



**AKSESIBILITAS MASYARAKAT MISKIN
PENGGUNA KARTU INDONESIA SEHAT (KIS)
TERHADAP LAYANAN KESEHATAN PEMERINTAH
(Studi di RSUD Dr.Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo)**

SKRIPSI

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Pendidikan Sosiologi dan Antropologi

Oleh:

Eka Rachmadhani

3401415012

JURUSAN SOSIOLOGI DAN ANTROPOLOGI

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 : Rabu

Tanggal : 04 September 2019

Pembimbing Skripsi



Kuncoro Bayu Prasetyo, S.Ant, M.A
NIP. 197706132005011002

Mengetahui,

Ketua Jurusan Sosiologi dan Antropologi



Kuncoro Bayu Prasetyo, S.Ant, M.A
NIP. 197706132005011002

PENGESAHAN KELULUSAN

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

Hari : Senin

Tanggal : 23 September 2010

Penguji I



Dra. Rini Iswari, M. Si
NIP. 195907071986012001

Penguji II



Antari Ayuning Arsi, S. Sos., M. Si
NIP. 197206162005012001

Penguji III



Kuncoro Bayu Prasetyo, S. Ant, M. A
NIP. 197706132005011002

Mengetahui:

Dekan,



Dr. Moh. Solehatul Mustofa, M.A
NIP. 196308021988031001

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat di dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, 04 September 2019



Eka Rachmadhani
NIM. 3401415012

MOTTO

Dan tidak ada kesuksesan bagiku melainkan atas (pertolongan) Allah (Q.S Huud: 88)

Orang yang pesimis selalu melihat kesulitan di setiap kesempatan, tapi orang yang optimis selalu melihat kesempatan dalam setiap kesulitan. – Ali bin Abi Thalib

PERSEMBAHAN

Skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua tercinta yang telah mendidik dengan penuh kasih sayang.
Terima kasih untuk semua doa, motivasi, semangat dan perjuangan demi kesuksesan anak-anaknya.
2. Adik saya tercinta yang selalu memberikan doa dan semangat.
3. Teman-teman seperjuangan Sosiologi dan Antropologi angkatan 2015 serta sahabat-sahabat yang selalu memberi dukungan.

SARI

Rachmadhani, Eka. 2019. *Aksesibilitas Masyarakat Miskin Pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) Terhadap Layanan Kesehatan Pemerintah (Studi di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo)*. Skripsi. Jurusan Sosiologi dan Antropologi. Fakultas Ilmu Sosial. Universitas Negeri Semarang. Pembimbing Kuncoro Bayu Prasetyo, S. Ant, M. A. 128 halaman.

Kata Kunci: Aksesibilitas, Kartu Indonesia Sehat (KIS), Masyarakat Miskin, Pelayanan Kesehatan

Masyarakat miskin cenderung memiliki derajat kesehatan yang rendah. Penyebab utama dari rendahnya tingkat kesehatan masyarakat miskin selain ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan pangan adalah keterbatasan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Adanya program Kartu Indonesia Sehat (KIS), masyarakat miskin diharapkan dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu. Tujuan penelitian ini adalah: 1.) Melihat bagaimana akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo. 2.) Melihat bagaimana bentuk pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang diterima oleh masyarakat miskin di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo. 3.) Melihat bagaimana persepsi masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Lokasi penelitian berada di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo. Subjek penelitian ini adalah masyarakat miskin pengguna KIS. Teknik pengumpulan data menggunakan observasi, wawancara, dan dokumentasi. Pelaksanaan penelitian menggunakan 10 orang sebagai informan utama yang terdiri dari 5 orang pasien rawat jalan dan 5 orang pasien rawat inap, serta 1 orang sebagai informan pendukung yaitu petugas pendaftaran khusus pasien JKN-KIS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa: 1.) Masyarakat miskin pengguna KIS memiliki akses yang memadai untuk menggunakan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo sejak dari akses memperoleh kartu, akses dalam administrasi pendaftaran layanan kesehatan, akses pemanfaatan sarana dan prasarana, layanan farmasi maupun lainnya, akan tetapi akses masyarakat miskin terbatas pada layanan kesehatan kelas terendah dikarenakan sesuai dengan peraturan yang ada. 2.) Bentuk pelayanan kesehatan yang diterima mayoritas dalam bentuk pengobatan atau penanganan sakit baik rawat jalan maupun rawat inap, di mana biaya berobat dan dirawat gratis tanpa dipungut biaya apapun. 3.) Persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dengan menggunakan KIS yaitu mampu meringankan beban biaya pengobatan, tidak ada diskriminasi, serta menerima dengan positif pelayanan kesehatan yang diperoleh.

Saran dalam penelitian ini antara lain: 1.) Bagi BPJS Kesehatan tetap melakukan pengawasan serta evaluasi terhadap pelayanan kesehatan dengan KIS. 2.) Bagi pihak RSUD Dr. Tjitrowardojo menjaga kualitas pelayanan kesehatan yang baik serta meningkatkan sarana dan prasarana untuk mendukung pelayanan kesehatan yang ada. 3.) Bagi masyarakat miskin pengguna KIS memanfaatkan dengan baik program tersebut dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan tidak menyalahgunakan KIS yang dimilikinya.

ABSTRACT

Rachmadhani, Eka. 2019. The Accessibility of Poor's Society Kartu Indonesia Sehat (KIS) Users Health Services Toward Government Health Service (Study in RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo Regency). Essay. Department of Sociology and Anthropology. Faculty of Social Science. Semarang State University. Advistor Kuncoro Bayu Prasetyo, S. Ant, M. A. 128 pages.

Keywords: Accessibility, Health Service, Kartu Indonesia Sehat (KIS), Poor Society

The poor tend to have low health status. The main cause of the low health of the poor society in addition to the inability to meet food needs is the limitation in accessing health services. With the Kartu Indonesia Sehat (KIS) program, the poor society are expected to be able to reach quality health service. The purpose of this research is: 1.) To see how acces to health services for the poor society using Kartu Indonesia Sehat (KIS) at RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo Regency. 2.) Seeing how health services using the Kartu Indonesia Sehat (KIS) received by the poor society at RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo Regency. 3.) Seeing how the poor society perceptions of health services using Kartu Indonesia Sehat (KIS) at RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo Regency.

This study used qualitative research methods. The research location is in RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo Regency. The subjects of this study is the poor society KIS users. Data collection using observations, interviews, and documentation. The study used 10 people as the main informants consisting of 5 outpatients and 5 inpatients, as well as 1 person as a supporting informant, namely registration staff specifically for JKN-KIS.

The result showed that: 1.) The poor KIS users in RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo Regency has adequate acces from acces to obtaining cards, acces to registration administration, acces to the use of faccilities and infrastructure, pharmaceutical services and others, but acces to the poor society are limited to the lowest class health services because according to existing regultions. 2.) The majority of forms of health services received in the form of medical treatment or treatment handling of both outpatient and inpatient care, where the cost if treatment and care free of charge without any charge. 3.) The poor society perception of health services using KIS is able to ease of medical expenses, there is no discrimination, and positively accept the health services obtained.

The advices in this study is: 1.) For BPJS Kesehatan continue to supervise and evaluate health services with KIS. 2.) For the RSUD Dr. Tjitrowardojo maintains the quality of good health services and improves facilities and infrastructure to support existing health services. 3.) For the poor society KIS users make good use of the program in obtaining health services and do not abusing their KIS.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *“Aksesibilitas Masyarakat Miskin Pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) Terhadap Pelayanan Kesehatan Pemerintah (Studi di RSUD Dr. Tjitrowardoyo Kabupaten Purworejo)”* yang disusun sebagai syarat untuk penyelesaian studi Strata Satu (S1).

Penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan atas bimbingan, arahan, bantuan, dan saran dari berbagai pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, dan pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati dan dengan rasa hormat penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Fathur Rohman, M.Hum. sebagai Rektor Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
2. Dr. Moh. Solehatul Mustofa, M. A, selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
3. Kuncoro Bayu Prasetyo, S. Ant, M. A, selaku Ketua Jurusan Sosiologi dan Antropologi serta dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, saran, serta motivasi dalam proses penyusunan skripsi sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.

4. Petugas RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo yang telah memberikan perizinana penelitian dan selalu senantiasa membantu penulis selama proses penelitian di lapangan.
5. Orang tua dan adik tercinta yang selalu mendoakan serta memberikan dorongan, motivasi, arahan, dan bimbingan selama proses penyusunan skripsi sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
6. Dan semua pihak yang selalu memberikan dukungan penuh dalam penyusunan skripsi yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi yang penulis buat ini masih jauh dari yang diharapkan, sehingga banyak terdapat kekurangan bahkan kesalahan yang terdapat dalam penulisan skripsi ini baik dari segi isi maupun penulisannya. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Semarang, 04 September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
PENGESAHAN KELULUSAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN	Error! Bookmark not defined.
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	ii
SARI	vi
ABSTRACT	viii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR BAGAN	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Batasan Istilah	7
1. Aksesibilitas	7
2. Masyarakat Miskin	8
3. Layanan Kesehatan.....	8
4. Kartu Indonesia Sehat (KIS)	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA BERPIKIR	11
A. Deskripsi Konseptual	11
1. Konsep Perilaku Kesehatan.....	11
2. Kebijakan Negara dalam Kesehatan Masyarakat	14
3. Teori Kekuasaan Michel Foucault.....	18
B. Tinjauan Pustaka	20
C. Kerangka Berpikir.....	33

BAB III METODE PENELITIAN	35
A. Latar Penelitian	35
B. Fokus Penelitian.....	36
C. Sumber Data.....	36
D. Alat dan Teknik Pengumpulan Data	40
E. Uji Validitas Data.....	47
F. Teknik Analisis Data.....	49
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	53
A. Gambaran Umum RSUD Dr. Tjitrowardojo.....	53
1. Sejarah RSUD Dr. Tjitrowardojo.....	53
2. Visi dan Misi	55
3. Sumber Daya Manusia (SDM)	56
4. Sarana dan Prasarana.....	58
5. Layanan Kesehatan.....	59
B. Profil Pasien Pengguna KIS	65
1. Pasien rawat jalan.....	65
2. Pasien rawat inap.....	74
C. Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Pengguna KIS di RSUD Dr. Tjitrowardojo.....	82
1. Akses dalam Aspek Administrasi.....	82
2. Akses dalam Aspek Pemanfaatan Sarana Prasarana Kesehatan.....	90
D. Bentuk Pelayanan Kesehatan Pengguna KIS pada Masyarakat Miskin di RSUD Dr. Tjitrowardojo	98
1. Layanan Instalasi Gawat Darurat (IGD).....	98
2. Layanan Rawat Inap	99
3. Layanan Rawat Jalan.....	100
4. Layanan Farmasi	102
E. Persepsi Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan dengan KIS di RSUD Dr. Tjitrowardojo	109
1. Persepsi terhadap Layanan Administrasi.....	109
2. Persepsi terhadap Layanan Kegawatdaruratan.....	112
3. Persepsi terhadap Layanan Rawat Jalan.....	112
4. Persepsi terhadap Layanan Rawat Inap	114
5. Persepsi terhadap Layanan Obat/ Farmasi	115

6. Persepsi terhadap Sarana Prasarana.....	117
BAB V PENUTUP	123
A. SIMPULAN	123
B. SARAN	124
DAFTAR PUSTAKA	125
LAMPIRAN	130

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo.....	53
Gambar 2. Struktur Organisasi RSUD Dr. Tjitrowardojo.....	57
Gambar 3. Ruang IGD.....	60
Gambar 4. Poliklinik.....	61
Gambar 5. Rawat Inap VIP.....	62
Gambar 6. Rawat Inap Kelas III.....	63
Gambar 7. Laboratorium.....	65
Gambar 8. Proses Administrasi Pendaftaran Pasien.....	86
Gambar 9. Proses Wawancara dengan Ibu Zumaroh.....	88
Gambar 10. Alur Pelayanan Rawat Inap.....	99
Gambar 11. Alur Pelayanan Rawat Jalan.....	101
Gambar 12. Depo Farmasi-1.....	102
Gambar 13. Depo Farmasi-2.....	103
Gambar 14. Loker Penyerahan Obat Depo Farmasi-2.....	104
Gambar 15. Pengunjung Depo Farmasi-2.....	105

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 1. Kerangka Berpikir.....	33

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Jumlah Masyarakat Penerima Bantuan Iuran (PBI).....	3
Tabel 2. Daftar Informan Utama.....	38
Tabel 3. Jumlah SDM RSUD Dr. Tjitrowardojo.....	58
Tabel 4. Sarana dan Prasarana RSUD Dr. Tjitrowardojo.....	59

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian.....	130
Lampiran 2. Instrumen Penelitian.....	133
Lampiran 3. Lembar Penjelasan Calon Responden.....	137
Lampiran 4. Persetujuan Keikutsertaan Penelitian.....	139
Lampiran 5. Surat Keterangan Penelitian.....	141
Lampiran 6. Fasilitas Pendukung.....	143

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberadaan masyarakat miskin di Indonesia masih cukup banyak. Hal tersebut dibuktikan dengan masih tingginya angka kemiskinan di negara ini. Pada bulan Maret tahun 2018, jumlah penduduk miskin di Indonesia mencapai 25,95 juta jiwa atau 9,82 persen (sumber: <https://www.bps.go.id>). Tingginya angka kemiskinan tersebut, akan berdampak pada berbagai akses kehidupan masyarakat seperti akses pendidikan, ekonomi, kesehatan dan lain sebagainya.

Masyarakat miskin dalam memenuhi kebutuhan, tentunya sangat mengharapkan bantuan dari pemerintah. Sesuai dengan konstitusi negara Republik Indonesia yaitu UUD 1945 pasal 34 ayat 1 bahwa *“fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh pemerintah atau negara”*. Serta dalam UUD 1945 pasal 28 H dalam perubahan kedua bahwa *“setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”*. Masyarakat miskin dalam hal ini merupakan tanggungjawab negara yang juga berhak hidup sejahtera baik secara lahir maupun batin, sehingga pemerintah mengeluarkan berbagai kebijakan untuk membantu masyarakat miskin.

Upaya pemerintah dalam membantu masyarakat miskin salah satunya yaitu dalam bidang kesehatan. Januari tahun 2005, PT Akses (Persero) dipercaya pemerintah untuk melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) yang dikenal dengan program Askeskin.

Sasaran program tersebut yaitu masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu sebanyak 60 juta jiwa yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah pusat. Program jaminan kesehatan lainnya yaitu Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) yang ditunjukan bagi masyarakat yang belum tercover oleh Jamkesmas, Askes Sosial, maupun asuransi swasta. PJKMU ini juga merupakan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang pengelolaannya diserahkan kepada PT Askes (Persero).

Guna meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, maka pemerintah mengubah program Askeskin dengan BPJS Kesehatan yang resmi beroperasi sejak 01 Januari 2014. Berawal pada tahun 2004, di mana pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sehingga PT Askes pun berubah menjadi BPJS Kesehatan. Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan tersebut, negara atau pemerintah hadir di tengah masyarakat untuk memastikan bahwa seluruh penduduk di Indonesia mendapatkan jaminan kesehatan yang komprehensif, adil dan merata.

Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) merupakan program yang menjamin dan memberikan pelayanan kesehatan kepada setiap warga negara. Melalui program inilah pemerintah memperbaiki serta meningkatkan kualitas bidang kesehatan. Hal tersebut dibuktikan bahwa dalam tiga tahun terakhir ini,

jumlah Penerima Bantuan Iuran (PBI) program Jaminan Kesehatan Nasional/ KIS terus meningkat.

Tabel 1. Jumlah Masyarakat Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Masyarakat PBI APBN		
Tahun	Jumlah (jiwa)	Rupiah
2015	87,8 juta	Rp. 19,8 triliun
2016	91,1 juta	Rp. 24,8 triliun
2017	92,2 juta	Rp. 25,5 triliun

Sumber: <https://www.depkes.go.id>

Berdasarkan tabel tersebut menunjukkan bahwa jumlah masyarakat penerima PBI APBN tahun 2015 sebanyak 87,8 juta jiwa, tahun 2016 sebanyak 91,1 juta jiwa, dan tahun 2017 sebanyak 92,2 juta jiwa. Tabel tersebut juga menunjukkan bahwa APBN yang dikeluarkan tahun 2015 sebesar Rp. 19,8 triliun, tahun 2016 sebesar Rp. 24,8 triliun, dan tahun 2017 sebesar Rp. 25,5 triliun. Jumlah masyarakat penerima PBI APBN dari tahun ke tahun semakin meningkat, begitu pula dengan APBN yang dikeluarkan dari tahun ke tahun juga semakin meningkat.

Pemerintah sangat memperhatikan masyarakat miskin, salah satunya yaitu dalam bidang kesehatan, di mana terus berupaya meningkatkan anggaran negara untuk meningkatkan kualitas dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Pemerintah berharap dengan upaya tersebut kualitas pelayanan dalam kesehatan juga akan semakin baik, namun realitanya di lapangan masih terdapat beberapa permasalahan atau ketimpangan dalam layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Fenomena yang terjadi di Kelurahan Sail Kecamatan Tenayan Raya Pekanbaru, di mana standar pelayanan dari rumah sakit yang telah ditetapkan oleh pemerintah sebagai

salah satu dari beberapa rumah sakit yang melaksanakan program Jamkesmas masih jauh dari layanan rumah sakit yang mementingkan keselamatan dari pasiennya (Tobing, dkk, 2015). Begitu pula fenomena mengenai pelaksanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin yang terjadi di Jorong Tongar Nagari Aia Gadang Kabupaten Pasaman Barat. Realitanya, masih ditemukan bahwa terdapat suatu ketimpangan dalam penerimaan Jamkesmas. Faktor yang menyebabkan ketimpangan tersebut yaitu pelaksanaan yang tidak sesuai dengan prosedurnya, pendataan yang tidak akurat, adanya imbalan yang diberikan masyarakat untuk petugas, sehingga tidak ada kepercayaan masyarakat kepada petugas Jamkesmas serta terjadinya kecemburuan sosial (Putri, 2014).

Muncul permasalahan lain kaitannya dengan jaminan kesehatan pada masyarakat miskin, yaitu seperti pada kasus yang terjadi di Jawa Timur, bahwa pelayanan BPJS dinilai tidak memuaskan. Pelayanan BPJS di Jawa Timur dinilai tidak memuaskan terhadap pasien atau peserta JKN dan KIS. Berdasarkan hasil survei dengan menggunakan indikator pemenuhan hak pasien dan tingkat kepuasan peserta oleh BPJS Watch, dapat dilihat bahwa realitanya akses masyarakat miskin dalam pelayanan kesehatan dipersulit oleh pihak rumah sakit (Jajeli, 2017).

Terkait permasalahan jaminan pada masyarakat miskin, begitu pula dengan yang terjadi di Kabupaten Purworejo bahwa presentase penduduk miskin pada tahun 2018 masih tinggi yaitu sebesar 11,67% atau berjumlah 83,55 ribu jiwa (<https://www.bps.go.id>). Kondisi masyarakat yang masih

banyak berada pada taraf kemiskinan ini tentu akan berdampak pada beberapa akses, salah satunya pada akses kesehatan yang membuat masyarakat sulit dalam mengakses pelayanan kesehatan. Semakin mahalnya biaya pelayanan kesehatan sedangkan di sisi lain penghasilan ekonomi mereka hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari, sehingga perlu adanya perhatian dari pemerintah dalam bidang kesehatan khususnya akses pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin. Melihat masih banyaknya permasalahan yang terjadi pada jaminan kesehatan masyarakat miskin, penulis tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan jaminan kesehatan pada masyarakat miskin dengan mengambil judul “Aksesibilitas Masyarakat Miskin Pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) Terhadap Layanan Kesehatan Pemerintah (Studi di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo)”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo?
2. Bagaimana bentuk pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang diterima oleh masyarakat miskin di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo?

3. Bagaimana persepsi masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Melihat bagaimana akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo.
2. Melihat bagaimana bentuk pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang diterima oleh masyarakat miskin di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo.
3. Melihat bagaimana persepsi masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat, baik manfaat secara teoritis maupun secara praktis. Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini antara lain:

1. Manfaat teoritis
 - a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan rujukan atau bahan pengayaan pada kajian bidang Sosiologi Kesehatan dan Antropologi Kesehatan.

- b. Hasil penelitian ini dapat bermanfaat sebagai bahan pembelajaran pada mata pelajaran Sosiologi SMA kelas XI tentang materi “Masalah Sosial dalam Masyarakat”, khususnya masalah-masalah yang ada pada masyarakat miskin di Indonesia.
2. Manfaat praktis
 - a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pengetahuan bagi masyarakat akan permasalahan yang terjadi di dalam pelayanan kesehatan, sehingga masyarakat dapat mampu ikut serta dalam mengatasi permasalahan yang di dalamnya.
 - b. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan untuk pemerintah dalam perbaikan pelayanan kesehatan bagi pengguna KIS sehingga dapat meminimalisasi permasalahan kaitannya dengan aksesibilitas masyarakat miskin dalam pelayanan kesehatan.

E. Batasan Istilah

Berkaitan dengan judul proposal skripsi tersebut, untuk menghindari agar permasalahan yang dimaksud tidak menyimpang dari tujuan semula, tidak terjadi kesalahan dalam penafsiran, serta memudahkan pembaca dalam memahami dan mendapatkan gambaran dari objek penelitian, maka peneliti memberikan batasan istilah sebagai berikut:

1. Aksesibilitas

Aksesibilitas berasal dari kata “akses” yang merupakan terjemahan dari kata *access* dalam bahasa Inggris yang berarti jalan masuk, sedangkan aksesibilitas yang berasal dari kata *accessibility* berarti hal yang dapat

masuk atau mudah dijangkau atau dicapai (Echols dan Shadily, 1995: 5). Sedangkan menurut Aday dan Andersen (1975) dalam Hartono dkk (1999) dalam pembahasannya terhadap akses pelayanan kesehatan menegaskan bahwa akses diartikan sebagai pemanfaatan pelayanan yang dikaitkan dengan faktor-faktor yang mempermudah proses pemanfaatan tersebut. Aksesibilitas yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kemampuan masyarakat miskin dalam menjangkau pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS).

2. Masyarakat Miskin

Konsep masyarakat miskin dalam penelitian ini yaitu menggunakan acuan pengertian menurut Badan Pusat Statistik (BPS). Menurut BPS, kemiskinan adalah kondisi ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran, jadi penduduk miskin atau masyarakat miskin adalah penduduk atau masyarakat yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan di bawah garis kemiskinan yaitu Rp. 404.398,- (<https://www.bps.go.id>). Masyarakat miskin yang dimaksud dalam penelitian ini adalah masyarakat miskin masyarakat miskin yang termasuk ke dalam peserta jaminan sosial (PBI Jaminan Kesehatan) yang sudah ditetapkan menurut Ketetapan Menteri Sosial Republik Indonesia.

3. Layanan Kesehatan

Pelayanan atau *services* didefinisikan sebagai kegiatan ekonomi yang menghasilkan waktu, tempat, bentuk dan kegunaan psikologis

(Haksever, 2000), sedangkan menurut Edvardsson (2005) jasa atau pelayanan juga merupakan suatu kegiatan, proses dan interaksi serta merupakan perubahan dalam kondisi orang atau sesuatu dalam kepemilikan pelanggan. Kesehatan menurut Undang-Undang No. 36 tahun 2009, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah suatu kegiatan, proses dan interaksi yang digunakan sebagai sarana untuk menyelenggarakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

4. Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Kartu Indonesia Sehat (KIS) merupakan kartu identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari program layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Kepesertaan BPJS Kesehatan dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu PBI Jaminan Kesehatan dan non PBI Jaminan Kesehatan (<http://www.jkn.kemkes.go.id>).

a. PBI Jaminan Kesehatan

Penerima Bantuan Iuran (PBI) merupakan peserta Jaminan Kesehatan yang diperuntukkan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana dalam UU SJSN dimana iurannya dibayari oleh pemerintah. PBI jaminan kesehatan lainnya adalah orang yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu, hal tersebut dikarenakan

kecatatan fisik atau mental seseorang akan mengakibatkan ketidakmampuan melakukan pekerjaan.

b. Bukan PBI Jaminan Kesehatan

Bukan PBI Jaminan Kesehatan merupakan peserta yang iurannya dibayarkan secara mandiri. Peserta yang termasuk ke dalam kelompok bukan PBI jaminan kesehatan terdiri dari pekerja penerima upah, pekerja bukan penerima upah, bukan pekerja dan anggota keluarganya.

Berdasarkan uraian di atas, maka KIS yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kartu identitas peserta program JKN yang termasuk PBI Jaminan Kesehatan, dimana iurannya dibayari oleh pemerintah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA BERPIKIR

A. Deskripsi Konseptual

1. Konsep Perilaku Kesehatan

a. Konsep Perilaku Kesehatan Notoadmodjo

Menurut Notoadmodjo (2007), perilaku kesehatan adalah usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila terjadi sakit. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, serta faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan.

1) Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan

Masyarakat apabila mereka diserang suatu penyakit dan juga merasakan sakit, maka akan melakukan berbagai perilaku dan usaha dalam rangka mencari kesembuhan. Respon seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2007: 205-206):

a) Tidak bertindak atau melakukan kegiatan apapun (*no action*).

Seseorang merasa bahwa kondisi tersebut tidak akan mengganggu aktivitas mereka sehari-hari. Dimana tanpa bertindak apapun gejala yang dideritanya akan hilang atau sembuh dengan sendirinya. Selain itu, alasan lainnya yaitu

fasilitas kesehatan yang letaknya jauh, petugas kesehatan yang tidak simpatik, takut dokter, takut biaya, dan lain sebagainya.

b) Mengobati sendiri (*self treatment atau self medication*).

Seseorang sudah percaya kepada diri sendiri, dan merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri mendatangkan kesembuhan.

c) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*).

Pada masyarakat tradisional masalah sehat-sakit lebih bersifat budaya daripada gangguan fisik. Sehingga pencarian pengobatan lebih berorientasi kepada sosial budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap masih asing. Fasilitas pengobatan tradisional dalam hal ini salah satunya yaitu dukun.

d) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern (profesional) yang disediakan pemerintah atau lembaga kesehatan swasta (Balai Pengobatan, Puskesmas, Rumah Sakit) serta pengobatan praktik dokter (*private medicine*).

Dari beberapa respon seseorang atau masyarakat apabila sakit, dapat diketahui bahwa masyarakat memiliki persepsi yang berbeda-beda terhadap sehat-sakit. Persepsi masyarakat tersebut erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan, sehingga akan mempengaruhi juga atas dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan.

2) Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Notoadmodjo (2014), menuliskan bahwa rendahnya suatu pemanfaatan (*utilisasi*) fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit dan sebagainya sering dihubungkan dengan masalah kaitannya dengan pelayanan seperti petugas yang tidak memuaskan, jarak tempuh antara fasilitas kesehatan dengan masyarakat baik secara fisik maupun sosial, biaya atau tarif yang tinggi. Selain itu, rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan juga dihubungkan dengan beberapa faktor dari masyarakat itu sendiri, seperti persepsi masyarakat dan konsep masyarakat tentang kesehatannya.

b. Konsep Perilaku Kesehatan Lawrence Green

Kerangka konseptual lain yang juga digunakan yaitu konsep perilaku kesehatan yang dikemukakan oleh Lawrence Green. Dalam Notoadmodjo (2014), terdapat beberapa teori yang mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan salah satunya yaitu *Teori Lawrence Green*. Dalam teori ini Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan, dimana kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Sedangkan perilaku ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

- 1) Faktor prediposisi (*predisposing factors*), terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya yang membentuk persepsi sehingga memotivasi individu untuk melakukan tindakan. Faktor ini mencakup faktor demografis seperti status sosial dan ekonomi, umur, jenis kelamin, dan lain-lain.
- 2) Faktor pendukung (*enabling factors*), terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas atau sarana kesehatan. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana atau fasilitas kesehatan, kemudahan mencapai pelayanan termasuk biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas kesehatan.
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factors*), terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Kesimpulannya bahwa perilaku seseorang atau masyarakat terkait kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Selain itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan terhadap kesehatan juga mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

2. Kebijakan Negara dalam Kesehatan Masyarakat

Kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh tingkah laku melainkan juga struktur sosial, penghasilan ekonomi dan kebijakan

pemerintah. Dalam bukunya Eko Prasetyo (2004) yang berjudul “Orang Miskin Dilarang Sakit” dijelaskan bahwa kebijakan pembangunan sering memiliki dampak bagi kesehatan penduduk. Persoalan kesehatan bukan perkara medis biasa, akan tetapi berkaitan erat dengan instansi-instansi lain. Sehingga dibutuhkan kesadaran masyarakat akan perubahan lingkungan sekitar. Aspek-aspek perubahan inilah yang membuat kebijakan kesehatan meminta keterlibatan dari berbagai kalangan. Lembaga layanan kesehatan juga perlu melibatkan tokoh masyarakat supaya ikut serta aktif dalam menangani persoalan-persoalan kesehatan. Khususnya masyarakat di pedesaan atau pedalaman dimana akses layanan kesehatan masih sulit atau langka.

Hubungan antar sektor kesehatan dengan kebijakan ekonomi, dalam hal ini, masalah kemiskinan ikut memperkeruh persoalan kesehatan. Munculnya pilihan berobat ke dukun dikarenakan biaya ke dokter yang tinggi atau keberadaan rumah sakit yang sulit untuk dijangkau. Upaya untuk mengatasi hal ini tidak cukup hanya mengandalkan keringanan biaya, melainkan komitmen pada dunia kesehatan bukan semata-mata untuk menumpuk laba, sebab pada dasarnya suatu rumah sakit itu melayani masyarakat. Peran pemerintah dalam hal ini juga penting, yaitu melakukan kontrol atas pelayanan kesehatan di rumah sakit terutama dalam menetapkan harga layanan terhadap pasien yang tidak mampu. Sangat tidak mungkin apabila perkara kesehatan diserahkan pada mekanisme pasar bebas, karena penyakit bukan barang dagangan, layaknya tas, busana atau

teve, melainkan penyakit menentukan bagaimana sesungguhnya bangsa memperlakukan dirinya sendiri.

Rakyat memiliki peran yang penting dalam menunjang pelayanan kesehatan, akan tetapi sekarang ini rakyat hanya jadi konsumen dan tidak diikutsertakan dalam melakukan penilaian atas suatu pelayanan kesehatan. Uang, penyakit, dan rumah sakit adalah sistem yang saling memenuhi dan menunjang satu sama lain. Uang bahkan dapat menentukan sakit apa yang diderita (uang menentukan berapa lapa rawat inap, fasilitas yang diberikan, kamar jenis apa, dan lain-lain). Dapat dikatakan bahwa semakin besar kekayaan semakin berbahaya penyalahgunaan (Edmund Burke, 2004), contohnya surat keterangan sakit yang digunakan bagi mereka untuk menghindari dari proses pengadilan. Kesehatan dalam hal tersebut bukan perkara badan tapi juga posisi politik dan berapa banyak uang. Pejabat atau orang kaya bahkan koruptor mendapat perlakuan istimewa jika berada di rumah sakit.

Kesehatan identik dengan derajat kebebasan hidup. Sistem medikal sekarang membuat mekanisme kesehatan sangat bergantung pada akumulasi modal, serta seberapa banyak uang yang bisa ditumpahkan pada aparat kesehatan. Pelayanan kesehatan yang demikian sangat bergantung dari kemampuan atau penghasilan masing-masing orang, dengan kata lain, pelayanan kesehatan sekarang ini telah menjadi suatu sistem yang terkapitalisasi.

Kesehatan yang telah menjadi suatu sistem yang terkapitalisasi tersebut akhirnya berdampak bagi masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Kesehatan hanya dapat diakses oleh masyarakat atau individu-individu tertentu saja yang memiliki modal. Sehingga peran negara atau pemerintah dalam hal ini tentu sangat dibutuhkan untuk mengatasi permasalahan tersebut. Pemerintah kemudian hadir dengan memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin yang kesulitan dalam mengakses kesehatan, seperti pada Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*).

Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*) dicetuskan tahun 1978 sebagai deklarasi Alma Atta. Munculnya PKP merupakan suatu peristiwa yang sangat penting dalam sejarah perkembangan pelayanan kesehatan karena bertujuan untuk mengurangi ketidakadilan pada sistem pelayanan kesehatan nasional di negara-negara berkembang. Isi deklarasi tersebut bahwa PKP merupakan strategi utama untuk pencapaian kesehatan untuk semua (*health for all*), dan sebagai bentuk perwujudan hak asasi manusia (Kalangie, 1994). Deklarasi Alma Atta ini kemudian dikenal dengan kesehatan semua untuk tahun 2000 (*Health for all by the year 2000*). Semua peserta deklarasi Alma Atta termasuk negara Indonesia, melalui piagam tersebut bersepakat untuk melanjutkan sehat untuk semua tahun 2000. Rakyat di setiap negara juga memiliki hak dan kewajiban untuk berperan serta atau berpartisipasi sosial baik dalam perencanaan maupun pelaksanaan pelayanan kesehatan, karena pelayanan kesehatan

dasar merupakan kunci untuk mencapai sasaran sebagai bagian dari pembangunan dalam roh keadilan sosial.

Di negara Indonesia, pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*) secara umum dilaksanakan melalui pusat kesehatan dan dibawahnya termasuk sub-pusat kesehatan, dan pusat kesehatan berjalan, serta kegiatan yang berbasis kesehatan masyarakat seperti Rumah Bersalin Desa, Pelayanan Kesehatan Desa seperti Layanan Pos Terpadu (ISP atau Posyandu), serta Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) atau pelayanan kesehatan primer lainnya.

3. Teori Kekuasaan Michel Foucault

a. Kekuasaan

Hubungan antara kekuasaan dan pengetahuan menjadi tema sentral dalam seluruh studi yang dilakukan oleh Foucault. Konsep kekuasaan Foucault memiliki pengertian yang berbeda dari konsep-konsep kekuasaan dari sudut pandang Marxian dan Weberian. Bagi Foucault, kekuasaan tidak dipahami dalam sebuah hubungan kepemilikan sebagai properti, perolehan, atau hak istimewa yang dapat dimiliki oleh sekelompok masyarakat tertentu. Kekuasaan bukan merupakan fungsi dominasi dari suatu kelas yang didasarkan pada penguasaan atas ekonomi (Marx), dan juga bukan dimiliki berkat suatu kharisma (Weber).

Kekuasaan menurut Foucault (dalam Kamahi, 2017), tidak dipahami dalam konteks pemilikan oleh suatu kelompok institusional

sebagai suatu mekanisme yang memastikan ketundukan warga negara terhadap negara. Kekuasaan juga bukan mekanisme dominasi sebagai bentuk kekuasaan terhadap yang lain dalam relasi yang mendominasi dengan yang didominasi atau yang *powerful* dengan *powerless*. Melainkan kekuasaan itu tersebar, berada di mana-mana, terdapat di dalam setiap relasi sosial. Hal tersebut bukan karena kekuasaan itu memiliki kemampuan mengkonsolidasikan segala sesuatu di bawah kondisi ketidakmampuannya, akan tetapi karena kekuasaan selalu diproduksi dalam setiap moment dan setiap relasi. Kekuasaan juga berada di mana-mana karena ia datang dari manapun.

b. Pengetahuan sebagai Bentuk Kekuasaan

Fokus perhatian Foucault sebelum berbicara secara eksplisit mengenai kekuasaan, adalah pada sejarah pengetahuan. Dalam hal ini yang menjadi perhatiannya mengenai sejarah pengetahuan sebagai sebuah *epitisme*, yaitu suatu bentuk pengetahuan yang otoritatif pada suatu masa tertentu. Penyelidikan bertolak dari pertanyaan bagaimana suatu bentuk pengetahuan yakni konsepsi-konsepsi atau pernyataan-pernyataan, terorganisasi secara sistematis sehingga menjadi otoritatif dan legitimate dalam menerangkan segala sesuatu. Struktur pengetahuan yang demikian mempengaruhi praktik-praktik sosial individu, baik cara berpikir, berbicara, maupun bertindak sebagai sebuah rezim pengetahuan. Dalam karyanya "*The Archeology of Knowledge*", struktur pengetahuan ini disebut sebagai suatu formasi wacana.

Pandangan Foucault terkait dengan kekuasaan tidak beroperasi secara negatif melalui aparatus yang koersif, menekan, dan menindas. Dalam konteks pengetahuan, kekuasaan beroperasi secara positif dan produktif. Artinya, karena wujud kekuasaan itu tidak nampak, maka beroperasinya kekuasaan menjadi tidak disadari dan memang dirasakan oleh individu sebagai praktik kekuasaan yang sebenarnya mengendalikan tubuh individu.

B. Tinjauan Pustaka

Sejauh penelusuran penulis, terdapat berbagai penelitian yang menuliskan mengenai permasalahan akses pelayanan kesehatan program jaminan kesehatan. Mengacu pada penelitian terdahulu, penelitian ini dimaksudkan untuk memperkaya penelitian tentang akses pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin pengguna program jaminan kesehatan. Beberapa penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Akses kesehatan masyarakat miskin

Penelitian Ngafiyah (2015), mengenai akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS kesehatan, subjek dari penelitian ini adalah masyarakat miskin dengan lokasi penelitian di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen. Fokus penelitian ini adalah akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan dengan menggunakan program BPJS Kesehatan. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif, dengan teknik

pengumpulan data berupa observasi, wawancara, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan menggunakan program jaminan kesehatan semakin baik dan dipermudah dari segala bentuk dalam pelayanan kesehatan. Masyarakat miskin bisa berobat dan dirawat secara gratis, serta sarana dan prsarana atau fasilitas kesehatan yang lengkap. Akan tetapi beberapa kendala seperti kuota penerima jaminan kesehatan yang terbatas, jarak fasilitas kesehatan yang jauh dengan tempat tinggal, serta kurangnya sosialisasi kepada masyarakat akan program tersebut sehingga banyak masyarakat yang tidak mengetahuinya.

Penelitian Ngafiyah memiliki persamaan dengan penelitian penulis, yaitu sama-sama meneliti tentang akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan menggunakan jaminan kesehatan, perbedaan dari penelitian ini adalah objek penelitian yang memungkinkan hasil penelitian akan berbeda.

Penelitian Atsmana (2015), tentang akses masyarakat miskin terhadap pelayanan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Lokasi penelitan ini di Kota Pekanbaru dengan subjek penelitiannya masyarakat miskin pengguna Jamkesda. Metode penelitian yang digunakan yaitu kualitatif dengan deskriptif analisis. Teknik pengumpulan data dengan cara observasi dan wawancara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa respon masyarakat terhadap pelayanan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) memiliki tujuan untuk program bantuan kesehatan yang

diperuntukkan khusus bagi masyarakat miskin. Respon masyarakat dalam hal ini bersifat positif maupun negatif. faktor rendahnya program ini yang mana adapun upaya pemerintah untuk mengatasi permasalahannya dengan mencari solusi sesuai harapan bersama sehingga keinginan dan harapan peserta jamkesda dapat terpenuhi dengan baik sesuai dengan harapan.

Penelitian Atsmana memiliki persamaan dengan penelitian penulis, yaitu sama-sama meneliti tentang akses masyarakat miskin terhadap pelayanan jaminan kesehatan. Perbedaan dari penelitian ini adalah terletak pada lokasi penelitian serta subjek penelitian, di mana subjek penelitian penulis yaitu masyarakat miskin pengguna KIS peserta PBI sedangkan subjek penelitian yang dilakukan oleh Atsmana yaitu masyarakat miskin pengguna Jamkesda (non PBI).

Penelitian Restiyani, dkk (2013), tentang aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Subjek dari penelitian ini adalah masyarakat miskin dengan lokasi penelitian di Kawasan Kampung Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang. Fokus dari penelitian ini yaitu aksesibilitas masyarakat miaskin dalam memperoleh layanan kesehatan. Metode penelitian yang digunakan yaitu dengan metode kualitatif dengan teknik pengambilan data berupa *interview*, obeservasi dan studi pustaka. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa aksesibilitas masyarakat miskin pengguna pengguna program jaminan kesehatan ini mengalami beberapa permasalahan seperti minimnya informasi yang diterima masyarakat dikarenakan sosialisasi yang dilakukan pemerintah

kota kurang, serta aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan belum sepenuhnya mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang baik. Hal tersebut dibuktikan dengan ketidakketerjangkauan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan (akses fasilitas, akses biaya, dan akses informasi).

Penelitian Restiyani memiliki persamaan dengan penelitian penulis yaitu sama-sama meneliti mengenai aksesibilitas masyarakat miskin. Perbedaannya, subjek penelitian yang dilakukan oleh Restiyani yaitu semua masyarakat miskin di Kawasan Kampung Tambak Mulyo, sedangkan subjek penulis hanya masyarakat miskin yang melakukan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Tjitrowardojo. Fokus penelitian juga berbeda, di mana penelitian yang dilakukan oleh Restiyani berfokus pada masyarakat miskin pengguna Jamkesmas maupun Jamkesmaskot, sedangkan penelitian penulis berfokus pada pengguna KIS PBI.

Terakhir, penelitian yang dilakukan oleh Petters *et al* (2008) tentang "*Poverty and Acces to Health in Developing Countries*". Hasil penelitian menunjukkan bahwa, meskipun terdapat peningkatan dalam menyediakan akses keperawatan kesehatan di negara-negara berkembang, akan tetapi masyarakat masih memiliki akses keperawatan kesehatan yang terbatas baik diukur dengan aksesibilitas geografis, ketersediaan aksesibilitas keuangan, penerimaan, atau kualitas perawatan.

2. Layanan kesehatan

Penelitian Abidin (2016), mengenai kualitas pelayanan kesehatan dengan subjek penelitian pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Cempae dan fokus penelitiannya yaitu pengaruh kualitas pelayanan BPJS Kesehatan terhadap kepuasan pasien. Lokasi penelitian ini di Puskesmas Cempae Kota Parepare. Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh kehandalan, ketanggapan dan empati terhadap kepuasan peserta BPJS pasien rawat inap di Puskesmas Cempae Kota Parepare.

Penelitian Abidin memiliki persamaan dengan penelitian penulis yaitu sama-sama meneliti program Jaminan Kesehatan, perbedaannya yaitu pada lokasi dan fokus penelitian. Lokasi penelitian Abidin berada di Puskesmas Cempae Kota Parepare, sedangkan lokasi penelitian penulis berada di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo. Fokus penelitian Abidin yaitu pengaruh kualitas pelayanan BPJS kesehatan, sedangkan fokus penelitian penulis yaitu aksesibilitas masyarakat miskin pengguna KIS.

Rumengan, dkk (2015), tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Subjek penelitian ini adalah pasien pengguna BPJS Kesehatan dalam pelayanan kesehatan, dengan lokasi penelitian di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapaget Kota Manado. Jenis penelitian ini adalah penelitian survey analitik dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Hasil

penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi responden tentang JKN, akses layanan dan persepsi responden terhadap tindakan petugas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Penelitian Rumengan memiliki persamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis, yaitu sama-sama meneliti tentang pelayanan kesehatan dengan menggunakan jaminan kesehatan. Subjek penelitiannya juga sama yaitu sama-sama peserta pengguna jaminan kesehatan. Perbedaannya yaitu pada lokasi dan fokus penelitian.

Penelitian Wardhani (2008), tentang pola pelayanan kesehatan pengguna kartu Askeskin. Subjek penelitiannya yaitu masyarakat pengguna kartu Askeskin terhadap pelayanan kesehatan. Lokasi penelitian ini berada di Kecamatan Semampir Kelurahan Wonokusumo Surabaya. Metode penelitian yang digunakan yaitu metode penelitian kualitatif deskriptif, dengan teknik pengambilan data berupa observasi, wawancara dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan melalui program kesehatan memiliki banyak kekurangan, seperti sikap petugas yang tidak ramah, fasilitas yang diberikan tidak memadai, serta sulitnya dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Penelitian Wardhani memiliki kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis yaitu subjek penelitiannya masyarakat pengguna kartu jaminan kesehatan dalam pelayanan kesehatan. Perbedaannya yaitu

pada fokus dan lokasi penelitian yang memungkinkan hasil penelitiannya pun juga berbeda.

Penelitian Rauff, dkk (2013) tentang faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal care. Lokasi penelitian ini di Puskesmas Minasa Upa Kota Makasar. Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu hamil trisemester 3 dengan teknik pengambilan sampel dengan cara *exhaustive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal care adalah pengetahuan, keterjangkauan, dan sikap petugas, sedangkan faktor yang tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal care adalah paritas.

Penelitian Rauf memiliki perbedaan dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis, yaitu pada penelitian yang dilakukan oleh Rauf subjek penelitiannya yaitu ibu hamil. Lokasi penelitiannya berada di Puskesmas dengan fokus penelitiannya yaitu faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal care.

Penelitian lain kaitannya dengan layanan kesehatan dilakukan oleh Tobing, dkk (2015), tentang respon masyarakat miskin terhadap program Jamkesmas. Subjek penelitian ini adalah masyarakat miskin dengan lokasi penelitian di Kelurahan Sail Kecamatan Tenayan Raya Pekanbaru. Fokus penelitian ini adalah respon masyarakat miskin terhadap program jaminan

kesehatan. Metode penelitian ini menggunakan metode kualitatif, dengan teknik pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi langsung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa standar pelayanan kesehatan dari rumah sakit yang telah ditetapkan oleh pemerintah masih jauh dari layanan rumah sakit yang mementingkan keselamatan dari pasiennya.

Penelitian Tobing memiliki persamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis, yaitu sama-sama subjek penelitiannya masyarakat miskin pengguna jaminan kesehatan. Perbedaannya yaitu pada lokasi penelitian dan fokus penelitiannya yang memungkinkan hasil penelitian akan berbeda.

Penelitian Putri (2014), tentang pelaksanaan jaminan kesehatan dengan subjek penelitiannya yaitu masyarakat miskin pengguna jaminan kesehatan serta lokasi penelitian di Jorong Tongar Nagari Aia Gadang Kabupaten Pasaman Barat. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan teknik pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat menunjukkan suatu ketimpangan dalam penerimaan Jamkesmas. Hal tersebut dikarenakan pelaksanaan yang tidak sesuai dengan prosedur, pendataan yang tidak akurat, adanya imbalan yang diberikan masyarakat untuk petugas sehingga tidak ada kepercayaan masyarakat kepada petugas Jamkesmas serta terjadi kecemburuan sosial.

Penelitian Putri memiliki persamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis yaitu sama-sama subjek penelitiannya masyarakat miskin pengguna jaminan kesehatan. Perbedaannya yaitu pada lokasi penelitian dan fokus penelitian.

Penelitian oleh Moniung, dkk (2017), mengenai implementasi program KIS. Lokasi penelitian di Noongan Kabupaten Minahasa dengan subjek penelitian masyarakat pengguna KIS dalam pelayanan kesehatan di RSUD Noongan Minahasa. Metode penelitian yang digunakan yaitu metode deskriptif kualitatif dengan teknik pengambilan data berupa observasi dan wawancara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi program Kartu Indonesia Sehat (KIS) dapat dikaji melalui ketersediaan informasi yang lengkap dan akurat dalam pelayanan administrasi KIS kepada pasien pengguna layanan di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan ditemui masih kurang disosialisasikan dengan baik, dimana masih banyak peserta KIS yang belum mengetahui tentang mekanisme penggunaan layanan KIS, termasuk tentang tanggungjawab biaya rawat inap maupun pembelian obat-obatan yang tidak keseluruhan ditanggung KIS.

Penelitian Moniung memiliki persamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis yaitu sama-sama subjek penelitiannya masyarakat pengguna jaminan kesehatan dalam pelayanan kesehatan. Perbedaannya yaitu pada fokus penelitian, di mana fokus penelitian Moniung yaitu pada

implementasi program KIS, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh penulis berfokus pada aksesibilitas masyarakat miskin pengguna KIS.

Penelitian Robert Sparrow, dkk (2013) tentang “*Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia’s Askeskin programme*” menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa masalah terkait dengan hak dan kewajiban pasien serta penyedia layanan. Selain itu, terdapat juga masalah terkait kualitas dan diskriminasi layanan yang lebih rendah untuk penerima Askeskin sehingga sering dijadikan sebagai alasan untuk menerima Askeskin.

3. Jaminan kesehatan

Setiap negara memiliki sistem jaminan kesehatan yang berbeda-beda. Beberapa hasil kajian penelitian terdahulu dapat berguna untuk memperkaya atau memperluas wawasan akan penelitian yang berkaitan dengan jaminan kesehatan. Penelitian Trujillo, *et al* (2015) tentang “*The Impact Subsidized Health Insurance for the Poor: Evaluating the Colombian Experience Using Propensity Score Matching*”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program asuransi bersubsidi Kolombia sangat meningkatkan pemanfaatan perawatan medis diantaranya masyarakat miskin dan tidak diasuransikan. Program SUBS di Kolombia meningkatkan penggunaan perawatan medis untuk anak-anak, wanita, dan kelompok lanjut usia yang secara khusus menarik perhatian para pembuat kebijakan. Penyaringan keluarga berpenghasilan rendah menggunakan

sistem desentralisasi dan dilakukan oleh otoritas lokal berhasil menargetkan orang miskin di Kolombia.

Kajian pustaka lain yang dapat dijadikan referensi dalam penelitian ini kaitannya dengan jaminan kesehatan dalam paper oleh Heryana, dkk (2014) tentang asuransi kesehatan sosial di Jerman. Menjelaskan bahwa ditinjau dari aspek model pelayanan dan pembiayaan kesehatan, asuransi di Jerman termasuk asuransi sakit tradisional yaitu menggunakan pendekatan pasar pada asuransi swasta, tetapi dengan subsidi negara. Besarnya premi berdasarkan prosentase sehingga tergantung dari penghasilan peserta sehingga menggunakan subsidi silang. Dimana, yang muda menyumbang yang tua, keluarga kecil menyumbang keluarga besar, dan yang sehat menyumbang yang sakit, yang kaya menyumbang yang miskin, karena semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diberikan sama tidak bergantung premi. Asuransi tersebut dikenal dengan nama *Social Health Insurance*.

Sistem yang digunakan di negara Jerman yaitu mewajibkan penduduk yang memiliki upah dibawah 45.900 Euro/ tahun mengikuti program asuransi wajib. Sedangkan penduduk yang berpenghasilan di atas itu boleh membeli asuransi kesehatan dari perusahaan swasta. Saat ini 99,8% penduduk memiliki asuransi kesehatan dan hanya 8,9% yang mengambil asuransi kesehatan swasta. Sebagian kecil penduduk (seperti militer dan penduduk sangat miskin) mendapatkan kesehatan melalui program khusus. Jaminan kesehatan yang ditanggung mencakup

pengobatan dan perawatan, perawatan jangka panjang, biaya transportasi, obat-obatan dan transplantasi. Peserta bebas berobat ke dokter yang dipercaya/ disukai, namun pembayaran diatur melalui sistem mekanisme pembayaran kelompok ke asosiasi dokter. Dan asosiasi dokter tersebutlah yang mengatur pembayaran ke masing-masing anggota dokternya. Sedangkan untuk pembayaran rumah sakit dilakukan dengan anggaran global dan mulai dilaksanakan sistem pembayaran per diagnosis.

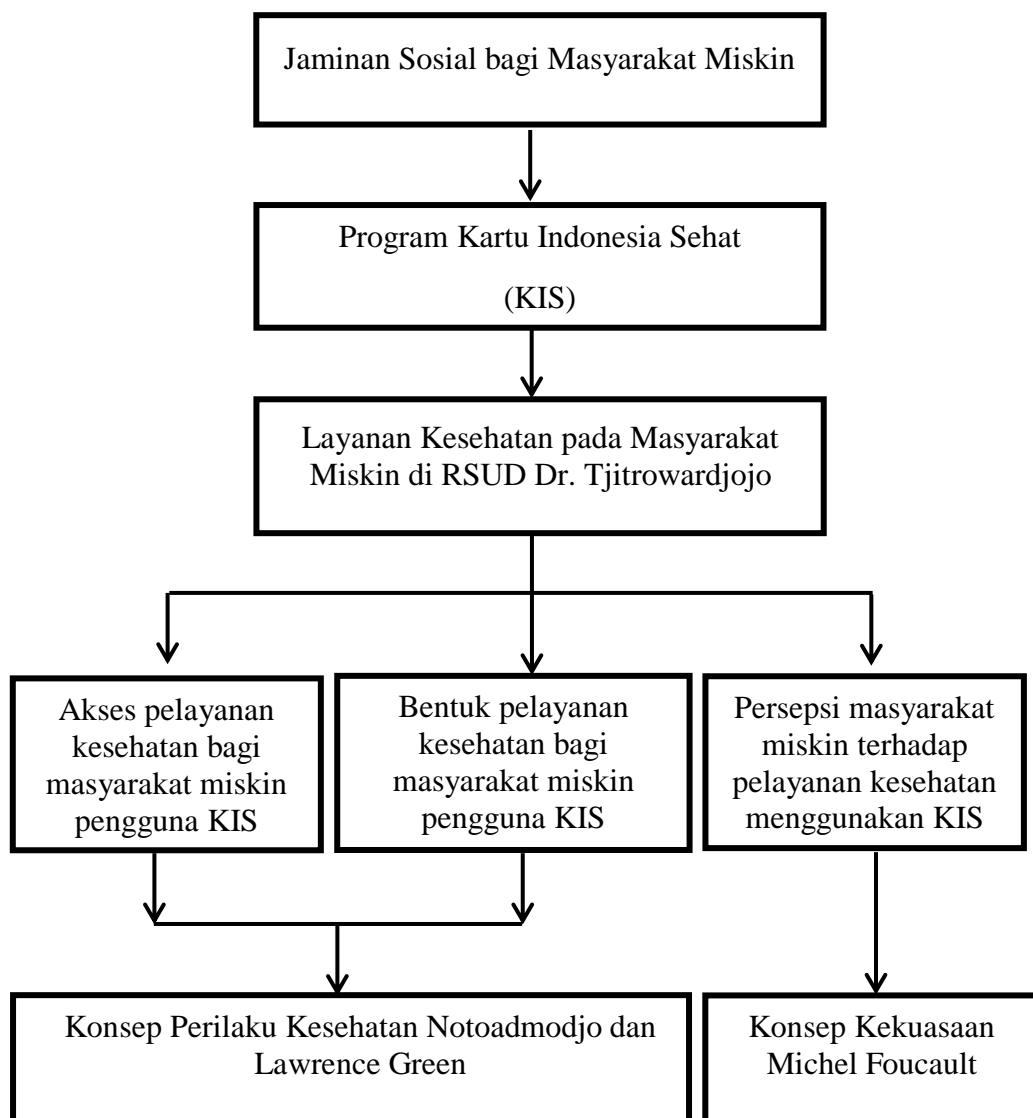
Kajian pustaka lain kaitannya dengan jaminan kesehatan yaitu dalam tulisan oleh BAPPENAS (2004), yang berjudul Membangun Jaminan Nasional Yang Dapat Terlaksana, Efisien, dan Adil yang juga menggambarkan sistem program jaminan di negara lain. Tulisan tersebut menunjukkan bahwa negara Kolombia memiliki 2 program jaminan kesehatan, yaitu asuransi kesehatan wajib bagi pekerja formal yang disebut *Social Health Insurance* (SHI) serta program jaminan kesehatan bagi pekerja informal dan masyarakat miskin. Dalam hal ini pekerja formal anggota SHI mengiur 11% dari pendapatannya, dimana 11% dari pendapatan tersebut ditanggung 1/3 oleh pekerja dan 2/3 oleh pemberi kerja. Sedangkan program jaminan kesehatan bagi pekerja informal dan masyarakat miskin disubsidi oleh peserta pekerja formal dan pemerintah.

Selain di negara Kolombia, di negara Chili reformasi jaminan kesehatan dilakukan mulai tahun 1980an. Jaminan kesehatan dibagi menjadi dua, bagi peserta yang mampu mengikuti program kesehatan (ISAPRE) dan bagi yang tidak mampu mengikuti program (FONASA

ISAPRE). ISAPRE adalah program asuransi jaminan kesehatan yang terdiri dari 18 perusahaan asuransi swasta. Program ini didanai dari iuran peserta yang besarnya 7% dari pendapatan pekerja dan bagi yang menginginkan manfaat yang lebih luas dapat membayar iuran tambahan. Sedangkan FONASA ISAPRE dikelola oleh pemerintah, selain dibiayai dari 7% iuran pekerja pemerintah juga memberikan tambahan sebesar iuran yang terkumpul dari pekerja. Jaringan penyedia layanan kesehatan ini adalah gabungan antara penyedia layanan kesehatan pemerintah dan swasta.

C. Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir penulis dalam penelitian ini yaitu, penulis meneliti mengenai aksesibilitas masyarakat miskin pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) terhadap layanan kesehatan di RSUD Dr. Tjitrowardjo Kabupaten Purworejo, sehingga untuk mempermudah alur berpikir peneliti, maka kerangka berpikir dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Bagan 1. Kerangka Berpikir Penelitian

Masalah kemiskinan menjadi masalah yang sangat mendasar. Dengan masih banyaknya masyarakat miskin maka dapat berdampak pada berbagai akses masyarakat. Hal tersebut tentunya menjadi tanggungjawab pemerintah. Pemerintah dalam rangka mengatasi berbagai permasalahan pada masyarakat miskin dengan mengeluarkan kebijakan berupa jaminan sosial. Jaminan sosial dalam penelitian ini yang dimaksud yaitu berkaitan dengan jaminan sosial di bidang kesehatan.

Jaminan sosial dalam bidang kesehatan yang diberikan pemerintah ini bertujuan untuk mempermudah pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Jaminan kesehatan ini berupa program Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang nantinya dapat digunakan oleh masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan serta diharapkan dapat lebih mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan. Dengan demikian, peneliti dapat melihat bagaimana akses pelayanan kesehatan, bentuk pelayanan serta persepsi masyarakat miskin pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS).

BAB V

PENUTUP

A. SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan hasil pembahasan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Masyarakat miskin pengguna KIS PBI memiliki akses yang memadai untuk menggunakan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo. Sejak dari akses memperoleh kartu, akses ke pelayanan kesehatan, akses dalam administrasi pendaftaran layanan kesehatan, pemanfaatan sarana dan prasarana, layanan farmasi maupun lainnya, akan tetapi akses masyarakat miskin terbatas pada layanan kesehatan kelas terendah yaitu kelas III. Hal tersebut dikarenakan sesuai dengan peraturan yang ada pada Permenkes No. 51 Tahun 2018 dimana untuk masyarakat miskin hanya mengcover untuk layanan pada standar minimal.
2. Bentuk pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat miskin pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo mayoritas dalam bentuk pelayanan pengobatan atau penanganan sakit baik rawat inap maupun rawat jalan, sedangkan untuk layanan pemeliharaan kesehatan tidak tampak. Bagi masyarakat atau pasien pengguna KIS dapat berobat dan dirawat secara gratis tanpa dipungut biaya apapun, akan tetapi hal tersebut tetap sesuai dengan haknya.

3. Persepsi masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di RSUD Dr. Tjitrowardojo Kabupaten Purworejo yaitu dapat meringankan beban biaya pengobatan, pelayanan kesehatan yang setara dengan pasien umum (tidak ada diskriminasi), serta masyarakat miskin cenderung menerima dengan positif layanan kesehatan yang diperoleh.

B. SARAN

Dari hasil penelitian, maka saran yang dapat peneliti berikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tetap melakukan pengawasan serta evaluasi terhadap pelayanan kesehatan dengan KIS.
2. Bagi pihak RSUD Dr. Tjitrowardojo menjaga kualitas pelayanan kesehatan yang baik serta meningkatkan sarana dan prasarana untuk mendukung pelayanan kesehatan yang ada.
3. Bagi masyarakat miskin pengguna KIS PBI memanfaatkan dengan baik program tersebut dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan tidak menyalahgunakan KIS yang dimilikinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, 2016. Pengaruh Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Di Puskesmas Cempae Kota Parepare. *Jurnal MKMI*. Vol. 12. No. 2. Hal. 70-75
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- BAPPENAS. 2004. *Membangun Sistem Jaminan Sosial Yang Dapat Terlaksana, Efisien, dan Adill*. Jakarta
- Echols, John M and Hassan Shadily. 1995. *Kamus Inggris- Indonesia: an English- Indonesian Dictionary*. Jakarta: PT. Gramedia
- Edvardsson, B, Gustafsson, A. and Roos, I. 2005. *Service Portraits in service research a critical review*.
- Haksever C, B. Render, R. Russel and R. Murdick. 2000. *Service Management and Operations*. Printce Hall
- Hartono, Joko, dkk. 1999. *Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi: Studi Kasus di Kabupaten Jayawijaya Irian Jaya*. Jakarta: Puslitbang Kependudukan dan Ketenagakerjaan LIPI
- Heryana, Ade, dkk. 2014. 'Asuransi Kesehatan Sosial Di Jerman'. *Paper Mahasiswa Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*
- Humas RSUD Dr. Tjitrowardojo. 2018. *Buku Profil RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo*
- Idrus, Muhammad. 2011. *Metode Penelitian Ilmu Sosial Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif*. Jakarta: Erlangga
- Jacobs B, et al. 2006. Improving acces for the poorest to public sector health services: insights from Kriving Operational Health District in Cambodia. *Journal Health Policy and Planning*, 21 (1). Hal. 27-39
- Kalangie, Nico. S. 1994. *Kebudayaan dan Kesehatan: Pengembangan Pelayanan Kesehatan Primer Melalui Pendekatan Sosio Budaya*. Jakarta: Kesain Blanc Indah
- Kamahi, Umar. 2017. Teori Kekuasaan Michel Foucault: Tantangan Bagi Sosiologi Politik. *Jurnal Al-Khitabah*, Vol. III. No. 1. Hal. 117-133
- Moeleong, Lexy J. 2013. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Rosdakarya

- Moniung, RE, dkk. 2017. Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan Kabupaten Minahasa. *Jurnal Eksekutif Unsrat* 1 (1), Hal. 24-35
- Najibardhi, Atsmana. 2015. Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kota Pekanbaru. *JOM Fisip*, Vol. 2. No. 2. Hal. 1-13
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Urun Biaya dan Selisih Biaya
- Petters, David H, dkk. 2008. Poverty and Acces to Health Care in Developing Countries. *Journal Annals of the New York of Sciences*, Hal. 161-171
- Prasetyo, Eko. 2004. *Orang Miskin Dilatang Sakit*. Yogyakarta: Resist Book
- Putri, Anike. 2014. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Di Jorong Tongar Nagari Aia Gadang Kabupaten Pasaman Barat. *Jurnal Pendidikan Sosiologi*. Vol. 4. No. 2. Hal. 7-12
- Rauf, NI, MY Amir, Balqis. 2013. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal care di Puskesmas Minasa Upa Kota Makasar. *Skripsi*. Makasar: Administrasi Kesehatan dan Kebijakan FKM Unhas.
- Restiyani, dkk. 2013. Aksesibilitas Masyarakat Miskin dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus di Kawasan Kampung Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang). *Jurnal Ilmu Pemerintahan*, Vol.3. No. 5. Hal. 1-13
- Rumengan, Debra S. S, dkk. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *Jurnal JIKMU*, Vol. 5. No. 1. Hal. 88-100
- Sparrow, Robert, dkk. 2013. Social Health Insurance for The Poor: Targeting and Impact of Indonesia's Askeskin Programme. *Journal Social and Medicine*, No. 96. Hal. 264-271
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: ALFABETA

- Tobing, dkk. 2015. Studi Tentang Respon Masyarakat Miskin Terhadap Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Di Kelurahan Sail Kecamatan Tenayan Raya Pekanbaru. *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*, Vol. 1. No. 1. Hal. 1-15
- Trujillo, Antonio J, dkk. 2005. The Impact of Subsidized Health Insurance for The Poor: Evaluating the Colombian Experience Using Propensity Score Matching. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, No. 5. Hal. 211-239
- Wardhani, Reny Kusuma. 2008. Pola Pelayanan Kesehatan Bagi Pengguna Kartu Askeskin: Studi Deskriptif Mengenai Akses Pengguna Kartu Askeskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Kecamatan Semampir Kelurahan Wonokusumo Surabaya. *Skripsi thesis*. Surabaya: Universitas Airlangga

Peraturan Perundangan-Undangan

- Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (diakses pada laman http://sinforeg.litbang.depkes.go.id/upload/regulasi/PMK_No._28_ttg_Pedoman_Pelaksanaan_Program_JKN_.pdf)
- Permenkes No. 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan (diakses pada laman http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._51_Th_2017_ttg_Pedoman_Penilaian_Teknologi_Kesehatan_Dalam_Program_JKN_.pdf)
- Undang-Undang 1945 (diakses pada laman <https://luk.staff.ugm.ac.id/atur/UUD1945.pdf>)
- Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS (diakses pada laman <https://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/himpunan-peraturan-jaminan-kesehatan.pdf>)
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (diakses pada laman <http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduh/UU%20No.%2040%20Tahun%202004%20tentang%20SJSN.pdf>)

Internet

- BPS. Kemiskinan dan Ketimpangan (diakses pada laman <https://www.bps.go.id/subject/23/kemiskinan-dan-ketimpangan.html>)
- Jajeli, Rois. 2017. Pelayanan Tidak Memuaskan BPJS Di Jatim Disorot (diakses pada <http://m.detik.com/news/berita-jawa-timur/d-3529039/pelayanan-tidak-memuaskan-bpjs-di-jatim-disorot>)

Kemenkes. Kesepertaan BPJS Kesehatan (diakses pada pada laman <http://www.jkn.kemkes.go.id/faq.php?page=2>)

Suryanto, Hikmawan. 2012. Deklarasi Alma Atta. (diakses pada laman <http://hikmawan-s-fkm11.web.unair.ac.id>)