AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN PROGAM BPJS KESEHATAN DI KELURAHAN KRANDEGAN KABUPATEN BANJARNEGARA

SKRIPSI

untuk memperoleh gelar Sarjana Pendidikan

Oleh
Candra Rahmarini
NIM. 3301414006

JURUSAN POLITIK DAN KEWARGANEGARAAN

FAKULTAS ILMU SOSIAL

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2019

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi ini telah disetujui oleh pembimbing untuk diajukan ke Sidang Panitia Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Sosial Unnes pada:

Hari : Senin
Tanggal : 9 September 2019

Pembimbing I,

Moh. Aris Munandar, S.Sos., M.M.
NIP. 197207242000031001

Mengetahui,
Sekretaris Jurusan Politik dan Kewarganegaraan

Andi Suhardiyanto S.Pd., M.Si
NIP. 19761011 200604 1 002

PENGESAHAN KELULUSAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan sidang Panitia Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Semarang pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 25 September 2019

Penguji I

Drs. Slamet Sumarto, M.Pd.
NIP. 19610127 198601 1 001

Penguji II

Andi Suhardiyanto S.Pd., M.Si
NIP. 19761011 200604 1 002

Penguji III

Moh. Aris Munandar, S.Sos., M.M.
NIP. 19720724 200003 1 001

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Sosial

Dr. Moh. Solehatul Mustofa, M.A.
NIP. 19630802 198803 1 001

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi yang berjudul *Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandegan Kabupaten Banjarnegara* benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya orang lain, baik sebagian dan seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, September 2019

Candra Rahmarini
NIM. 3301414006

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

- Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan suatu kaum kecuali mereka merubah keadaan yang ada di diri mereka sendiri (QS. Ar Ra'd : 11)

Persembahan:

1. Orang Tua Bapak Yulianto, Mamah Aria, Almarhun Nenek saya Aryati, Kakak saya Alfiana Hikmawati, dan Saudara kembar saya Kartika Rahmarani
2. Kakek Suwarno, Nenek Sri Trisnainingsih
3. Almamaterku, dan orang-orang yang terlibat dalam pembuatan skripsi ini.

SARI

Rahmarini, Candra. 2019. *Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandegan Kabupaten Banjarnegara*. Skripsi. Jurusan Politik dan Kewarganegaraan, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing: Moh. Aris Munandar, S.Sos, MM.

Kata Kunci: Akses Masyarakat Miskin, Pelayanan Kesehatan, BPJS Kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar yang bersifat esensial yang harus dipenuhi oleh setiap manusia tidak terkecuali oleh keluarga miskin. Penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin selain ketidakcukupan pangan adalah keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan. Problem keterbatasan akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan harus segera diatasi. Dengan adanya program BPJS Kesehatan, semua masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan Kabupaten Banjarnegara diharapkan dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu.

Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan kualitatif. Fokus penelitian ini adalah (1) bagaimana akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandegan Kabupaten Banjarnegara; (2) faktor-faktor apa yang menjadi kendala masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan untuk ikut serta dalam program BPJS Kesehatan. Pengumpulan data penelitian ini dengan wawancara, observasi dan dokumentasi. Keabsahan data dengan triangulasi. Analisis data menggunakan analisis model interaktif.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang menjadi peserta PBI BPJS Kesehatan kini semakin mudah menggunakan layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Hal ini menunjukkan bahwa akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandegan Kabupaten Banjarnegara sudah semakin baik. Meskipun demikian masih dijumpai beberapa kendala yang mengakibatkan masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan tidak mengikuti program BPJS Kesehatan. Kendala tersebut antara lain karena masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan tidak tahu program BPJS Kesehatan, tidak memiliki kartu identitas dan jarak fasilitas pelayanan kesehatan mitra BPJS Kesehatan yang jauh dengan tempat tinggal. Dari hasil penelitian, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut: (1) kepada pemerintah Kelurahan Krandegan perlu mengusulkan kepada Disnakertransos Kabupaten Banjarnegara agar masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan yang belum menerima jaminan kesehatan PBI BPJS Kesehatan bisa menerimanya; (2) kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan cabang Banjarnegara sebagai operator dalam penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional, hendaknya memberikan sosialisasi secara menyeluruh, sehingga semua masyarakat bisa tahu dan memahami program BPJS Kesehatan; (3) kepada masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan hendaknya memanfaatkan adanya program BPJS Kesehatan sehingga implementasi program BPJS Kesehatan dapat

sesuai dengan tujuan; (4) Kepada Pemerintah Kabupaten Banjarnegara hendaknya mengupayakan agar semua pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Banjarnegara agar bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, sehingga bisa mempermudah masyarakat peserta BPJS Kesehatan untuk mengakses pelayanan kesehatan.

ABSTRACT

Rahmarini, Candra. 2019. *Poor People's Access to Health Services The Health BPJS Program in Krandegan Village Banjarnegara District*. Skripsi. Politic and Civic Department, Social ScienceFaculty. Mentor: Moh. Aris Munandar, S.Sos, MM.

Keyword: Health Acces, Poor Families, Health Services

Health is an essential basic need that must be completed by every people, no exception for poor families. The main cause of the low health status of the poor in addition to food insufficiency is limited access to health services. The problem of limited access of the poor to health services must be addressed immediately. With the BPJS Health program, all poor people in the Krandegan Village in Banjarnegara Regency are expected to be able to reach quality health services.

This research uses qualitative approach. The focus of this research is (1) how the poor access to health service BPJS Health program in Krandegan Village Banjarnegara Regency; (2) what factors are the obstacles for the poor in the Kranegan Village to participate in the BPJS Health program. Data collection used in this research is interview, observation and documentation. The data validity used in this research is triangulation. Data analysis used in this research is by using interactive model analysis.

The result of this research showed that the poor who are PBI BPJS Health participants now find it easier to use health services that fit their needs. This shows that the access of the poor to health services BPJS Health program in Krandegan Village, Banjarnegara Regency is getting better. Even so, there were still some obstacles that resulted in the poor in the Krandegan Village not participating in the BPJS Health program. These constraints are partly because the poor in the Krandegan Kelurahan do not know the BPJS Health program, do not have an identity card and the distance of the BPJS Health partner's health service facilities is far from where they live. From the results of the study, the researchers gave the following suggestions: (1) the Krandegan Kelurahan government should propose to the Banjarnegara District Manpower and Transmigration Office so that the poor in the Krandegan Kelurahan who have not yet received PBI BPJS Health insurance can receive it; (2) to the Social Security Organizing Agency (BPJS) of the Banjarnegara branch as the operator in organizing the National Health Insurance, should provide comprehensive socialization, so that all people can know and understand the BPJS Health program; (3) the poor in the Krandegan Village should utilize the BPJS Health program so that the implementation of the Health BPJS program can be in accordance with the objectives; (4) The Government of Banjarnegara Regency should strive for all health services in Banjarnegara District to cooperate with BPJS Health, so that it can facilitate the community participating in BPJS Health to access health services.

PRAKATA

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandegan Kabupaten Banjarnegara*. Penulis menyadari sepenuhnya skripsi ini tidak akan tersusun dengan baik tanpa bantuan dari banyak pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Fathur Rokhman, M.Hum, Rektor Universitas Negeri Semarang yang telah berkenan memberikan kesempatan untuk menjadi Mahasiswa Universitas Negeri Semarang.
2. Bapak Dr. Moh. Solehatul Mustofa, MA., Dekan Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Semarang yang telah mengelola akademik, kemahasiswaan dan sarana prasarana perkuliahan di lingkungan fakultas;
3. Bapak Drs. Tijan, M.Si., selaku Ketua Jurusan Politik dan Kewarganegaraan Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Semarang yang telah mendukung mahasiswanya menjadi pribadi yang berkarakter dan berprestasi;
4. Bapak Moh. Aris Munandar, S.Sos, MM, selaku dosen pembimbing, yang selalu sabar memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis selama proses bimbingan dalam menyususn skripsi ini.
5. Dosen Penguji I Bapak Drs. Slamet Sumarto, M.Pd. dan II Bapak Andi Suhardiyanto, S.Pd, M.Si., yang telah memberikan bimbingan serta saran yang bermanfaat dalam penulisan skripsi ini;

6. Seluruh dosen Politik dan Kewarganegaraan Negeri Semarang atas bekal pengetahuan yang telah diberikan;
7. Kantor Kelurahan Krandegan dan RSUD Hj. Anna Lasmanah atas kerjasama dalam proses penelitian.
8. Kedua orang tuaku, Bapak Yulianto dan Mamah Aria serta kakak ku Alfiana Hikmawati, dan saudara kembarku Kartika Rahmarani;
9. Simbah Warno dan Simbah Sri Trisnainingsih yang mendukung penuh agar penulis selalu semangat menjalani kuliah, Budhe Eni yang selalu memberikan kekuatan, serta keluarga besar Bani Wiryosukarto dan Bani Abu Ngamar;
10. Saudara-saudaraku yang mencintaiku, Carissa Widya, Anisa Febriana, Arum Swasanti yang selalu memberikan semangat meskipun dari jarak jauh;
11. Fitri Kholifah Vebriani, Yunia Isnaini, Miftakhunisa Afwaningrum, Putri Anjar, Afis Della yang selalu ada disetiap revisian skripsi ini;
12. PKN angkatan 2014 terutama Rombel 1 serta semua yang terlibat dalam pembuat skripsi ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada semua pihak yang terkait dalam penyusunan skripsi ini. Penulis selalu berdoa semoga dengan diselesaikannya skripsi ini akan memberikan manfaat bagi penulis khususnya, dan semua pihak pada umumnya.

Semarang, September 2019

Candra Rahmarini
NIM. 3301414006

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL……..……..……...i

PERSETUJUAN PEMBIMBING…….……..…ii

PENGESAHAN KELULUSAN.....iii

PERNYATAAN…….……iv

MOTTO DAN PERSEMBAHAN….……..v

SARI……..…….……..……...vi

ABSTRACT...……...viii

PRAKATA...……...ix

DAFTAR ISI…….……..xi

DAFTAR BAGAN…….……..xiii

DAFTAR TABEL……..……...xiv

DAFTAR GAMBAR…….……....xv

DAFTAR LAMPIRAN……..…….……..xvi

BAB I PENDAHULUAN…….……..….1

A. Latar Belakang……..……...1
B. Rumusan Masalah..……..8
C. Tujuan Penelitian.…….……....8
D. Manfaat……...…9
E. Batasan Istilah……..……....10

BAB II TINJAUAN PUSTAKA…….……...12

A. Deskripsi Teoretis……..12

1. Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan...……12

2. Masyarakat Miskin……15

3. Pelayanan Kesehatan…….23

4. Kebijakan Sosial……35

5. BPJS Kesehatan…….43

B. Kajian Hasil yang Relevan…….51

C. Kerangka Berfikir……..…….54

BAB III METODE PENELITIAN…...……..57

A. Latar Penelitian…….57

B. Fokus Penelitian…….57

C. Sumber Data……...59

D. Alat dan Teknik Pengumpulan Data……..……...60

E. Keabsahan Data.……....64

F. Teknik Analisis Data.……....66

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN……..……....68

A. Hasil Penelitian…….……68

B. Pembahasan……..……112

BAB 5 PENUTUP…….……...121

A. Simpulan....…..……..……..121

B. Saran…….…122

DAFTAR PUSTAKA…….……124

LAMPIRAN……127

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Berfikir……56
Bagan 3.1 Komponen Analisis Data……67
Bagan 4.1 Prosedur Mengakses Layanan……91

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Data demograsi berdasarkan populasi…..…….69

Tabel 4.2 Data demogradi berdasarkan pendidikan…….….69

Tabel 4.3 Komposisi pendusuk miskin……..……...…….70

Tabel 4.4 Distribusi kuota peserta PBI……..……...……...…….75

Tabel 4.5 Jumlah fasilitas kesehatan……...…….94

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Ruang tunggu puskesmas……..…..……...87

Gambar 4.2 Ruang laborat dan konseling…….....……...88

Gambar 4.3 Halaman parkir puskesmas...…….....……...88

Gambar 4.4 Loket pendaftaran RSUD Hj. Anna Lasmanah...……...89

Gambar 4.5 Ruang tunggu……...…….....……...90

Gambar 4.6 Halaman parkir RSUD Hj. Anna Lasmanah....…...……...90

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Keputusan Dekan FIS Unnes...……...128

Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian di RSUD Hj. Anna Lasmanah.……..…….129

Lampiran 3 Surat Keterangan telah Melakukan Penelitian…..……...……130

Lampiran 4 Instrumen Penelitian...……...……...……131

Lampiran 5 Hasil Wawancara...……...……...……..…142

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap orang karena setiap aspek kehidupan berhubungan dengan kesehatan. Kesehatan juga merupakan Hak Asasi Manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia, sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Sebagaimana tercantum dalam UUD 1945 pasal 28H menyatakan bahwa "setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Oleh karena itu setiap individu, keluarga, dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Kesehatan juga mendukung keberhasilan dalam pembangunan nasional. Pembangunan di bidang kesehatan merupakan salah satu upaya pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, sehingga terwujud derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilakukan berdasarkan prinsip non-diskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia di Indonesia,

peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa serta pembangunan nasional. Serta upaya meningkatkan pembangunan di bidang kesehatan, diperlukan tenaga kesehatan serta sarana dan prasarana kesehatan yang sangat penting untuk menunjang kesehatan masyarakat, salah satunya pada lembaga kesehatan yaitu puskesmas.

Indonesia adalah negara yang masih menghadapi problema kemiskinan akut. *Badan Pusat Statistik Indonesia* (BPS) memproyeksikan jumlah penduduk miskin pada tahun 2018 mencapai 25,95 juta orang (9,82%). Jumlah ini menurun sekitar 633,2 ribu orang dibandingkan hasil survey pada September 2017 dimana jumlah masyarakat miskin sebesar 26,58 juta orang (10,12%).

Kemiskinan dan kesehatan merupakan dua hal yang sangat berkaitan satu sama lain. Meskipun keduanya tidak berhubungan secara langsung namun sekarang dapat dikaji keterkaitan antara keduanya. Dalam suatu masyarakat tentunya dapat dibedakan mana yang merupakan tergolong sebagai masyarakat kaya, menengah, dan miskin. Adanya penggolongan tersebut juga berimbas dalam masalah aspek kehidupannya, termasuk aspek kesehatan.

Mengacu pada Undang-Undang yang berkaitan yakni pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan terlihat bahwa regulasi yang ada sesungguhnya sudah mengatur dengan gambling terkait hak-hak dan kewajiban terutama pemerintah baik pusat maupun daerah untuk mampu memberikan pelayanan khususnya di bidang kesehatan

terhadap masyarakat secara luas dengan maksimal dan sebaik mungkin. Berkaitan pula dengan apa yang tercantum dalam konstitusi kita bagaimana seharusnya rakyat atau masyarakat memperoleh jaminan itu.

Masyarakat miskin cenderung memiliki derajat kesehatan yang rendah. Penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin selain ketidak cukupan pangan adalah keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dasar, rendahnya mutu layanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, dan kurangnya layanan kesehatan reproduksi. Faktor-faktor lain seperti kemampuan finansial, ketersediaan peralatan kesehatan, kecukupan tenaga medis maupun paramedis, informasi tentang kondisi kesehatan, serta jaringan bisnis di sektor kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesenjangan pelayanan kesehatan. Namun begitu, rendahnya aksesibilitas penduduk miskin terhadap fasilitas kesehatan.adalah salah satu faktor determinan yang mempengaruhi terjadinya kesenjangan pelayanan kesehatan (Usman dkk, 2010:2). Tingkat kesehatan masyarakat miskin biasanya rendah dikarenakan pola makan yang tidak baik dan pemenuhan gizi dalam tubuh yang tidak terpenuhi secara optimal bahkan jika masyarakat miskin ada yang mengalami sakit dan harus dirawat dirumah sakit mereka cenderung tidak memiliki biaya untuk membayar rumah sakit atau dokter.

Pelayanan kesehatan bagi warga miskin memang menjadi sorotan karena tingginya angka kemiskinan di Indonesia, hal ini semakin membuka

mata kita terhadap upaya-upaya yang dilakukan oleh pemerintah daerah dalam mengakomodir pelayanan kesehatan bagi warga miskin. Hal tersebut juga banyak yang membuktikan bahwa akses masyarakat miskin memang masih terbatas terhadap layanan kesehatan yang memadai dan masih terjadinya keterlambatan pemberian layanan kesehatan.

Selanjutnya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemerataan dan peningkatan mutu upaya kesehatan serta pengendalian pembiayaan kesehatan. Untuk mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat, telah ada UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk menjamin seluruh rakyat agar mampu memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, termasuk di dalamnya kesehatan. Hal ini diperkuat dengan disahkannya UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

Pada 1 Januari 2014 Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial (BPJS) sudah mulai dilaksanakan. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Kita ketahui bersama bahwasanya kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan juga merupakan bagian dari hak setiap warga negara juga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk bagi masyarakat yang miskin. Hal itu telah diamanatkan oleh UUD 1945 pasal 28H. Untuk itulah Pemerintah Indonesia meluncurkan program BPJS Kesehatan pada tahun 2014. Prinsip dasar program jaminan kesehatan sesuai dengan apa yang

telah dirumuskan oleh UU SJSN pasal 19 ayat 1 adalah jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

BPJS memiliki dua kelompok peserta yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta BPJS Kesehatan yang dikhususkan bagi masyarakat fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diatur pada UU SJSN, yang dimana iuran bulanan peserta akan ditanggung seluruhnya oleh Pemerintah. Sedangkan Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) adalah peserta BPJS Kesehatan bagi golongan mampu yang terdiri dari pekerja penerima upah (PPU) dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan anggota keluarganya, serta bukan pekerja (BP) dan anggota keluarganya.

Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu dengan kriteria sebagaimana dimaksud dalam Ketetapan Menteri Sosial Nomor 146 Tahun 2013 menjadi dasar bagi lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik untuk melakukan pendataan. Kemudian hasil pendataan tersebut diverifikasi dan divalidasi oleh menteri untuk dijadikan data terpadu. Data fakir miskin dan orang tidak mampu yang telah diverifikasi dan divalidasi sebelum ditetapkan sebagai data terpadu oleh menteri, dikoordinasikan terlebih dahulu dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan dan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.

Data terpadu yang ditetapkan oleh menteri dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota. Kemudian data terpadu tersebut disampaikan oleh menteri kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dan DJSN. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan yang telah ditetapkan sebagaimana sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan wajib memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta Jaminan Kesehatan yang telah didaftarkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pada hakikatnya pemerintah provinsi maupun pemerintah kabupaten dan kota memiliki kewenangan untuk mendukung terlaksananya program BPJS Kesehatan karena program ini dirancang khusus oleh pemerintah untuk menanggulangi rendahnya derajat kesehatan masyarakat termasuk di Kabupaten Banjarnegara. Program BPJS Kesehatan dianggap merupakan cara yang tepat untuk mengatasi masalah akses dan mutu pelayanan kesehatan termasuk bagi masyarakat miskin.

Kelurahan Krandegan merupakan salah satu kelurahan yang ada di wilayah Kabupaten Banjarnegara. Populasi penduduk miskin di Kelurahan Krandegan 1.978 jiwa. Dari keseluruhan jumlah penduduk miskin yang ada di Kelurahan Krandegan sebanyak 1.406 jiwa penduduk menjadi peserta PBI BPJS Kesehatan, itu berarti ada 572 jiwa penduduk miskin yang belum tercover jaminan kesehatan PBI BPJS Kesehatan.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Dimana pelaksanan pembangunan kesehatan tersebut yaitu dengan cara meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu dan anak; meningkatkan pengendalian penyakit; meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal, dan perbatasan; meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan; terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta meningkatnya responsivitas sistem kesehatan (Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara 2017-2022).

Dengan adanya program BPJS Kesehatan diharapkan masyarakat miskin akan lebih mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan sehingga kebutuhan dasar kesehatannya dapat terpenuhi. Sistem jaminan sosial di bidang kesehatan dapat menjamin kapasitas finansial seseorang dalam menjangkau pelayanan kesehatan yang diperlukannya.

Dari latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul "AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP

PELAYANAN KESEHATAN PROGAM BPJS KESEHATAN DI KELURAHAN KRANDEGAN KABUPATEN BANJARNEGARA".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan di atas, maka rumusan masalah penelitian adalah:

1) Bagaimana akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan progam BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandegan Kabupaten Banjarnegara?
2) Faktor-faktor apa yang menjadi kendala masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan untuk ikut serta dalam progam BPJS Kesehatan?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang ada di atas maka tujuan dari penelitian ini adalah:

1) Untuk mengetahui akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan progam BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandegan Kabupaten Banjarnegara.
2) Untuk mengetahui faktor-faktor apa yang menjadi kendala masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan untuk ikut serta dalam progam BPJS Kesehatan.

D. Manfaat Penulisan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat baik secara akademis maupun secara praktis.

a. Manfaat teoretis

Secara teoretis, hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan terutama pada teori kebijakan sosial Spicker, *social policy is about policy*. Meskipun kebijakan sosial bersentuhan dengan bidang makanan, pendidikan dan kesehatan, ia memiliki fokus dan urusannya sendiri, yakni menyangkut urusan "kebijakan". Kebijakan sosial tidak secara langsung mengurusi persoalan kesehatan fisik karena merupakan domain kedokteran, tetapi ia sangat berkaitan dengan dengan kebijakan-kebijakan untuk mempromosikan kesehatan dan pemberian perawatan kesehatan, khususnya yang menyangkut jaminan sosial kesehatan.

b. Manfaat praktis

1) Bagi masyarakat

Penelitian ini bermanfaat bagi masyarakat agar mengetahui bagaimana akses masyarakat miskin dalam memperoleh layanan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan progam BPJS.

2) Bagi pemerintah daerah Kabupaten Banjarnegara

Dengan pelaksanaan penelitian ini maka akan memberikan sumbangan pemikiran bagi pemerintah daerah Kabupaten Banjarnegara dalam menyikapi kondisi dalam pelaksanaan layanan

kesehatan program BPJS Kesehatan serta kebijakan sosial kepada masyarakat miskin.

E. Batasan Istilah

a) Akses

Akses adalah kemudahan dalam menggunakan dan atau memasuki sesuatu hal. Dalam penelitian ini, yang dimaksud akses adalah kemudahan masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan mereka, pembiayaan dan ketersediaan pelayanan kesehatan mitra BPJS Kesehatan.

b) Masyarakat Miskin

Kemiskinan absolut dirumuskan dengan membuat ukuran tertentu (*a fixed yardstick*). Berdasarkan konsepsi tersebut maka Kementrian Sosial Republik Indonesia menetapkan kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu. Fakir miskin didefinisikan sebagai orang yang sama sekali tidak mempunyai mata pencaharian atau mempunyai mata pencaharian tapi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi dirinya dan keluarganya. Sedangkan orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian yang hanya mmapu untuk memenuhi kebutuhan dasar layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.

c) Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah sarana yang digunakan untuk menyelenggarakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Dalam

penelitian ini yang dimaksud pelayanan kesehatan terdiri dari Puskesmas non perawatan dan Rumah Sakit Umum.

d) BPJS Kesehatan

Menurut UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS, Pasl 7 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 9 ayai (1) dan UU No. 40 Tahun 2011 Tentang SJSN, Pasal 1 angka 8, Pasal 4 dan Pasal 5 ayat (1), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Teoretis

1. Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses meliputi kemudahan dalam menggunakan dan atau memasuki sesuatu hal. Akses terhadap pelayanan kesehatan adalah kemudahan yang diberikan kepada setiap masyarakat dalam menggunakan kesempatannya untuk memasuki dan mendapatkan pelayanan kesehatan.

Seperti dituliskan oleh Susanti (2009:37), masyarakat miskin memiliki akses yang sangat terbatas dalam segala bidang kehidupan termasuk bidang kesehatan, yang dalam hal ini pelayanannya dilakukan oleh rumah sakit umum. Akses tidak hanya dalam bentuk partisipasi dalam format kebijakan sebuah peraturan, namun juga meliputi akses layanan kesehatan yang diterima, yang disebabkan oleh birokrasi yang terkesan "memarginalkan" keluarga miskin, dalam hal memberikan pelayanan kesehatan kepada mereka.

Akses adalah faktor untuk menilai mutu pelayanan kesehatan dalam hubungannya dengan kuantitas pelayanan kesehatan. Apabila pelayanan kesehatan yang diberikan tidak cukup memberi keuntungan nyata pada kesehatan dan kesejahteraan pasien, jelas pelayanan kesehatan ini tidak cukup kuantitasnya, juga berarti tidak bermutu baik (Sudiro, 2009:4).

Dalam pelayanan kesehatan, akses biasanya didefinisikan sebagai akses ke pelayanan, provider dan institusi. Menurut beberapa ahli akses lebih daripada pelengkap dari pelayanan kesehatan karena pelayanan dapat dijangkau apabila tersedia akses pelayanan yang baik. Sementara umumnya para ahli menyadari bahwa karakteristik pengguna akan mempengaruhi karakteristik provider dalam memberikan pelayanan. Atau dengan kata lain, akses ke pelayanan terbentuk dari hubungan antara pengguna dan sumber daya pelayanan kesehatan.

Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris dan Grant Russell (2013:4) membuat lima dimensi aksesibilitas layanan, yaitu:

1) Kedekatan

   Kedekatan berhubungan dengan pengguna mendapatkan pelayanan kesehatan yang bisa diidentifikasi dalam bentuk keberadaan pelayanan, bisa dijangkau dan berdampak pada kesehatan pengguna.

2) Kemampuan menerima

   Berhubungan dengan faktor sosial budaya yang memungkinkan masyarakat menerima pelayanan yang ditawarkan.

3) Ketersediaan

   Mengacu pada pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau kapanpun dan dimanapun. Ketersediaan tidak hanya secara fisik,

namun secara sumber daya mampu memberikan pelayanan sesuai kemampuan.

4) Kesanggupan penerima

Mengacu pada kemampuan dari pengguna untuk menggunakan fasilitas kesehatan secara ekonomi maupun sosial.

5) Kesesuaian

Mengacu pada kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dan kebutuhan dari pengguna.

Sedangkan untuk mengetahui bahwa program atau pelayanan yang diberikan mudah dijangkau oleh kelompok sasaran, maka dibuatlah sebuah indikator akses. Purwanto dan Sulistyastuti (2012:107) menyebutkan pertanyaan-pertanyaan yang dapat diajukan untuk mengetahui aksesibilitas antara lain:

1) Seberapa mudah bagi kelompok sasaran untuk dapat bicara dengan pimipinan atau *provider* senior untuk mengetahui penjelasan program atau jika mendapatkan masalah?
2) Seberapa mudah bagi kelompok sasaran melakukan transaksi melalui media lain, misalnya telepon, *short message service* (sms), atau email?
3) Apakah lokasi lembaga tersebut jelas dan mudah dijangkau?
4) Apakah kelompok sasaran yang terdiri dari berbagai etnis mempunyai akses yang sama terhadap program atau tidak.

5) Pertanyaan yang sama juga dikembangkan untuk menjawab pertanyaan tentang aksesibilitas dari sisi: strata sosial, ekonomi, pendidikan dan sebagainya.

2. Masyarakat Miskin

1) Masyarakat

Masyarakat adalah sejumlah manusia dalam arti yang seluas-luasnya dan terikat oleh suatu kebudayaan yang mereka anggap sama (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Masyarakat dapat pula diartikan sebagai semua kegiatan manusia dalam kehidupan bersama (Sigalingging, 2008: 28).

Masyarakat dibentuk oleh individu-individu yang beradab dalam keadaan sadar. Masyarakat dapat mempunyai arti yang luas dan sempit. Dalam arti luas masyarakat adalah keseluruhan hubungan-hubungan dalam hidup bersama dan tidak dibatasi oleh lingkungan, bangsa dan sebagainya. Atau dengan kata lain kebulatan dari semua perhubungan dalam hidup bermasyarakat. Dalam arti sempit masyarakat adalah sekelompok manusia yang dibatasi oleh aspek-aspek tertentu, misalnya teritorial, bangsa golongan dan sebagainya.

Definisi masyarakat menurut Muthahhari (dalam Handoyo 2007:1) mengartikan masyarakat sebagai suatu kelompok manusia yang di bawah tekanan serangkaian kebutuhan dan di

bawah pengaruh seperangkat kepercayaan, ideal dan tujuan tersatukan dan terlebur dalam suatu rangkaian kesatuan kehidupan bersama. Yang dimaksud kehidupan bersama adalah kehidupan yang didalamnya kelompok-kelompok manusia hidup bersama-sama di suatu wilayah tertentu, berbagi iklim, berbagi identitas, berbagi kesenangan maupun kesedihan.

Ralph Linton mendefinisikan masyarakat sebagai sekelompok manusia yang telah cukup lama dan bekerja sama, sehingga mereka itu dapat mengorganisasikan dirinya sebagai salah satu kesatuan sosial dengan batas-batas tertentu (dalam Basrowi 2014:38).

Kusumohamidjojo sebagaimana dikutip Handoyo, dkk (2007:2) memahami masyarakat sebagai kelompok manusia yang hidup relatif sebagai kebersamaan berdasarkan suatu tatanan kebudayaan tertentu.

2) Miskin

Sebagian besar konsepsi mengenai kemiskinan sering dikaitkan dengan aspek ekonomi, kemiskinan sejatinya menyangkut pula dimensi material, sosial, kultural, institusional, dan struktural (Suharto 2013: 15). Menurut Badan Pusat Statistik, kemiskinan adalah ketidakmampuan memenuhi standar minimum kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan makan maupun non

makan. Kemiskinan juga disebut dengan keadaan yang terjadi karena ketidakmampuan untuk memenuhi hak dasar seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, pendidikan, dan kesehatan. Kondisi masyarakat yang disebut miskin dapat diketahui berdasarkan kemampuan pendapatan dalam memenuhi standar hidup (Nugroho, 1995). Pada prinsipnya, standar hidup di suatu masyarakat tidak sekedar tercukupinya kebutuhan akan pangan, akan tetapi juga tercukupinya kebutuhan akan pendidikan dan kesehatan.

Berdasarkan Undang-Undang No. 24 Tahun 2004, kemiskinan kemiskinan adalah kondisi sosial ekonomi seseorang atau sekelompok orang yang tidak terpenuhinya hak-hak dasar untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat. Kebutuhan dasar yang menjadi hak seseorang atau sekelompok orang meliputi kebutuhan pangan, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, air bersih, pertanahan, sumber daya alam, lingkungan hidup, rasa aman dari perlakuan atau ancaman tindak kekerasan, dan hak untuk berpartisipasi dalam penyelenggaraan kehidupan sosial dan politik.

3) Masyarakat Miskin

Untuk mengukur kemiskinan, BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*).

Dengan pendekatan ini, kemiskinan dapat dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Jadi masyarakat miskin adalah masyarakat yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan di bawah garis kemiskinan.

a. Kriteria Masyarakat Miskin

Kementrian sosial Republik Indonesia menetapkan kriteria dan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu. Fakir miskin dan orang tidak mampu meliputi fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister dan fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister. Berdasarkan Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 146/HUK/2013, fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister berasal dari Rumah Tangga yang memiliki kriteria:

a) Tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar;
b) Mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana;
c) Tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau untuk setiap anggota rumah tangga;
d) Mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan SLTP;
e) Mempunyai dinding rumah terbuat dari bambu/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah usang/berlumut atau tembok tidak diplester;

f) Tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga;
g) Kondisi lantai terbuat dari tanah/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
h) Atap terbuat daari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
i) Mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran;
j) Luas lantai rumah kecil kurang daro 8 m^2/orang; dan
k) Mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.

Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister terdapat di dalam Lembaga Kesejahteraan Sosial maupun di luar Lembaga Kesejahteraan Sosial. Fakir miskin dan orang tidak mampu tersebut terdiri atas gelandangan, pengemis, perseorangan dari Komunitas Adat Terpencil, perempuan rawan sosial ekonomi, korban tindak kekerasan, pekerja migran bermasalah sosial, masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat sampai dengan 1 tahun setelah kejadian bencana, perseorangan peneriman manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial, penghuni Rumah Tahanan/Lembaga Pemayarakatan, penderira Thalassaemia Mayor dan penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI).

b. Klasifikasi Masyarakat Miskin

Kemiskinan berkaitan erat dengan sumber daya manusia kemiskinan muncul karena sumber daya manusia yang tidak berkualitas, begitu pula sebaliknya. Penggolongan

kemiskinan didasarkan pada suatu standar tertentu, yaitu dengan membandingkan tingkat pendapatan orang atau keluarga dengan tingkat pendapatan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pokok minimum. Berdasarkan kriteria ini paling tidak ada tiga macam konsep kemiskinan, yaitu: kemiskinan absolut, kemiskinan relatif, dan kemiskinan subyektif.

Kemiskinan absolut dirumuskan dengan membuat ukuran tertentu yang konkret (*a fixed yardstick*). Ukuran itu lazimnya berorientasi pada kebutuhan hidup dasar anggota masyarakat (sandang, pangan, papan). Masing-masing negara mempunyai batasan kemiskinan absolut yang berbeda-beda sebab kebutuhan hidup masyarakat yang dipergunakan sebagai acuan memang berlainan. Karena ukurannya dipastikan, konsepkemiskinan ini mengenal garis batas kemiskinan. Pernah ada gagasan yang ingin memasukkan pula kebutuhan dasar (*basic cultural needs*) seperti pendidikan, keamanan, rekreasi, dan sebagainya, disamping kebutuhan fisik (Usman 2012:126).

Berdasarkan konsepsi ini, kemiskinan dapat diukur secara langsung berdasarkan tolak ukur nyata dengan menetapkan persediaan sumberdaya yang dimiliki melalui penggunaan standar baku (*poverty line*). Garis kemiskinan

yang digunakan BPS sebesar 2,100 kalori perorang perhari yang disetarakan dengan pendapatan tertentu atau pendekatan Bank Dunia yang menggunakan 1 dolar AS perorang perhari adalah contoh pengukuran kemiskinan absolut.

Kemudian kemiskinan relatif dirumuskan berdasarkan *the idea of relative standard*, yaitu dengan memperhatikan dimensi tempat dan waktu. Dasar pemikirannya adalah kemiskinan berbeda antar suatu wilayah dengan wilayah lainnya, dan kemiskinan pada waktu tertentu berbeda dengan waktu lainnya. Konsep kemiskinan semacam ini lazimnya diukur dengan berdasarkan pertimbangan anggota masyarakat tertentu, dengan berorientasi pada derajat kelayakan hidup (Usman 2012:126).

Kemiskinan subyektif dirumuskan berdasarkan perasaan kelompok miskin itu sendiri. Konsep ini tidak mengenal *a fixed yardstick*, dan tidak memperhitungkan *the idea of relative standard*. Kelompok yang menurut ukuran kita berada di bawah garis kemiskinan, boleh jadi tidak menganggap dirinya sendiri miskin demikian pula sebaliknya. Konsep kemiskinan semacam ini dianggap lebih tepat apabila dipergunakan utnuk memahami kemiskinan dan merumuskan cara atau strategi yang efektif untuk penanggulangannya.

Sedangkan diskursus lain mencoba mengetengahkan pembahasan kemiskinan yang dibedakan dalam perspektif kultural (*cultural perspective*) dan perspektif struktural atau situasional (*situational perspective*).

Perspektif kultural merumuskan masalah kemiskinan pada tiga tingkat analisis: individual, keluarga, dan masyarakat. Pada tingkat individual kemiskinan ditandai dengan sifat yang lazim disebut dengan *a strong feeling of marginality* seperti: sikap parokial, apatisme, fatalisme atau pasrah pada nasib, boros, tergantung dan inferior. Pada tingkat keluarga, kemiskinan ditunjukan dengan jumlah anggota keluarga yang besar dan *free union or consensual marriages*. Dan pada tingkat masyarakat, kemiskinan terutama ditunjukan oleh tidak terintegrasinya kaum miskin dengan institusi-institusi masyarakat secara efektif. Mereka seringkali memperoleh perlakuan sebagai obyek yang perlu digarap daripada sebagai subyek yang perlu diberi peluang untuk berkembang (Usman 2012:128).

Sedangkan menurut perspektif situasional, masalah kemiskinan dilihat sebagai dampak dari sistem ekonomi yang mengutamakan akumulasi kapital dan produk-produk teknologi modern. Penetrasi kapital antara lain mengejawantah dalam program-program pembangunan yang

dinilai lebih mengutamakan pertumbuhan (*growth*) dan kurang memperhatikan pemerataan hasil pembangunan. Program-program itu antara lain berbentuk intensifikasi, ekstensifikasi, dan komersialisasi pertanian untuk menghasilkan pangan sebesar-besarnya guna memenuhi kebutuhan nasional ekspor (Usman 2012:128).

3. Pelayanan Kesehatan

1) Definisi Pelayanan Kesahatan

Pelayanan Kesehatan masyarakat mencakup seluruh upaya kesehatan yang bersifat promotif preventif, baik untuk sasaran bayi, anak, remaja, ibu hamil, ibu menyusui, bapak maupun yang sudah lanjut usia. Lokasinya pun menyeluruh, ada di tingkat rumah tangga, tempat kerja (pabrik, industri, kerajinan rumah tangga, sawah, peternakan, perikanan), tempat tempat umum (rumah makan, rumah iadah, pasar, mal) maupun tatanan sekolah (SD, SLTP, SMU, PT atau institusi pendidikan lainnya) (Trihono 2005:78-79).

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia dinyatakan pengertian pelayanan bahwa “pelayanan adalah suatu usaha untuk membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan orang lain. Sedangkan pengertian service dalam Oxford (2000) didefinisikan sebagai “*a system that provides something that the*

public needs, organized by the government or a private company".

Menurut Notoatmodjo (2005:5) upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan, yang bisa disebut saranana atau pelayanan kesehatan. Jadi, pelayanan kesehatan adalah tempat atau sarana yang digunakan untuk menyelenggarakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bagian dari pelayanan publik. Secara umum pelayanan kesehatan masyarakat pada implementasinya terbagi dalam 3 bagian, yaitu : 1) pelayanan administratif, 2) Pelayanan Medis, dan 3) Pelayanan Obat.

Definisi pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat.

Sedangkan menurut UU No. 36 Tahun 2010 Tentang Kesehatan, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk

memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan menurut Azwar sebagaimana dikutip oleh Karno (2012: 5) menjelaskan suatu pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok, yaitu: persyaratan pokok yang memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan yakni:

a) Ketersediaan dan Kesinambungan Pelayanan

   Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada tiap saat dibutuhkan.

b) Kewajaran dan Penerimaan Mayarakat

   Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (*appropriate*) dan dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan

dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

c) Mudah dicapai oleh masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud disini terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas pembantu untuk menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa akan datang.

d) Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja

e) Bermutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan yang dapat

memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2) Jenjang Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan maka jenjang pelayanan kesehatan dibedakan atas lima, yakni:

a. Tingkat Rumah Tangga

Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarga sendiri.

b. Tingkat Masyarakat

Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri, misalnya: posyandu, polindes, POD, saka bakti husada, dan lain-lain.

c. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Upaya kesehatan tingkat pertama yang dilakukan oleh puskesmas dan unit fungsional dibawahnya, praktek dokter swasta, bidan swasta, dokter keluarga dan lain-lain.

d. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua

Upaya kesehatan tigkat kedua (rujukan spesialis) oleh balai: balai pengobatan penyakit paru (BP4), balai kesehatan mata masyarakat (BKMM), balai kesehatan olahraga masyarakat (BKOM), sentra pengembangan dan penerapan pengobatan tradisional (SP3T), rumah sakit kabupaten/kota, rumah sakit

swasta, klinik swasta, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan lain-lain.

e. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

Upaya kesehatan tingkat ketiga (rujukan spesialis lanjutan/konsultan) pelayanan kesehatan oleh rumah sakit propinsi/pusat/pendidikan, dinas kesehatan propinsi dan Departemen Kesehatan (Trihono 2005:84).

3) Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik, terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan, secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya (Trihono 2005:81). Rujukan secara konseptual terdiri atas:

a. Rujukan upaya kesehatan perorangan yang pada dasarnya menyangkut masalah pelayanan medik perorangan yang antara lain meliputi:

1) Rujukan kasus untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operasi dan lain-lain.

2) Rujukan bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium klinik yang lebih lengkap.

3) Rujukan ilmu pengetahuan antara lain dengan mendatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk melakukan tindakan, memberi layanan, alih pengetahuan dan tekonologi dalam meningkatkan kualitas pelayanan.

b. Rujukan upaya kesehatan masyarakat pada dasarnya menyangkut masalah kesehatan masyarakat luas yang meliputi:

1) Rujukan sarana berupa antara lain bantuan laboratorium dan teknologi kesehatan.
2) Rujukan tenaga dalam bentuk antara lain dukungan tenaga ahli untuk penyidikan sebab dan asal usul penyakit/kejadian luar biasa suatu penyakit serta penanggulangannya pada bencana alam, gangguan kamtibmas, dan lain-lain.
3) Rujukan operasional berupa antara lain bantuan

Jalur rujukan upaya kesehatan peorangan meliputi : (1) antara masyarakat dengan puskesmas; (2) antara puskesmas pemantu/bidan di desa dengan puskesmas; (3) antar puskesmas atau puskesmas dengan rumah sakit, atau fasilitas pelayanan lainnya.

Sedangkan jalur rujukan upaya kesehatan masyarakat meliputi; (1) dari puskesmas ke Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota; (2) dari puskesmas ke instasi lain yang lebih kompeten baik intrasektoral maupun lintas sektoral; (3) bila rujukan di tingkat kabupaten/kota masih belum mampu (Trihono 2005:84).

4) Hak-Hak Pasien

Pasien adalah konsumen atas jasa pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, PUSKESMAS, dokter dll). Menurut Undang-Undang No.8 Tahun 1999 tentang perlindungan konsumen pasien memiliki hak-hak seorang pasien, yaitu:

a. Hak Atas Kenyamanan, Keamanan, Keselamatan dan Kesehatan

   Sesuai dengan hak ini, seharusnya dokter atau perawat melayani pasien sedemikian rupa sehingga pasien merasa nyaman. Dokter dan perawat memiliki kewajiban untuk mengidentifikasi fasilitas yang digunakan, apakah sudah sesuai dengan standar keamanan dan keselamatan yang diperlukan.

b. Hak Untuk Memilih Jasa Pelayanan

   Pasien mempunyai hak atas akses yang terjamin ke bermacam jasa pelayanan kesehatan dengan harga yang kompetitif. Atas hak ini pasienakan mempertaruhkan hidupnya, pasien berhak untuk memilih jasa pelayanan

kesehatan untuk dirinya. Setiap pilihan pasien harus dihormati bukan di dalam konteks memilih dengan benar, tetapi memilih dengan sadar.

c. Hak Atas Informasi yang Benar

Pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi kesehatannya. Dokter tidak cukup sekedar memberikan informasi tetapi juga wajib mendidik pasien untuk lebih mengerti langkah-langkah yang harus diambil untuk kebaikan bersama, dengan tetap memberikan opsi pada pasien untuk memilih yang terbaik bagi pasien sendiri.

d. Hak Untuk Didengar Pendapatnya

Setiap pasien memiliki hak untuk diyakinkan, bahwa kepentingan pasien akan mendapat pertimbangan penuh daa simpatik dalam perumusan kebijakan internal dan perlakuan adil dan cepat apabila terjadi *human error* atau malpraktek.

e. Hak Untuk Mendapatkan Advokasi, Perlindungan, dan Upaya Penyelesaian Sengketa.

Setiap pasien memiliki hak untuk mendapatkan advokasi dan perlindungan hukum sewajarnya.

f. Hak Untuk Dilayani Secara Benar

Pelayanan sudah menjadi bagian yang rutin dalam tugas penyelenggaraan kesehatan setiap pasien berhak

mendapatkan pelayanan kesehatan dengan baik dan tidak memberikan dampak yang membahayakan bagi pasien.

g. Hak Untuk Mendapatkan Kompensasi dan Ganti Kerugian

Pengelola sarana kesehatan mutlak perlu merespon terhadap keluhan dan cidera yang dialami oleh pasien karena penanganannya yang kurang baik. Apabila keluhan terbukti secara nyata maka akan menimbulkan kewajiban untuk penggantian kerugian, hal ini akan membuat saranan pelayanan kesehatan menjadi baik di mata pasien dan akan menimbulkan loyalitas kepada pasien (Dewi, 2008:76-87).

5) Prinsip Pelayanan Publik

Pelayanan publik yang disediakan pemerintah dapat dikelompokan menjadi dua hal, yaiti pelayanan kebutuhan dasar dan pelayanan umum (Hardiyansah dalam Handoyo 2012:186). Pelayanan kebutuhan dasar salah satunya adalah pelayanan kesehatan.

Sebagai pelayanan publik, sebuah pelayanan kesehatan haruslah memiliki prinsip-prinsip pelayanan publik yang dijadikan pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan. Sesuai dengan Keputusan MenPAN nomor 63, prinsip-prinsip pelayanan publik yang harus dijadikan sebagai pedoman dalam penyelenggaraan publik adalah sebagai berikut.

a. Kesederhanaan

Prinsip ini mengandung maksud bahwa prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami, dan mudah dilaksanakan.

b. Kejelasan

Pelayanan publik harus jelas dalam hal persyaratan teknis dan adiministratif, unit kerja atau pejabat yang berwenang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan atau persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik, dan rincian biaya pelayanan publik serta tata cara pembayaran.

c. Kepastian Waktu

Pelayanan publik harus dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

d. Akurasi

Sebuah produk pelayanan publik bisa diterima dengan benar, tepat, dan sah.

e. Keamanan

Prinsip ini memastikan bahwa proses dan produk pelayanan publik dapat memberikan rasa aman dan kepastian hukum.

f. Tanggung Jawab

Dalam hal ini penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk harus bertanggungjawab atas penyelenggaraan

pelayanan dan penyelesaian keluhan atau persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik.

g. Kelengkapan Sarana dan Prasarana

Dalam penyelenggaraan pelayanan publik pemerintah harus menyediakan sarana dan prasarana kerja yang memadai untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan.

h. Kemudahan Akses

Dalam hal ini, tempat, lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, termasuk teknologi informasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat.

i. Kedisiplinan, Kesopanan, dan Keramahan

Prinsip ini mengandung maksud bahwa pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.

j. Kenyamanan

Dalam penyelenggaraan pelayanan publik harus dipastikan bahwa lingkungan pelayanan harus nyaman, bersih, rapi, sehat, indah serta dilengkapi fasilitas mendukung yang memadai (Handoyo, 2012:184-185).

4. Kebijakan Sosial

1) Tinjauan Umum tentang Kebijakan Sosial

Di negara berkembang, pengangguran, kemiskinan, kesenjangan sosial, kelangkaan pelayanan sosial merupakan masalah sosial utama sejak dulu sampai sekarang. Masalah-masalah sosial konvensional seperti kemiskinan, keterbelakangan masih belum bisa sepenuhnya teratasi, masalah-maslaha sosial kontemporer, seperti perdagangan manusia, pengangguran, perilaku menyimpang, kenakalan remaja, perlakuan salah terhadap anak atau pasangan, penelantaran dan eksploitasi terhadap anak, kini muncul mewarnai fenomena kehidupan masyarakat modern.

Untuk mengantisipasi dan mengatasi masalah-masalah sosial di atas maka diperlukan perangkat, mekanisme, dan sistem yang dapat menunjang peningkatan taraf hidup dan menjamin keadilan sosial. Pengadaan berbagai fasilitas pemenuhan kebutuhan, pemerataan antar golongan, pengintegrasian masyarakat, pengentasan kemiskinan, penyediaan lapangan kerja dan peningkatan keadilan sosial harus diantisipasi melalui berbagai pelayanan sosial.

Kebijakan sosial kemudian hadir sebagai cara untuk mengatasi masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial bagi semua golongan masyarakat yang akan mempermudah dan

meningkatkan kemampuan mereka dalam menaggapi perubahan sosial (Suharto 2014:61).

Suharto (2014:82) mendefinisikan kebijakan sosial sebagai seperangkat tindakan (*course of action*), kerangka kerja (*framework*), petunjuk (*guideline*), rencana (*plan*), peta (*map*), atau strategi, yang dirancang untuk menterjemahkan visi politis pemerintah atau lembaga pemerintah ke dalam program dan tindakan untuk mencapai tujuan tertentu di bidang kesejahteraan sosial (*social welfare*). Karena urusan kesejahteraan sosial senantiasa menyangkut orang banyak, maka kebijakan sosial seringkali diidentikan dengan kebijakan publik.

Spicker (dalam Suharto 2012:83) membantu mempertegas substansi kebijakan sosial dengan menyajikan tiga karakteristik atau pendefinisi kebijakan sosial.

a. ***Social policy is about policy.*** Meskipun kebijakan sosial bersentuhan dengan bidang makanan, pendidikan, dan kesehatan, ia memiliki fokus dan urusannya sendiri yakni menyangkut urusan ‘kebijakan’.

b. ***Social policy is concerned with issues that are social.*** Kebijakan sosial berurusan dengan isu-isu bersifat sosial. Kebijakan sosial merujuk pada beragam respon kolektif yang dibuat guna mengatasi masalah sosial yang dirasakan oleh publik.

c. ***Social policy is about welfare.*** Secara luas *welfare* dapat diartikan sebagai kondisi sejahtera. Namun, *welfare* juga berarti "*the provision of social services provided by the state*" dan sebagai "*certain types of benefit, especially means-tested social security, aimed at poor people*".

2) Tujuan Kebijakan Sosial

Pembentukan kebijakan sosial senantiasa berorientasi pada pencapaian tujuan sosial. Tujuan sosial ini mengandung dua pengertian yang terkait, yakni: memecahkan masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial.

Tujuan memecahkan masalah sosial berarti mengusahakan atau mengadakan perbaikan karena ada sesuatu keadaan yang tidak diharapkan (misalnya kemiskinan) atau kejadian yang bersifat destruktif atau patologis yang menganggu dan merusak tatanan masyarakat (misalnya kenakalan remaja). Sedangkan tujuan untuk memenuhi kebutuhan sosial mengandung arti menyediakan pelayanan-pelayanan sosial yang diperlukan, baik dikarenakan adanya masalah maupun tidak ada masalah, dalam arti yang bersifat pencegahan atau pengembangan untuk menjadi lebih baik dari keadaan sebelumnya (Suharto 2014:62).

Secara lebih rinci, tujuan-tujuan kebijakan sosial adalah:

a. Mengantisipasi, mengurangi, atau mengatasi masalah-masalah sosial yang terjadi di masyarakat.

b. Memenuhi kebutuhan-kebutuhan individu, keluarga, kelompok atau masyarakat yang tidak dapat mereka penuhi secara sendiri-sendiri melainkan harus melalui tindakan kolektif.

c. Meningkatkan hubungan intrasosial manusia dengan mengurangi kedisfungsian sosial individu atau kelompok yang disebabkan oleh faktor-faktor internal-personal maupun eksternal-srtuktural.

d. Meningkatkan situasi dan lingkungan sosial-ekonomi yang kondusif bagi upaya pelaksanaan peranan-peranan sosial dan pencapaian kebutuhan masyarakat sesuai dengan hak, harkat dan martabat kemanusiaan.

e. Menggali, mengalokasikan dan mengembangkan sumber-sumber kemasyarakatan demi tercapainya kesejahteraan sosial dan keadilan sosial (Suharto 2014:62).

3) Tahap Perumusan Kebijakan

Kebijakan sosial memiliki tahapan tertentu, dimulai dari proses merumuskan permasalahan sosial hingga mengevaluasi kebijakan sosial.

a. Tahap Identifikasi

1. Identifikasi Masalah dan Kebutuhan

Masalah didefinisikan sebagai suatu kondisi atau situasi yang menimbulkan kebutuhan atau ketidakpuasan

sebagian orang yang menginginkan pertolongan atau perbaikan (Winarno dalam Handoyo 2012:29). Tahapan pertama perumusan kebijakan sosial juga menyangkut hal identifikasi kebutuhan-kebutuhan sosial masyarakat yang belum terpenuhi (Suharto 2014:78).

2. Analisis Masalah dan Kebutuhan

   Tahap kedua identifikasi adalah mengolah, memilah dan memilih data mengenai masalah dan kebutuhan masyarakat yang selanjutnya dianalisis dan ditransformasikan ke dalam laporan yang terorganisasi.

3. Penginformasian Rencana Kebijakan

   Berdasarkan laporan hasil analisis kemudian disusunlah rencana kebijakan. Kemudian rencana ini disampaikan kepada subsistem masyarakat yang terkait untuk memperoleh masukan dan tanggapan atau dapat pula diajukan kepada lembaga-lembaga perwakilan rakyat untuk dibahas dan disetujui.

4. Perumusan Tujuan Kebijakan

   Setelah mendapat berbagai saran dari masyarakat kemudian dilakukan diskusi dan pembahasan untuk merumuskan tujuan-tujuan kebijakan.

5. Pemilihan Model Kebijakan

Pemilihan model kebijakan dilakukan terutama untuk menentukan pendekatan, metoda dan strategi yang paling efektif dan efisien untuk mencapai tujuan kebijakan.

6. Penentuan Indikator Sosial

Agar pencapaian tujuan dan pemilihan model kebijakan dapat terukur secara objektif, maka perlu dirumuskan indikator-indikator sosial yang berfungsi sebagai acuan, ukuran atau standar bagi rencana tindak dan hasil-hasil yang akan dicapai.

7. Membangun Dukungan dan Legitimasi Publik

Tugas dalam tahap ini adalah menginformasikan kembali rencana kebijakan yang telah disempurnakan. Selanjutnya melibatkan berbagai pihak yang releven dengan kebijakan, melakukan lobi, negosiasi dan koalisi dengan berbagai kelompok-kelompok masyarakat agar tercapai konsensus dan kesepakatan mengenai kebijakan sosial yang akan diterapkan (Suharto 2014:79-80).

b. Tahap Implementasi

Implementasi kebijakan merupakan kegiatan untuk menjalankan kebijakan, yang ditujukan kepada kelompok sasaran, untuk mewujudkan tujuan kegiatan (Handoyo 2012:

96). Kegiatan utama pada tahap ini adalah mengoperasionalkan kebijakan ke dalam usulan-usulan program atau proyek sosial untuk dilaksanakan atau diterapkan kepada sasaran program.

Dalam implementasi suatu kebijakan maupun program tidak jarang ditemukan sejumlah permasalahan. Makinde (dalam Erwan dan Dyah 2012:85) mengidentifikasi permasalahan-permasalahan yang muncul dalam proses implementasi di negara berkembang. Berdasarkan data yang diperolehnya, kegagalan implementasi disebabkan antara lain oleh:

1) Kelompok sasaran tidak terlibat dalam implementasi program.
2) Program yang diimplementasikan tidak mempertimbangkan kondisi lingkungan sosial, ekonomi, dan politik.
3) Adanya korupsi.
4) Sumber daya manusia yang kapasitasnya rendah.
5) Tidak adanya koordinasi dan monitoring.

Kegagalan implementasi di Indonesia tidak jauh berbeda dengan kegagalan yang ditemukan di negara lain. Menurut Erwan dan Dyah (2012:85-87) setidaknya ada enam

faktor yang menjadi penentu berhasil atau tidaknya suatu proses implementasi

a) Kualitas kebijakan itu sendiri
b) Kecukupan input kebijakan, terutama anggaran
c) Ketetapan instrument yang dipakai untuk mencapai tujuan kebijakan
d) Kapasitas implementator
e) Karakteristik dan dukungan kelompok sasaran
f) Kondisi lingkungan geografis, sosial, ekonomi dan politik di mana implementasi tersebut dilakukan.

c. Tahap Evaluasi

Secara umum istilah evaluasi dipadankan dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*), dan penilaian (*assesment*). Menurut Dunn (dalam Handoyo 2012:135), dalam arti spesifik evaluasi berkaitan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan.

Evaluasi dilakukan terhadap proses dam hasil implementasi kebijakan. Penilaiaan terhadap proses kebijakan difokuskan pada tahapan perumusan kebijakan terutama untuk melihat keterpaduan antar tahapan, serta sejauhmana program dan pelayanan sosial mengikuti garis kebijakan yang telah ditetapkan. Penilaian terhadap hasil

dilakukan untuk melihat pengaruh atau dampak kebijakan, sejauh mana kebijakan mampu mengurangi atau mengatasi masalah (Suharto 2014:80).

5. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

1) Definisi BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan bentuk kebijakan sosial yang dibuat oleh pemerintah. BPJS Kesehatan adalah program kesehatan oleh pemerintah yang resmi beroperasi per 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan dibentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan untuk masyarakat.

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Sedangkan menurut UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS, Pasal 7 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 9 ayat (1) dan UU No. 40 Tahun 2011 Tentang SJSN, Pasal 1 angka 8, Pasal 4 dan Pasal 5 ayat (1), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh

penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia.

BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada tanggal 01 Januari 2014. Yang menjadi peserta BPJS adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta BPJS Kesehatan ada dua kelompok, yaitu Penerima Bantuan Iuran jaminan kesehatan dan bukan Penerima Bantuan Iuran jaminan kesehatan. Yang dimaksud dengan bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Sosial. Sedangkan Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan terdiri atas: a. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya. b. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya. c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya.

Layanan BPJS Kesehatan yang dimulai sejak awal Januari 2014 menyatukan seluruh model jaminan kesehatan yang dikelola pemerintah, seperti Jaminan Sosial Tenaga Kerja, Asuransi Kesehatan, dan Asuransi ABRI. Model layanan itu kini terbuka untuk masyarakat luas dengan syarat membayar premi yang besarannya ditentukan menurut manfaat layanan yang diinginkan setiap peserta. Besarannya ada dalam rentang Rp. 25.000 – Rp. 60.000. Sedangkan untuk masyarakat yang tidak mampu membayar iuran BPJS akan dibayar oleh pemerintah.

2) Fasilitas Kesehatan Bagi Peserta

Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan terdiri dari:

a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama:

1) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Non Perawatan dan Puskesmas Perawatan (Puskesmas dengan tempat tidur).

2) Fasilitas Kesehatan milik Tentara Nasional Indonesia (TNI)

- TNI Angkatan Darat : Poliklinik kesehatan dan Pos Kesehatan.
- TNI Angkatan Laut : Balai kesehatan A dan D; Balai Pengobatan A, B, dan C; Lembaga Kesehatan Kelautan dan Lembaga Kedokteran Gigi.
- TNI Angkatan Udara : Seksi kesehatan TNI AU; Lembaga Kesehatan Penerbangan dan Antariksa (Laksepra); dan Lembaga Kesehatan Gigi & Mulut (Lakesgilut).

3) Fasilitas Kesehatan milik Polisi Republik Indonesia (POLRI), terdiri dari Poliklinik Induk POLRI, Poliklinik Umum POLRI, Poliklinik Lain milik POLRI dan Tempat Perawatan Sementara (TPS) POLRI.

4) Praktek Dokter Umum atau Klinik Umum, terdiri dari Praktek Dokter Umum Perseorangan, Praktek Dokter Umum Bersama, Klinik Dokter Umum atau Klinik 24 Jam, Praktek Dokter Gigi, Klinik Pratama, RS Pratama.

b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut

1) Rumah Sakit, terdiri dari RS Umum (RSU), RS Umum Pemerintah Pusat (RSUP), RS Umum Pemerintah Daerah (RSUD), RS Umum TNI, RS Umum Bhayangkara (POLRI), RS Umum Swasta, RS Khusus, RS Khusus Jantung (Kardiovaskular), RS Khusus Kanker (Onkologi), RS Khusus Paru, RS Khusus Mata, RS Khusus Bersalin, RS Khusus Kusta, RS Khusus Jiwa, RS Khusus Lain yang telah terakreditasi, RS Bergerak dan RS Lapangan.

2) Balai Kesehatan, terdiri dari : Balai Kesehatan Paru Masyarakat, Balai Kesehatan Mata Masyarakat, Balai Kesehatan Ibu dan Anak dan Balai Kesehatan Jiwa.

3) Fasilitas kesehatan penunjang yang tidak bekerjasama secara langsung dengan BPJS Kesehatan namun merupakan jejaring dari fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, meliputi:

a) Laboratorium Kesehatan

b) Apotek

c) Unit Transfusi Darah

d) Optik

3) Pelayanan Kesehatan yang Dijamin

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialistik yang mencakup:

1) Administrasi pelayanan;
2) Pelayanan promotif dan preventif;
3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
4) Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
6) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
8) Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis.

b. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, yang mencakup:

1) Administrasi pelayanan;

2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
3) Tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
5) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
6) Rehabilitasi medis;
7) Pelayanan darah;
8) Pelayanan kedokteran forensik klinik;
9) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal setelah dirawat inap di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan bpjs kesehatan, berupa pemulasaran jenazah tidak termasuk peti mati dan mobil jenazah;
10) Perawatan inap non intensif; dan
11) Perawatan inap di ruang intensif.

c. Persalinan

Persalinan yang ditanggung BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah persalinan sampai dengan anak ketiga, tanpa melihat anak hidup/meninggal.

d. Ambulans

Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan satu ke fasilitas kesehatan lainnya, dengan tujuan menyelamatkan nyawa pasien.

4) Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan

Bagi warga miskin yang tidak mampu, iurannya ditanggung Pemerintah. Kelompok tersebut tersebut dinamakan Penerima Bantuan Iuran (PBI), yang jumlahnya mencapai 96,8 juta orang (Depkes RI 2018). Tanpa perlu membayar, para penerima bantuan tersebut berhak memperoleh pelayanan kesehatan di semua Yankes yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), termasuk, bila perlu rawat inap di kamar Kelas III di fasilitas kesehatan (Faskes) tingkat lanjutan atau Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Daftar PBI akan ditinjau setiap enam bulan, untuk memastikan ketepatan sasaran penerima.

Menurut PP No. 101 Tahun 2012, iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah. Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Bantuan Iuran adalah Iuran program Jaminan Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang dibayar oleh Pemerintah. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan

adalah Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan.

Pemerintah menanggung iuran jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, yang jumlahnya mencapai 96,8 juta orang, kelompok ini disebut dengan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Tanpa perlu membayar, para penerima bantuan tersebut berhak memperoleh pelayanan kesehatan di semua Yankes yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), termasuk, bila perlu rawat inap di kamar Kelas III di failitas kesehatan (Faskes) tingkat lanjutan atau Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Daftar PBI akan ditinjau setiap enam bulan, untuk memastikan ketepatan sasaran penerima. Peserta PBI Jaminan Kesehatan terdiri atas: a) Orang yang tergolong fakir miskin; dan b) Orang tidak mampu.

Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu ditetapkan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait, kriteria tersebut menjadi dasar bagi lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik untuk melakukan pendataan. Berdasarkan keputusan menteri sosial tentang penetapan kriteria dan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu, fakir miskin dan orang tidak mampu meliputi fakir miskin dan orang tidakmampu yang

teregister dan fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister.

B. Kajian Hasil-Hasil Penelitian yang Relevan

Pembahasan mengenai permasalahan akses pelayanan kesehatan program jaminan kesehatan sudah dilakukan oleh beberapa peneliti. Berikut ini adalah penelitian terdahulu yang membahas mengenai permasalahan akses pelayanan kesehatan program jaminan kesehatan:

1) Eka Widyasih, M. Fatkhul Mubin, dan Eni Hidyati, dalam penelitian yang berjudul PERSEPSI MASYARAKAT TERHADAP PELAYANAN BPJS DI RSI KENDAL, hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi masyarakat terhadap pelayanan BPJS adalah baik, hal ini dikarenakan prosedur pelayanan administrasi pasien BPJS di Rumah Sakit Islam Kendal mudah dan tidak berbelit-belit, jika terdapat kekurangan persyaratan BPJS petugas administrasi memberitahu kekurangannya, petugas administrasi tidak membeda-bedakan status pasien serta memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti. Pelayanan pasien BPJS di Rumah Sakit Islam Kendal baik karena petugas memberikan informasi secara jelas, pelayanan BPJS dilayani sesuai dengan kelasnya, petugas memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien, setiap petugas memberikan tindakan selalu dengan persetujuan pasien dan keluarga.

2) Marita Ahdiyana, dalam penelitian yang berjudul PENINGKATAN AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN, hasil penelitian menunjukkan bahwa berbagai program jaminan pelayanan kesehatan mampu meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan, walaupun belum mampu memberikan jaminan kepada seluruh penduduk.
3) Marita Ahdiyana, Wasiti, dalam penelitian yang berjudul IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) DI KABUPATEN BANTUL, hasil penelitian menunjukkan secara umum bahwa pelaksanaan program Jamkesmas sudah sesuai dengan mekanisme dan prosedur yang telah ditetapkan, walaupun dalam implementasinya di lapangan masih ditemui berbagai macam permasalahan. Dalam penelitian tersebut permasalahan yang masih dijumpai dalam pelaksanaan program Jamkesmas terutama adalah dari sisi ketepatan penetapan kelompok sasaran karena data yang tidak diupdate oleh pusat. Selain itu juga kurang optimalnya pemanfaatan program karena pengetahuan masyarakat yang kurang dalam memahami kelengkapan persyaratan untuk mendapatkan pelayanan dari PPK, serta pengelolaan dana terpusat yang menyebabkan keterlambatan pembayaran klain PPK sehingga harus hutang terlebih dahulu.

4) Haeruddin dalam penelitian yang berjudul JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN KOTA YOGYAKARTA. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa Pemerintah Kota Yogyakarta mempunyai kepedulian dan perhatian yang sangat tinggi terhadap program jaminan kesehatan bagi masyarakat warga kota Yogyakarta, apalagi terhadap masyarakat miskin, terbukti dari implementasi Program Jamkesda yang menjangkau sasaran tidak hanya bagi masyarakat miskin saja tetapi diperluas dengan komponen-komponen masyarakat lainnya. Namun, masih terdapat beberapa kendala di lapangan yang berkaitan dengan prosedural administratif, kendala yang bersifat teknis, kendala SDM pada UPT PJKD berupa belum adanya tenaga kerja yang memiliki keahlian bidang asuransi maupun kendala yang bersifat sosio-kultural yang ada pada masyarakat miskin di Kota Yogyakarta.

5) Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris and Grant Russell dalam penelitian yang berjudul PATIENT-CENTRED ACCES TO HEALTH CARE: CONCEPTUALISING ACCES AT THE INTERFACE OF HEALTH SYSTEMS AND POPULATIONS. Hasil penelitian menunjukan bahwa akses diartikan sebagai kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari pelayanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan perawatan kesehatan, dan kebutuhan untuk layanan benar-benar dapat terpenuhi.

Mengacu pada penelitian terdahulu, penelitian ini dimaksudkan untuk memperkaya penelitian tentang akses pelayanan kesehatan program jaminan kesehatan yang sudah pernah dilakukan dan untuk menguatkan pentingnya program jaminan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah dalam meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan.

C. Kerangka Berfikir

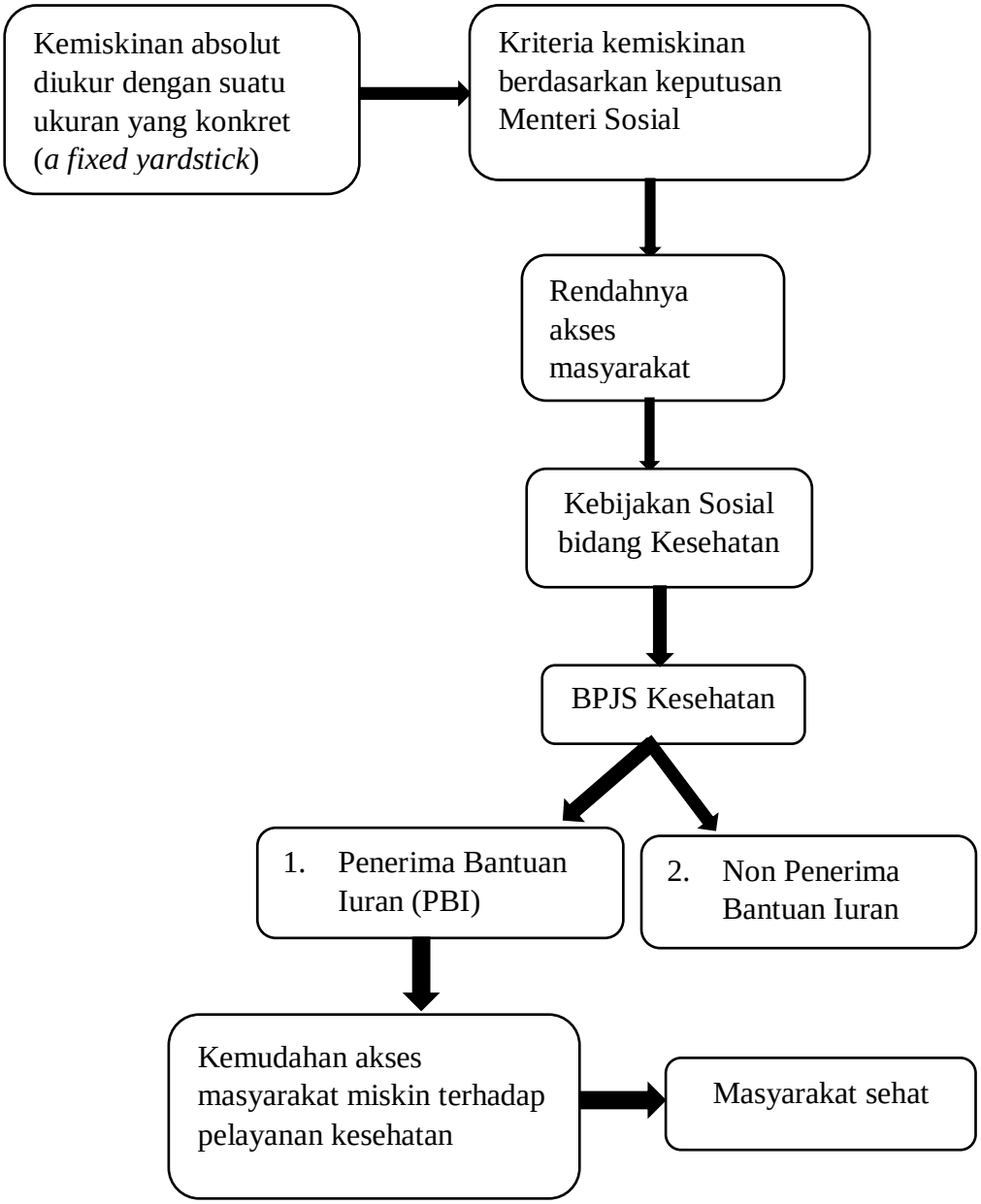
Dalam penelitian ini masalah kemiskinan menjadi masalah yang paling mendasar. Salah satu teori untuk mengukur kemiskinan adalah teori kemiskinan absolut. Menurut teori ini kemiskinan diukur dengan suatu ukuran yang konkret. Dengan ketentuan tersebut maka muncul beberapa kriteria kemiskinan, salah satunya adalah kriteria kemiskinan menurut Keputusan Menteri Sosial RI Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu. Berdasarkan keputusan tersebut fakir miskin dan orang tidak mampu terdiri dari fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister dan fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister.

Hubungan antara status sosial ekonomi dan kesehatan berlaku secara universal. Masih banyak dijumpai permasalahan belum optimalnya akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan. Permasalahan tersebut antara lain disebabkan oleh sarana pelayanan kesehatan Rumah Sakit, puskesmas, dan jaringannya yang belum sepenuhnya dijangkau oleh

masyarakat, terutama bagi penduduk miskin terkait dengan adanya permasalahan dalam hal biaya dan juga jarak pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau. Hal itu tentunya menjadi tanggung jawab pemerintah untuk menangani masalah tersebut. Sehubungan dengan hal itu, pemerintah mengeluarkan kebijakan sosial di bidang kesehatan yaitu BPJS Kesehatan karena sesuai dengan hak warga negara Indonesia bahwa mereka harus memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Tujuan dari BPJS Kesehatan secara umum yaitu untuk mempermudah masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

BPJS Kesehatan terdiri dari dua kelompok peserta yaitu Penerima Bantuan Iuran dan bukan Penerima Bantuan Iuran. Dalam peraturannya Penerima Bantuan Iuran (PBI) ditujukan kepada fakir miskin dan orang tidak mampu, pemerintah akan menanggung iuran jaminan kesehatan bagi masyarakat dalam kelompok PBI tersebut. Dengan adanya program BPJS Kesehatan, masyarakat miskin peserta BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran diharapkan akan lebih mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu dan derajat kesehatan masyarakat akan menjadi tinggi.

Dari penjabaran diatas, maka kerangka berpikir mengenai penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Bagan 2.1 Kerangka Berfikir

BAB V
PENUTUP

A. Simpulan

Dari uraian hasil penelitian dan pembahasan pada skripsi yang berjudul "Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan Di Kelurahan Krandegan Kabupaten Banjarnegara" dapat diambil simpulan sebagai berikut.

1. Akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandegan sudah semakin membaik, hal tersebut dapat dilihat dari hal berikut.

   Semua masyarakat termasuk juga masyarakat miskin yang menjadi peserta PBI BPJS Kesehatan semakin mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Dalam pelayanan administrasi, prosedur yang diterapkan mudah dan tidak berbelit-belit, jika terdapat kekurangan persyaratan petugas administrasi akan memberitahukan kekurangannya, petugas administrasi tidak membeda-bedakan status pasien serta memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti. Kelengkapan sarana prasarana pendukung pelayanan kesehatan juga sudah baik, kelengkapan sarana prasarana disesuaikan dengan tingkat pelayanan kesehatan.

   Masyarakat miskin bisa berobat dan dirawat gratis di puskesmas dan rumah sakit. Masyarakat miskin peserta PBI BPJS Kesehatan

bisa berobat tanpa dipungut biaya apapun, sesuai dengan haknya mereka dilayani dengan perawatan ruang kelas 3.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi mitra BPJS Kesehatan sudah semakin banyak. Fasilitas pelayanan kesehatan dokter praktik perorangan dan dokter gigi juga sudah tersedia di berbagai wilayah di Kabupaten Banjarnegara termasuk di lingkungan Kelurahan Krandegan.

2. Faktor-faktor yang menjadi kendala masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan untuk ikut serta dalam program BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut.

Kendala utama yang menjadikan masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan tidak ikut serrta program BPJS Kesehatan adalah terbatasnya kuota penerima PBI BPJS Kesehatan. Masyarakat tidak tahu dengan adanya program BPJS Kesehatan karena minimnya sosialisasi program BPJS Kesehatan kepada masyarakat. Masyarakat tidak tahu bagaimana panduan BPJS Kesehatan.

B. Saran

1. Pemerintah Kelurahan Krandegan

Kepada pemerintah Kelurahan Krandegan perlu mengusulkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara agar masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan yang belum menerima jaminan kesehatan PBI BPJS Kesehatan bisa menerimanya.

2. Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Banjarnegara

   Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan cabang Banjarnegara sebagai operator dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional, hendaknya memberikan sosialisasi secara menyeluruh, sehingga semua masyarakat bisa tahu dan paham dengan program BPJS Kesehatan

3. Masyarakat Miskin di Kelurahan Krandegan

   Kepada masyarakat miskin di Kelurahan Krandegan diharapkan untuk memanfaatkan adanya program BPJS Kesehatan dan memahami program BPJS Kesehatan terutama Program PBI. Sehingga implementasi program BPJS Kesehatan dapat sesuai dengan tujuan.

DAFTAR PUSTAKA

Basrowi. 2014. *Pengantar Sosiologi*. Bogor: Ghalia Indonesia.

Dewi, Alexandra Indriyanti. 2008. *Mafia Kesehatan*. Yogyakarta: PINUS BOOK PUBLISHER.

Handoyo, Eko, dkk. 2007. *Studi Masyarakat Indonesia*. Semarang: Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Semarang.

Handoyo, Eko. 2012. *Kebijakan Publik*. Semarang: Widya Karya.

Heru, Nugroho. 1995. *Kemiskinan, Ketimpangan dan Pemberdayaan dalam Kemiskinan dan Kesenjangan di Indonesia*. Yogyakarta: Aditya Media.

Janis, Novian. 2014. *BPPJS Kesehatan, Supply dan Demand Terhadap Layanan Kesehatan*. Kepala Subbidang Analisis Risiko Ekonomi, Keuangan dan Sosial.

Moleong, Lexy J. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

Notoatmojo, Soekidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Purwanto, Erwan Agus. dan Sulistyastuti, Dyah Ratih. 2012. *Implementasi Kebijakan Publik Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta: PENERBIT GAVA MEDIA.

Remi Sutyastie S. dan Tjiptoherijanto, Prijono. 2002. *Kemiskinan dan Ketidakmerataan di Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta.

Sigalingging, Hamonangan. 2008. *Buku Ajar Pendidikan Kewarganegaraan (Civic Education)*. Semarang: Jurusan Politik dan Kewarganegaraan UNNES.

Subarsono, AG. 2011. *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori, dan Aplikasi*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.

Sudiro. 2009. *Panduan Kuliah: Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP.

Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Suharto, Edi. 2010. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial & Pekerjaan Sosial*. Bandung: PT Refika Aditama.

Suharto, Edi. 2013. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.

Suharto, Edi. 2014. *Analisis Kebijakan Publik Panduan Praktis Mengkaji Masalah dan Kebijakan Sosial*. Bandung: Alfabeta.

Trihono. 2005. *Arrimes Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*. Jakarta: Sagung Seto.

Usman, Sunyoto. 2012. *Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Wagiran dan Doyin, Mukh. 2012. *Bahasa Indonesia Pengantar Penulisan Karya Ilmiah*. Semarang: Universitas Negeri Semarang Press.

Karya Ilmiah

Ahdiyana, Marita dan Wasiti. 2011. *Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bantul*. Natapraja1. 1:1-17.

Ahdiyana, Marita. 2012. *Peningkatan Akses Masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan Melalui Program Jaminan Kesehatan. Makalah disajikan dalam SIMNAS ASIAN II*, Surakarta Maret 2012.

Haeruddin. 2010. *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Kota Yogyakarta*. Jurnal Demokrasi. 9:2.

Levesque, Jean-Frederic, Mark F Harris dan Grant Russell. *Patient-centred Access to Health Care: Conceptualising Access at The Interface of Health Systems and Populations*. International Journal for Equity in Health 2013, 12:18.

Susanti, Ulfah A. 2009. *Akses Keluarga Miskin terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit (Studi di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta)*. Skripsi UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.

Usman, Sunyoto, dkk. 2010. *Strategi Penciptaan Pelayanan Kesehatan Dasar untuk Kemudahan Akses Penduduk Desa Miskin*. JSP13. 3:2.

Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang No. 24 Tahun 2004 tentang Lembaga Penjamin Simpanan.

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

Undang-Undang No. 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-Undang No.36 Tahun 2010 tentang Kesehatan.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No. 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu.

Internet

Karno, Nano. 2012. *Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat Melalui Pemberdayaan Puskesmas* (diakses melalui ml.scribd.com/doc/ pada tanggal 12 Januari 2019).

Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan (diakses melalui http://sappk.itb.ac.id pada tanggal 19 Januari 2019).

Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kebumen Tahun 2010-2015 (diakses melalui http://www.kesehatan.kebumenkab.go.id pada tanggal 27 Januari 2019).

http://bps.go.id (diakses pada tanggal 1 Februari 2019).

http://www.indonesiafightpoverty.com (diakses pada 15 Februari 2019).