

*Resume Quick Reseach:*

Implementasi Kebijakan  
PERLINDUNGAN SOSIAL BAGI PENERIMA BANTUAN IURAN  
JAMINAN KESEHATAN – INDONESIA SEHAT  
Studi Kasus di Jawa Barat dan Jambi\*)

Oleh:

*Muchtar, Sutaat, Bambang Pudjiyanto, & Ivo Noviana*

## PENDAHULUAN

Hakekat pembangunan nasional Indonesia di berbagai sektor kehidupan yang dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan adalah: "untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia..." (Pembk. UUD 1945). Dalam beberapa pasalnya, antara lain Pasal 28 h ayat 3 dinyatakan bahwa: "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat".

Program jaminan sosial sebenarnya telah lama dilakukan meskipun masih pada segmen terbatas, yakni: Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) diperuntukkan bagi pekerja di sektor industri. Asuransi Kesehatan (Askes), Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen), dan Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Asabri) yang diperuntukkan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan anggota TNI/POLRI. Beberapa kajian, antara lain kajian Sistem Perlindungan dan Jaminan Sosial (SPJS) yang dilakukan Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan Bappenas tahun 2003 menunjukkan bahwa asuransi sosial masih terbatas bagi pekerja sektor formal (PNS, TNI/Polri, dan Perusahaan).

Sejalan dengan pemikiran itu, dalam penjelasan Undang-Undang Nomor 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diperjelas bahwa undang-undang yang secara khusus mengatur jaminan sosial bagi tenaga kerja swasta adalah Undang-Undang Nomor 3 tahun 1992 tentang Jaminan Tenaga Kerja (Jamsostek), yang mencakup program jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian. Untuk PNS, telah dikembangkan program Taspen yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981 dan program Askes yang diselenggarakan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 yang bersifat wajib bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/Veteran dan anggota keluarganya. Untuk prajurit TNI/POLRI, dan PNS Departemen Pertahanan/TNI/POLRI beserta keluarganya telah dilaksanakan program Asabri sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1971.

Dalam perjalanannya yang panjang, jaminan sosial telah berlabuh dengan utuh pada Undang-Undang SJSN Nomor 40 tahun 2004 dan implementasinya dengan keluarnya Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Nomor 24 tahun 2011, memberikan kepastian bahwa bangsa Indonesia telah menetapkan pilihan sistem jaminan sosial yang benar-benar menerapkan prinsip-prinsip jaminan sosial yang bersifat universal dan telah banyak diterapkan di negara-negara maju dan negara berkembang (Chazali, 2013: 40). Dengan kata lain, dengan diundangkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS, setiap peserta memungkinkan untuk mengembangkan diri secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Pada Pasal 19 (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN ditegaskan bahwa "Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial ...".

---

*\*) Disampaikan pada konferensi hasil-hasil penelitian bidang kesejahteraan sosial pada tanggal 25 November 2014.*

Atas dasar itu maka seluruh peserta yang *notabene* seluruh rakyat Indonesia wajib membayar iuran. Bahwa kemudian, bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu —yang pada Pasal 14 ayat 2 disebut Penerima Bantuan Iuran (PBI)— iuran program jaminan sosial dibayar oleh Pemerintah (Pasal 17 ayat 1). Selanjutnya, berdasarkan Pasal 5 ayat 1 dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, perlu dibentuk BPJS dengan undang-undang untuk mempercepat terselenggaranya SJSN. Dengan demikian, BPJS sesuai namanya, merupakan badan penyelenggara atau *mandatory* jaminan sosial nasional.

Pelaksanaan ketentuan Pasal 14 dan Pasal 17 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, perlu penetapan Peraturan Pemerintah tentang PBI Jaminan Kesehatan, yang dalam hal ini adalah Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012. Dalam peraturan pemerintah tersebut, yang dimaksud: (1) Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah; (2) Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah; (3) 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; (4) PBI Jaminan Kesehatan adalah Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan; (5) Fakir Miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya; (6) Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar Iuran bagi dirinya dan keluarganya.

Selanjutnya, untuk melaksanakan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS tersebut diperlukan sinergi dari berbagai peta jalan yang telah disusun oleh Kementerian Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), PT Askes Indonesia, dan PT Jamsostek, serta masukan dari berbagai pemangku kepentingan lainnya. Untuk itu disusun Peta Jalan (*road map*) Menuju Jaminan Kesehatan Nasional sebagai acuan bagi semua pemangku kepentingan. Secara khusus peta jalan ini disusun untuk mempersiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014 dan tercapainya Jaminan Kesehatan Nasional (*INA-Medicare*) untuk seluruh penduduk Indonesia pada Tahun 2019. Untuk mencapai tujuan khusus tersebut, disepakati 8 sasaran pokok yang akan dicapai pada tahun 2014, yaitu: (1) tersusunnya seluruh peraturan pelaksanaan yang diperlukan, (2) beroperasinya BPJS Kesehatan sesuai UU 24/2011, (3) paling sedikit 121,6 juta penduduk dijamin melalui BPJS Kesehatan, (4) manfaat medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola BPJS sama untuk seluruh peserta sedangkan untuk manfaat non medis masih ada perbedaan, (5) disusunnya rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan dan implementasinya secara bertahap, (6) paling sedikit 75% peserta puas dengan layanan BPJS Kesehatan, (7) paling sedikit 75% fasilitas kesehatan puas dengan layanan BPJS Kesehatan, dan (8) pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan terlaksana secara transparan, efisien, dan akuntabel. Di tahun 2019, peta jalan menetapkan 8 (delapan) sasaran: (1) BPJS Kesehatan telah mendapat kepercayaan penuh publik, (2) seluruh penduduk (diperkirakan 257,5 juta jiwa) telah terjamin, (3) paket manfaat medis dan non medis sudah sama untuk seluruh peserta, (4) fasilitas kesehatan telah tersebar memadai, (5) peraturan perundangan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan waktu itu, (6) paling sedikit 85% peserta puas dengan pelayanan yang diterima dari fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, (7) paling sedikit 80% fasilitas kesehatan puas dengan pelayanan yang diterima dari BPJS Kesehatan, dan (8) pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan sudah mencapai tingkat transparansi, efisiensi dan akuntabilitas optimal (*Road Map* JKN, 2012-2019).

Berdasarkan *Road Map* tersebut, dalam implementasinya diperlukan sinergitas antar lembaga baik di tingkat pusat —BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Sosial— maupun Pemerintah Daerah. Dalam konteks kajian ini, yakni perlindungan sosial bagi PBI Jamkes, peran Kementerian Sosial adalah:

- 1) Penetapan kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu, dalam hal ini: menteri menetapkan kriteria fakir miskin sebagai dasar untuk melaksanakan penanganan fakir miskin (UU NO.13/2011, Pasal 8 ayat (1); Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait (PP 101/2012 pasal 2 ayat (1).
- 2) Melakukan verifikasi dan validasi, dalam hal ini: menteri melakukan verifikasi dan validasi terhadap hasil pendataan yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kegiatan statistik (UU No.13/2011, pasal 8 ayat (4); Hasil pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik diverifikasi dan divalidasi oleh menteri untuk dijadikan data terpadu (PP No. 101/2012, pasal 3).
- 3) Penetapan PBI Jaminan Kesehatan, dalam hal ini: Data fakir miskin yang telah diverifikasi dan divalidasi yang disampaikan kepada menteri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (9) dan Pasal 9 ayat (4) ditetapkan oleh menteri (UU No.13/2012, pasal 11); Data fakir miskin dan orang tidak mampu yang telah diverifikasi dan divalidasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, 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 (PP No. 101/2012, pasal 4).
- 4) Perubahan data PBI Jamkes dalam hal ini: Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diverifikasi dan divalidasi oleh menteri. (PP No. 101/2012, pasal 11 ayat (2); Perubahan data ditetapkan oleh menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan dan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait (PP No. 101/2012, pasal 11 ayat (3).

Dalam kaitan peran Kementerian Sosial dalam perlindungan sosial bagi PBI Jamkes tersebut, Menteri Sosial telah mengeluarkan keputusan, yakni Keputusan Menteri Sosial Nomor 146/ HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu. Dalam Keputusan Menteri Sosial tersebut dibedakan fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister dan belum teregister. Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister sebagaimana hasil pendataan PPLS 2011 adalah: (1) tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar; (2) mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana; (3) tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau yang disubsidi pemerintah; (4) tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga; (5) mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama; (6) mempunyai dinding rumah terbuat dari bambu/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah usang/berlumut atau tembok tidak diplester; (7) kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah; (8) atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/ kualitas rendah; (9) mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran; (10) luas lantai rumah kecil kurang dari 8 m<sup>2</sup>/orang; dan (11) mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.

Sementara itu fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister —terdapat di dalam Lembaga Kesejahteraan Sosial maupun di luar Lembaga Kesejahteraan Sosial— 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 (satu) tahun setelah kejadian bencana, perseorangan penerima manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial, penghuni Rumah Tahanan/Lembaga Pemasyarakatan, penderita Thalassaemia Mayor, dan penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI).

Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister dimaksud diproses melalui mekanisme perubahan dengan pembuktian keabsahan kepesertaannya:

- 1) Gelandangan, pengemis, perseorangan penerima manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial, perseorangan dari Komunitas Adat Terpencil, perempuan rawan sosial ekonomi, korban tindak kekerasan, dan pekerja migran bermasalah sosial dengan surat rekomendasi dari Kementerian Sosial, dinas/intansi sosial provinsi, dinas/intansi sosial kabupaten/kota, camat, kepala desa/lurah, dan/atau Lembaga Kesejahteraan Sosial;
- 2) Penghuni Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan, dengan surat rekomendasi dari Kepala Lembaga Pemasyarakatan/Kepala Rumah Tahanan setempat;
- 3) Penderita Thalassaemia Mayor, berdasarkan kartu penderita Thalassaemia yang diterbitkan oleh Yayasan Thalassaemia Indonesia dan bagi penderita baru dengan menunjukkan surat keterangan dari Ketua Yayasan Thalassaemia Indonesia cabang, direktur rumah sakit, dan/atau kepala Puskesmas dengan keterangan bahwa yang bersangkutan menderita Thalassaemia Mayor;
- 4) Penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI) dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu identitas seperti KTP, kartu keluarga dan lain-lain;
- 5) Peserta Program Keluarga Harapan (PKH), cukup dengan kartu PKH, sedangkan bagi anggota keluarga disamping membawa kartu PKH dilengkapi dengan kartu keluarga atau keterangan dari pendamping;
- 6) Penerima Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (BLSM), cukup dengan Kartu Perlindungan Sosial;
- 7) Penerima program beras miskin menggunakan Kartu Perlindungan Sosial; dan
- 8) Masyarakat miskin akibat korban bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat berdasarkan daftar/keputusan yang ditetapkan oleh bupati/walikota.

PBI Jamkes hasil pendataan PPLS 2011 sebanyak 86.400.000 jiwa, sementara itu masih terdapat Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang *notabene* fakir miskin dan tidak mampu sebanyak 1.779.421 jiwa yang belum terdata (Pusdatinkesos 2013 dalam Kepmensos. No. 147/HUK/2013 tentang Penetapan PBI Jamkes). Dalam Kepmensos tersebut, dalam hal perubahan data PBI Jaminan Kesehatan dapat dilakukan dengan: (1) Pengurangan data fakir miskin dan orang tidak mampu yang tercantum sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena tidak lagi memenuhi kriteria; dan (2) Penambahan data fakir miskin dan orang tidak mampu untuk dicantumkan sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena memenuhi kriteria.

Selanjutnya, Menteri Sosial melalui Surat Edaran Nomor 02/2013 tentang Pelaksanaan PBI Jaminan Kesehatan (2014) kepada para Gubernur terkait pengawasan dan verifikasi data peserta PBI menegaskan:

- 1) Untuk menghindari terjadinya ketidaktepatan dalam menentukan peserta PBI Jaminan Kesehatan, baik peserta yang tidak memenuhi kriteria tetapi menerima program maupun peserta yang memenuhi kriteria tetapi tidak menerima program, maka perlu diambil langkah-langkah koordinasi lintas sektoral untuk memastikan ketepatan sasaran PBI Jaminan Kesehatan Tahun 2014;
- 2) Dinas/Instansi Sosial Provinsi dan Kabupaten/Kota perlu melakukan verifikasi dan validasi ketepatan sasaran PBI Jaminan Kesehatan sesuai Surat Keputusan Menteri

Sosial Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu dengan mengoptimalkan sumber APBD;

- 3) Merujuk ke PP Nomor 101 tahun 2012 khususnya pada Pasal 11 ayat (1) dan (2) tentang Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan, Dinas Sosial Provinsi melakukan verifikasi dan validasi setiap 6 (enam) bulan dalam tahun berjalan, untuk mengantisipasi setiap perubahan yang terjadi pada PBI Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam sistem basis data terpadu, serta melaporkan hasil verifikasi tersebut kepada Gubernur, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial;
- 4) Untuk menampung aspirasi dan menindaklanjuti pengaduan dari masyarakat yang menyangkut data kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan, Dinas/Instansi Sosial Provinsi segera membentuk unit pengaduan masyarakat yang berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Dinas/Instansi Sosial yang bersangkutan.

Dengan diluncurkannya JKN dengan BPJS Kesehatan sebagai pelaksanaannya oleh Presiden Susilo Bambang Yudhoyono di akhir Desember 2013, menurut Badrul —Dokter Spesialis Saraf Rumah Sakit Saiful Anwar/Dosen FK Unibraw Malang—: “sejuta harapan rakyat Indonesia muncul di sana: bayangan kesehatan yang layak, menyeluruh ...”. Namun, lanjut Badrul, ditemui sejumlah permasalahan, antara lain: “yang sangat fundamental adalah regulasi operasional seperti peraturan pemerintah, peraturan presiden, dan peraturan menteri kesehatan terlambat dikeluarkan dan di sosialisasikan... akibatnya terjadi kegaduhan di lapangan mulai dari registrasi peserta besar iuran peserta sampai pelayanan operasional di fasilitas kesehatan. ... kegaduhan bertambah ketika para petugas BPJS ... belum mampu mengakomodasi keluhan dan kebingungan calon peserta” (Kompas, 12 Pebr 2013).

Temuan awal hasil pengawasan internal BPJS Kesehatan (Dewas BPJS Kesehatan, awal Pebr. 2014) juga menunjukkan, sejumlah permasalahan yang muncul adalah (a) keluhan yang diterima terutama terkait administrasi cukup banyak, (b) penerapan INA CBG’s [*Indonesia Case Base Group’s* —aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim Rumah Sakit, Puskesmas dan semua Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi masyarakat miskin Indonesia—] pada faskes belum berjalan dengan baik, (c) pembayaran biaya kapitasi kepada Puskesmas tidak dapat dilaksanakan secara langsung, dan pemanfaatan biaya kapitasi belum secara optimal digunakan untuk menunjang pelayanan perorangan, (d) terdapat potensi tunggakan iuran oleh Pemda karena tidak adanya sanksi yang tegas untuk pemberi kerja Pemerintah, dan (e) banyaknya permintaan data dan laporan dari BPJS Kesehatan.

Sementara itu temuan Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia/YLKI (awal Pebr, 2014) menunjukkan:

- 1) Bagi peserta lama: (a) perbedaan prosedur yang membingungkan (pendaftaran, rujukan), (b) fasilitas dan manfaat yang lebih rendah dibandingkan sebelumnya, (c) skrining kesehatan (berkala) seperti pemeriksaan darah, dibatasi, tidak seperti sebelumnya, (d) jenis obat yang diberikan;
- 2) Tentang kepesertaan: (a) ketidaksiapan petugas BPJS sebagai garda depan, (b) pelayanan kesehatan: (1) perbedaan atau pengurangan manfaat yang diterima peserta lama, (2) ketidaksiapan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, (3) fasilitas kesehatan belum memiliki pemahaman yang sama, dan (4) kekhawatiran “penolakan klaim” oleh penyelenggara program;
- 3) Tentang penyelenggara program: ketentuan yang sangat kaku tidak memberi keleluasaan bagi fasilitas kesehatan, mengganggu pelayanan, risiko penilaian buruk bagi fasilitas kesehatan;
- 4) Regulasi, sistem, ketentuan membatasi ruang kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan.

Bertolak dari berbagai permasalahan seperti dikemukakan, sejalan dengan peran Kementerian Sosial dalam perlindungan sosial bagi PBI Jaminan Kesehatan (Jamkes), permasalahan kajian ini dirumuskan dalam bentuk pertanyaan berikut:

1. Apakah fakir miskin dan orang tidak mampu di dalam dan luar Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS) sudah terdaftar sebagai PBI Jamkes?
2. Apakah peserta PBI Jamkes sudah mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai ketentuan peraturan?
3. Bagaimana peran lembaga-lembaga terkait dalam meningkatkan kualitas pelayanan terhadap PBI Jamkes?

Berdasarkan pertanyaan tersebut, tujuan kajian ini mendeskripsikan:

1. Realisasi pendaftaran fakir miskin dan orang tidak baik di dalam maupun luar LKS sebagai PBI Jamkes;
2. Pelayanan kesehatan yang diterima PBI Jamkes sesuai ketentuan peraturan;
3. Peran lembaga terkait dalam meningkatkan kualitas pelayanan terhadap PBI Jamkes.

Kajian ini termasuk analisis kebijakan retrospektif yakni: "... transformasi informasi sesudah aksi kebijakan dilakukan" (Dun, 2000: 119). Data diperoleh melalui: (a) wawancara, (b) diskusi kelompok, (c) studi dokumen, dan (d) observasi di rumah sakit. Analisis data dilakukan secara kualitatif: reduksi data, penyajian data, dan pengambilan kesimpulan (Miles & Huberman, 1984).

Dengan pertimbangan keterbatasan alokasi dana, kajian ini hanya dilakukan di dua daerah, yang berkarakteristik Jawa dan luar Jawa. Atas dasar itu kajian dilakukan di Jawa Barat dan Jambi. Pertimbangan lain dipilihnya ke dua lokasi tersebut adalah dari sisi aksesibilitas PBI Jamkes dalam mengakses pelayanan kesehatan, dimana di daerah Jawa dinilai relatif lancar, sedangkan di luar Jawa, dinilai kurang lancar. Pemilihan informan ditentukan secara *purposive sampling*, atas dasar itu, informan studi ini adalah: (a) di tingkat pusat: pejabat BPJS, TNP2K, dan Kementerian Sosial; (b) di tingkat daerah: pejabat/pegawai dari instansi terkait: BPJS, Kesehatan, Sosial, Lapas, dan LKS. Untuk memperkaya data dan informasi, dilibatkan informan dari unsur masyarakat/LSM.

## PERLINDUNGAN SOSIAL BAGI PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN-INDONESIA SEHAT

1. Realisasi Pendaftaran Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu di dalam dan luar Lembaga Kesejahteraan Sosial sebagai peserta Jaminan Kesehatan – Indonesia sehat.

Dari hasil wawancara dengan pejabat BPJS Jaminan Kesehatan Provinsi Jawa Barat, diperoleh informasi bahwa peserta PBI Jamkes – Indonesia sehat di Jawa Barat merupakan hasil pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) tahun 2011, yang merupakan data berbasis rumah tangga. Oleh karena itu masih banyak penduduk miskin yang belum/tidak terdata melalui PPLS tersebut, termasuk penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) penghuni lembaga kesejahteraan sosial (LKS) dan penghuni lembaga pemasyarakatan dan lainnya.

Seperti diketahui bahwa *quota* PBI Jamkes – Indonesia sehat sebanyak 86.400 jiwa. Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa banyak terjadi perubahan data antara lain karena PBI Jamkes meninggal dunia, tidak lagi memenuhi syarat sebagai penerima bantuan, baru lahir, dan/atau alasan lainnya. Untuk itu diperlukan penggantian, akan tetapi perlu disadari bahwa penggantian tersebut tidak mudah. Dalam perubahan/penggantian data PBI Jamkes, diperlukan tenaga terlatih untuk melakukan verifikasi dan validasi.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012, verifikasi dan validasi data dilakukan setiap enam bulan sekali. Diperoleh informasi, saat ini pihak Kementerian Sosial melalui instansi sosial provinsi di Jawa Barat sudah melakukan bimbingan teknis

(bintek) bagi tenaga kesejahteraan sosial kecamatan (TKSK). Menurut Keputusan Menteri Sosial Nomor 147 Tahun 2013 tentang Penetapan PBI Jamkes Tahun 2014, verifikasi dan validasi data PBI Jamkes adalah tugas TKSK. Masalahnya adalah belum ada petunjuk yang jelas tentang siapa yang bertanggung jawab sebagai penyelenggara musyawarah desa. Sebagai petugas lapangan, agar TKSK dapat melakukan tugas secara baik, maka perlu dipersiapkan secara terencana, baik dari sisi pengetahuan, dan keterampilan mereka, serta melengkapi *hardware* dan *software* mereka secara memadai. Saat ini, bintek terhadap TKSK, baru dilaksanakan di tiga provinsi, yaitu: Banten, Jawa Barat, dan D.I. Yogyakarta. Diperoleh informasi, dari Banten diikuti oleh 119 peserta, dari Daerah Istimewa Yogyakarta diikuti oleh 35 peserta, dan dari Jawa Barat diikuti oleh 546 peserta.

Materi bimbingan teknis TKSK antara lain tentang maksud dan tujuan kegiatan, serta panduan verifikasi dan validasi data. Kegiatan bimbingan teknis diselenggarakan oleh Pusat Data dan Informasi Kementerian Sosial, dan sekaligus sebagai pemateri disamping dari pihak Badan Pusat Statistik (BPS). Diperoleh informasi, kegiatan verifikasi dan validasi data lapangan dilakukan secara *sampling*, misalnya: tiga orang TKSK Kota Cimahi, melakukan verifikasi dan validasi data terhadap 16 (enam belas) sampel responden. Sementara itu, verifikasi dan validasi data, dilakukan menggunakan kuesioner yang telah disiapkan pihak Pusat Data dan Informasi, karena belum tersedia kuesioner baku untuk verifikasi dan validasi data PBI Jamkes – Indonesia sehat. Sebanyak 3.000 jiwa data PBI Jamkes – Indonesia sehat yang akan diverifikasi di tiga provinsi, rinciannya sebagai berikut:

Tabel 1. Sebaran Data PBI Jamkes – Indonesia sehat Yang Akan Di Verifikasi

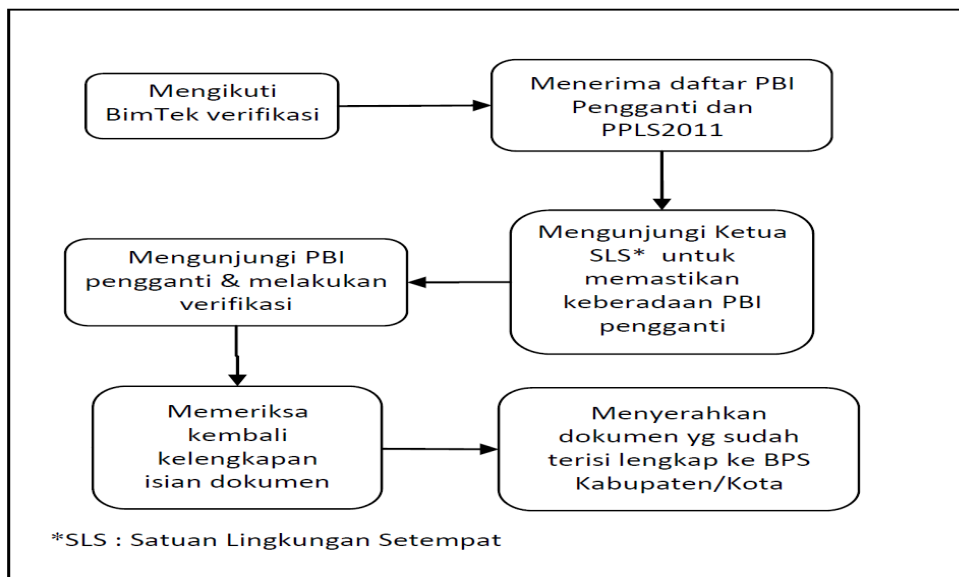
No	Provinsi	Kab/Kota	Data yang Akan Diverifikasi
1	DI Yogyakarta	Bantul	91
2		Gunung Kidul	84
3	Banten	Kota Tangerang	73
4		Kota Tangerang Sel.	35
5		Lebak	171
6		Pandeglang	132
7	Jawa Barat	Tangerang	161
8		Serang	28
9		Bogor	159
10		Kota Bogor	30
11		Sukabumi	234
12		Kota Depok	121
13		Cianjur	128
14		Garut	208
15		Ciamis	87
16		Purwakarta	83
17		Kota Bekasi	55
18	Kota Banjar	10	
19	Kota Cirebon	16	
20	Kota Cimahi	15	
21	Tasikmalaya	195	
22	Kota Tasikmalaya	50	
23	Kuningan	107	
24	Bandung Barat	60	

25		Cirebon	141
26		Pangandaran	0
27		Majalengka	75
28		Sumedang	78
29		Indramayu	99
30		Subang	88
31		Karawang	107
32		Bekasi	79
		Total	3000

Sumber: Pusdatinkesos, 2014

Verifikasi data PBI Jamkes – Indonesia sehat pengganti merupakan bagian dari kegiatan pemutakhiran basis data terpadu. Pemutakhiran data diawali dengan kegiatan musyawarah desa/kelurahan, untuk mengusulkan PBI pengganti. Kemudian dilakukan verifikasi oleh TKSK. Sebelum melakukan verifikasi PBI pengganti, TKSK dan Koordinator Statistik Kecamatan (KSK) harus mengikuti bimbingan teknis verifikasi. Hasil verifikasi dikirim ke pusat basis data terpadu untuk memperbaharui Basis Data PBI. Kemudian dilakukan analisis terhadap data tersebut. Alur dan mekanisme kegiatan pemutakhiran basis data PBI Jamkes dapat dicermati pada gambar berikut.

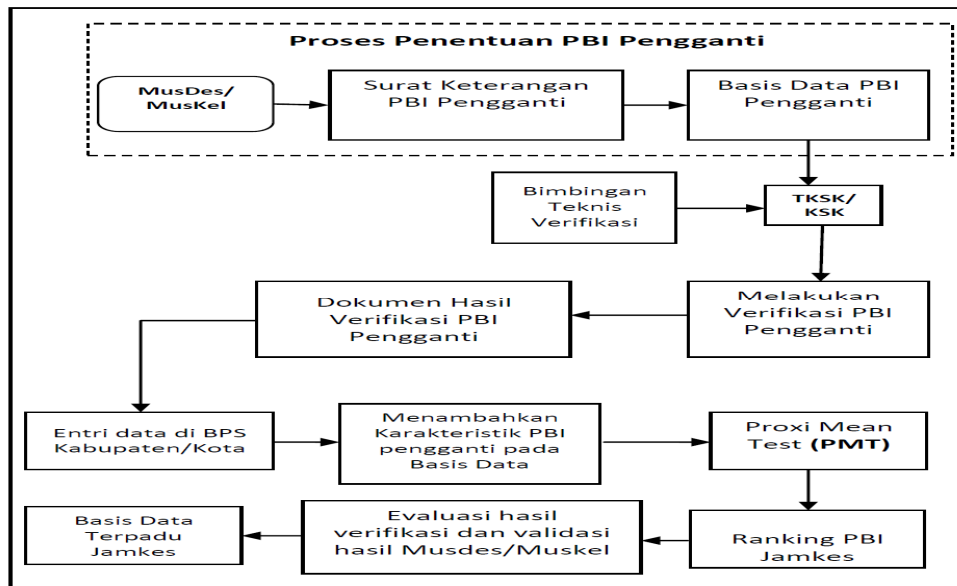
Gambar 1. Mekanisme Pemutakhiran Basis Data PBI Jamkes oleh TKSK dan KSK.



Sumber: Pusdatinkesos, 2014.

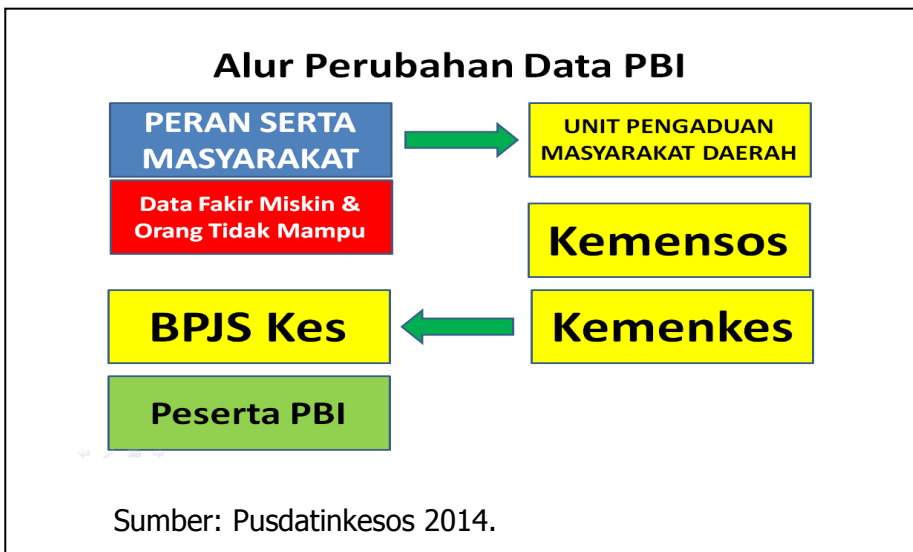


Gambar 2. Alur Tugas TSKK dan KSK dalam Verifikasi PBI Jamkes Pengganti



Sumber: Pusdatinkesos, 2014.

Gambar 3. Alur Perubahan Data PBI Jaminan Kesehatan



Sumber: Pusdatinkesos 2014.

Antusiasme warga untuk mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta BPJS Kesehatan – Indonesia sehat sangat tinggi. Seperti diungkapkan salah satu warga Kelurahan Melong, Kecamatan Cimahi Selatan, calon peserta BPJS Kesehatan: *"uang premi yang harus dibayarkan untuk jaminan kesehatan tersebut, tidak besar, cukup terjangkau"* (Mhd, 2014). Hal senada disampaikan Nng (43 tahun), warga Kelurahan Padasuka, Kecamatan Cimahi Tengah. Ibu tiga orang anak yang sehari-harinya membuka usaha warung nasi di Pasar Antri itu, ingin segera daftar menjadi peserta BPJS Kesehatan karena keinginan yang kuat akan adanya jaminan kesehatan bagi diri dan ketiga anaknya: *"Ya, untuk jaga-jaga agar nanti tidak terlalu repot memikirkan biaya pengobatan jika sakit. Inginnya sih selalu sehat"* (Anal, 2014).

Hingga Agustus 2014, terdapat sebanyak 26.641 jiwa perubahan data PBI Jamkes hasil verifikasi dan validasi data, sementara data peserta PBI Jamkes –

Indonesia sehat yang dapat digantikan sebanyak 15.097 jiwa, sebagaimana terlihat pada data berikut:

Tabel 2. Rekapitulasi Data Pengganti PBI Jaminan Kesehatan

No.	Jenis	Sumber Data	Jumlah
1.	UPT Rehsos	Ditjen Rehsos	3.308
2.	LKS Lanjut Usia (LU)	Dit LU Rehsos	7.867
3.	LKD Orang dengan Kecacatan (ODK)	Dit ODK Rehsos	9.779
4.	LKS Kendal	Dinsos Kendal	473
5.	UPT Dinsos Jatim	Dinsos Jatim	2.683
6.	PMKS Pasung Jatim	Dinsos Jatim	829
7.	LKS Banten	Dinsos Banten	556
8.	PMKS Banten	Dinsos Banten	401
9.	Bayi Penerima Bantuan Iuran	BPJS	745
	Total		26.641

Sumber: Pusdatinkesos, 2014.

Tabel 3. Rekapitulasi Data PBI Jaminan Kesehatan Yang Dapat di Ganti

No.	Jenis	Sumber Data	Jumlah
1.	Peserta PBI Meninggal	BPJS: 5 September 2014	289 jiwa
2.	Peserta PBI Meninggal	BPJS: 30 Juni 2014	3.361 Jiwa
3.	Data Ganda	BPJS: 30 Juni 2014	11.176 jiwa
4.	Peserta yang keluar dari PBI	BPJS: 30 Juni 2014	271 Jiwa
	Total		15.097 Jiwa

Sumber: Pusdatinkesos, 2014.

Hasil wawancara dengan pejabat Dinas Kesehatan Kota Cimahi, diperoleh informasi bahwa penduduk Kota Cimahi yang *tercover* program Jamkesmas, otomatis menjadi peserta PBI Jamkes – Indonesia sehat, sebanyak 120.414 jiwa. Peserta PBI Jamkes – Indonesia sehat dari program Jamkesmas tersebut, tahun 2014 ditambah peserta program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kota Cimahi sebanyak 26.648 jiwa. Besarnya premi peserta eks Jamkesda per jiwa Rp. 19.000 ditanggung oleh APBD. Sementara itu, yang juga ditangani Pemerintah Kota Cimahi melalui APBD adalah penduduk miskin yang tidak teregister dan tidak *tercover* Jamkesmas dan Jamkesda. Tahun 2014, Kota Cimahi mengalokasikan anggaran sebesar Rp 7,8 Milyar.

Di Kota Cimahi, pelayanan kesehatan melalui BPJS Kesehatan dilakukan pada 14 pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), yang didukung oleh 205 tenaga medis. Di samping itu, ada lima rumah sakit pemerintah dan swasta di Kota Cimahi yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Kota Cimahi.

Diperoleh informasi, bahwa data fakir miskin dan orang tidak mampu peserta program Jamkesda yang dibiayai melalui APBD, dan peserta program jaminan kesehatan masyarakat melalui APBN, sudah tersedia di kantor Dinas Kesehatan dan

kantor BPJS Kesehatan (*by name dan by address*), tetapi, belum ada pada Dinas Sosial Provinsi dan Dinas Nakertransos Kota Cimahi.

Sementara itu, di Provinsi Jambi terkait realisasi pendaftaran bagi fakir miskin dan orang terlantar, baik di dalam maupun di luar Lembaga Kesejahteraan Sosial, dari hasil wawancara dengan pejabat BPJS Jambi, diperoleh informasi bahwa di Provinsi Jambi saat ini terdapat 28.230 jiwa yang mendapatkan pelayanan kesehatan melalui Jamkesmas/da, demikian halnya orang terlantar non register. Ada tiga jenis kepesertaan BPJS kesehatan di wilayah Provinsi jambi, yakni: (a) mereka yang berasal dari peserta Askes, Asabri, dan Astek, (b) mereka yang termasuk PBI Jamkes – Indonesia sehat dan kelompok masyarakat tidak mampu lainnya yang bukan non PBI Jamkes, dan (c) mereka yang tergolong peserta mandiri (pada berbagai kelas layanan), dengan besar iuran terendah (kelas 3) sebesar Rp. 25.500,-.

Sementara itu dari hasil wawancara dengan pejabat Dinas Kesehatan Kota Jambi, diperoleh informasi bahwa saat ini yang tercatat pada Dinas Kesehatan Kota Jambi 141.030 jiwa peserta PBI Jamkes. Akan tetapi, 3.986 kepala keluarga peserta program PKH yang sebelumnya dengan hanya menunjukkan tanda peserta PKH secara otomatis mendapatkan pelayanan kesehatan, saat ini justru mereka tidak memperoleh pelayanan kesehatan, karena tidak memiliki kartu BPJS Kesehatan. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta PKH perlu memperoleh rekomendasi dari Dinas Nakersostek Kota Jambi. Terkait kepesertaan peserta PKH *by name by adress*, saat ini Dinas Kesehatan Kota Jambi sedang menunggu data peserta PKH dimaksud dari pihak Dinas Nakersostek guna mengurus Kartu BPJS kesehatan bagi peserta PKH.

Dalam kaitan *updating data*, Dinas Kesehatan Kota Jambi saat ini sedang melakukan verifikasi terhadap Kartu BPJS Kesehatan bagi warga miskin yang dikeluarkan BPJS Jambi, karena menurut pejabat yang menanganinya, terdapat beberapa kartu ganda. Dalam penetapan penerima Kartu BPJS Kesehatan warga miskin, memerlukan kesepakatan dengan pihak-pihak terkait. Dalam hubungan itu, sebenarnya Keputusan Menteri Sosial tentang PBI Jamkes sudah jelas mengatur siapa yang melakukan verifikasi dan validasi data sebelum penetapan oleh Kementerian Sosial, yang dalam hal ini menjadi tugas dan wewenang instansi sosial daerah. Terkait verifikasi dan validasi data di wilayah Provinsi Jambi, Bappeda Jambi telah melakukan kegiatan verifikasi dan validasi data warga miskin sebagai PBI Jamkes – Indonesia sehat melalui sarjana penggerak pembangunan perdesaan (SP3) di 138 kecamatan wilayah Provinsi Jambi.

## 2. Pelayanan Jaminan Kesehatan terhadap Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu

Pelayanan kesehatan terhadap fakir miskin dan orang tidak mampu di wilayah Jawa Barat, diperoleh informasi bahwa dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan terhadap penduduk kurang mampu di Provinsi Jawa Barat, sedang disusun Rancangan Peraturan Gubernur tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah (Perda) tentang Pedoman Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Perda ini bertujuan: (a) menyediakan perlindungan dan pemeliharaan kesehatan yang berkeadilan untuk masyarakat tidak mampu, (b) menjamin akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat tidak mampu, (c) menciptakan pemeliharaan kesehatan berkualitas; dan (d) mengoptimalkan sistem jaminan sosial di daerah.

Dalam salah satu klausul Perda tersebut disebutkan bahwa dalam pengelolaan Jaminan kesehatan, Pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/Kota, bekerjasama dengan BPJS setempat. Dengan disahkannya Perda tersebut diharapkan dapat melindungi segenap masyarakat miskin dalam hal kesehatan secara mudah dan tidak berbelit-belit. Dengan kata lain, melalui Perda,

pemerintah wajib memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk miskin yang belum termasuk Jamkesmas. Jaminan kesehatan berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan dengan prinsip terbuka dan akuntabel.

Dalam kaitan itu, Pemerintah Kota Cimahi memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk miskin. Pelayanan kesehatan tersebut dalam kerangka membangun kesehatan masyarakat secara keseluruhan dan sebagai bentuk tanggung jawab pemerintah daerah dalam memenuhi salah satu kebutuhan dasar masyarakat.

Data warga miskin baik yang termasuk Program Jamkesmas/da di wilayah Cimahi terlihat pada tabel berikut (warna kuning):

Tabel 4. Jumlah Masyarakat Miskin (Jamkesmas/da) Tahun 2013

NO.	KAB/KOTA	JUMLAH PENDUDUK	KUOTA JAMKESMAS 2013	KUOTA JAMKESDA 2013/2014 ( <i>update</i> 30 Sept 2014)
1	Kab. Bogor	4.341.277	1.044.171	300.693
2	Kab. Sukabumi	2.277.020	1.151.006	178.821
3	Kab. Cianjur	2.169.984	1.025.775	51.928
4	Kab. Bandung	3.116.056	1.154.069	111.299
5	Kab. Garut	2.481.471	1.137.063	147.001
6	Kab. Tasikmalaya	1.839.682	702.231	179.960
7	Kab. Ciamis	1.605.891	446.877	50.382
8	Kab. Pangandaran	1.605.891	128.148	6.491
9	Kab. Kuningan	1.163.159	504.261	58.623
10	Kab. Cirebon	2.192.492	1.115.865	446.763
11	Kab. Majalengka	1.210.811	470.205	39.226
12	Kab. Sumedang	1.134.288	366.133	110.578
13	Kab. Indraamayyu	1.811.764	828.221	32.000
14	Kab. Subang	1.476.418	611.759	100.000
15	Kab. Purwakarta	809.962	266.341	13.520
16	Kab. Karawang	2.112.433	857.717	551.261
17	Kab. Bekasi	2.076.146	550.494	468.000
18	Kota Bogor	876.292	248.267	221.072
19	Kota Sukabumi	305.800	89.949	26.374
20	Kota Bandeung	2.390.120	366.300	323.070
21	Kota Cirebon	298.995	102.702	43.898
22	Kota Bekasi	2.128.384	383.473	150.000
23	Kota Depok	1.430.829	280.943	183.791
24	Kota Cimahi	579.802	120.414	26.648
25	Kota Tasikmalaya	637.083	240.490	53.364
26	Kota Banjar	184.577	52.008	4.334

27	Kab. Bandung Barat	1.531.072	513.443	661.881
	JUMLAH	42.181.808	14.758.325	4.540.978

Sumber: Bappeda Prov. Jabar, 2013.

Pelayanan kesehatan terhadap orang miskin dan orang tidak mampu di Rumah Sakit Cibabat Cimahi, sudah cukup memadai. Hal itu terlihat dari pelayanan yang diberikannya, mulai penambahan loket pendaftaran. Walaupun terjadi antrian panjang dalam pendaftaran, tetapi terlihat antusiasme pada wajah mereka. Disamping itu, ruang tunggu yang disediakan juga cukup memadai, dan tersedia pula sarana bermain bagi anak-anak.

Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu di Puskesmas dan klinik-klinik keluarga yang terdapat di Kota Cimahi dan telah bekerjasama dengan BPJS setempat. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, kecuali pada keadaan darurat, kekhususan penanganan kesehatan pasien, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.

Sementara itu, di wilayah Jambi bahwa perhatian Pemerintah Provinsi Jambi dalam pelayanan kesehatan terhadap masyarakatnya cukup besar. Hal itu terlihat dengan disiapkannya dana melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk mendukung pelayanan kesehatan bagi warganya, khususnya bagi warga miskin, yang tidak tercover melalui dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), termasuk pelayanan kesehatan terhadap gelandangan dan pengemis serta orang terlantar lainnya (dicover melalui dana APBD).

Terkait pelayanan kesehatan terhadap warganya, saat ini Pemerintah Provinsi Jambi bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, telah melakukan kerjasama dengan 10 rumah sakit pemerintah dan swasta. Dalam hubungan kerjasama khususnya dengan rumah sakit swasta, masih terdapat beberapa masalah, sekurangnya adalah selisih harga, sehingga dibebankan kepada penerima layanan. Disamping itu, masih ada juga rumah sakit swasta yang kurang/tidak mematuhi peraturan yang ada.

### 3. Peran lembaga terkait dalam peningkatan kualitas pelayanan terhadap fakir miskin dan orang tidak mampu

Peran lembaga terkait dalam peningkatan kualitas pelayanan terhadap fakir miskin dan orang tidak mampu di wilayah Provinsi Jawa Barat, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Dinas Kesehatan Kota Cimahi sudah mulai melakukan perannya, yaitu melakukan koordinasi dengan berbagai unit pelayanan kesehatan di bawahnya yang berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan masyarakat termasuk dengan BPJS Kesehatan dalam upaya sosialisasi program jaminan kesehatan.

Sementara itu instansi sosial Provinsi Jawa Barat dan Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi, dan Sosial Kota Cimahi belum terlihat pro aktif dalam penanganan PBI Jamkes – Indonesia sehat. Diperoleh informasi, Instansi sosial provinsi dan kabupaten/kota belum memahami proses perubahan data PBI Jamkes – Indonesia sehat. Hal itu dimungkinkan belum dilakukan sosialisasi di Dinas Nakertransos Kota Cimahi dari pusat dalam hal ini Pusat Data dan Informasi Kementerian Sosial. Akan tetapi, Bintek terhadap TSKS sebagai ujung tombak di lapangan telah dilakukan.

Pada sisi lain, pelaksanaan jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan masih belum sepenuhnya dipahami masyarakat. Hal itu juga dimungkinkan karena BPJS Kesehatan belum secara maksimal menyosialisasikan kepada masyarakat. Terkait itu, Wali Kota Cimahi menyatakan: *"Sosialisasi harus dilakukan secara terus menerus hingga masyarakat paham"*.

Peran BPJS Kesehatan Kota Cimahi sudah cukup baik, hal itu terlihat dari dilakukannya *update* data terhadap penduduk miskin dan orang tidak mampu, yang kemudian diusulkan sebagai peserta pengganti PBI Jamkes – Indonesia sehat dalam tahun anggaran berjalan. Selain itu untuk pelayanan mandiri, BPJS Kota Cimahi telah membuka pendaftaran dengan menambah jumlah loket-loket pendaftaran, yang dilakukan sejak pagi-pagi, bahkan melalui jalur *on-line* guna memudahkan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Peran serta masyarakat dapat dilakukan dengan cara memberikan data yang benar dan akurat tentang PBI Jamkes – Indonesia sehat, baik diminta maupun tidak diminta. Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud disampaikan melalui unit pengaduan masyarakat di setiap pemerintah daerah, yang ditunjuk oleh gubernur atau bupati/walikota sesuai dengan kewenangannya. Di Kota Cimahi peran masyarakat ini belum terbangun karena lembaga pengaduan masyarakatnya pun belum terbentuk seperti yang diharapkan.

Sementara itu, di wilayah Provinsi Jambi, pelayanan kesehatan khususnya fakir miskin dan orang tidak mampu, saat ini, Pemerintah Kota Jambi sudah membentuk Tim Koordinasi Pelaksanaan BPJS Kesehatan melalui Surat Keputusan Walikota Jambi. Dalam tim koordinasi tersebut antara lain adalah Kepala Dinsosnatek sebagai anggota. Akan tetapi, hal tersebut terlihat belum terkomunikasikan ke bawahan, sehingga pejabat dibawahnya, terlihat belum mengetahui peran dan fungsinya. Disamping itu, sebenarnya di Kota Jambi juga telah dibentuk Tim Pengelola di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Jambi dengan Surat Keputusan Walikota Jambi.

Meskipun Tim Koordinasi Pelaksanaan BPJS Kesehatan, dan tim pengelola jaminan kesehatan sudah terbentuk, tetapi dalam pelaksanaannya terlihat belum terjadi sinergi dan kerjasama yang baik antar instansi terkait. Hal itu terutama terlihat dari belum berperannya Dinsosnatek terkait verifikasi dan validasi data dalam kerangka pelayanan kesehatan khususnya bagi peserta PKH.

Saat ini sebagian besar Kabupaten/Kota di Jambi telah mengikuti Program BPJS Kesehatan. Ada empat kabupaten yang tidak bersedia melaksanakan program jaminan kesehatan melalui BPJS. Mereka melakukan sendiri kerjasama (*MoU*) dengan berbagai lembaga yang terkait dengan pemberi pelayanan kesehatan bagi warganya.

Dalam pengelolaam keuangan, BPJS Provinsi dan kabupaten/kota hanya melakukan verifikasi terhadap klaim yang diajukan rumah sakit yang selanjutnya meneruskannya ke Pusat.

Di lingkungan Dinsosnakertrans belum dibentuk Tim khusus yang menangani PBI Jamkes – Indonesia sehat, sehingga terlihat bahwa Dinsosnakertrans belum terlihat berkontribusi dalam pelaksanaan PBI Jamkes. Para petugas belum memahami secara baik tugas dan peran sebagaimana ketentuan peraturan perundanga-undangan termasuk Keputusan Menteri Sosial.

Dari realitas di lapangan seperti dikemukakan dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Dalam realisasi pendaftaran fakir miskin dan orang tidak mampu di dalam dan luar LKS sebagai peserta PBI Jamkes – Indonesia sehat di Jabar dan Jambi, bahwa peserta PBI Jamkes – Indonesia sehat adalah peserta Jamkesmas/da (hasil pendataan PPLS 2011). Fakir miskin dan orang tidak mampu di LKS dan di luar LKS umumnya belum terdaftar PBI Jamkes – Indonesia sehat. Di Jambi: (a) gelandangan dan pengemis, serta orang terlantar mendapat pelayanan kesehatan setelah ada rekomendasi Biro Kesejahteraan rakyat pemerintah daerah setempat; (b) Peserta PKH tidak lagi mendapatkan pelayanan kesehatan

secara gratis seperti sebelumnya kecuali sebagai dari mereka yang terdaftar sebagai peserta Jamkesmas/da; dan (c) verifikasi serta validasi data dilakukan oleh Badan Perancang Pembangunan Daerah (Bappeda) melalui relawan yang dibentuknya, salah satunya adalah sarjana penggerak pembangunan perdesaan (SP3).

- 2) Pelayanan kesehatan terhadap PBI Jamkes – Indonesia sehat di Jawa Barat dan Jambi, PBI Jamkes (peserta Jamkesmas/da) yg *notabene* fakir miskin dan orang tidak mampu telah mendapatkan pelayanan kesehatan. Di Jawa Barat didukung Peraturan Gubernur (sedang dalam pembahasan), dan di Jambi melalui kebijakan Gubernur 'Samisake' serta Surat Keputusan Wali Kota Jambi (Tim Koordinasi Pelayanan Kesehatan & Tim Pengelola).
- 3) Adapun peran lembaga terkait dalam pelayanan terhadap PBI Jamkes – Indonesia sehat di Jawa Barat dan Jambi, peran instansi kesehatan dan BPJS Kesehatan cukup menonjol. Sementara instansi sosial di kedua daerah tersebut, belum terlihat. Hal itu dimungkinkan belum disosialisasikannya kebijakan perlindungan sosial bagi PBI Jamkes – Indonesia sehat khususnya tentang verifikasi dan validasi data, yang menjadi kewenangan Kementerian/instansi sosial.

## REKOMENDASI

Atas realitas di lapangan tersebut, dalam kaitan peran Kemensos sebagaimana amanat peraturan perundang-undangan, direkomendasikan, Kemensos melalui satuan kerja terkait (Pusdatinkesos) segera melakukan perannya, khususnya verifikasi dan validasi data fakir miskin dan orang tidak mampu. Untuk dapat melakukan peran secara baik, hal-hal yang perlu diperhatikan secara serius adalah:

- 1) Mengomunikasikan (sosialisasi) kebijakan perlindungan sosial bagi PBI Jamkes – Indonesia sehat) khususnya verifikasi data fakir miskin dan orang tidak mampu ke pihak daerah (provinsi, kabupaten/kota) melalui rapat kerja di pusat;
- 2) Melakukan bimbingan teknis (bimtek) bagi ujung tombak pembangunan kesejahteraan sosial, yaitu tenaga kerja kesejahteraan sosial (TKSK) sebagai *Team Leader* pelaksanaan verifikasi data fakir miskin dan orang tidak mampu di tingkat kecamatan, dengan memanfaatkan relawan sosial di tingkat desa/kelurahan;
- 3) Sebagai konsekuensi logis dari pelaksanaan peran dimaksud, perlu dialokasikan sumberdaya finansial yang memadai.

## DAFTAR PUSTAKA

- Chazali H. Situmorang. 2013. *Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia, Transformasi BPJS: Indahnya Harapan Pahitnya Kegagalan*. Depok: Cinta Indonesia.
- Dun, N William. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Edisi Kedua. (Terjemahan: Samodra Wibawa). Yogyakarta: Gaja Mada University Pres.
- Dye R Thomas. 2008. *Understanding Public Policy*. Pearson Education' Upper Saddle River' New Jersey.
- Edwar III, George C. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington, DC, Congressional Quarterly Press.
- Islamy, M. Irfan. 1997. *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakanaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Rys, Vladimir. 2010. *Merumuskan Ulang Jaminan Sosial, Kembali Ke Prinsip-Prinsip Dasar* (diterjemahkan Dewi Wulansari). Jakarta: PT. Pustaka Alvabet.
- Miles, Mathew B., and A. Michael Huberman. 1984. *Qualitative data Analysis: A Source book of New Members*. Beverly Hills, CA: SAGE.
- Suharto, Edi. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Undang-Undang R.I Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- ..... Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Peraturan Pemerintah R.I. Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.
- Kepmensos R.I. Nomor 146/HUK/2013 Tentang Penetapan Kriteria dan Pendaftaran Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu.
- ..... Nomor 147/HUK/2013 Tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.
- Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019.
- Surat Edaran Mensos Nomor 02 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2014.
- Yohandarwati, dkk. 2003. *Sistim Perlindungan Sosial dan Jaminan Sosial, Suatu Kajian Awal*. Bappenas.
- Tempo, 22-28 April, 2013. Gotong Royong Menjamin Kesehatan.
- Kompas, 12 Pebruari 2014. *JKN, Madu dan Racun* (Badrul Munir).