses fasilitas kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatannya.

Potensi sumber kesejahteraan sosial yang ada di Kabupaten Purworejo merupakan antitesis dari PMKS yang ada di wilayah tersebut. PSKS merupakan entitas penting dalam mengurangi kondisi PSKS yang selalu mengalami pasang surut sehingga PSKS menjadi instrumen penting dalam mengelola dan mengikis PKK yang justru kondisinya mengalami kenaikan. Pemerintah Daerah melalui dinas sosial perlu melibatkan PSKS sebagaimana dalam tabel 2 memberikan peta kekuatan PSKS yang ada di Kabupaten Purworejo. Pemerintah daerah sedapat mungkin untuk mendayagunakan secara optimal untuk mengentaskan PSKS masyarakat di lingkungannya.

Tabel 2

Potensi Sumber Kesejahteraan Sosial			
No	Jenis PMKS	Jumlah Jiwa	Keterangan
1	Pekerja sosial profesional	131	Jiwa
2	Pekerja sosial masyarakat	1.340	Jiwa
3	Taruna Siaga Bencana	24	Jiwa

4	Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS)	12	Unit
5	Karang Taruna	494	Buah
6	Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Sosial	1	unit
7	Keluarga Pionir	12.791	KK
8	wahana Kesejahteraan Sosial Berbasis Masyarakat (WKSMBM)	7	unit
9	Wanita Pemimpin Kesejahteraan Sosial	360	Jiwa
10	Penyuluh Sosial	99	Jiwa
11	Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK)	16	Jiwa
12	Dunia Usaha	64	KK

Sumber : Dinas Sosial Kabupaten Purworejo 2015

Pelayanan kesehatan yang diterima oleh keluarga fakir miskin pemerintah kabupaten purworejo memiliki infrastruktur pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan mencerminkan akan bentuk konkrit pelayanan kesehatan warga terutama yang berpihak pada keluarga miskin. Ketersediaan fasilitas kesehatan di Kabupaten Purworejo ini telah menunjukkan bahwa pemerintah memiliki akses layanan kesehatan. Diharapkan terutama bagi warga miskin dapat mengakses fasilitas kesehatan tersebut dengan mudah, terjangkau baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun lanjutan. Jika layanan kesehatan dapat diakses dan dijangkau maka tentunya derajat kesehatan masyarakat akan terawat dengan baik derajat kesehatan dan kehidupannya.

Tabel 3

Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kabupaten Purworejo

No	Fasilitas Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum Daerah	1
2	Rumah Sakit TNI/Polri	1
3	Puskesmas	27
4	Puskesmas Pembantu	64
5	Rumah Sakit Swasta/Klinik	9

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo 2014

Berdasarkan data PPLS Tahun 2011, Kabupaten Purworejo mendapatkan alokasi bantuan kesehatan bagi 258.689 jiwa sebesar

delapan miliar lebih. Selain itu didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai seperti ketersediaan rumah sakit sebanyak 11 unit RS, fasilitas kesehatan tingkat I sebanyak 27 Puskesmas dan 64 Puskesmas pembantu yang tersebar di 16 kecamatan. Penyediaan fasilitas kesehatan ini sangat vital bagi warga miskin di Kabupaten Purworejo karena akses kebijakan yang terbatas meskipun telah ada kebijakan pemerintah namun persoalan penyediaan fasilitas di tingkat rujukan kedua memiliki kelebihan kecanggihan teknologi sehingga perlu nya pelayanan yang optimal. Pemerintah Kabupaten Purworejo memberikan kebijakan yang cukup responsif dan berkeadilan dengan memberi rujukan di empat wilayah sebagai yaitu puskesmas /klinik/dokter keluarga regional utara diarahkan dirujuk pada RSIA Aisyiyah purworejo, regional timur diarahkan rujukannya pada RSUD Panti Waluyo, regional selatan diarahkan pada RSUD PKU Muhammadiyah Purworejo dan regional barat diarahkan rujukan pada RSUD Palang Biru Kutoarjo. Kebijakan yang dilakukan oleh pemerintah semata-mata demi aksesibilitas masyarakat berdasarkan wilayah dalam melakukan penjangkauan fasilitas kesehatan.

Kepesertaan Program JKN di Kabupaten Purworejo

Kepesertaan JKN terutama dari kalangan keluarga fakir miskin yang masuk sebagai PBI masih terus mengalami transisi dan upaya pemadanan data. Data yang diperoleh peneliti dari Dinas Kesehatan sebanyak 258.689 jiwa yang telah mendapatkan kuota jaminan kesehatan keluarga miskin yang diperoleh dari Tim Nasional Percepatan Pengentasan Kemiskinan (TNP2K) yang tersebar di 16 kecamatan. Peta persebaran keluarga miskin tersebut berada di kecamatan Bruno, Butuh, Purworejo, Bener dan Gebang serta Kemiri. Kecamatan tersebut yang memiliki jumlah PBI didominasi oleh keluarga fakir miskin dalam program JKN. Untuk lebih jelasnya peta persebaran terhadap jaminan sosial kesehatan sebagai PBI dari program JKN ini dalam dalam tabel 4.

Tabel 4
Persebaran Jumlah Penduduk
Rumah Tangga Sangat Miskin Penerima Bantuan
Iuran

No	Kecamatan	Puskesmas	Kuota
1	Grabag	Grabag	16.142
2	Ngombol	Ngombol	8.986
3	Purwodadi	Bubutan dan Brogolan	10.822
4	Bagelen	Bagelen dan Dadirejo	10.242
5	Kaligesing	Kaligesing	12.446
6	Purworejo	Cangkrep, Miranti dan Purworejo	17.094
7	Banyu urip	Banyu Urip, Seboro Krapyak	10.527
8	Bayan	Bayan	19.064
9	Kutoarjo	Kutoarjo, Semawung dalam	12.314
10	Butuh	Wirun, Butuh, Sruwuh Rejo	19.917
11	Kemiri	Kemiri, Winong	22.252
12	Pituruh	Pituruh, Karanggetas	16.039
13	Bruno	Bruno	26.519
14	Gebang	Gebang	17.281
15	Loano	Loano dan Banyuasin	14.682
16	Bener	Bener	24.262
Jumlah			258.689

Pada saat melakukan kegiatan pengumpulan di lapangan peneliti menemukan berdasarkan laporan dari pemerintah provinsi sebagaimana yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan bahwa dari jumlah penduduk yang telah mendapatkan kuota sejumlah 258.689 jiwa tersebut didapatkan sejumlah 5.438 kartu atau pemilik yang perlu menjadi substitusi atau pun pengganti dikarenakan meninggal dunia, berpindah atau alamat tidak ditemukan, ternyata menjadi anggota POLRI/TNI atau pun PNS. Oleh karena itu sebagai bentuk keadilan maka sebanyak kartu yang ada digantikan dengan keputusan pemerintah berdasarkan atas kriteria miskin dan mengalami kerentanan penyakit kronis. Ketentuan tersebut tertuang dalam keputusan Bupati Purworejo. Namun setelah melalui proses validasi maka ditetapkan sejumlah 3.119 orang pengganti. Kepesertaan rumah tangga miskin menjadi peserta PBI menjadi suatu bentuk keadilan pemerintah dengan mengedepankan sisi kemanusiaan. Alokasi yang diterima Kabupaten Purworejo pada

akhir bulan April 2014 sebagaimana tercatat bahwa Dinas kesehatan melaporkan bahwa kepesertaan penduduk Kabupaten Purworejo sebagai peserta JKN adalah 311.358 jiwa.

Kebijakan Pemerintah daerah melalui Peraturan Bupati Nomor 21 Tahun 2014 telah menegaskan bahwa warga masyarakat miskin yang belum mendapatkan program perlindungan sosial dan kesehatan akan di *back up* oleh program daerah melalui program jaminan kesehatan daerah (jamkesda). Hal ini untuk mengantisipasi bahwa kondisi ekonomi sosial bagi keluarga dengan golongan ekonomi menengah ke bawah tentunya rentan mengalami keguncangan keadaan ekonomi dan sosialnya. Atas dasar kebijakan itulah program jamkesda diharapkan dapat menjembatani kekurangan atas kuota yang telah disediakan oleh pemerintah pusat. Berdasarkan keterangan dari dinas sosial dan dinas kesehatan bahwa alokasi anggaran yang di berikan sebagai operasional kebijakan tersebut sejumlah Rp.3.850.000.000,- dari APBD. Dana tersebut dialokasi sebagai langkah kebijakan yang meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, transportasi kesehatan dan pemulasaran jenazah.

Karakteristik Informan

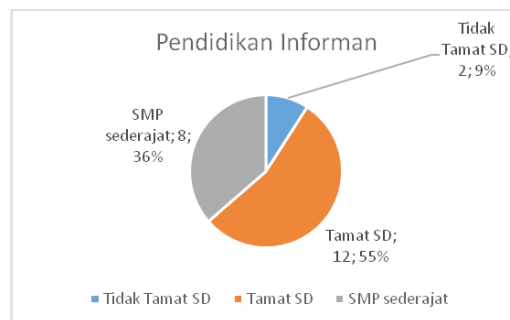
Untuk mengetahui karakteristik informan dari penelitian penerima bantuan sosial jaminan kesehatan di Kabupaten Purworejo dapat diketahui dari data informan penerima bantuan atau peserta PBI JKN maupun Jamkesda yang meliputi; Tingkat pendidikan kepala keluarga, penghasilan, kondisi tempat tinggal, sarana penerangan, MCK, air minum, pemenuhan kebutuhan makan, pakaian, penggunaan bahan bakar untuk memasak dan kepemilikan tabungan. Karakteristik ini penting guna mengetahui kondisi sosio kultural ekonomi dari masyarakat miskin penerima PBI JKN.

Tingkat Pendidikan

Indikator fakir miskin lain adalah tingkat pendidikan tertinggi kepala rumah tangga adalah tidak sekolah, tidak tamat SD atau hanya SD. tingkat pendidikan penerima bantuan sosial jaminan kesehatan di Kabupaten Purworejo tertinggi atau sebanyak 12 orang setingkat SD, tetapi ada yang tidak tamat bahkan 2 orang tidak

pernah sekolah. Informan yang berpendidikan setingkat SMP terdapat 8 orang. Hal tersebut cukup miris karena memang kondisi pendidikan rumah tangga sangat miskin tentu menghalangi mereka untuk menempuh pendidikan yang lebih tinggi. Dari tingkat pendidikan kepala keluarga maka sudah tentu menjadi salah satu peserta sebaga PBI JKN.

Diagram 1
Tingkat Pendidikan



Sumber : Olah data Primer 2015

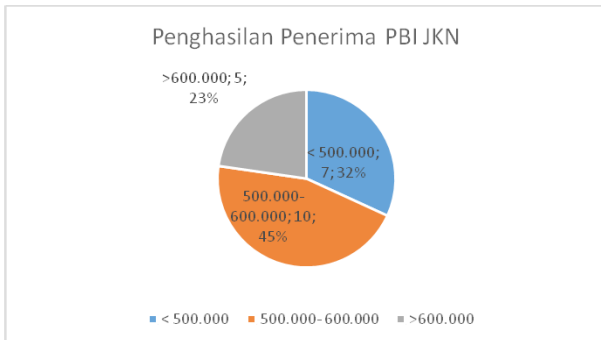
Penghasilan Keluarga Peserta PBI JKN

Penerima PBI JKN pada umumnya bekerja di sektor informal bahkan dapat dikatakan serabutan atau tenaga kasar, seperti buruh (bangunan, tani, buruh pekebun), sektor jasa yaitu tukang pijat, tukang cuci dan tukang becak, buruh pembantu serta berjualan di pasar. Dari pekerjaan yang digelutinya informan mengutarakan penghasilan mereka tentunya berubah-ubah, sepuluh orang menyatakan kira kira memperoleh penghasilan berkisar Rp 500.000–Rp 600.000 perbulan. 5 orang mengatakan bila setiap hari ada pekerjaan, penghasilan bisa mencapai Rp 600.000 – Rp 700.000. sedangkan tujuh orang memperoleh penghasilan kurang dari Rp 500.000. Cukup miris dengan keadaan penghasilan yang diperoleh oleh keluarga PBI JKN, karena 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 akan cukup untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Penjelasan selanjutnya mengenai frekuensi makan harian, informan menyatakan hanya bisa makan satu sampai dua kali sehari dengan menu seadanya, lauk seringkali

tempe tahu dan sayur bahkan sering ikan asin dan krupuk. Menurut pengakuan beberapa informan mereka hanya makan daging tatkala ada rejeki diberi oleh tetangga atau saat saat momen hari raya tiba mereka dapat menikmatinya.

Grafik 2

Penghasilan Keluarga Penerima PBI JKN



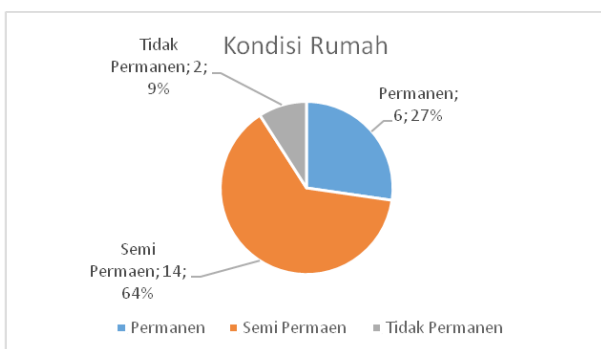
Sumber : Oleh data primer 2015

Kondisi Tempat Tinggal

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. Grafik 3 menunjukkan sebagian besar informan penerima bantuan jaminan kesehatan bertempat tinggal dengan kondisi rumah semi permanen sebanyak 14 orang (64 persen) sedangkan yang tidak permanen hanya dua orang atau 9 persen sedangkan sisanya 6 orang (27 persen) menggunakan bahan permanen.

Grafik 3

Kondisi Rumah Informan



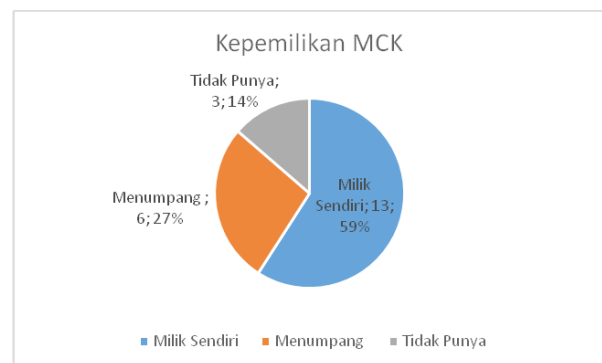
Sumber : Olah Data Primer 2015

Sarana kepemilikan MCK

Sanitasi yang baik adalah salah satu syarat dalam hidup sehat dan bersih. Ketersediaan sarana MCK memberikan gambaran mengenai kondisi kebersihan lingkungan yang selalu terjaga. Dengan kepemilikan atau pun pola menjaga kesehatan dan kebersihan lingkungan maka akan menjamin derajat kesehatan warga miskin tersebut. Dari aspek kesehatan, setiap rumah tangga dianjurkan memiliki sarana MCK untuk menjaga lingkungan yang bersih dan sehat. Dari grafik 4 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. Keterangan perolehan data tentang sarana kepemilikan MCK diperoleh dari pengakuan informan kepada peneliti.

Grafik 4

Sarana Kepemilikan MCK



Sumber : Data Primer 2015

Aksesibilitas Keluarga Miskin dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional

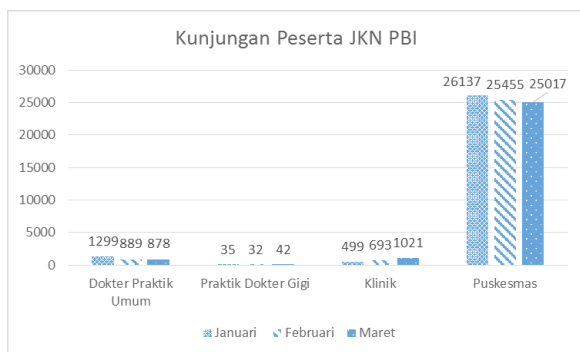
Pelayanan kesehatan terutama bagi rumah tangga sangat miskin akan mendapatkan pelayanan tatkala melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan. Beragam jenis layanan kesehatan yang diterima oleh peserta JKN khususnya peserta PBI sama dengan kepesertaan yang bersifat mandiri sehingga dengan demikian prinsip keadilan dan subsidi silang berlaku pada sektor kesehatan. Beberapa persyaratan dan tata

cara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terutama bagi warga miskin sebagai peserta PBI yang dibiayai oleh pemerintah melalui BPJS dan jamkesda adalah wajib memiliki kartu sebagai PBI JKN dan bersifat mutlak yang pelayanannya dengan melampirkan KTP Asli dan KK yang masih berlaku. Pelayanan kesehatan bagi penerima PBI JKN ini sama dengan peserta yang mendapatkan program jaminan kesehatan daerah (jamkesda) sehingga tidak ada pembeda dalam hal pelayanan bagi warga miskin baik PBI maupun peserta Jamkesda. Dalam hal persyaratan bagi penerima jamkesda adalah bagi mereka yang bukan sebagai PBI namun dikecualikan melalui surat keterangan miskin yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang yaitu Dinas Sosial. Surat keterangan miskin tersebut hanya berlaku selama enam (6) bulan dan harus diperpanjang jika ingin untuk melanjutkan keperluannya.

Masyarakat miskin tentunya akan merasakan manfaat tatkala kondisi kesehatannya terganggu. Pemanfaatan Kartu JKN (Jamkesmas) merupakan wujud jaminan sosial kesehatan. Pelayanan kesehatan pada faskes I terdiri dari Dokter Praktik Umum, Praktik Dokter Gigi, Klinik dan Puskesmas. Berdasarkan data yang direkap oleh Dinas Kesehatan Purworejo dapat dilihat pada kurun waktu Januari hingga Maret berdasarkan penelitian ini dilakukan adalah sebagai berikut:

Grafik 5

Rekap Kunjungan Peserta PBI JKN pada Faskes I



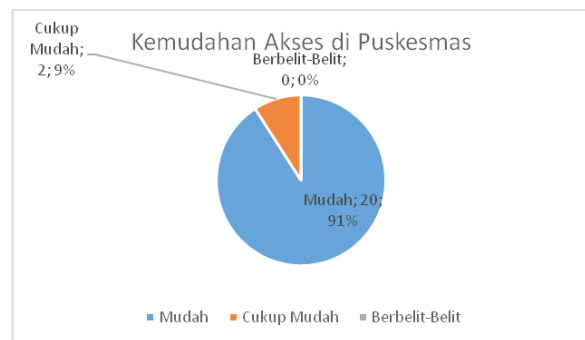
Sumber : Data Dinas Kesehatan Kab Purworejo 2014

Berdasarkan pada grafik tersebut mayoritas penerima jamkesmas atau peserta PBI JKN melakukan kunjungan baik rawat jalan maupun rawat inap pada fasilitas kesehatan tingkat

pertama ke puskesmas. Hal ini memberikan gambaran bahwa puskesmas merupakan fasilitas yang merakyat dan mudah diakses. Puskesmas merupakan satu fasilitas yang banyak dikenal oleh masyarakat umum terutama bagi masyarakat miskin bahwa puskesmas merupakan fasilitas yang dapat diakses secara mudah oleh masyarakat miskin. Dari 22 Responden yang memberikan tanggapan terhadap kunjungan. Kesemuanya lebih sering melakukan kunjungan ke fasilitas puskesmas dari pada sarana lainnya. Hal ini menjadi justifikasi bahwa puskesmas merupakan tempat pilihan masyarakat dalam memeriksakan kesehatannya selama ini. Berdasarkan data yang diperoleh informan mengenai kemudahan dalam mengakses puskesmas dalam program JKN dapat digambarkan dalam grafik berikut:

Grafik 6

Kemudahan Akses Layanan di Puskesmas



Sumber : Data Primer 2015

Mayoritas informan yang ditemui khususnya di puskesmas yang mendapatkan baik rawat jalan maupun rawat inap mengemukakan kemudahan akses layanan di puskesmas. Sebanyak 20 orang informan mengaku mendapatkan kemudahan meskipun menggunakan kartu jamkesmas yang berwarna kuning tersebut. Meskipun mereka merasakan bahwa mereka merasa kurang mampu atau pun ragu terhadap pelayanan puskesmas karena menggunakan jamkesmas atau pun jamkesda. Selama ini dalam benak mereka pelayanan kesehatan hanya diberikan secara baik hanya kepada orang-orang yang memiliki uang untuk bisa merasakan layanan kesehatan. Hal tersebut menjadi stigma bahwa biaya kesehatan itu mahal bagi masyarakat miskin. Bagi pemerintah daerah wujud kemudahan diberikan dengan

regulasi pemerintah daerah melalui keputusan Bupati tersebut sehingga masyarakat miskin diberikan kemudahan dalam mengakses jaminan kesehatan.

Klaim dan Ketersediaan Informasi sebagai Wujud Aksesibilitas Warga Miskin

Klaim terhadap jenis pelayanan yang telah diberikan oleh fasilitas kesehatan biayanya diatur sesuai dengan regulasi yang ada. Pembiayaan yang diakibatkan oleh warga miskin berdasarkan keterangan dari informan dinas sosial yaitu Ibu RA menjelaskan:

“ masyarakat miskin telah diberikan jaminan kesehatan berupa PBI JKN yaitu jamkesmas dan jamkesda. Pembiayaan untuk PBI JKN sepenuhnya dari BPJS Kesehatan, sedangkan untuk peserta Jamkesda sekitar 40 persen berasal dari subsidi pemerintah provinsi dan 60 persen menjadi tanggungan pemerintah daerah Kabupaten Purworejo” (Ibu RA. Pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo)

Sedangkan untuk pelayanan selain rawat jalan menjadi tanggungjawab bersama antara pemerintah daerah dengan pasien dengan ketentuan pertama pembiayaan yang menjadi tanggungjawab pemerintah daerah adalah pelayanan rawat inap dengan biaya penggantian sebesar 50 Persen dari total biaya maksimal sebesar Rp.3.000.000,- sedangkan pelayanan kesehatan terhadap penyakit khusus diberikan penggantian biaya 75 persen dari total biaya sebesar 7.000.000. Oleh karena itu si pasien dalam hal ini menambahkan kekurangannya dari nilai subsidi yang diberikan. Sementara Pembiayaan rawat jalan tetap menjadi tanggungjawab penuh pemerintah daerah. Namun disisi lain berdasarkan hasil pengamatan peneliti dilapangan pasien yang mendapatkan keringanan dari jamkesda sudah merasa bersyukur dengan tidak membengkaknya biaya yang harus dikeluarkan karena telah mendapatkan kartu jamkesda. Sedangkan untuk pemegang kartu jamkesmas telah di *backup* sepenuhnya melalui kepesertaan PBI JKN.

Ketersediaan informasi yang jelas memberikan kepercayaan bagi masyarakat miskin untuk dapat memperoleh kejelasan tentang

pelayanan jaminan sosial yaang telah diberikan pemerintah atau negara melalui PBI JKN tersebut. Dengan demikian masyarakat tentunya akan lebih *aksesible* dalam pemanfaatan kepesertaanya dalam JKN apabila ada informasi yang *reliable* dan bisa memberikan pemahaman kepada masyarakat miskin. Keberadaan ruang informasi terpadu antara pihak penyedia layanan tingkat pertama dengan pihak BPJS perlu dilakukan sehingga arena informasi tersebut dapat dijadikan sebagai instrumen komunikasi dua arah antara pihak provider dengan pasien PBI JKN.

D. SIMPULAN

Implementasi program jaminan sosial yang diberikan oleh masyarakat miskin yang menerima jaminan kesehatan telah memberikan kemudahan bagi masyarakat miskin. Pengetahuan yang terbatas dari masyarakat miskin menjadi kelemahan dalam memahami realisasi jaminan sosial kesehatan. Keterbatasan akses dan aset yang dimiliki telah menunjukkan bahwa masyarakat miskin menjadi peserta penerima bantuan iuran dalam program JKN. Penyelenggara Jaminan sosial melalui BPJS Kesehatan berkolaborasi dengan penyelenggara jaminan kesehatan daerah merupakan kebijakan *bottom up* yang dilakukan pemerintah daerah. Implementasi jaminan kesehatan bagi warga masyarakat miskin dapat meringankan beban kehidupan untuk dialihkan pada kebutuhan dasar lainnya semisal pendidikan. Oleh karena itu masyarakat telah dengan mudah menjangkau fasilitas kesehatan ketika mengalami sakit. Rekomendasi penelitian ini berdasarkan hasil penelitian diupayakan proses pemadanan data sebagai peserta PBI JKN dapat lebih *akuntable* melalui proses verifikasi dan pemadanan data terpadu berdasarkan Basis Data Terpadu (BDT). Proses pemutakhiran data dilakukan setidaknya minimal 3 bulan sekali sehingga kepesertaan sebagai penerima bantuan dapat di kendalikan oleh pemerintah daerah. Perlunya ruang informasi terpadu antara pihak BPJS kesehatan sebagai provider klaim dan regulasi pembiayaan dengan pihak fasilitas layanan kesehatan tingkat pertama sehingga dapat lebih informatif terkait layanan kesehatan baik bagi kepesertaan mandiri dan

penerima bantuan iuran. Ucapan terimakasih disampaikan kepada pihak yang telah membatu penelitian antara lain Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo, Dinas Sosial, Penyelenggara BPJS Kesehatan yang telah memberikan dukungan data kepada penulis.

UCAPAN TERIMA KASIH

Diucapkan terima kasih dan penghargaan setingginya kepada sumber data penelitian, redaksi, dan mitra bestari atas terselesaikannya dan terbitnya artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik, 2017 Penduduk Miskin Indonesia
- Badan Pusat Statistik, 2016 Penduduk Miskin Indonesia
- Badan Pusat Statistik, 2015 Penduduk Miskin Indonesia
- Edi Suharto. (2004) *Isu-Isu Tematik Pembangunan Sosial: Konsepasi Dan Strategi*, Jakarta, Balitbangsos- Departemen Sosial RI
- Lexy Moleong (2002) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Banjarmasin PT Remaja Rosdakarya
- Sugiyono (2006) *Statistika untuk Penelitian*. Alfabeta: Bandung
- Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D*. Penerbit Alfabet Bandung
- Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo, 2014. Laporan Pelaksanaan Program Pembiayaan Kesehatan di Kabupaten Purworejo Tahun 2014
- Undang Undang No 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial
- Undang Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- Undang Undang No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Menteri Kesehatan No 69 tentang Standar tarif pelayanan pada kesehatan di faskes primer dan faskes lanjutan

Perpres No 12 Tahun 2013 serta perubahan menjadi Perpres No 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan pemerintah no 101 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Peraturan Bupati Nomor 21 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Purworejo

TNP2K, NASIONAL Kontan .co.id/news/penduduk miskin 2013

Web site :

<http://www.purworejokab.go.id/attachments/article/4018/Demografi.pdf> diakses pada 9 Oktober 2016

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/42432/Chapter%20II.pdf?sequence=4> diakses pada 6 januari 2016

<http://cahyageo.blogspot.co.id/2012/04/aksesibilitas.html> diakses pada 8 Mei 2016