

AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM BPJS KESEHATAN DI KELURAHAN BUMIREJO KABUPATEN KEBUMEN

SKRIPSI

Untuk memperoleh gelar Sarjana Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan

Oleh Nur Ngafiyah 3301411070

JURUSAN POLITIK DAN KEWARGANEGARAAN FAKULTAS ILMU SOSIAL UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG 2015

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi dengan judul Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen ini telah disetujui untuk diajukan ke Sidang Panitia Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Semarang pada:

Hari

: Jum'at

Tanggal

: 3 Juli

2015

Disetujui oleh:

Dosen Pembimbing I

Dr. Eko Handoyo, M.Si

NIP. 196406081988031001

Dosen Pembimbing II

Drs. Setiajid, M.Si

NIP. 196006231989011001

Mengetahui

Ketua Jurusan Politik dan Kewarganegaraan

Drs. Slamet Sumarto, M.Pd

NIP. 196101271986011001

PENGESAHAN KELULUSAN

Skripsi dengan judul Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen ini telah dipertahankan di depan Sidang Panitia Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Semarang pada:

Hari

: Jum'at

Tanggal

2015

Penguji I

Penguji II

Penguji III

Puji Lestari, S.Pd., M.Si

Dr. Eko Handoyo, M.Si NIP.197707152001122008 NIP. 196406081988031001

Drs. Setiajid, M.Si

NIP. 196006231989011001

Lengetahui:

ubagyo, M.Pd

8081980031003

PERNYATAAN

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

Semarang, Juli 2015

Nur Ngafiyah NIM 3301411070

MOTTO

"Tidak ada masalah yang tidak bisa diselesaikan selama ada komitmen bersama untuk menyelesaikannya"

"Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum kecuali kaum itu sendiri yang mengubah apa apa yang pada diri mereka" (QS 13:11)

PERSEMBAHAN

Didedikasikan kepada:

- Bapak Nur Salim dan Ibu Siti Mafiyah yang telah mendidikku penuh kasih sayang. Terimakasih untuk semua doa dan perjuangan demi kesuksesan anak-anaknya.
- Dwi Nafsiyah Rohmah dan semua keluarga yang telah mendukung, memberikan motivasi dan membantu sehingga semua ini dapat terwujud.
- Mas Gurit Prasetyo yang telah mendukung, memberikan semangat dan motivasi dalam perjalanan perkuliahan di UNNES.
- 4. Sahabat-sahabat terbaikku Rani, Aulia, Yuyun, Reni, Devi terimakasih telah menjadi keluarga keduaku di Semarang.
- 5. Teman-teman Kos Griya Monesy.
- 6. Teman-teman seperjuangan PKn 2011
- 7. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberi rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul "Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen"

Penulis menyadari bahwa skripsi ini dapat disusun dengan baik karena bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

- 1. Prof. Dr. Fathur Rokhman, M.Hum, Rektor Universitas Negeri Semarang.
- 2. Dr. Subagyo, M.Pd, Dekan Fakultas Ilmu Sosial.
- 3. Drs. Slamet Sumarto, M.Pd, Ketua Jurusan Politik dan Kewarganegaraan.
- 4. Dr. Eko Handoyo M.Si dan Drs. Setiajid M.Si dosen Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
- Keluarga penulis, terima kasih atas segala dukungan materiil dan immateriil yang telah diberikan.
- Seluruh staf dan karyawan Jurusan PKn, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Semarang yang banyak membantu.
- 7. Sahabat-sahabat terbaikku dan seluruh teman-teman PKn angkatan 2011, terima kasih atas bantuan, dukungan, dan doanya.
- 8. Semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu persatu atas bantuannya selama dilaksanakannya penelitian sampai selesainya penulisan skripsi ini.

Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan serta semua pihak yang memiliki kaitan dengan bidang kajian ini.

Semarang, Juli 2015

Penulis

SARI

Ngafiyah, Nur. 2015. Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen. Jurusan Politik dan Kewarganegaraan FIS UNNES. Pembimbing I Dr. Eko Handoyo, M.Si Pembimbing II Drs. Setiajid, M.Si. 137 halaman.

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

Masyarakat miskin cenderung memiliki derajat kesehatan yang rendah. 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 Bumirejo Kabupaten Kebumen diharapkan dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu.

Permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah; (1) bagaimana akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen, (2) faktor-faktor apa yang menjadi kendala masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo untuk ikut serta dalam program BPJS Kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen dan untuk mengetahui faktor-faktor yang menjadi kendala masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo untuk ikut serta dalam program BPJS Kesehatan.

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi dan dokumentasi. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis data kualitatif yang dilakukan secara interaktif.

Hasil penelitian 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 Bumirejo Kabupaten Kebumen sudah semakin baik. Meskipun demikian masih dijumpai beberapa kendala yang mengakibatkan masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo tidak mengikuti program BPJS Kesehatan. Kendala tersebut antar lain karena masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo tidak tahu program BPJS Kesehatan, tidak tahu panduan BPJS Kesehatan, terbatasnya kuota penerima PBI 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 Bumirejo perlu mengusulkan kepada Disnakertransos Kabupaten Kebumen agar masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo yang belum menerima jaminan kesehatan PBI BPJS Kesehatan bisa menerimanya, (2) kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan cabang Kebumen sebagai operator dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, hendaknya

memberikan sosialisasi secara menyeluruh, sehingga semua masyarakat bisa tahu dan memahami program BPJS Kesehatan, (3) kepada masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo hendaknya memanfaatkan adanya program BPJS Kesehatan sehingga implementasi program BPJS Kesehatan dapat sesuai dengan tujuan, (4) Kepada Pemerintah Kabupaten Kebumen hendaknya mengupayakan agar semua pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Kebumen agar bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, sehingga bisa mempermudah masyarakat peserta BPJS Kesehatan untuk mengakses pelayanan kesehatan.

DAFTAR ISI

HALA	MA	N JU	JDUL
PERS	ETU	JUAI	N PEMBIMBING
PENG	ESA	HAN	N KELULUSAN
PERN	YAT	ΓΑΑΝ	N
			ERSEMBAHAN
PRAK	ATA	A	
SARI.			
DAFT	AR	ISI	
			EL
DAFT	AR	GAM	IBAR
			IPIRAN
BAB	I	PEN	NDAHULUAN
		A.	Latar Belakang Masalah
		B.	Rumusan Masalah
		C.	Tujuan Penelitian
			Manfaat Penelitian
		E.	Batasan Istilah
		F.	Makna Judul
BAB	II	LAN	NDASAN TEORI
		A.	Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan
		B.	Masyarakat Miskin
			1. Masyarakat
			2. Miskin
			3. Masyarakat Miskin
			a. Kriteria Masyarakat Miskin
			b. Klasifikasi Masyarakat Miskin
		C.	Pelayanan Kesehatan
			1. Definisi Pelayanan Kesehatan
			3
			v v
			· ·
			<u> -</u>
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
			1. Definisi BPJS Kesehatan
		D. E.	3. Masyarakat Miskin a. Kriteria Masyarakat Miskin b. Klasifikasi Masyarakat Miskin Pelayanan Kesehatan 1. Definisi Pelayanan Kesehatan a. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan 2. Jenjang Pelayanan Kesehatan 3. Sistem Rujukan 4. Hak-hak Pasien 5. Prinsip Pelayanan Publik Kebijakan Sosial 1. Tinjauan Umum tentang Kebijakan Sosial 2. Tujuan Kebijakan Sosial 3. Tahap Perumusan Kebijakan BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan)

		3. Pelayanan Kesehatan yang Dijamin	42
		4. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan	44
		F. Penelitian yang Relevan	46
		G. Kerangka Berpikir	49
BAB	III	METODE PENELITIAN	52
		A. Metode Penelitian	52
		1. Jenis Penelitian	52
		2. Lokasi Penelitian	53
		3. Fokus Penelitian	53
		4. Sumber Data Penelitian	54
			56
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	61
			63
			65
BAB	IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	66
			66
			66
			66
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	70
			71
		d. Gambaran Umum Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten	/ 1
		<u> </u>	72
		Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan	12
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
		Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo	72
		T	72
		a. Kemudahan Masyarakat Miskin untuk Mendapatkan	70
		-	72
		,	103
		c. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Mitra	100
			108
		3. Faktor-Faktor yang Menjadi Kendala Masyarakat Miskin	
		di Kelurahan Bumirejo dalam Ikut Serta Program BPJS	
			111
		a. Masyarakat Miskin di Kelurahan Bumirejo Tidak Tahu	
		6	112
			114
		-	116
			117
		e. Jarak Fasilitas Pelayanan Kesehatan Mitra BPJS	
		Kesehatan dengan Tempat Tinggal	118
		B. Pembahasan	120
BAB	V	PENUTUP	132
		A. Simpulan	132

B. Saran	133
DAFTAR PUSTAKA	135
LAMPIRAN-LAMPIRAN	138

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Komposisi Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin	67
		0,
	Komposisi Penduduk Berdasarkan Kelompok Umur	68
Tabel 3	Komposisi Penduduk Berdasarkan Tingkat Pendidikan	68
Tabel 4	Komposisi Penduduk Miskin di Kelurahan Bumirejo Berdasarkan	
	Wilayah RW	69
Tabel 5	Jumlah Pasien Poliklinik Tahun 2014	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Berpikir	51
Gambar 3.1 Analisis Data Kualitatif	65
Gambar 4.1 Ruang Tunggu Pasien di Puskesmas Kebumen III	90
Gambar 4.2 Loket Pendaftaran dan SIMPUS di Puskesmas Kebumen III	90
Gambar 4.3 Ruang Tunggu di Loket Pendaftaran RSUD Dr. Soedirman	
Kebumen	91
Gambar 4.4Ruang Tunggu Pasien Poliklinik di RSUD Dr. Soedirman	
Kebumen	92
Gambar 4.5 Pelayanan Informasi di Puskesmas Kebumen III	100
Gambar 4.6 Pelayanan Infomasi di RSUD Dr. Soedirman Kebumen	101
Gambar 4.7 Reklame BPJS Kesehatan di Depan RSUD Dr. Soedirman	
Kebumen	107

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keterangan Pembimbing

Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian

Lampiran 3. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

Lampiran 4. Daftar Nama Informan

Lampiran 5. Daftar Rumah Tangga Miskin di Kelurahan Bumirejo

Lampiran 6. Instrumen Penelitian

Lampiran 7. Foto Penelitian

BABI

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan 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 yang tercantum dalam UUD 1945 pasal 28H dinyatakan 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 kesehatanya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu.

Setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip non-diskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa serta pembangunan nasional.

Indonesia adalah negara yang masih menghadapi problema kemiskinan akut. *Institute for Development of Economics and Finance (Indef)* memproyeksikan jumlah penduduk miskin pada tahun 2009 mencapai 40 juta

orang (16,8%). Jumlah ini meningkat sekitar 5 juta dibandingkan hasil survei Badan Pusat Statistik (BPS) pada Maret 2008, yang mencatat penduduk miskin sebanyak 35 juta jiwa (15,4%) (Sekretariat Target MDGs, 2009).

Angka kemiskinan ini menggunakan *provety line* dari BPS sekitar Rp 5.500 per kapita per hari. Jika menggunakan *provety line* dari Bank Dunia sebesar \$2 per kapita per hari, diperkirakan jumlah orang miskin di Indonesia berkisar antara 50-60 persen dari total penduduk (Suharto, 2013:20).

Kemiskinan dan kesehatan adalah dua hal yang sangat berkaitan satu sama lain. Walaupun keduanya tidak berhubungan 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 di dalamnya yaitu aspek kesehatan.

Masyarakat miskin cenderung memiliki derajat kesehatan yang rendah. Penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin selain ketidakcukupan 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 tidak memiliki biaya untuk membayar rumah sakit atau dokter.

Rendahnya kecukupan pangan dan terbatasnya layanan kesehatan untuk masyarakat miskin dapat dilihat dari kasus kematian yang diakibatkan oleh gizi buruk. Data BPS pada tahun 2010, jumlah anak usia 0-4 tahun di Indonesia mencapai 22,67 juta. Menurut data dari *Indonesia Fight to end Proverty*, pada tahun 2014 ada sekitar 900 ribu jiwa anak balita yang menderita gizi buruk. Hal tersebut membuktikan bahwa akses masyarakat miskin memang masih terbatas terhadap layanan kesehatan yang memadai dan masih terjadinya keterlambatan pemberian layanan kesehatan.

Data Susenas 1992-2001 menunjukkan bahwa akses terhadap perawatan Rumah Sakit (RS) sangat rendah terutama bagi 60 persen strata terbawah masyarakat. Data tersebut memperlihatkan bahwa proporsi pasien orang miskin dan hampir miskin yang dilayani RS negeri dan swasata jauh di bawah proporsi total pasien pada umumnya. Di banyak RS negeri, proporsi pasien miskin yang dilayani kurang dari satu persen pasien total. Kesenjangan akses terhadap RS antara orang miskin dan kaya masih berlangsung hingga kini.

Apabila isu-isu tersebut tidak segera ditangani secara cepat dan tepat, maka rendahnya status kesehatan akan mempengaruhi kualitas sumberdaya manusia di Indonesia, akan memperlambat dan bahkan merusak pencapaian pembangunan ekonomi makro. Sehubungan dengan penanggulangan masalah kemiskinan, pada dasarnya Negara Indonesia telah mengeluarkan berbagai kebijakan sejak awal berdirinya Negara Republik Indonesia sampai saat krisis yang melanda sekarang ini. Di antaranya, di dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 dinyatakan bahwa "fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara".

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.

Ada dua kelompok peserta BPJS Kesehatan yaitu Non Penerima Bantuan Iuran dan Penerima Bantuan Iuran. Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari pemerintah sebagai peserta program jaminan kesehatan.

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 Kebumen. Program BPJS Kesehatan dianggap merupakan cara yang tepat untuk mengatasi masalah akses dan mutu pelayanan kesehatan termasuk bagi masyarakat miskin.

Kelurahan Bumirejo merupakan salah satu kelurahan yang ada di wilayah Kabupaten Kebumen. Populasi penduduk miskin di Kelurahan Bumirejo sebanyak 2101 jiwa. Dari keseluruhan jumlah penduduk miskin yang ada di Kelurahan Bumirejo sebanyak 1309 jiwa penduduk menjadi peserta PBI BPJS Kesehatan, itu berarti ada 739 jiwa penduduk miskin yang belum tercover jaminan kesehatan PBI BPJS Kesehatan.

Hubungan antara status sosial ekonomi dan kesehatan berlaku secara universal. Tingkat kematian dan tingkat kesakitan secara konsisten didapatkan lebih tinggi pada kelompok dengan sosial ekonomi rendah. Masih banyak dijumpai permasalahan belum optimalnya akses keterjangkauan dan

mutu pelayanan kesehatan, antara lain disebabkan oleh sarana pelayanan kesehatan Rumah Sakit, puskesmas dan jaringannya belum sepenuhnya dijangkau oleh masyarakat, terutama bagi penduduk miskin terkait dengan adanya permasalahan dalam hal biaya dan juga jarak pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau (Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen 2010-2015).

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 BUMIREJO KABUPATEN KEBUMEN".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang diatas, maka pokok permasalahan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

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

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut.

- Untuk mengetahui bagaimana akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan progam BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen.
- Untuk mengetahui faktor-faktor apa yang menjadi kendala masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo untuk ikut serta dalam progam BPJS Kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat dari hasil penelitian ini memiliki sebagai berikut:

1. 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.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi peneliti

Dengan pelaksanaan penelitian ini, peneliti dapat mengaplikasikan pengetahuan yang didapat selama kuliah, khususnya mengenai teori kebijakan sosial.

b. Bagi Fakultas Ilmu Sosial

Pelaksanaan penelitian ini bermanfaat sebagai acuan dalam penelitian yang sejenis.

c. Bagi masyarakat

Penelitian ini bermanfaat bagi masyarakat agar mengetahui bagaimana aksesnya terhadap pelayanan kesehatan progam BPJS.

d. Bagi pemerintah daerah Kabupaten Kebumen

Dengan pelaksanaan penelitian ini maka akan memberikan sumbangan pemikiran bagi pemerintah daerah Kabupaten Kebumen dalam menyikapi kondisi kebijakan sosial kepada masyarakat miskin.

E. Batasan Istilah

Untuk menghindari timbulnya salah suatu penafsiran pada penelitian sehingga dapat diperoleh persepsi pemahaman yang jelas oleh sebab itu peneliti membatasi istilah-istilah dalam penelitian ini sebagai berikut.

1. 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.

2. 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.

Masyarakat miskin dalam penelitian ini adalah fakir miskin dan orang tidak mampu yang ditetapkan berdasarkan kriteria pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu menurut Ketetapan Menteri sosial Republik Indonesia.

3. 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.

4. BPJS Kesehatan

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.

F. Makna Judul

Penelitian ini mengkaji tentang bagaimana akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan. Akses dalam hal ini meliputi kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak pelayanan kesehatan terhadap pasien dari keluarga miskin, pembiayaan, ketersediaan pelayanan kesehatan mitra BPJS Kesehatan serta faktor-faktor yang menjadi kendala masyarakat miskin untuk ikut serta dalam program BPJS Kesehatan.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses adalah 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 selalu didefinisikan sebagai akses ke layanan, penyedia atau institusi, sehingga didefinisikan sebagai peluang atau kemudahan konsumen atau masyarakat mampu menggunakan layanan yang sesuai dengan kebutuhan mereka (Levesque Jean-Frederic, dkk, 2013:1).

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. Kesangguapan pengguna

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:

- a. Seberapa mudah bagi kelompok sasaran untuk dapat bicara dengan pimipinan atau *provider* senior untuk mengetahui penjelasan program atau jika mendapatkan masalah?
- b. Seberapa mudah bagi kelompok sasaran melakukan transaksi melalui media lain, misalnya telepon, *short message service* (sms), atau email?
- c. Apakah lokasi lembaga tersebut jelas dan mudah dijangkau?
- d. Apakah kelompok sasaran yang terdiri dari berbagai etnis mempunyai akses yang sama terhadap program atau tidak.
- e. Pertanyaan yang sama juga dikembangkan untuk menjawab pertanyaan tentang aksesibilitas dari sisi: strata sosial, ekonomi, pendidikan dan sebagainya.

B. 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

Menurut KBBI, miskin adalah tidak berharta; serba kekurangan (berpenghasilan sangat rendah). 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.

3. Masyarakat Miskin

Untuk mengukur kemiskinan, BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan ini, kemiskinan 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 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 m²/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, konsep

kemiskinan 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 per orang per hari yang disetarakan dengan pendapatan tertentu atau pendekatan Bank Dunia yang menggunakan 1 dolar AS per orang per hari 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).

C. Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Pelayanan Kesehatan

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), tempattempat 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.

a. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

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 :

1) 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.

2) Kewajaran dan Penerimaan Masyarakat

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.

3) 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.

4) 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.

5) 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 tigkat 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) 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 dasarya menyangkut masalah pelayanan medik perorangan yang antara lain meliputi:
 - 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.
- Rujukan upaya kesehatan masyarakat pada dasarnya menyangkut
 masalah kesehatan masyarakat luas yang meliputi :
 - 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, 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 pasien akan 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 dna simpatik dalam perumusan kebijakan internal dna 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).

D. 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 kebijakna 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. Kebijkaan 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 Legtimasi 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
- Program yang diimplementasikan tidak mempertimbangkan kondisi lingkungan sosial, ekonomi, dan politik
- 3) Adanya korupsi
- 4) Sumberdaya 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) Ketepatan instrumen yang dipakai untuk mencapai tujuan kebijakan
- d) Kapasitas implementator
- e) Karakteristik dan dukungan kelompok sasaran
- f) Kondisi lingkungan geografi, 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).

E. 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 juran BPJS akan dibayar pemerintah.

2. Fasilitas Kesehatan Bagi Peserta

Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan terdiri dari:

- a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama:
 - Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Non Perawatan dan Puskesmas Perawatan (Puskesmas dengan Tempat Tidur).
 - 2) Fasilitas Kesehatan milik Tentara Nasional Indonesia (TNI)
 - a) TNI Angkatan Darat : Poliklinik kesehatan dan Pos Kesehatan.

- b) TNI Angkatan Laut : Balai kesehatan A dan D, Balai Pengobatan A, B, dan C, Lembaga Kesehatan Kelautan dan Lembaga Kedokteran Gigi.
- c) 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 / Klinik Umum, terdiri dari Praktek Dokter Umum Perseorangan, Praktek Dokter Umum Bersama, Klinik Dokter Umum / Klinik 24 Jam, Praktek Dokter Gigi, Klinik Pratama, RS Pratama.
- b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
- 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.

- 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;
- Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama;
 dan

- 8) Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis.
- b. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

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

- 1) Administrasi pelayanan;
- Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
- Tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
- 4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- 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 86,4 juta orang (Depkes RI 2014). 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.

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 86,4 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 tidak

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

F. 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 :

- 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.
- Marita Ahdiyana, dalam berjudul Wasiti. penelitian yang **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.

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.

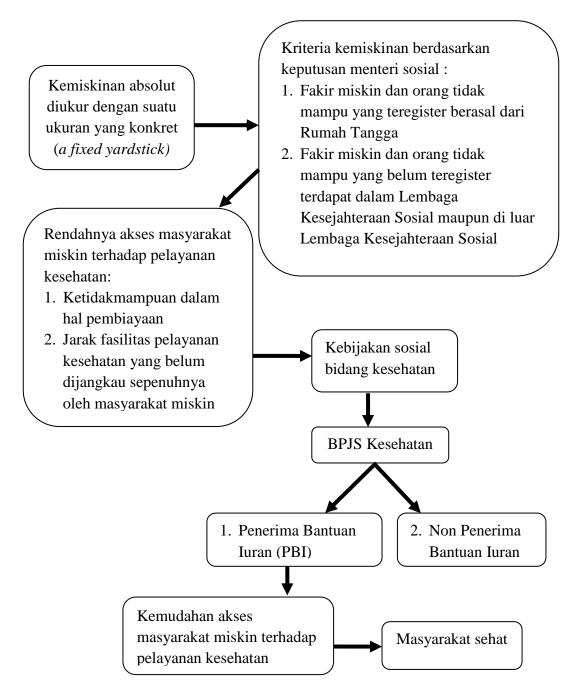
G. Kerangka Berpikir

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 kesenghatan yang bermutu dan derajat kesehatan masyarakat akan menjadi tinggi.

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



Gambar 2.1 Kerangka Berpikir

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Metode Penelitian

Metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Metode penelitian menjadi hal yang sangat penting sebab keberhasilan kegiatan yang dilakukan dalam penelitian ditentukan oleh tepatnya metode yang digunakan. Dengan metode penelitian yang tepatt dapat memperlancar proses penelitian dan hasil yang diperoleh dapat dipercaya dan dapat dipertanggungjawabkan.

Ketepatan dalam memilih metode penelitian akan mengatur arah dan tujuan penelitian. Metode penelitian mempunyai peranan penting dalam menentukan kualitas hasil penelitian. Dalam metode penelitian ini, terdapat beberapa hal yang dapat menentukan langkah pelaksanaan kegiatan penelitian. Langkah-langkah yang harus ditentukan adalah jenis penelitian, fokus penelitian, sumber data penelitian, metode pengumpulan data, keabsahan data, analisis data, dan prosedur penelitian.

1. Jenis Penelitian

Dalam penelitian mengenai akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan progam BPJS di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen, peneliti menggunakan pendekatan kualitatif. Pendekatan kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang

dapat diamati. Data kualitatif sebagai data yang berbentuk kata, kalimat, skema, dan gambar. Penelitian kualitatif tidak mementingkan statistik.

Menurut Moleong (2013:6), pendekatan kualitatif adalah penelitian yang bermaksud memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lainlain. Secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan memanfaatkan berbagai metode alamiah.

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat penelitian dilakukan. Dengan ditetapkan lokasi dalam penelitian akan dapat lebih mudah untuk mengetahui tempat dimana suatu penelitian dilakukan. Lokasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah di lingkungan Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen, Puskesmas Kebumen III, RSUD Dr. Soedirman Kebumen, dan kantor BPJS Kesehatan Cabang Kebumen.

3. Fokus Penelitian

Fokus penelitian menyatakan pokok persoalan apa yang menjadi pusat perhatian dalam penelitian. Penetapan fokus penelitian merupakan tahap yang sangat menentukan dalam penelitian kualitatif. Hal ini karena suatu penelitian kualitatif tidak dimulai dari sesuatu yang kosong atau tanpa adanya masalah, tetapi dilakukan berdasarkan persepsi seseorang terhadap adanya masalah (Moleong, 2013:92).

Dalam penelitian ini yang menjadi fokus penelitian adalah akses

masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan progam BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen. Agar dapat memberikan hasil yang lengkap maka fokus penelitian tersebut dirinci dalam unit-unit kajian sebagai berikut.

- a. Mengetahui bagaimana akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen.
 - Kemudahan masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
 - 2) Pembiayaan
 - 3) Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan mitra BPJS Kesehatan
- Mengetahui faktor-faktor yang menjadi kendala masyarakat miskin dalam ikut serta progam BPJS Kesehatan.
 - Masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo tidak tahu program BPJS Kesehatan
 - 2) Tidak tahu panduan BPJS Kesehatan
 - 3) Terbatasnya kuota penerima PBI BPJS Kesehatan
 - 4) Tidak memiliki kartu identitas
 - Jarak Fasilitas Pelayanan Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan dengan Tempat Tinggal

4. Sumber Data Penelitian

Menurut Lofland dan Lofland (dalam Moleong, 2013:157) sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata, dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain.

Sumber data dalam penelitian ini diperoleh dari dua sumber data yaitu:

a. Data Primer

Sumber data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2009: 156). Data primer dalam penelitian ini adalah masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen, petugas BPJS Kesehatan Kabupaten Kebumen, dan petugas fasilitas kesehatan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen, dan Puskesmas Kebumen III.

b. Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, tetapi melalui orang lain atau dengan dokumen (Sugiyono, 2009: 156). Data sekunder dalam penelitian ini adalah:

- Dokumen atau arsip dari lembaga kelurahan, dokumen yang didapat oleh peneliti dari lembaga kelurahan adalah data yang mengenai kependudukan dan data profil Kelurahan Bumirejo.
- Dokumen dari Puskesmas Kebumen III, dokumen yang didapat oleh peneliti berupa data penerima jaminan pengobatan gratis (PBI BPJS Kesehatan).
- 3) Data pelengkap lain yang terikat dengan penelitian. Data ini diambil dari buku-buku yang relevan dengan masalah penelitian. Sumber ini

dimaksudkan untuk memperoleh data sekunder yang dapat mendukung pemahaman atas permasalahan obyek kajian.

5. Metode Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data dalam penelitian ini, metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara, observasi, dan dokumentasi.

a. Teknik wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (interviewer) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (interviewee) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu (Moleong 2013: 186).

Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara si penanya atau pewawancara dengan si penjawab atau informan dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* (panduan wawancara).

Seperti ditegaskan oleh Lincoln dan Guba (dalam Moleong, 2013:186), maksud dari diadakannya wawancara antara lain: mengkontruksi mengenai orang, kejadian, organisasi, perasaan, motivasi, tuntutan, kepedulian dan lain-lain kebulatan; merekonstruksi kebulatan-kebulatan demikian sebagai yang dialami masa lalu; memproyeksikan kebulatan-kebulatan sebagai yang diharapkan untuk

dialami pada masa yang akan datang; memverifikasi, mengubah, dan memperluas informasi yang diperoleh dari orang lain, baik manusia maupun bukan manusia (triangulasi); dan memverifikasi, mengubah dan memperluas konstruksi yang dikembangkan oleh peneliti sebagai pengecekan anggota.

Teknik wawancara yang dilakukan untuk meneliti akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan progam BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen adalah wawancara terstruktur. Wawancara terstruktur adalah wawancara yang pewawancara menetapkan sendiri masalah dan pertanyaan-pertanyaan yang diajukan.

Metode ini digunakan oleh peneliti dengan mengajukan sejumlah pertanyaan yang diatur dengan sangat terstruktur, mengenai bagaimana akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan progam BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen dan faktorfaktor yang menjadi kendala masyarakat miskin untuk ikut serta dalam program BPJS Kesehatan. Wawancara ini dilakukan dengan:

- Perwakilan petugas BPJS Kabupaten Kebumen, dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah Bapak Suwarto selaku Kepala Unit Kepesertaan dan Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan kantor cabang Kebumen
- 2) Masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo, dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah Bapak Tohirin (60 tahun), Bapak

Daroji (43 tahun), Ibu Siti Khomasiyah (48 tahun), Ibu Budi Rahayu (41 tahun), Ibu Titik Sundari (47 tahun), Ibu Siti Mukhasanah (36 tahun), Khasiati Anasih (22 tahun), Ibu Siti Zaenab (78 tahun), Ibu Ludiyah (50 tahun), Ibu Bardan (65 tahun), dan Ibu Daryati (75 tahun)

- 3) Perwakilan petugas fasilitas kesehatan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen, Bapak Sabdono selaku Ketua 2 BPJS di RSUD Dr. Soedirman Kebumen
- 4) Perwakilan petugas fasilitas kesehatan Puskesmas Kebumen III, Bapak Dani Fitriyadi selaku Bendahara BPJS di Puskesmas Kebumen III

Dalam penelitian ini, wawancara atau *interview* dengan narasumber masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo dilaksanakan untuk mendapatkan keterangan berupa pengakuan atau informasi dari pelaku atau objek penelitian mengenai akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo dan faktor yang menjadi kendala masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo untuk ikut serta program BPJS Kesehatan. Kemudian wawancara atau *interview* dengan perwakilan petugas di fasilitas kesehatan Puskesmas Kebumen III, perwakilan petugas fasilitas pelayanan kesehatan RSUD Dr.Soedirman Kebumen serta perwakilan petugas BPJS Kesehatan Cabang Kebumen dilaksanakan untuk memperoleh keterangan serta data-data pendukung penelitian.

b. Teknik observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang mempunyai ciri yang spesifik, yakni tidak terbatas pada orang, tetapi juga objek-objek alam yang lain. Sutrisno Hadi mengatakan bahwa observasi merupakan suatu proses yang kompleks, yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis (dalam Sugiyono, 2009: 166). Dua diantara yang terpenting adalah proses-proses pengamatan dan ingatan.

Teknik observasi digunakan apabila penelitian berkenaan dengan perilaku manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan bila responden yang diamati tidak terlalu besar. Penggunaan teknik observasi sangat penting dalam penelitian, sebab peneliti dapat melihat secara langsung keadaan, suasana, dan kenyataan sesungguhnya yang terjadi di lapangan. Melalui pengamatan, diharapkan dapat dihindari informasi semu yang kadang-kadang muncul dan ditemui dalam penelitian.

Observasi sebagai alat pengumpul data dapat dilakukan secara terstruktur maupun tidak terstruktur. Observasi terstruktur adalah observasi yang telah dirancang secara sistematis tentang apa yang akan diamati, kapan dan dimana tempatnya. Sedangkan observasi tidak terstruktur adalah observasi yang tidak dipersiapkan secara sistematis tentang apa yang akan diobservasi (Sugiyono, 2009: 167). Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan cara melihat secara langsung pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Kebumen III dan RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

Dalam penelitian ini, pada tanggal 2 dan 9 April 2015 peneliti mengamati pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kebumen III. Kemudian pada tanggal 20 April 2015 peneliti juga mengamati pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen. Dari pengamatan ini peneliti dapat dapat mengetahui bagaimana pelaksanaan pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di dua fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, selain itu peneliti juga dapat mengetahui sarana dan prasarana yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kebumen III dan RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

c. Teknik dokumentasi

Metode dokumentasi adalah metode untuk mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa buku, majalah, doukmen, peraturan-peraturan, notulen rapat, catatan harian, dan sebagainya (Arikunto, 2006: 158). Teknik dokumentasi merupakan suatu teknik pengambilan data dengan mengumpulkan dan menganalisis dokumen-dokumen, baik dokumen tertulis, gambar, maupun elektronik.

Teknik dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah dokumen pribadi dan dokumen resmi. Dokumen pribadi adalah karangan seseorang secara tertulis tentang tindakan, pengalaman, dan kepercayaannya (Moleong, 2013: 217). Data yang diambil dalam dokumentasi seperti:

1) Catatan-catatan, dokumen-dokumen, buku-buku panduan program

BPJS Kesehatan dan lain-lain

- 2) Data profil Kelurahan Bumirejo tahun 2014
- 3) Data profil RSUD Dr. Soedirman Kebumen tahun 2014
- 4) Data profil Puskesmas Kebumen III tahun 2015
- 5) Foto-foto saat berlangsungnya pelayanan kesehatan progam BPJS Kesehatan

B. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan salah satu yang sangat penting dalam penelitian kualitatif karena untuk mengetahui derajat kepercayaan dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Karena jika keabsahan data dilakukan dengan cara tepat maka akan memperoleh hasil yang dapat dipertanggung jawabkan dari berbagai segi.

Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2013:330). Denzin (dalam Moleong, 2013:330) membedakan empat macam triangulasi dalam teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik, dan teori.

a. Triangulasi sumber menurut Patton (dalam Moleong, 2013:330) berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Hal itu dapat dicapai dengan jalan : (1) membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara; (2) membandingkan apa yang

dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi;
(3) membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi
penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu; (4)
membandingkan keadaan dan prespektif seseorang dengan berbagai
pendapat dan pandangan; (5) membandingkan hasil wawancara dengan isi
suatu dokumen yang berkaitan

- b. Triangulasi dengan metode, menurut Patton (dalam Moleong, 2013:331) terdapat dua strategi, yaitu: (1) Pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data; (2) Pengecekan derajat sumber kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama.
- c. Triangulasi yang ketiga adalah triangulasi penyidikan. Teknik ini menggunakan jalan memanfaatkan peneliti atau pengamat lainnya untuk keperluan pengecekan kembali derajat kepercayaan data. Cara lain ialah dengan membandingkan hasil pekerjaan seorang analis dengan analis lainnya.
- d. Triangulasi menurut teori Lincoln dan Guba, berdasarkan anggapan bahwa fakta tidak dapat diperiksa derajat kepercayaannya satu atau lebih teori. Di pihak lain, Patton berpendapat bahwa hal itu dinamakannya penjelasan banding.

Teknik triangulasi yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah pemeriksaan menggunakan triangulasi sumber. Penerapan dari teknik triangulasi sumber dalam penelitian ini adalah setelah melakukan pengamatan terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kebumen III dan

RSUD Dr. Soedirman Kebumen, kemudian hasilnya dibandingkan dengan hasil wawancara yang telah dilakukan terhadap narasumber. Langkahlangkahnya adalah sebagai berikut.

- 1) Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara. Adapun dari hasil pengamatan yakni pengamatan pelaksanaan pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di Puskesmas Kebumen III dan RSUD Dr. Soedirman Kebumen. Sementara itu, data hasil wawancara dengan narasumber yang dijadikan sebagai pembanding diperoleh dari masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo, bendahara BPJS Kesehatan di Puskesmas Kebumen III dan ketua 2 BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.
- 2) Membandingkan hasil wawancara dengan masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo, bendahara BPJS Kesehatan di Puskesmas Kebumen III, ketua 2 BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen, dan kepala unit kepesertaan dan pelayanan peserta BPJS Kesehatan kantor cabang Kebumen dengan dokumen pembanding, berturut-turut yaitu data peserta PBI BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo, data profil RSUD Dr. Soedirman Kebumen tahun 2014, data profil Puskesmas kebumen III tahun 2015, data fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan di Kabupaten Kebumen tahun 2015 dan panduan pelayanan peserta BPJS Kesehatan.

C. Metode Analisis Data

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data kualitatif. Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah mencukupi. Aktifitas dalam analisis data yaitu *data reduction, data display,* dan *conclusion drawing/verification* (Miles dan Huberman, dalam Sugiyono 2009:337).

1. Data Reduction (Reduksi Data)

Reduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya yang jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya.

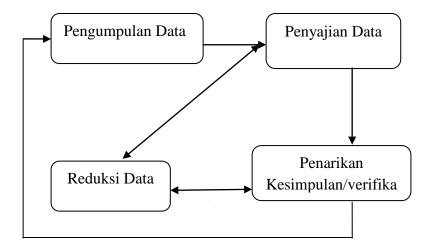
2. Data Display (Penyajian Data)

Penyajian data adalah memperlihatkan seluruh gambaran tertentu terhadap hasil penelitian sehingga penelitian yang dilakukan oleh peneliti, sehingga dapat dipahami secara menyeluruh dan menguasai data yang diperoleh.

3. Conlusion Drawing / Verification

Conlusion drawing adalah proses penarikan kesimpulan dari keseluruhan data yang telah terkumpul pada proses penelitian yang telah dilaksankan sehingga hasil penelitian yangtelah dilakukan tersebut memperoleh kesimpulan atau verifikasi akhir.

Tahapan analisis data kualitatif di atas dapat dilihat dalam gambar di bawah ini.



Gambar 3.1 Analisis Data Model Interaktif

D. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini meliputi tiga tahap yaitu:

1. Tahap pra penelitian

Dalam tahap ini peneliti membuat rancangan skripsi, membuat instrumen penelitian dan membuat surat ijin penelitian.

2. Tahap penelitian

- a. Pada tahap ini peneliti melakukan pengamatan secara langsung yang dilaksanakan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen mengenai akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan.
- b. Kajian pustaka yaitu pengumpulan data dari informasi dan buku-buku.

3. Tahap pembuatan laporan penelitian

Dalam tahap ini peneliti menyusun data hasil penelitian untuk dianalisis kemudian dideskripsikan sebagai suatu pembahasan dan terbentuk suatu laporan penelitian.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan hasil pembahasan pada bab IV dapat disimpulkan sebagai berikut.

- Akses masyarakat miskin tehadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo sudah semakin membaik, hal tersebut dapat terlihat dari hal berikut.
 - a. 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 ditetapkan 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. Kelengkapan sarana dan prasarana pendukung pelayannan kesehatan juga sudah baik, kelengkapan sarana dan 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 III.
- c. Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi mitra BPJS Kesehatan sudah semakin banyak. Fasilitas pelayanan kesehatan dokter keluarga dan dokter gigi juga sudah tersedia di berbagai wilayah di Kabupaten Kebumen termasuk di lingkungan Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen.
- 2. Faktor-faktor yang menjadi kendala masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo untuk ikut serta dalam program BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut; a) Kendala utama yang menjadikan masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen tidak ikut program BPJS Kesehatan adalah terbatasnya kuota penerima PBI BPJS Kesehatan, b) masyarakat yang tidak tahu dengan adanya program BPJS Kesehatan karena minimnya sosialisasi program BPJS Kesehatan kepada masyarakat, c) masyarakat tidak tahu bagaimana panduan BPJS Kesehatan, d) Tidak memiliki kartu identitas, dan e) Jarak fasilitas pelayanan kesehatan mitra BPJS Kesehatan dengan tempat tinggal.

B. Saran

Dari hasil penelitian, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut.

1. Pemerintah Kelurahan Bumirejo

Kepada pemerintah Kelurahan Bumirejo perlu mengusulkan kepada Disnakertransos Kabupaten Kebumen agar masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo yang belum menerima jaminan kesehatan PBI BPJS Kesehatan bisa menerimanya.

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Kebumen Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan cabang Kebumen sebagai operator dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, hendaknya memberikan sosialisasi secara menyeluruh, sehingga semua masyarakat bisa tahu dan memahami program BPJS Kesehatan.

3. Masyarakat Miskin di Kelurahan Bumirejo

Kepada masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo diharapkan untuk memanfaatkan adanya program BPJS Kesehatan. Sehingga implementasi program BPJS Kesehatan dapat sesuai dengan tujuan.

4. Pemerintah Kabupaten Kebumen

Kepada Pemerintah Kabupaten Kebumen hendaknya mengupayakan agar semua pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Kebumen agar bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, sehingga bisa mempermudah masyarakat peserta BPJS Kesehatan untuk mengakses pelayanan kesehatan.

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.
- 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. 2010. 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 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 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 Februari 2015).
- Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan (diakses melalui http://sappk.itb.ac.id pada tanggal 25 Januari 2015).
- Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kebumen Tahun 2010-2015 (diakses melalui http://www.kesehatan.kebumenkab.go.id pada tanggal 16 Februari 2015).

http://bps.go.id (diakses pada tanggal 25 Januari 2015).

http://www.indonesiafightpoverty.com (diakses pada 30 Januari 2015).

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Keterangan Pembimbing



KEPUTUSAN DEKAN FAKULTAS ILMU SOSIAL

DERAN FARULTAS ILMU SOSIAL UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG Nomor: 728/FIS/2014 Tentang PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER GASAL/GENAP TAHUN AKADEMIK 2014/2015

Menimbang

: Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Politik dan Kewarganegaraan/PPKn Fakultas Ilmu Sosial membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Politik dari Kewarganegaraan/PPKn Fakultas limu Sosial UNNES untuk menjadi pembimbing.

Mengingat

- Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara Ri No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara Ri Tahun 2003,
- Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
- SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
- SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES: : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Politik dan Kewarganegaraan/PPKn Tanggal 14 Oktober 2014

Menimbang

MEMUTUSKAN

PERTAMA

Menunjuk dan menugaskan kepada:

1. Nama NIP

: Dr Eko Handoyo, M.Si : 196406081988031001

Pangkat/Golongan : IV/C

Jabatan Akademik : Lektor Kepala

Sebagai Pembimbing I

2. Nama NIP

: Drs. Setiajid, M.Si : 196006231989011001

Pangkat/Golongan : IV/8

Jabatan Akademik : Lektor Kepala.

Sebagai Pembimbing II

Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :

Nama

NUR NGAFIYAH

NIM

3301411070

Jurusan/Prodi Topik

: Politik dan Kewarganegaraan/PPKn

: Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten

KEDUA

Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

1. Pembantu Dekan Bidang Akade

2. Ketua Jurusan

3. Petinggal

BURNISH :: FM-03-AKO-24/Rev. 00 ::

ibagyo, M.Pd.

195108081980031003

DITETAPKAN DI : SEMARANG PADA TANGGAL: 30 Desember 2014

Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

FAKULTAS ILMU SOSIAL

Gedung C7 Kampus Sekaran Gunungpati, Semarang 50229 Telp /Fax (024) 8508006, E-mail : Fis @ unnes.ac.id, Website : fis unnes.ac.id

: 2/8/ /UN37.1.3/LT/2015 Nomor

Lamp.

Hal

: Permohonan Ijin Penelitian

2 7 MAR 2015

Yth. Kepala Kesbangpol Kab, Kebumen

Kebumen

Dengan hormat,

Bersama ini, kami mohon Ijin Penelitian untuk penyusunan skripsi oleh mahasiswa sebagai berikut :

Nama

: Nur Ngafiyah

NIM

: 3301411070 VIII (delapan)

Semester Jurusan

: Politik dan Kewarganegaraan

Prodi/Jenjang

: PPKn (S1)

Judul Skripsi

: Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program

BPJS Keschatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen

Alokasi Waktu

: April s.d Juni 2015

Mohon perkenan Saudara dapat mengijinkan mahasiswa dimaksud untuk memperoleh informasi data Penelitian di Instansi/lembaga yang Saudara Pimpin.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Dekan

Pembantu Dekan Bid. Akademik,

Dr. Eko Handoyo, M.Si NIP. 196406081988031001

Tembusan:

1. Dekan

2. Ketua Jurusan PKn

3. Mahasiswa yang bersangkutan

FIS UNNES



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

FAKULTAS ILMU SOSIAL

Gedung C7 Kampus Sekaran Gunungpati, Semarang 50229 Telp./Fax (024) 8508006, E-mail : Fis @ unnes.ac.id, Website : fis unnes.ac.id

Nomor : 2184 /UN37.1.3/LT/2015

Lamp.

Hal

: Permohonan Ijin Penelitian

2 1 MAR 2015

Yth. Kepala RSUD Kebumen

di

Kebumen

Dengan hormat,

Bersama ini, kami mohon Ijin Penelitian untuk penyusunan skripsi oleh mahasiswa sebagai berikut :

Nama

: Nur Ngafiyah

NIM

3301411070

Semester

VIII (delapan)

Jurusan

: Politik dan Kewarganegaraan

Prodi/Jenjang

: PPKn (S1)

Judul Skripsi

: Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen

: April s.d Juni 2015

Alokasi Waktu

Mohon perkenan Saudara dapat mengijinkan mahasiswa dimaksud untuk memperoleh informasi data

Penelitian di Instansi/lembaga yang Saudara Pimpin.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.o Dekan embantu Dekan Bid. Akademik,

Dr. Eko Handoyo, M.Si NIP. 196406081988031001

Tembusan:

- Dekan
- 2. Ketua Jurusan PKn
- 3. Mahasiswa yang bersangkutan

FIS UNNES



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

FAKULTAS ILMU SOSIAL

Gedung C7 Kampus Sekaran Gunungpati, Semarang 50229 Telp://Fax (024) 8508006, E-mail : Fis @ unnes.ac.id, Website : fis unnes.ac.id

:9180 /UN37.1.3/LT/2015 Nomor

Lamp.

Hal : Permohonan Ijin Penelitian 2 7 MAR 2015

Yth. Kepala Kelurahan Bumirejo

di

Kebumen

Dengan hormat,

Bersama ini, kami mohon Ijin Penelitian untuk penyusunan skripsi oleh mahasiswa sebagai berikut :

Nama NIM

: Nur Ngafiyah 3301411070

Semester

VIII (delapan)

Jurusan

Politik dan Kewarganegaraan

Prodi/Jenjang

: PPKn (S1)

Judul Skripsi

: Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen

Alokasi Waktu

: April s.d Juni 2015

Mohon perkenan Saudara dapat mengijinkan mahasiswa dimaksud untuk memperoleh informasi data Penelitian di Instansi/lembaga yang Saudara Pimpin.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

ng Dekan

embantu Dekan Bid. Akademik,

o Handoyo, M.Si NH. 196406081988031001

Tembusan:

1. Dekun

2. Ketua Jurusan PKn

3. Mahasiswa yang bersangkutan

FIS UNNES



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG **FAKULTAS ILMU SOSIAL**

Gedung C7 Kampus Sekaran Gunungpati, Semarang 50229 Telp./Fax (024) 8508006, E-mail : Fis @ unnes.ac.id, Website : fis unnes.ac.id

Nomor :3485 /UN37.1.3/LT/2015

Lamp.

: Permohonan Ijin Penelitian Hal

2 7 MAR 2015

Yth. Kepala BPJS Kesehatan Cab. Kebumen

Kab. Kebumen

Dengan hormat,

Bersama ini, kami mohon Ijin Penelitian untuk penyusunan skripsi oleh mahasiswa sebagai berikut :

Nama

: Nur Ngafiyah

NIM Semester

3301411070 VIII (delapan)

Jurusan

Politik dan Kewarganegaraan

Prodi/Jenjang

: PPKn (S1)

Judul Skripsi

: Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Keschatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen

Alokasi Waktu

: April s.d Juni 2015

Mohon perkenan Saudara dapat mengijinkan mahasiswa dimaksud untuk memperoleh informasi data Penelitian di Instansi/lembaga yang Saudara Pimpin.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

ra Dekan

Perabaptu Dekan Bid. Akademik,

Dr. Eko Handoyo, M.Si NIP. 196406081988031001

Tembusan:

1. Dekan

2. Ketua Jurusan PKn

3. Mahasiswa yang bersangkutan

FIS UNNES



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

FAKULTAS ILMU SOSIAL

Gedung C7 Kampus Sekaran Gunungpati, Semarang 50229 Telp /Fax (024) 8508006, E-mail : Fis @ unnes.ac.id, Website : fis unnes.ac.id

: 4/85/UN37.1.3/LT/2015 Nomor

Lamp.

Hal : Permohonan Ijin Penelitian 2 7 MAR 2015

Yth. Kepala Puskesmas Kebumen III di

Kebumen

Dengan hormat,

Bersama ini, kami mohon Ijin Penelitian untuk penyusunan skripsi oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama

: Nur Ngafiyah

NIM.

3301411070 VIII (delapan)

Semester Jurusan

: Politik dan Kewarganegaraan

Prodi/Jenjang

: PPKn (S1)

Judul Skripsi

: Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program

BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen

Alokasi Waktu

: April s.d Juni 2015

Mohon perkenan Saudara dapat mengijinkan mahasiswa dimaksud untuk memperoleh informasi data Penelitian di Instansi/lembaga yang Saudara Pimpin.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

ntu Dekan Bid. Akademik,

Dr. Eko Handoyo, M.Si NIP. 196406081988031001

Tembusan:

1. Dekan

Ketua Jurusan PKn

3. Mahasiswa yang bersangkutan

FIS UNNES



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

JALAN ARUMBINANG NOMOR 15 TELEPON (9287) 384088 KEBUMEN 54311 Email: kesbangpolkebumen@gmail.com

REKOMENDASI

NOMOR: 072 / 145 / 2015

IJIN PENELITIAN

Menunjuk surat dari UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG Nomor: 2181/UN37.1.3/LT/2015 tanggal 27 Maret 2015 perihal permohonan ijin penelitian, dengan ini memberikan REKOMENDASI atas kegiatan penelitian/survey/riset di Kabupaten Kebumen yang akan dilaksanakan oleh :

Nama

: NUR NGAFIYAH

Pekerjaan

: MAHASISWA

NIM/NIP

: 3301411070

Alamat

: JL, KRAKATAU NO.67 RT 8 RW II BUMIREJO KEBUMEN

Penanggung Jawab : Dr. EKO HANDOYO, M.Si dan Drs.

Lokasi

RSUD DR. SOEDIRMAN KEBUMEN, PUSKESMAS KEBUMEN III, BPJS

KESEHATAN CAB. KEBUMEN

Waktu

31 Maret 2015 s/d 30 Juni 2019

Judul/Tema Penelitian: AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN

PROGRAM BPJS KESEHATAN DI KELURAHAN BUMIREJO

KABUPATEN KEBUMEN

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1. Sebelum metaksanakan penelitian/survey/riset wajib terlebih dahulu metaporkan kepada pejabat pemerintah terkait untuk mendapat petunjuk, dengan sebelumnya memberikan copy/salinan/tembusan surat ijin penelitian/survey/riset yang diterbitkan cleh BAPPEDA Kab. Kebumen:
- 2. Pelaksanaan penelitian/survey/riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu stabilitas pemerintahan. Untuk penelitian yang dapat dukungan dana dari sponsor baik dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah politik dan atau agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban;
- 3. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku;
- 4. Surat Rekomendasi ini dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku.

Demikian untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Kebumen, 31 Maret 2015

8.11. BUPATI KEBUMEN ANAKARTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK ABUPATEN KEBUMEN

PEMBINA

NIP. 19650521 199203 1 009



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH (BAPPEDA)

Jl. Veteran No. 2 Telp/Fax. (0287) 381570, Kebumen - 54311

Kebumen, 31 Maret 2015

Nomor

071 - 1 / 159 / 2015

Lampiran : •

liin Penelitian

Kepada:

Yth. 1. Direktur RSUD DR. Soedirman Kebumen

2. Kepala Puskesmas Kebumen III

3. Kepala Cabang BPJS Kesehatan Kab.

Kebumen

di

Tempat

Menindaklanjuti surat rekomendasi Bupati Kebumen nomor 072/145/2015 tanggal 31 Maret 2015 tentang Ijin Penelitian/Survey, maka dengan ini diberitahukan bahwa pada Instansi/wilayah Saudara akan dilaksanakan penelitian oleh :

1. Nama / NIM

NUR NGAFIYAH / 3301411070

2. Pekerjaan

: Mahasiswa Universitas Negeri Semarang

3. Alamat

: Jalan Krakatau No. 67 RT 08 RW 02 Burnirejo

Kebumen

4. Penanggung Jawab

: Dr. Eko Handoyo, M.Si

5. Judul Penelitian

: Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan

Kesehatan Program BPJS Kesehatan Di Kelurahan

Bumirejo Kabupaten Kebumen

6. Waktu

: 31 Maret 2015 s/d 30 Juni 2015

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

- a. Pelaksanaan survey/penelitian tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah.
- b. Setelah survey/penelitian selesai diharuskan melaporkan hasil-hasilnya kepada BAPPEDA Kabupaten Kebumen.

Demikian surat ijin ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

A.n. KEPALA BAPPEDA KABUPATEN KEBUMEN Kabid. Pengembangan Infrsatruktur Wilayah, &

JONI HERNAWAN, ST. MT

Penata Tingkat I NIP. 19700728 199803 1 006

Tembusan : disampaikan kepada Yth.

Yang bersangkutan;

2. Arsip.

Lampiran 3 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN



JL. Lingker Selsten, Muklimer Keburnen Telp. (0287) 3673318-381101 Fax. (0287) 385274, EMAIL. rout@keburnen.go.id.

Nomor Lampiran 071/651/2015

Kepada:

Yth. Dekan Universitas Negeri Semarang

Perihal

Selesai Melaksanakan Penelitian.

Di -

SEMARANG.

Berdasarkan surat ijin pelaksanaan penelitian / survey Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Kebumen, Nomor 071-1/159/2015, tanggal 31 Maret 2015 atas nama :

Nama

: NUR NGAFIYAH

Pekerjaan

: Mahasiswa : 3301411070

Judul Penelitian : Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan

Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten

Kebumen

Alamat

: Jln.Krakatau No.67 RT.08 RW.02 Bumirejo Kebumen

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa tersebut telah selesai melaksanakan penelitian di RSUD Kabupaten Kebumen terhitung mulai tanggal 31 Maret 2015 sampai dengan tanggal 30 Juni 2015.

RSUD

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kebumen, 11 5 AFR 2015

a.n. DIREKTUR RSUD KAB. KEBUMEN KA BAG TATA USAHA

AUKHAMAD TAUFIK HIDAYAT A P HP 19750320 199311 1 001

TEMBUSAN : Disampaikan Kepada Yth :

- 1. Ka Bid Yan Med RSUD Dr SOEDIRMAN Kebumen;
- 2. Kepala Seksi Rekam Medik RSUD Dr. SOEDIRMAN Kebumen;
- 3. Kepala Ruang/Instalasi/Bagian RSUD Dr.SOEDIRMAN Kebumen;
- Yang bersangkutan.



SURAT KETERANGAN NOMOR: 509 /VL10/0515

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama

: Suwarto, SE., MM

NPP

: 02018

Jabatan

: Kepala Unit Kepesertaan dan Pelayanan Peserta

Berdasarkan surat ijin pelaksanaan penelitian / survey Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Kebumen, Nomor 071-1/159/2015, tanggal 31 Maret 2015, atas nama:

Nama

: Nur Ngafiyah : Mahasiswa

Pekerjaan NIM

: 3301411070

Judul Penelitian

: Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan

Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten

Kebumen

Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut diatas telah selesai melaksanakan penelitian di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Kebamen pada tanggal 20 April 2015.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kebumen, 20 Mei 2015

a.n Kepala Cabang

Kepala Unit Kepesertaan dan Pelayanan Peserta

Suvano, SE, MN

Kantor Cabang Utama Magelang

J. Gatof Subroto No. 2 Magellang 56172 Telp. 6293 - 363983 Fax. 6293 - 361026 www.bpjr.kesehafan.go.id



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN KECAMATAN KEBUMEN KELURAHAN BUMIREJO Jalan HM Sarbini Kebumen

Nomor

: 02 /49 /2015

Lampiran

Perihal

: Surat Keterangan

Dengan ini kami beritahukan bahwa mahasiswa Universitas Negeri Semarang (UNNES):

Nama

: Nur Ngafiyah

NIM

: 3301411070

Prodi

PPKn

Fakultas

: Ilmu Sosial

Telah melaksanakan penelitian skripsi dalam rangka menyelesaikan program Strata Satu (S1) dengan judul "AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM BPJS KESEHATAN DI KELURAHAN BUMIREJO KABUPATEN KEBUMEN".

Demikian surat ini kami buat sebagai bahan pertimbangan.

Bumirejo, April 2015

Corah Bumirejo

Warisin, SE. M.M.

Penata Tk. 1 NIP: 196205221985031004



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN DINAS KESEHATAN UPTD UNIT PUSKESMAS KEBUMEN III

Jalan Mangkusari Nottor (14 (#) (0287) – 382898 Kebumen e-Mail : puskesmaskebumen3@gmail.com Website : puskesmaskebumen3.tk

SURAT - KETERANGAN

Nomor: 045-2/197

Yang bertanda tangan dibawah ini Kasubag Tata Usaha UPTD Unit Puskesmas Kebumen III menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama

Nur Ngafiyah

NIM

3301411070

Semester

VIII (delapan)

Jurusan

Politik dan Kewarganegaraan

Prod/Jenjang

PPKn (S1)

Judul Skripsi

Akses Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo

Kabupaten Kebumen

Mahasiswa Universitas Negeri Semarang (UNNES) tersebut Telah melakukan pengambilan data di UPTD Unit Puskesmas Kebumen III dari mulai tanggal 2 dan 9 April 2015.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

An Kepala UPTD Unit Puskesmas Kebumen III

Kasubag Tata Usaha

SUDARMAN, AMD

Nip. 196009 198309 1 003

Lampiran 4 Daftar Nama Informan

No.	Nama	Umur	Pekerjaan/Jabatan	Kriteria
1.	Suwanto	45 tahun	Kepala Unit Kepesertaan	
			dan Pelayanan Peserta	
			BPJS Kesehatan Cabang	
			Kebumen	
2.	Dani Fitriyadi	35 tahun	Sanitarian dan Bendahara	
			BPJS Kesehatan di	
			Puskesmas Kebumen III	
3.	Sabdono	49 tahun	Kasi Anggaran &	
			Perbendaharaan dan Ketua	
			2 BPJS Kesehatan di	
			RSUD Dr. Soedirman	
			Kebumen	
4.	Khasiati Anasih	22 tahun	Wiraswasta	Tidak Mampu
5.	Tohirin	60 tahun	Tidak Bekerja	Fakir Miskin
6.	Daroji	43 tahun	Buruh	Tidak Mampu
7.	Siti Khomasiyah	48 tahun	Ibu Rumah Tangga	Tidak Mampu
8.	Budi Rahayu	41 tahun	Ibu Rumah Tangga	Tidak Mampu
9.	Titik Sundari	47 tahun	Ibu Rumah Tangga	Tidak Mampu
10.	Siti Mukhasanah	36 tahun	Ibu Rumah Tangga	Tidak Mampu
11.	Siti Zaenab	78 tahun	Tidak Bekerja	Fakir Miskin
12.	Ludiyah	50 tahun	Ibu Rumah Tangga	Tidak Mampu
13.	Ibu Bardan	65 tahun	Tidak Bekerja	Fakir Miskin
14.	Daryati	78 tahun	Tidak Bekerja	Fakir Miskin

LAMPIRAN : KEPUTUSAN KEPALA KELURAHAN BUMIREJO

NOMOR : 050/ 23/ KEP/ 2014 TANGGAL : 21 November 2014

DAFTAR NAMA RUMAH TANGGA MISKIN TAHUN 2014 KELURAHAN BUMIREJO KECAMATAN KEBUMEN KABUPATEN EKEBUMEN

No	Nama Kepala Rumah Tangga	Jenis Kelamin (L/ P)	Alamat	Jumlah Anggota Rumah Tangga	Jumlah Keluarga	Kriteria
1	2	3	4	5	6	7
1	PAJITO	L	RT. 001/ RW. 001	3	1	MISKIN
2	NUR WAHID	L	RT. 001/ RW. 001	-	1	MISKIN
3	NUR HAMID	L	RT. 001/ RW. 001	4	1	MISKIN
4	MULYADI	L	RT. 001/ RW. 001	3	1	MISKIN
5	MULYONO	L	RT. 001/ RW. 001	3	1	MISKIN
6	MUNHARI	L	RT. 001/ RW. 001	3	1	MISKIN
7	HERU SAPTONO	L	RT. 001/ RW. 001	4	1	MISKIN
8	HASANUDIN	L	RT. 001/ RW. 001	5	1	MISKIN
9	SURIP MUHDOR	L	RT. 001/ RW. 001	1	1	MISKIN

10	SOHIRAN	L	RT. 001/ RW. 001	4	1	MISKIN
11	MOCH. JURI	L	RT. 001/ RW. 001	3	1	MISKIN
12	SUKIRNO	L	RT. 001/ RW. 001	8	1	MISKIN
13	ЈОКО ИТОМО	L	RT. 001/ RW. 001	4	1	MISKIN
14	SODIKIN	L	RT. 001/ RW. 001	1	1	MISKIN
15	SITI LESTARI	Р	RT. 001/ RW. 001	2	1	MISKIN
16	BASUKI	L	RT. 001/ RW. 001	4	1	MISKIN
17	NUROFIK	L	RT. 001/ RW. 001	3	1	MISKIN
18	DASUKI	L	RT. 001/ RW. 001	4	1	MISKIN
19	MALIKI	L	RT. 001/ RW. 001	4	1	MISKIN
20	MA'MUM	L	RT. 001/ RW. 001	4	1	MISKIN
21	TOHIRIN	L	RT. 001/ RW. 001	2	1	MISKIN
22	MARNO	L	RT. 001/ RW. 001	6	1	MISKIN
23	MAFUD	L	RT. 001/ RW. 001	2	1	MISKIN
24	BUDI	L	RT. 001/ RW. 001	3	1	MISKIN
25	SURADI	L	RT. 001/ RW. 001	3	1	MISKIN
26	DIMYATI	L	RT. 001/ RW. 001	-	1	MISKIN
27	ROHYATUN	Р	RT. 001/ RW. 001	_	1	MISKIN
28	SASTRO	Р	RT. 001/ RW. 001	1	1	MISKIN
29	TIJAROH	Р	RT. 001/ RW. 001	-	1	MISKIN
30	SOIJAH	Р	RT. 001/ RW. 001	_	1	MISKIN
31	MIDAH	Р	RT. 001/ RW. 001	2	1	MISKIN
32	RIYANTI	Р	RT. 001/ RW. 001	_	1	MISKIN
33	ROLIYAH	Р	RT. 001/ RW. 001	2	1	MISKIN

_		-				
34	SOBIAH	Р	RT. 001/ RW. 001	2	1	MISKIN
35	MUSLIH	Р	RT. 001/ RW. 001	3	1	MISKIN
36	DARYANTO	Р	RT. 001/ RW. 001	2	1	MISKIN
37	ARIF ARIANTO	L	RT. 001/ RW. 001	2	1	MISKIN
<u> </u>			·			
38	SUMARTI	Р	RT. 002/ RW. 001	6	3	MISKIN
39	SUHARY YANTO	L	RT. 002/ RW. 001	3	1	MISKIN
40	MUJIONO	L	RT. 002/ RW. 001	3	1	MISKIN
41	SOJANGI	L	RT. 002/ RW. 001	5	1	MISKIN
42	TARYONO	L	RT. 002/ RW. 001	4	1	MISKIN
43	DARMI	Р	RT. 002/ RW. 001	3	1	MISKIN
44	SURYONO	L	RT. 002/ RW. 001	1	1	MISKIN
45	SLAMET KHERONI	L	RT. 002/ RW. 001	2	1	MISKIN
46	ASTUTI SURIPAH	Р	RT. 002/ RW. 001	1	1	MISKIN
47	TURINO	L	RT. 002/ RW. 001	5	2	MISKIN
48	MASTUR	L	RT. 002/ RW. 001	5	1	MISKIN
49	DASIMIN	L	RT. 002/ RW. 001	2	1	MISKIN
50	SARING SARJONO	L	RT. 002/ RW. 001	-	1	MISKIN
51	MUHYATI	Р	RT. 002/ RW. 001	1	1	MISKIN
52	MUTINAH	Р	RT. 003/ RW. 001	4	1	MISKIN
53	SLAMET	L	RT. 003/ RW. 001	6	1	MISKIN
54	NGARSO ANAMUDIN	L	RT. 003/ RW. 001	2	1	MISKIN
55	MOHAMAD HADI	L	RT. 003/ RW. 001	3	2	MISKIN

	,		ang .	······	7	i e
56	NGADIMAH	L	RT. 003/ RW. 001	-	1	MISKIN
57	BUDI PRAYITNO	L	RT. 003/ RW. 001	4	1	MISKIN
58	SUGENG	L	RT. 003/ RW. 001	8	3	MISKIN
59	MASDARI	L	RT. 003/ RW. 001	6	1	MISKIN
60	PARSIK	L	RT. 003/ RW. 001	3	1	MISKIN
61	IRBANGI	L	RT. 003/ RW. 001	4	2	MISKIN
62	SUHARTO	L	RT. 003/ RW. 001	6	1	MISKIN
63	MOCH MUSLICHUDIN	L	RT. 003/ RW. 001	7	1	MISKIN
64	RIYADI	L	RT. 003/ RW. 001	6	1	MISKIN
65	DULMANAH	L	RT. 003/ RW. 001	3	1	MISKIN
66	SUNARNO	L	RT. 003/ RW. 001	5	2	MISKIN
67	SUHYATI	L	RT. 003/ RW. 001	1	1	MISKIN
68	KUSNADI	L	RT. 003/ RW. 001	6	1	MISKIN
69	KASIMUN	L	RT. 003/ RW. 001	3	1	MISKIN
70	SODIMAN	L	RT. 003/ RW. 001	2	1	MISKIN
71	MARYONO	L	RT. 003/ RW. 001	6	1	MISKIN
72	PUJIYONO	L	RT. 003/ RW. 001	3	1	MISKIN
73	TURASMIN	L	RT. 003/ RW. 001	2	2	MISKIN
74	MARYONO	L	RT. 003/ RW. 001	2	1	MISKIN
75	NURUL HUDA	L	RT. 003/ RW. 001	3	1	MISKIN
76	MOCH SOLIKHUN	L	RT. 003/ RW. 001	5	1	MISKIN
77	SITI DJURIYAH	Р	RT. 003/ RW. 001		1	MISKIN
78	MOH NASORI	L	RT. 003/ RW. 001	4	1	MISKIN
79	MUHAMMAD TAPSIR	L	RT. 003/ RW. 001	4	1	MISKIN

80	CHAYATI	Р	RT. 003/ RW. 001	1	1	MISKIN
81	BANDIYAH	Р	RT. 003/ RW. 001		1	MISKIN
82	ARISNO	L	RT. 003/ RW. 001	4	1	MISKIN
83	ROJIKIN	L	RT. 003/ RW. 001	4	1	MISKIN
84	M SABARUDIN	L	RT. 003/ RW. 001	4	2	MISKIN
85	RASIDUN	L	RT. 003/ RW. 001	2	1	MISKIN
86	MIHARDI	L	RT. 003/ RW. 001	3	1	MISKIN
87	NUR JUNAEDI	L	RT. 004/ RW. 001	2	1	MISKIN
88	M ARIFIN	L	RT. 004/ RW. 001	2	1	MISKIN
89	HADI SAMSI	L	RT. 004/ RW. 001	4	1	MISKIN
90	SUMARDI	L	RT. 004/ RW. 001	4	1	MISKIN
91	SULAM ANASICHI	L	RT. 004/ RW. 001	5	1	MISKIN
92	ROISAH	Р	RT. 004/ RW. 001	9	3	MISKIN
93	LICHUN	L	RT. 004/ RW. 001	6	1	MISKIN
94	AHMAD SUKRON	L	RT. 004/ RW. 001	3	1	MISKIN
95	WAHYU ASHARI	L	RT. 004/ RW. 001	3	1	MISKIN
96	JUMADI	L	RT. 004/ RW. 001	5	1	MISKIN
97	SLAMET	L	RT. 004/ RW. 001	2	1	MISKIN
98	SONIAH	Р	RT. 004/ RW. 001	3	1	MISKIN
99	DARYATI	Р	RT. 004/ RW. 001	1	1	MISKIN
100	BUDI BARYADI	L	RT. 004/ RW. 001	4	1	MISKIN
101	WASITO	L	RT. 004/ RW. 001	7	1	MISKIN
102	PURNOMO	L	RT. 004/ RW. 001	5	1	MISKIN

103	MISASAN RITANAWAD	L	RT. 004/ RW. 001	8	2	MISKIN
104	MARSIDI ADI SAPATRO	L	RT. 004/ RW. 001	5	2	MISKIN
105	RIDO MARTOMO	L	RT. 004/ RW. 001	10	4	MISKIN
			· · ·			
106	TRIWAHYUDI	L	RT. 004/ RW. 001	4	1	MISKIN
107	MUCHARIS	L	RT. 004/ RW. 001	8	1	MISKIN
108	FAIQ MUCHLISIN	L	RT. 004/ RW. 001	5	1	MISKIN
109	SLAMET	L	RT. 004/ RW. 001	4	2	MISKIN
110	SOKATIN	L	RT. 004/ RW. 001	5	1	MISKIN
111	AHMAD ISWANTO	L	RT. 004/ RW. 001	5	1	MISKIN
112	RUNIAH	Р	RT. 004/ RW. 001	3	1	MISKIN
113	BUDI HARTONO	L	RT. 004/ RW. 001	5	1	MISKIN
114	SURATNO	L	RT. 004/ RW. 001	5	2	MISKIN
115	SUMARSO	L	RT. 004/ RW. 001	2	1	MISKIN
116	MOCHAMAD MUHRODIN	L	RT. 004/ RW. 001	5	2	MISKIN
117	HERMAN	L	RT. 004/ RW. 001	6	1	MISKIN
118	SUPRIYANTO	L	RT. 004/ RW. 001	6	1	MISKIN
119	PUJI BASUKI	L	RT. 004/ RW. 001	7	2	MISKIN
120	SALAMIN	L	RT. 004/ RW. 001	1	1	MISKIN
121	SADIAH	Р	RT. 004/ RW. 001	8	2	MISKIN
122	MUNANDAR	L	RT. 004/ RW. 001	5	1	MISKIN
123	SUPARMAN	L	RT. 004/ RW. 001	1	1	MISKIN
124	MARTINAH	Р	RT. 004/ RW. 001	4	1	MISKIN
125	SAMSUDIN	L	RT. 004/ RW. 001	7	2	MISKIN

126	SANASIKARTO	L	RT. 004/ RW. 001	2	1	MISKIN
127	AMIR MA'RUF	L	RT. 004/ RW. 001	4	1	MISKIN
128	INDRA CAYONO	L	RT. 004/ RW. 001	5	2	MISKIN
129	SULIYAH	Р	RT. 005/ RW. 001	1	1	MISKIN
130	SATIMAN	L	RT. 005/ RW. 001	5	2	MISKIN
131	ATMO SUDIRO	L	RT. 005/ RW. 001	9	2	MISKIN
132	M SUKERI/ JUSMAN	L	RT. 005/ RW. 001	4	1	MISKIN
133	MARSIYAH	Р	RT. 005/ RW. 001	4	2	MISKIN
134	SUTIYONO	L	RT. 005/ RW. 001	4	1	MISKIN
135	SUPARDI	L	RT. 005/ RW. 001	6	2	MISKIN
136	MUJAENI	L	RT. 005/ RW. 001	1	4	MISKIN
137	SUPARMAN	L	RT. 005/ RW. 001	6	1	MISKIN
138	AMINAH	Р	RT. 005/ RW. 001	6	2	MISKIN
139	PUJI PRASETYO H	L	RT. 005/ RW. 001	10	2	MISKIN
140	KASIM	L	RT. 005/ RW. 001	4	2	MISKIN
141	SITI PARTINAH	Р	RT. 005/ RW. 001	2	1	MISKIN
142	UNTUNG	L	RT. 005/ RW. 001	3	1	MISKIN
143	SABAR	L	RT. 005/ RW. 001	6	2	MISKIN
144	PARYATI	Р	RT. 005/ RW. 001	2	1	MISKIN
145	AGUS PRAYITNO	L	RT. 005/ RW. 001	3	1	MISKIN
146	ABNUL MANAF	L	RT. 005/ RW. 001	2	1	MISKIN
147	SAIMAN	L	RT. 005/ RW. 001	4	2	MISKIN
148	ANANG PURWANTO	L	RT. 005/ RW. 001	2	2	MISKIN

149	SARYONO	L	RT. 001/ RW. 002	3	2	MISKIN
150	SUBANDI	L	RT. 001/ RW. 002	5	1	MISKIN
151	NY. MARIYAH	Р	RT. 001/ RW. 002	3	2	MISKIN
152	SARBANI	L	RT. 001/ RW. 002	_	1	MISKIN
153	RIRIN SULINARTI	Р	RT. 001/ RW. 002	3	1	MISKIN
154	WATYAH	Р	RT. 001/ RW. 002	1	1	MISKIN
155	WARISNO	L	RT. 001/ RW. 002	5	1	MISKIN
						-
156	ROHMAT	L	RT. 002/ RW. 002	1	1	MISKIN
157	TOUFIK WALUYO	L	RT. 002/ RW. 002	1	1	MISKIN
158	MOHAMAD SAMUSI	L	RT. 002/ RW. 002	1	1	MISKIN
159	SITI AMINAH	Р	RT. 002/ RW. 002	1	1	MISKIN
160	PUJIATI JAWAHIR	Р	RT. 002/ RW. 002	1	1	MISKIN
161	MURTOINGAH	Р	RT. 002/ RW. 002	1	1	MISKIN
162	KARYONO	L	RT. 002/ RW. 002	3	1	MISKIN
163	LASMIYATI	Р	RT. 002/ RW. 002	4	1	MISKIN
164	AMAD SYARIP	L	RT. 002/ RW. 002	1	1	MISKIN
		•				
165	SABARNO	L	RT. 003/ RW. 002	6	2	MISKIN
166	PARMIAH	Р	RT. 003/ RW. 002	1	1	MISKIN
167	TUYIMAH	Р	RT. 003/ RW. 002	1	1	MISKIN
168	LUDIONO	L	RT. 003/ RW. 002	4	1	MISKIN
169	SARYATUN	Р	RT. 003/ RW. 002	1	1	MISKIN
*						

					1	
170	SAYATI	Р	RT. 003/ RW. 002	2	1	MISKIN
171	SAPARMAN	Р	RT. 003/ RW. 002	2	1	MISKIN
172	KUSPRIYANTO	L	RT. 003/ RW. 002	2	1	MISKIN
173	SURTINAH	Р	RT. 004/ RW. 002	4	2	MISKIN
174	MUJIONO	L	RT. 004/ RW. 002	1	1	MISKIN
175	SARMAN	L	RT. 004/ RW. 002	3	1	MISKIN
176	BADERI	L	RT. 004/ RW. 002	3	1	MISKIN
177	SARING	L	RT. 004/ RW. 002	2	1	MISKIN
178	M KHORIS	L	RT. 004/ RW. 002	1	1	MISKIN
179	SUTARMAN	L	RT. 004/ RW. 002	2	1	MISKIN
180	RIBUTIYAH	L	RT. 004/ RW. 002	2	1	MISKIN
181	WAHONO	L	RT. 004/ RW. 002	-	1	MISKIN
182	SUGENG	L	RT. 004/ RW. 002	-	1	MISKIN
183	SALAMET SUPOMO	L	RT. 004/ RW. 002	5	1	MISKIN
184	SUNGKONO	L	RT. 004/ RW. 002	5	1	MISKIN
185	JASMIN	L	RT. 004/ RW. 002	1	1	MISKIN
186	SUWITO	L	RT. 004/ RW. 002	3	1	MISKIN
187	PRAMONO	L	RT. 004/ RW. 002	4	1	MISKIN
188	ARISNO	L	RT. 004/ RW. 002	2	1	MISKIN
189	HARYONO	L	RT. 004/ RW. 002	2	1	MISKIN
190	SUKIRNO	L	RT. 005/ RW. 002	6	1	MISKIN
191	SURIPAH	Р	RT. 005/ RW. 002	9	2	MISKIN
192	KOBRI	L	RT. 005/ RW. 002	10	2	MISKIN

		•	•	i	•	
193	ROSIYAH	Р	RT. 005/ RW. 002	3	1	MISKIN
194	YULIANTO	L	RT. 005/ RW. 002	3	1	MISKIN
195	SUPINI	Р	RT. 005/ RW. 002	1	1	MISKIN
196	AMAD SOLIKIN	L	RT. 005/ RW. 002	4	1	MISKIN
197	AMADI	L	RT. 005/ RW. 002	7	3	MISKIN
198	SUSANTO	L	RT. 005/ RW. 002	3	1	MISKIN
199	NASKHIN	L	RT. 005/ RW. 002	4	2	MISKIN
200	Ny. AMAD RASID	Р	RT. 005/ RW. 002	4	1	MISKIN
201	RIYANTO	L	RT. 005/ RW. 002	4	1	MISKIN
202	ZAENUDIN	L	RT. 005/ RW. 002	4	1	MISKIN
203	SURADI	L	RT. 005/ RW. 002	5	1	MISKIN
204	NY. ROSIMI	Р	RT. 005/ RW. 002	3	2	MISKIN
205	NUHYATI	Р	RT. 005/ RW. 002	2	1	MISKIN
206	ROMELAN	L	RT. 005/ RW. 002	3	1	MISKIN
207	TURYATI	Р	RT. 005/ RW. 002	4	1	MISKIN
208	NASORI	L	RT. 005/ RW. 002	4	2	MISKIN
209	SUWARTO AZIZ	L	RT. 006/ RW. 002	3	2	MISKIN
210	A JAELANI	L	RT. 006/ RW. 002	4	1	MISKIN
211	PARYATI	Р	RT. 006/ RW. 002	4	1	MISKIN
212	MUNTAMAH	Р	RT. 006/ RW. 002	3	1	MISKIN
213	SUTRISNO	L	RT. 006/ RW. 002	3	1	MISKIN
214	UNGSIAH	Р	RT. 006/ RW. 002	1	1	MISKIN
215	SUKARTI	Р	RT. 006/ RW. 002	1	1	MISKIN
216	TUGIRAN	L	RT. 006/ RW. 002	6	1	MISKIN

217	TARSONO	L	RT. 006/ RW. 002	3	1	MISKIN
218	SUGITO	L	RT. 007/ RW. 002	4	1	MISKIN
219	PINUWUN PRIYO LEKSONO	L	RT. 007/ RW. 002	3	1	MISKIN
220	HARYADI	L	RT. 007/ RW. 002	2	1	MISKIN
221	MAKSUDI	L	RT. 007/ RW. 002	3	1	MISKIN
222	NASICHIN	L	RT. 008/ RW. 002	6	2	MISKIN
223	SLAMET R	L	RT. 008/ RW. 002	3	1	MISKIN
224	M SURURI	L	RT. 008/ RW. 002	4	1	MISKIN
225	IBU SUKIRNO	Р	RT. 008/ RW. 002	2	1	MISKIN
226	BAMBANG HERMANTO	L	RT. 008/ RW. 002	7	3	MISKIN
227	AGUS	L	RT. 008/ RW. 002	4	1	MISKIN
228	MUCHADIS	L	RT. 008/ RW. 002	3	1	MISKIN
229	SUDARIN	L	RT. 008/ RW. 002	1	1	MISKIN
230	EKO	L	RT. 008/ RW. 002	2	1	MISKIN
231	SUMIKIN	L	RT. 008/ RW. 002	5	2	MISKIN
232	MUJABUN	L	RT. 008/ RW. 002	4	1	MISKIN
233	IBU BARDAN	Р	RT. 008/ RW. 002	3	2	MISKIN
234	SUDARYONO	L	RT. 008/ RW. 002	5	1	MISKIN
235	DANI	L	RT. 008/ RW. 002	4	2	MISKIN
236	WAHYONO	L	RT. 008/ RW. 002	1	1	MISKIN
237	MARSUDI	L	RT. 008/ RW. 002	7	3	MISKIN
238	MUH TOHIRIN	L	RT. 009/ RW. 002	3	1	MISKIN

239	NY. DARYATI	Р	RT. 009/ RW. 002	2	2	MISKIN
240	MOCH ROMELAN	L	RT. 009/ RW. 002			MISKIN
241	BARODJAH	Р	RT. 009/ RW. 002	5	2	MISKIN
242	JOHARI	L	RT. 009/ RW. 002			MISKIN
243	DARNUJI	L	RT. 009/ RW. 002	5	1	MISKIN
244	MULYONO	L	RT. 009/ RW. 002	7	2	MISKIN
245	TEGUH TRIYANTO	L	RT. 009/ RW. 002	4	1	MISKIN
246	SUMINTO	L	RT. 009/ RW. 002	4	1	MISKIN
247	SARI RETNONINGSIH	Р	RT. 009/ RW. 002	4	1	MISKIN
248	EKO PRIHANTORO	L	RT. 009/ RW. 002	2	1	MISKIN
249	LUDIYAH	Р	RT. 009/ RW. 002	6	2	MISKIN
250	ANDI SUSANTO	L	RT. 009/ RW. 002	3	1	MISKIN
251	FARDIYAN BUDI WARDOYO	L	RT. 009/ RW. 002	2	1	MISKIN
252	SUKATI	L	RT. 009/ RW. 002	1	1	MISKIN
253	AGUS SURATNO	L	RT. 009/ RW. 002	2	1	MISKIN
254	ATEP SOLIHIN	L	RT. 009/ RW. 002	3	2	MISKIN
255	DAROJI	L	RT. 010/ RW. 002	7	1	MISKIN
256	DARSINAH KAMILIN	Р	RT. 010/ RW. 002	5	1	MISKIN
257	AKYADI	L	RT. 010/ RW. 002	4	1	MISKIN
258	GATOT AGUS PRABOWO	L	RT. 010/ RW. 002	4	1	MISKIN
259	WIDAYATI MUNAJAT	Р	RT. 010/ RW. 002	1	1	MISKIN
260	MURSILAH	Р	RT. 010/ RW. 002	1	1	MISKIN
261	MUGIYONO	L	RT. 010/ RW. 002	4	1	MISKIN
262	BAMBANG PURNOMO	L	RT. 010/ RW. 002	4	1	MISKIN

263	PANUT WIYONO	L	RT. 010/ RW. 002	2	1	MISKIN
264	SOCHYATI BINTI ABDUL DULROCHMAN	L	RT. 010/ RW. 002	1	1	MISKIN
265	SUDARYONO	L	RT. 010/ RW. 002	2	1	MISKIN
266	DWI WAHYUNI	Р	RT. 010/ RW. 002	2	1	MISKIN
267	SUPARDI	L	RT. 010/ RW. 002	3	1	MISKIN
268	WARIS	L	RT. 010/ RW. 002	1	-	MISKIN
269	WALUTO JOYOWIKARTO	L	RT. 010/ RW. 002	2	1	MISKIN
270	SARWONO	L	RT. 010/ RW. 002	3	1	MISKIN
271	SABARUDIN	L	RT. 010/ RW. 002	3	1	MISKIN
272	PRIYO PANCA	L	RT. 010/ RW. 002	2	1	MISKIN
273	BASRIYAH	Р	RT. 001/ RW. 003	4	2	MISKIN
274	MURTASIYAH	Р	RT. 001/ RW. 003	4	2	MISKIN
275	MUSLIMUN	L	RT. 001/ RW. 003	3	1	MISKIN
276	TUSINAH SUMIATI	Р	RT. 001/ RW. 003	3	2	MISKIN
277	PAIMAN	L	RT. 002/ RW. 003	4	1	MISKIN
278	PAMUNGKAS	L	RT. 002/ RW. 003	6	1	MISKIN
279	HADI MULYONO S	L	RT. 002/ RW. 003	3	1	MISKIN
280	M. MA'ARIF	L	RT. 002/ RW. 003	4	1	MISKIN
281	NGUKASAH	Р	RT. 002/ RW. 003	3	1	MISKIN
282	PRAYITNO	L	RT. 005/ RW. 003	3	1	MISKIN

283	DR. DJOELOE SOELASIKIN	Р	RT. 005/ RW. 003	1	1	MISKIN
284	LEGO MUNASIDI	L	RT. 005/ RW. 003	4	3	MISKIN
285	ALBIDIN ZURRIAT	L	RT. 005/ RW. 003	3	1	MISKIN
286	M ISMANGIL	L	RT. 005/ RW. 003	5	2	MISKIN
287	DERMAWANTO	L	RT. 005/ RW. 003	3	1	MISKIN
288	ACHMAD GOZALI	L	RT. 005/ RW. 003	7	2	MISKIN
289	BAPAK SUROSO	L	RT. 005/ RW. 003	1	1	MISKIN
290	DJAMAL	L	RT. 005/ RW. 003	5	1	MISKIN
291	SUTRISNAWATI	Р	RT. 005/ RW. 003	1	1	MISKIN
292	KUNARIYAH	Р	RT. 005/ RW. 003	3	1	MISKIN
293	TEGUH SUPARYONO	L	RT. 005/ RW. 003	3	1	MISKIN
294	SOLIKHIN	L	RT. 005/ RW. 003	3	1	MISKIN
295	UMARIYAH	P	RT. 005/ RW. 003	3	1	MISKIN
296	SURATIN	L	RT. 005/ RW. 003	4	1	MISKIN
297	SUTEDJO	L	RT. 005/ RW. 003	5	1	MISKIN
298	DIYAH SULISTYOWATI	Р	RT. 005/ RW. 003	1	1	MISKIN
299	NUR SOLEH	L	RT. 006/ RW. 003	6	2	MISKIN
300	S PARDIYANTO	L	RT. 006/ RW. 003	4	2	MISKIN
301	M MULYADI	L	RT. 006/ RW. 003	3	1	MISKIN
302	MAHNUN	L	RT. 006/ RW. 003	8	3	MISKIN
303	ARIYANTO	L	RT. 006/ RW. 003	10	2	MISKIN
304	MURTINAH	Р	RT. 006/ RW. 003	2	1	MISKIN
305	SRI SULASTRI	Р	RT. 006/ RW. 003	1	1	MISKIN

306	SUKAT	L	RT. 006/ RW. 003	4	2	MISKIN
307	DENI RUJITO	L	RT. 008/ RW. 003	4	1	MISKIN
308	MUSTAKIM	L	RT. 008/ RW. 003	6	1	MISKIN
309	SUROSO	L	RT. 008/ RW. 003	4	1	MISKIN
310	TUNSIYAH	Р	RT. 008/ RW. 003	1	1	MISKIN
311	SITI SUMARNI	Р	RT. 008/ RW. 003	7	2	MISKIN
312	SURUDI	L	RT. 008/ RW. 003	3	1	MISKIN
313	SLAMET	L	RT. 008/ RW. 003	5	1	MISKIN
314	KHOSIM	L	RT. 008/ RW. 003	7	2	MISKIN
315	M. NITO	L	RT. 008/ RW. 003	7	1	MISKIN
316	MUCH. MUNTOLIB	L	RT. 008/ RW. 003	3	1	MISKIN
317	MUHAMMAD MUNADZIR	L	RT. 008/ RW. 003	3	1	MISKIN
318	SUNARTO	L	RT. 008/ RW. 003	3	2	MISKIN
319	SUPARDI	L	RT. 008/ RW. 003	2	1	MISKIN
320	YATIN SUTOYO	L	RT. 008/ RW. 003	4	1	MISKIN
321	SUKAMTO	L	RT. 008/ RW. 003	2	1	MISKIN
322	M. FAJRI PURNOMO	L	RT. 008/ RW. 003	3	1	MISKIN
3253	IBU SAMIDAH	Р	RT. 001/ RW. 004	1	1	MISKIN
324	IBU MUJINAH	Р	RT. 001/ RW. 004	2	1	MISKIN
325	IBU WARDI	Р	RT. 001/ RW. 004	2	1	MISKIN
326	IBU SOPIYAH	Р	RT. 001/ RW. 004	3	2	MISKIN
327	IBU TARI	Р	RT. 001/ RW. 004	2	1	MISKIN

328	BAPAK NGADIYONO	L	RT. 001/ RW. 004	2	1	MISKIN
329	BAPAK MUSLICH	L	RT. 001/ RW. 004	3	1	MISKIN
			•		1	
330	PANUT SUNARTO	L	RT. 002/ RW. 004	6	1	MISKIN
331	SAYIDI	L	RT. 002/ RW. 004	3	1	MISKIN
332	PARYONO	L	RT. 002/ RW. 004	3	1	MISKIN
333	KIRNO	L	RT. 002/ RW. 004	2	1	MISKIN
334	ATIN/ KARNO	Р	RT. 002/ RW. 004	5	1	MISKIN
335	BERA	Р	RT. 002/ RW. 004	1	1	MISKIN
336	WAGINAH	Р	RT. 002/ RW. 004	2	1	MISKIN
337	ABDUL KODIR	L	RT. 003/ RW. 004	4	1	MISKIN
338	SODIK	L	RT. 003/ RW. 004	1	1	MISKIN
339	AHMAD ARBANI	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
340	SALI NURHIDAYAT (SAHIL)	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
341	MULDANI	L	RT. 003/ RW. 004	2	1	MISKIN
342	MUNDIRI	L	RT. 003/ RW. 004	-	1	MISKIN
343	AHMAD SAULUDIN	L	RT. 003/ RW. 004	6	1	MISKIN
344	WAGIMAN	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
345	WAHYUDI	L	RT. 003/ RW. 004	7	1	MISKIN
346	AHMAD MUNJAHID	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
347	EKO WIYONO	L	RT. 003/ RW. 004	5	1	MISKIN
348	DARYANTO	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
349	NURKHOLIK	L	RT. 003/ RW. 004	1	1	MISKIN

350	RUDI GANTI JUHARTONO	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
351	IMAM MUBASIR	L	RT. 003/ RW. 004	4	1	MISKIN
352	JAZIM CHAMIDI	L	RT. 003/ RW. 004	1	1	MISKIN
353	HAMID	L	RT. 003/ RW. 004	1	1	MISKIN
354	PARIMIN ALIM	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
355	BUDI PARYANTO	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
356	FATIMAH	Р	RT. 003/ RW. 004	4	1	MISKIN
357	M SULAIMAN	L	RT. 003/ RW. 004	4	1	MISKIN
358	AHMAD NURKHOTIB	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
359	BUDI YUNIANTO	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
360	TRI ANTON	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
361	BENI ALI ERNAWATI	L	RT. 003/ RW. 004	1	1	MISKIN
362	MOCH SAEFUDIN	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
363	MOH. HUDDORI	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
364	DENI ANGGARA	L	RT. 003/ RW. 004	2	1	MISKIN
365	SITI SUTRATMI	Р	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
366	SANTOSO	L	RT. 003/ RW. 004	-	1	MISKIN
367	KADARYANI	Р	RT. 003/ RW. 004	4	1	MISKIN
368	SURAHMAN	L	RT. 003/ RW. 004	1	1	MISKIN
369	NASRUDIN	L	RT. 003/ RW. 004	4	1	MISKIN
370	SUNARJO	L	RT. 003/ RW. 004	5	1	MISKIN
371	BAMBANG HENDRO S	L	RT. 003/ RW. 004	1	1	MISKIN
372	JOKO HADI SUPRAYITNO	L	RT. 003/ RW. 004	1	1	MISKIN
373	YASIN	Р	RT. 003/ RW. 004	5	1	MISKIN

374	BARDIYATUN	L	RT. 003/ RW. 004	3	1	MISKIN
375	NUR AHMADI	L	RT. 003/ RW. 004	2	1	MISKIN
376	WAGIMIN	Р	RT. 003/ RW. 004	6	1	MISKIN
377	ISMIYAH	Р	RT. 003/ RW. 004	2	1	MISKIN
378	PUJIATI	Р	RT. 003/ RW. 004	-	1	MISKIN
379	ROCHIMI	Р	RT. 003/ RW. 004	_	1	MISKIN
			•		•	
380	MISLAM	L	RT. 005/ RW. 004	4	1	MISKIN
381	NGADIMIN	L	RT. 005/ RW. 004	8	2	MISKIN
382	WARSIDI	L	RT. 005/ RW. 004	3	1	MISKIN
383	DUDI PERMADI	L	RT. 005/ RW. 004	4	2	MISKIN
384	SUSANTO	L	RT. 005/ RW. 004	3	1	MISKIN
385	MOCHAMAD AMIN	L	RT. 005/ RW. 004	5	1	MISKIN
386	YUNI NURHAYATI	Р	RT. 005/ RW. 004	3	2	MISKIN
387	FAHRONI	L	RT. 005/ RW. 004	3	1	MISKIN
388	KHAERUDIN	L	RT. 005/ RW. 004	3	2	MISKIN
389	BASUKI WIBOWO	L	RT. 005/ RW. 004	5	2	MISKIN
390	AGUS PUJI PRAWOTO	L	RT. 005/ RW. 004	3	1	MISKIN
391	MAILAH	Р	RT. 005/ RW. 004	_	1	MISKIN
392	SODIYAH	Р	RT. 005/ RW. 004	_	1	MISKIN
393	LUDIYO	L	RT. 006/ RW. 004	6	1	MISKIN
394	W HADI MAHYONO	L	RT. 006/ RW. 004	3	1	MISKIN
395	SOLIKHIN	L	RT. 006/ RW. 004	4	1	MISKIN

396	AMRI KURNIAWAN	L	RT. 006/ RW. 004	3	1	MISKIN
397	ZAENAL ARIFIN	L	RT. 006/ RW. 004	5	1	MISKIN
398	SYAEBANI	L	RT. 006/ RW. 004	5	1	MISKIN
399	SUMARGO	L	RT. 006/ RW. 004	6	1	MISKIN
400	MUDAKIR	L	RT. 006/ RW. 004	3	1	MISKIN
401	WACHIDI	L	RT. 006/ RW. 004	4	1	MISKIN
402	MAFAHIR	L	RT. 006/ RW. 004	4	1	MISKIN
403	SITI HATIJAH	Р	RT. 006/ RW. 004	3	1	MISKIN
404	SAMSUDIN	L	RT. 006/ RW. 004	4	1	MISKIN
405	DUROHMAN	L	RT. 006/ RW. 004	3	1	MISKIN
406	AGUS SUPRIYONO	L	RT. 006/ RW. 004	5	1	MISKIN
407	SUPRIYADI	L	RT. 006/ RW. 004	6	1	MISKIN
408	SITI ARISAH	Р	RT. 006/ RW. 004	5	1	MISKIN
409	PAIMIN	L	RT. 006/ RW. 004	6	1	MISKIN
410	SUPRAPTO	L	RT. 006/ RW. 004	4	1	MISKIN
411	BADA	L	RT. 006/ RW. 004	4	1	MISKIN
412	RONDARTI	Р	RT. 006/ RW. 004	2	1	MISKIN
413	SANDANA PUTRO	L	RT. 006/ RW. 004	3	1	MISKIN
414	BUDIYONO	L	RT. 006/ RW. 004	2	1	MISKIN
415	SUKARDI	L	RT. 001/ RW. 005	3	1	MISKIN
416	ACHMADI	L	RT. 001/ RW. 005	3	1	MISKIN
417	MASRURI	L	RT. 001/ RW. 005	5	1	MISKIN
418	SURYONO	L	RT. 001/ RW. 005	2	1	MISKIN

419	MARWIYAH	Р	RT. 001/ RW. 005	2	1	MISKIN
420	MOH AMIN	L	RT. 001/ RW. 005	2	1	MISKIN
421	SURATMAN	L	RT. 001/ RW. 005	3	1	MISKIN
422	M SOLIKHIN	L	RT. 001/ RW. 005	4	1	MISKIN
		•				
423	AHNAD FATONI	L	RT. 002/RW. 005	1	1	MISKIN
424	AHMAD SAMSURI	L	RT. 002/RW. 005	3	1	MISKIN
425	UMI KHASANAH	Р	RT. 002/RW. 005	4	1	MISKIN
426	NUGRAHADI	L	RT. 002/RW. 005	2	1	MISKIN
427	MAHRUR	L	RT. 002/RW. 005	2	1	MISKIN
428	SLAMET	L	RT. 002/RW. 005	3	1	MISKIN
429	SUHARTO	L	RT. 002/RW. 005	3	1	MISKIN
430	YUNIARSIH	Р	RT. 002/RW. 005	1	1	MISKIN
431	SUDARYO	L	RT. 002/RW. 005	1	1	MISKIN
432	SUKARNO	L	RT. 002/RW. 005	2	1	MISKIN
433	MUKHIBUN	L	RT. 002/RW. 005	3	1	MISKIN
434	MOH. MUHDI	L	RT. 002/RW. 005	3	1	MISKIN
435	MUSTOFA	L	RT. 002/RW. 005	2	1	MISKIN
436	MANISAH	Р	RT. 002/RW. 005	1	1	MISKIN
437	SUPARMI	Р	RT. 002/RW. 005	1	1	MISKIN
438	MUHRONI	L	RT. 002/RW. 005	1	1	MISKIN
439	WAHYUDI	L	RT. 002/RW. 005	2	1	MISKIN
440	SUGIYANTO	L	RT. 002/RW. 005	2	1	MISKIN
441	BASTIYAH	Р	RT. 002/RW. 005	2	1	MISKIN

442	TRI ASTUTI	Р	RT. 002/RW. 005	1	1	MISKIN
443	ROESDIYANA	Р	RT. 002/RW. 005	1	1	MISKIN
444	ASROFI HAMID	L	RT. 002/RW. 005	5	1	MISKIN
	1	1	,		1	
445	KARTINO	L	RT. 003/ RW. 005	5	1	MISKIN
446	SUCI PURWANINGSIH	Р	RT. 003/ RW. 005	4	2	MISKIN
447	MULYADI	L	RT. 003/ RW. 005	10	4	MISKIN
448	BASRIYAH	Р	RT. 003/ RW. 005	5	2	MISKIN
449	NUR ARIYANTO	L	RT. 003/ RW. 005	4	1	MISKIN
450	AMINAH	Р	RT. 003/ RW. 005	8	2	MISKIN
451	M KUSEN	L	RT. 003/ RW. 005	4	2	MISKIN
452	ARDANI	L	RT. 003/ RW. 005	7	2	MISKIN
453	MAFRUNGAH	Р	RT. 003/ RW. 005	3	2	MISKIN
454	BAWON	L	RT. 003/ RW. 005	2	2	MISKIN
455	TURSIYAH	Р	RT. 003/ RW. 005	2	2	MISKIN
456	SUMIRAH	Р	RT. 003/ RW. 005	7	3	MISKIN
457	PUJIONO	L	RT. 003/ RW. 005	7	3	MISKIN
458	SOLEHUDIN	L	RT. 003/ RW. 005	6	2	MISKIN
459	MAHUDIN	L	RT. 003/ RW. 005	5	1	MISKIN
460	ADMINAH	Р	RT. 003/ RW. 005	1	1	MISKIN
461	SARTONO	L	RT. 003/ RW. 005	5	1	MISKIN
		•				
462	ISTIKHAROH	Р	RT. 004/ RW. 005	2	1	MISKIN
463	SUWARTI	Р	RT. 004/ RW. 005	1	1	MISKIN

464	MARTINAH	Р	RT. 004/ RW. 005	2	1	MISKII
465	TOIF FUTIHAN	L	RT. 004/ RW. 005	1	1	MISKI
466	PARWITI	Р	RT. 004/ RW. 005	1	1	MISKII
467	AHMAD BAKIR	L	RT. 004/ RW. 005	2	1	MISKII
468	MOH HANDOKO	L	RT. 004/ RW. 005	2	1	MISKII
469	MOH AMIN KHUSEN	L	RT. 004/ RW. 005	3	1	MISKII
470	AKHMAD MUNADIR	L	RT. 004/ RW. 005	3	1	MISKII
471	ANGGORO	L	RT. 004/ RW. 005	3	1	MISKII
472	SITI MAEMUNAH	Р	RT. 004/ RW. 005	3	1	MISKII
473	MOH DJAFAR	L	RT. 004/ RW. 005	-	1	MISKI
474	AHMAD FAOJI	L	RT. 004/ RW. 005	2	1	MISKI
475	YATIMAH	L	RT. 005/ RW. 005	2	1	MISKI
476	TUGINI	L	RT. 005/ RW. 005	1	1	MISKI
477	SARWONO	L	RT. 005/ RW. 005	2	1	MISKI
478	ABDURROHIM	L	RT. 006/ RW. 005	7	1	MISKI
479	BAMBANG RIYANTO	L	RT. 006/ RW. 005	5	1	MISKI
480	BUDI UTOMO	L	RT. 006/ RW. 005	6	1	MISKI
481	DWI ATMONO SURYO	L	RT. 006/ RW. 005	4	1	MISKI
482	HENI SETYAWATI	Р	RT. 006/ RW. 005	2	1	MISK
483	M. SUWEHA	L	RT. 006/ RW. 005	3	1	MISK
484	MAINAH	Р	RT. 006/ RW. 005	2	1	MISK
485	MATORI MA'SUM	L	RT. 006/ RW. 005	4	1	MISKI

					•	-
486	MOCH DAHRUDIN	L	RT. 006/ RW. 005	5	1	MISKIN
487	MOCH NUR WAHIDI	L	RT. 006/ RW. 005	4	1	MISKIN
488	MOHAMAD NGAENI	L	RT. 006/ RW. 005	4	1	MISKIN
489	MOHAMAD WAHYUDI	L	RT. 006/ RW. 005	4	1	MISKIN
490	NASRUDIN	L	RT. 006/ RW. 005	5	1	MISKIN
491	RUWANTO	L	RT. 006/ RW. 005	5	1	MISKIN
492	SITI PATEMAH	Р	RT. 006/ RW. 005	4	1	MISKIN
493	SLAMET	L	RT. 006/ RW. 005	1	1	MISKIN
494	SRI HARTONO	L	RT. 006/ RW. 005	4	1	MISKIN
495	SRIMIARSIH	Р	RT. 006/ RW. 005	2	1	MISKIN
496	SURADI	L	RT. 006/ RW. 005	4	1	MISKIN
497	SUTIYAH	L	RT. 006/ RW. 005	1	1	MISKIN
498	TASMIATUN	L	RT. 006/ RW. 005	1	1	MISKIN
499	WIDIYANTO	L	RT. 006/ RW. 005	1	2	MISKIN
500	ARIS SUSANTO	L	RT. 007/ RW. 005	4	1	MISKIN
501	BADA SAN MARTA	L	RT. 007/ RW. 005	6	2	MISKIN
502	BARKAH	Р	RT. 007/ RW. 005	2	1	MISKIN
503	BASORI	L	RT. 007/ RW. 005	3	1	MISKIN
504	BUCHARI MUSLIM	L	RT. 007/ RW. 005	6	1	MISKIN
505	M NURHASAN	L	RT. 007/ RW. 005	3	1	MISKIN
506	MAKMURI	L	RT. 007/ RW. 005	3	1	MISKIN
507	SAEFUDIN NUR	L	RT. 007/ RW. 005	1	1	MISKIN
508	SAEFUDIN ZUHRI	L	RT. 007/ RW. 005	1	1	MISKIN

		w.	i	•	·	
509	SLAMET YAHYA	L	RT. 007/ RW. 005	5	1	MISKIN
510	SUNARTO	L	RT. 007/ RW. 005	4	1	MISKIN
511	SUPARYO	L	RT. 007/ RW. 005	1	1	MISKIN
512	SUPARJA	L	RT. 007/ RW. 005	6	2	MISKIN
513	SURIP MAD CHAELANI	L	RT. 007/ RW. 005	5	1	MISKIN
514	SUTARNO	L	RT. 007/ RW. 005	1	1	MISKIN
515	TOFIK HIDAYAT	L	RT. 007/ RW. 005	5	1	MISKIN
516	SAKIF AZWAR	L	RT. 008/ RW. 005	1	1	MISKIN
517	SUHARDI	L	RT. 008/ RW. 005	-	1	MISKIN
518	PRIYANTO	L	RT. 008/ RW. 005	2	1	MISKIN
519	MUNTASIROH	L	RT. 008/ RW. 005	5	1	MISKIN
520	NGADENAN	L	RT. 008/ RW. 005	11	3	MISKIN
521	RIDHO BUDI SETIAWAN	L	RT. 008/ RW. 005	2	1	MISKIN
522	SANEM	Р	RT. 008/ RW. 005	_	1	MISKIN
523	SUSIAH	Р	RT. 008/ RW. 005	_	1	MISKIN
524	MUHADI	L	RT. 008/ RW. 005	6	1	MISKIN
525	SAN WANI	L	RT. 008/ RW. 005	2	1	MISKIN
526	SITI FATIMAH	Р	RT. 008/ RW. 005	3	1	MISKIN
527	SAMBUDI	L	RT. 008/ RW. 005	3	1	MISKIN
528	SITI ANNISA	Р	RT. 008/ RW. 005	4	1	MISKIN
529	SLAMET NGADIYO	L	RT. 001/ RW. 006	4	1	MISKIN
530	MOCH MASRURI	L	RT. 001/ RW. 006	5	1	MISKIN
		***************************************	***************************************	•		

r	1	I	1	İ	1	1
531	ASEP DEDE ZAENUDIN	L	RT. 001/ RW. 006	4	3	MISKIN
532	SURATMAN	L	RT. 001/ RW. 006	4	2	MISKIN
533	DUL LATIF	L	RT. 001/ RW. 006	2	2	MISKIN
534	DULAH MUKMIN	L	RT. 001/ RW. 006	1	1	MISKIN
535	TEGUH SARYADI	L	RT. 001/ RW. 006	3	1	MISKIN
536	KARSONO	L	RT. 001/ RW. 006	4	1	MISKIN
537	SLAMET TOHIRIN	L	RT. 001/ RW. 006	4	1	MISKIN
538	SODIYAH	Р	RT. 001/ RW. 006	1	3	MISKIN
539	SRI WAHYUNI	L	RT. 001/ RW. 006	2	1	MISKIN
540	A NURYANTO/ SARING	Р	RT. 001/ RW. 006	4	1	MISKIN
541	TURMINAH (WALISOH	L	RT. 001/ RW. 006	1	1	MISKIN
542	WASMIN	L	RT. 001/ RW. 006	7	1	MISKIN
543	SURIPTO	L	RT. 001/ RW. 006	5	2	MISKIN
544	SUDARNO	L	RT. 001/ RW. 006	4	2	MISKIN
545	NGADORI	L	RT. 001/ RW. 006	1	3	MISKIN
546	MAD SUKEMI	L	RT. 001/ RW. 006	3	3	MISKIN
547	SLAMET SARASNO	L	RT. 001/ RW. 006	3	2	MISKIN
548	ERY HENDRO PRASETYO	L	RT. 001/ RW. 006	4	2	MISKIN
549	ARDIYANTO	L	RT. 001/ RW. 006	2	2	MISKIN
550	MUSTANGIN AZIZ	L	RT. 001/ RW. 006	5	2	MISKIN
551	RUCHYADI	L	RT. 001/ RW. 006	4	1	MISKIN
552	PURWADI	L	RT. 001/ RW. 006	5	3	MISKIN
553	WAWAN	L	RT. 001/ RW. 006	4	2	MISKIN
554	MOCH SALIM	L	RT. 001/ RW. 006	2	2	MISKIN

555	SAMIREJA	L	RT. 001/ RW. 006	2	1	MISKIN
556	SUPARMAN	L	RT. 001/ RW. 006	4	1	MISKIN
557	MAKMURI	L	RT. 001/ RW. 006	7	1	MISKIN
558	SOFINGI (Y)	L	RT. 001/ RW. 006	6	1	MISKIN
559	SUMARJANA WAYDUDI	L	RT. 001/ RW. 006	4	2	MISKIN
560	NURYANTO	L	RT. 001/ RW. 006	7	2	MISKIN
561	SARJUNI	L	RT. 001/ RW. 006	5	1	MISKIN
562	PUDJIONO	L	RT. 001/ RW. 006	4	3	MISKIN
563	JANTO	L	RT. 001/ RW. 006	9	1	MISKIN
564	SURIP BIN MUSLIHUDDIN	L	RT. 001/ RW. 006	4	1	MISKIN
565	NGADIMIN	L	RT. 001/ RW. 006	4	1	MISKIN
566	SUPRIYANTO (SUMIYATUN)	L	RT. 001/ RW. 006	3	2	MISKIN
567	DIDIK PRASETYO	L	RT. 001/ RW. 006	3	3	MISKIN
568	SOIMAN + SITI MUNGAWANAH	L	RT. 001/ RW. 006	6	1	MISKIN
569	SODIRI	L	RT. 001/ RW. 006	4	2	MISKIN
570	SUJONO/ BIBIT S	L	RT. 001/ RW. 006	5	1	MISKIN
571	AKHMADI	L	RT. 001/ RW. 006	5	2	MISKIN
572	SOFINGI (H)	L	RT. 001/ RW. 006	3	1	MISKIN
573	NGADIMAN	L	RT. 001/ RW. 006	5	1	MISKIN
574	BUDI MULYONO	L	RT. 001/ RW. 006	3	3	MISKIN
575	RESTU WIJI SAPUTRA	L	RT. 001/ RW. 006	3	2	MISKIN
576	SABARDANI	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
577	IMAM SUWARTO	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN

FITRIATUN	578	AHMAD SUPARDI	L	RT. 002/ RW. 006	1	1	MISKIN
TURIMAN	579	PURWANTO	L	RT. 002/ RW. 006	3	1	MISKIN
882 RUSIYAH P RT. 002/ RW. 006 1 1 MISKIN 883 MURIYAH P RT. 002/ RW. 006 3 2 MISKIN 884 BARIYAH S P RT. 002/ RW. 006 1 1 MISKIN 885 BARIYAH P P RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 886 WAHYONO L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 887 DJARMADI L RT. 002/ RW. 006 3 2 MISKIN 888 MUSLIMAN L RT. 002/ RW. 006 6 3 MISKIN 889 AGUNG TRI YUDONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 890 RUSWANDI L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 891 SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 892 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 893 SUMAR	580	FITRIATUN	Р	RT. 002/ RW. 006	1	1	MISKIN
883 MURIYAH P RT. 002/ RW. 006 3 2 MISKIN 884 BARIYAH S P RT. 002/ RW. 006 1 1 MISKIN 885 BARIYAH P P RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 886 WAHYONO L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 887 DJARMADI L RT. 002/ RW. 006 3 2 MISKIN 888 MUSLIMAN L RT. 002/ RW. 006 6 3 MISKIN 889 AGUNG TRI YUDONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 890 RUSWANDI L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 891 SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 892 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 893 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 894 SLAME	581	TURIMAN	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
884 BARIYAH S P RT. 002/ RW. 006 1 1 MISKIN 885 BARIYAH P P RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 886 WAHYONO L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 887 DJARMADI L RT. 002/ RW. 006 3 2 MISKIN 888 MUSLIMAN L RT. 002/ RW. 006 6 3 MISKIN 889 AGUNG TRI YUDONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 890 RUSWANDI L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 891 SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 892 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 893 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 5 2 MISKIN 894 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 895 HARIYA	582	RUSIYAH	Р	RT. 002/ RW. 006	1	1	MISKIN
885 BARIYAH P P RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 686 WAHYONO L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 687 DJARMADI L RT. 002/ RW. 006 3 2 MISKIN 688 MUSLIMAN L RT. 002/ RW. 006 6 3 MISKIN 689 AGUNG TRI YUDONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 690 RUSWANDI L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 691 SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 692 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 693 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 5 2 MISKIN 694 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 695 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 696 MARYON	583	MURIYAH	Р	RT. 002/ RW. 006	3	2	MISKIN
886 WAHYONO L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 887 DJARMADI L RT. 002/ RW. 006 3 2 MISKIN 888 MUSLIMAN L RT. 002/ RW. 006 6 3 MISKIN 889 AGUNG TRI YUDONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 890 RUSWANDI L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 891 SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 892 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 893 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 5 2 MISKIN 894 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 895 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 896 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 898 SADILAN<	584	BARIYAH S	Р	RT. 002/ RW. 006	1	1	MISKIN
887 DJARMADI L RT. 002/ RW. 006 3 2 MISKIN 888 MUSLIMAN L RT. 002/ RW. 006 6 3 MISKIN 889 AGUNG TRI YUDONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 890 RUSWANDI L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 891 SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 892 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 893 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 5 2 MISKIN 894 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 895 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 896 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 897 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 898 SADIL	585	BARIYAH P	Р	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
888 MUSLIMAN L RT. 002/ RW. 006 6 3 MISKIN 889 AGUNG TRI YUDONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 890 RUSWANDI L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 891 SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 892 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 893 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 5 2 MISKIN 894 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 895 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 896 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 897 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 898 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 899 ANHAR<	586	WAHYONO	L	RT. 002/ RW. 006	5	1	MISKIN
689 AGUNG TRI YUDONO L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 690 RUSWANDI L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 691 SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 692 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 693 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 5 2 MISKIN 694 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 695 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 696 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 697 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 698 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 699 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	587	DJARMADI	L	RT. 002/ RW. 006	3	2	MISKIN
690 RUSWANDI L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 691 SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 692 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 693 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 5 2 MISKIN 694 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 695 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 696 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 697 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 698 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 699 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	588	MUSLIMAN	L	RT. 002/ RW. 006	6	3	MISKIN
SUTRISNO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN	589	AGUNG TRI YUDONO	L	RT. 002/ RW. 006	3	1	MISKIN
692 MARYOTO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 693 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 5 2 MISKIN 694 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 695 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 696 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 697 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 698 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 699 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	590	RUSWANDI	L	RT. 002/ RW. 006	2	1	MISKIN
693 SUMARDI L RT. 002/ RW. 006 5 2 MISKIN 694 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 695 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 696 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 697 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 698 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 699 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	591	SUTRISNO	L	RT. 002/ RW. 006	2	1	MISKIN
694 SLAMET L RT. 002/ RW. 006 3 3 MISKIN 695 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 696 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 697 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 698 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 699 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	592	MARYOTO	L	RT. 002/ RW. 006	2	1	MISKIN
695 HARIYANTO L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN 696 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 697 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 698 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 699 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	593	SUMARDI	L	RT. 002/ RW. 006	5	2	MISKIN
696 MARYONO L RT. 002/ RW. 006 2 1 MISKIN 697 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 698 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 699 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	594	SLAMET	L	RT. 002/ RW. 006	3	3	MISKIN
597 SUPRIHATIN L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN 598 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 599 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	595	HARIYANTO	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
598 SADILAN L RT. 002/ RW. 006 5 1 MISKIN 599 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	596	MARYONO	L	RT. 002/ RW. 006	2	1	MISKIN
599 ANHAR L RT. 002/ RW. 006 3 1 MISKIN	597	SUPRIHATIN	L	RT. 002/ RW. 006	3	1	MISKIN
	598	SADILAN	L	RT. 002/ RW. 006	5	1	MISKIN
OO CURRIVADI	599	ANHAR	L	RT. 002/ RW. 006	3	1	MISKIN
SUPRITADI L RT. 002/ RW. 006 4 1 MISKIN	600	SUPRIYADI	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
KUSNEN L RT. 002/ RW. 006 3 2 MISKIN	601	KUSNEN	L	RT. 002/ RW. 006	3	2	MISKIN

602	SURYO SUPRIYANTO	L	RT. 002/ RW. 006	3	1	MISKIN
603	MOHAMAD ZAENAL ARIFIN	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
604	KODIRAN	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
605	SUCHAMDI	L	RT. 002/ RW. 006	4	2	MISKIN
606	HABIB SALIM	L	RT. 002/ RW. 006	2	1	MISKIN
607	EDI SUTRISNO	L	RT. 002/ RW. 006	6	1	MISKIN
608	MOHAMAD BUCHORI	L	RT. 002/ RW. 006	3	1	MISKIN
609	SOBARI	L	RT. 002/ RW. 006	1	1	MISKIN
610	SUGENG SA'BANI	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
611	MARYONO	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
612	SARWONO	L	RT. 002/ RW. 006	3	2	MISKIN
613	SUTARMAN	L	RT. 002/ RW. 006	4	1	MISKIN
614	SUGENG	L	RT. 002/ RW. 006	4	2	MISKIN
615	JAENI SATIBI	L	RT. 002/ RW. 006	4	2	MISKIN
616	SAEBANI	L	RT. 002/ RW. 006	4	2	MISKIN
617	SLAMET BASUKI	L	RT. 002/ RW. 006	2	1	MISKIN
618	PARDIMAN	L	RT. 002/ RW. 006	2	1	MISKIN
619	SIGIT PURWANTO	L	RT. 003/ RW. 006	4	1	MISKIN
620	LUKMAN HAKIM	L	RT. 003/ RW. 006	5	1	MISKIN
621	BIBIT SANTOSA	L	RT. 003/ RW. 006	3	1	MISKIN
622	MOCH NURMUSLIM	L	RT. 003/ RW. 006	3	1	MISKIN
				2101	769	

Lampiran 6 Instrumen Penelitian

RANCANGAN INSTRUMEN PENELITIAN

AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM BPJS KESEHATAN DI KELURAHAN BUMIREJO KABUPATEN KEBUMEN

No.	Rumusan Masalah	Indikator Penelitian	Pertanyaan	Subjek	Cara Pengumpulan
1	Bagaimana akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan program BPJS Kesehatan di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen?	Kemudahan masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan	 Kapan penyelenggaraan program BPJS Kesehatan mulai dilakukan? Apa dasar hukum dalam pelaksanaan program BPJS Kesehatan? Siapa saja yang harus terdaftar program BPJS Kesehatan? Apakah semua golongan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang sama? Pelayanan kesehatan apa saja yang dijamin oleh program BPJS Kesehatan? Apa saja syarat yang harus dipenuhi oleh peserta 	1) Petugas BPJS Kesehatan Kabupaten Kebumen 2) Petugas pelayanan kesehatan 3) Masyarakat miskin di Kelurahan Bumirejo Kabupaten Kebumen	Wawancara Observasi

Penerima Bantuan Iuran
(PBI) untuk bisa
memperoleh pelayanan
kesehatan program BPJS
Kesehatan?
7) Untuk pelayanan rujukan
upaya kesehatan, bagaimana
prosedur yang harus
dilakukan oleh pasien?
8) Pada hari apa dan jam
berapa saja peserta
Penerima Bantuan Iuran
(PBI) bisa memeperoleh
layanan pelayanan
kesehatan?
9) Jenis pelayanan kesehatan
apa saja yang bisa diperoleh
oleh peserta Penerima
Bantuan Iuran (PBI)?
10) Apakah pasien peserta
Penerima Bantuan Iuran
(PBI) berhak untuk
memilih jasa pelayanan
yang paling tepat untuk
dirinya?
11) Apakah semua penduduk
miskin dapat dilayani?
12) Jika tidak, berapa

	in a laborate 9
	jumlahnya?
	13) Mengapa mereka tidak
	dilayani?
	14) Berapa jumlah pelayanan
	kesehatan program BPJS
	Kesehatan setiap bulan
	dalam tahun 2014?
	15) Siapa saja petugas
	pelayanan kesehatan yang
	terlibat dalam pelaksanaan
	program BPJS Kesehatan
	di pelayanan kesehatan ini?
	16) Apakah pegawai pelayanan
	kesehatan selalu
	melaksanakan tugas tepat
	waktu? Jika tidak, sanksi
	apa yang diberikan?
	17) Apakah dalam pelaksanaan
	program BPJS Kesehatan
	khususnya kelompok
	Penerima Bantuan Iuran
	(PBI) mengalami kendala?
	Jika iya, apa kendalanya?
	18) Upaya apa yang dilakukan
	untuk mengatasi kendala
	tersebut?
	19) Apakah ada pengawasan
	dalam pelaksanaan
	dalam pelaksanaan

 <u> </u>	
	program BPJS Kesehatan?
	Apabila ada, siapa yang
	melakukan pengawasan
	tersebut?
	20) Apa saran dari Bapak/Ibu
	agar pelaksanaan program
	BPJS Kesehatan menjadi
	lebih baik?
	21) Sarana apa yang digunakan
	untuk menunjang kegiatan
	pelayanan kesehatan?
	22) Apakah sarana yang
	digunakan sudah memadai?
	Jika belum, mengapa?
	23) Apakah pelayanan
	kesehatan ini sudah
	memiliki sarana dan
	prasaranan sepeti :
	a) Loket/ruang
	administrasi
	b) Tempat/ruang tunggu
	pasien
	c) Tempat/ruang
	pembayaran
	d) Tempat/ruang
	pemeriksaan
	e) Tempat/ruang periksa
	f) Apotek

) D : C :	
g) Papan informasi	
h) Tempat parkir	
i) Kamar kecil	
j) Tempat ibadah	
k) Kantin	
24) Apakah semua sarana,	
prasarana dan fasilitas	
dalam keadaan baik?	
25) Apakah semua pasien dapat	
memanfaatkan sarana	
prasarana yang ada?	
26) Apakah lingkungan	
pelayanan kesehatan sudah	
bersih dan nyaman untuk	
pasien?	
27) Apakah kegiatan pelayanan	
kesehatan berlangsung	
dengan tertib dan teratur?	
28) Apakah ada standar	
operasional prosedur	
pelayanan?	
29) Apakah standar operasional	
tersebut dijalankan? Jika	
tidak, mengapa?	
30) Apakah dalam melayani	
pasien petugas memberikan	
pelayanan dengan ramah?	
31) Apakah petugas	
31) Tipukui petugus	

melaksanakan tugasnya dengan disiplin? 32) Apakah petugas bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan dapat menyelesaikan persoalan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan baik? 33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		
32) Apakah petugas bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan dapat menyelesaikan persoalan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan baik? 33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		
bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan dapat menyelesaikan persoalan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan baik? 33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		-
penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan dapat menyelesaikan persoalan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan baik? 33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		
kesehatan dan dapat menyelesaikan persoalan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan baik? 33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		
menyelesaikan persoalan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan baik? 33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		penyelenggaraan pelayanan
dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan baik? 33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		kesehatan dan dapat
pelayanan kesehatan dengan baik? 33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		menyelesaikan persoalan
dengan baik? 33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		dalam pelaksanaan
33) Apakah ada keluhan dari masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		pelayanan kesehatan
masyarakat mengenai standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		dengan baik?
standar pelayanan yang digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		33) Apakah ada keluhan dari
digunakan? 34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		masyarakat mengenai
34) Bagaimana tanggapan petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		standar pelayanan yang
petugas pelayanan kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		digunakan?
kesehatan terhadap keluhan yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		34) Bagaimana tanggapan
yang dilakukan oleh masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		petugas pelayanan
masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		
masyarakat? 35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		yang dilakukan oleh
35) Apakah pelayanan kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		
kesehatan selalu ada setiap dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		35) Apakah pelayanan
dibutuhkan oleh masyarakat? 36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		
36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		
36) Apakah pasien selalu mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		masyarakat?
mendapatkan informasi yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		· ·
yang jelas dan jujur terkait dengan kondisi		
dengan kondisi		
kesehatannya?		kesehatannya?

		27) 4 1 1 1	
		37) Apakah pelayanan	
		kesehatan dapat mengatasi	
		masalah kesehatan yang	
		dihadapi?	
		38) Apakah pasien akan	
		mendapatkan kompensasi	
		dan ganti kerugian atas	
		cedera karena penanganan	
		yang kurang baik?	
F	Pembiayaan	39) Berapa jumlah anggota	
		keluarga miskin yang	
		ditanggung dalam	
		Penerima Bantuan Iuran	
		(PBI)?	
		40) Bagaimana cara	
		pembayaran iuran fakir	
		miskin peserta Penerima	
		Bantuan Iuran (PBI)?	
		41) Siapa yang menanggung	
		anggaran untuk	
		pembiayaan peserta	
		Penerima Bantuan Iuran	
		(PBI) di Kabupaten	
		Kebumen?	
		42) Apakah ada biaya	
		tambahan yang harus	
		dikeluarkan oleh peserta	
		Penerima Bantuan Iuran	

			(PBI)? Jika ada, untuk apa? 43) Jika ada biaya tambahan apakah sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat?		
		Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan mitra BPJS Kesehatan	 44) Fasilitas pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan kepada masyarakat peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)? 45) Bagaimana pembagian penyebaran fasilitas pelayanan kesehatan mitra BPJS Kesehatan? 46) Ada berapa jumlah pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan? 47) Apakah penyebaran fasilitas pelayanan kesehatan mitra BPJS Kesehatan mitra BPJS Kesehatan sudah semuanya terjangkau oleh 		
2	Faktor-faktor yang menjadi kendala masyarakat miskin dalam	Masyarakat Miskin di Kelurahan Bumirejo Tidak Tahu Program	masyarakat? 48) Bagaimanan cara penentuan peserta Penerima Bantuan Iuran	1) Petugas BPJS Kesehatan Kabupaten	1) Wawancara

ikut serta program BPJS	BPJS Kesehatan	(PBI) di Kabupaten	Kebumen
Kesehatan		Kebumen?	2) Petugas
		49) Apa syarat-syarat yang	pelayanan
		harus dipenuhi oleh	kesehatan
		masyarakat miskin untuk	3) Masyarakat
		menjadi peserta Penerima	miskin di
		Bantuan Iuran (PBI)?	Kelurahan
		50) Apa bukti jika sudah	Bumirejo
		terdaftar menjadi peserta	Kebumen
		Penerima Bantuan Iuran	
		(PBI)?	
		51) Bagaimana prosedur untuk	
		mendapatkan pelayanan	
		kesehatan peserta Penerima	
		Bantuan Iuran (PBI)?	
		52) Apakah syarat/prosedur	
		yang ditetapkan oleh	
		fasilitas pelayanan	
		kesehatan berbelit-belit?	
		53) Apakah masyarakat dapat	
		dengan mudah memenuhi	
		semua persyaratan yang	
		ditetapkan?	
		54) Bagaimana jika masyarakat	
		tidak bisa memenuhi salah	
		satu persyaratan yang	
		sudah ditetapkan?	
	Tidak tahun panduan	55) Apakah Anda sudah tahu	

BPJS Kesehatan	dengan adanya program	
	jaminan kesehatan dari	
	BPJS Kesehatan?	
	56) Apa yang Anda ketahui	
	tentang BPJS Kesehatan?	
	57) Apakah ada sosialisasi	
	mengenai program BPJS	
	Kesehatan di lingkungan	
	Anda?	
	58) Apabila ada, apakah Anda	
	mengikutinya?	
	59) Setelah Anda mengikuti	
	sosialisasi BPJS Kesehatan	
	, apakah Anda bisa	
	langsung memahami semua	
	ketentuan yang berlaku	
	dalam penyelenggaraan	
	BPJS Kesehatan?	
Terbatasnya kuota	60) Siapa yang melakukan	
PBI BPJS Kesehatan	pendataan masyarakat	
	peserta Penerima Bantuan	
	Iuran (PBI)?	
	61) Atas dasar apa pendataan	
	tersebut?	
	62) Apakah pendataan	
	Penerima Bantuan Iuran	
	(PBI) sudah tepat sasaran?	
	63) Bagi masyarakat miskin	

		yang seharusnya terdaftar	
		sebagai peserta Penerima	
		Bantuan Iuran tetapi tidak	
		terdaftar, langkah seperti	
		apa yang seharusnya	
		diambil?	
	Jarak fasilitas	64) Apakah fasilitas pelayanan	
	pelayanan kesehatan	kesehatan mitra BPJS	
	dengan tempat	Kesehatan sudah ada di	
	tinggal	setiap wilayah?	
		65) Apakah jarak semua	
		fasilitas pelayanan	
		kesehatan dapat	
		terjangkau?	
		66) Berapa jarak tedekat	
		fasilitas pelayanan	
		kesehatan dengan rumah?	
		67) Bagaimana cara	
		menjangkau fasilitas	
		pelayanan kesehatan yang	
		jaraknya jauh?	
		68) Apakah ada kebijakan dari	
		pemerintah setempat untuk	
		membantu masyarakat	
		dalam menjangkau fasilitas	
		pelayanan kesehatan?	
		Seperti angkutan umum	
		misalnya.	

Tidak memiliki k	artu 69) Bagaimana jika ada warga
identitas	yang tidak memiliki kartu
	identitas, apakah ia bisa
	menjadi peserta BPJS
	Kesehatan?
	70) Jika KTP kota A, tetapi
	sekarang tinggal di kota B,
	apakah ia bisa mendaftar
	menjadi peserta BPJS
	Kesehatan di kota B?

Lampiran 7. Foto Penelitian



Gambar 1. Wawancara dengan Ibu Siti Mukhasanah pada tanggal 3 April 2015



Gambar 2. Wawancara dengan Bapak Dani Fitriyadi (Bendahara BPJS Kesehatan di Puskesmas Kebumen III) pada tanggal 2 April 2015



Gambar 3. Loket admnistrasi di RSUD Dr. Soedirman Kebumen (dokumentasi 18 Mei 2015)



Gambar 4. Loket administrasi di Puskesmas Kebumen III (dokumentasi 2 April 2015)



Gambar 5. Pelayanan informasi di Puskesmas Kebumen III (dokumentasi 2 April 2015)



Gambar 6. Layanan informasi di RSUD Dr. Soedirman Kebumen (dokumentasi 18 Mei 2015)



Gambar 7. Reklame BPJS Kesehatan di Puskesmas Kebumen III (dokumentasi 2 April 2015)



Gambar 8. Reklame BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen (dokumentasi 18 Mei 2015)