



**ANALISIS YURIDIS TERHADAP JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
OLEH BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)
TERHADAP MASYARAKAT YANG TIDAK MAMPU**

Abd. Rahmad, Fakultas Hukum Universitas Tamansiswa Padang
abdrahmad@gmail.com

Abstract

Implementation of Community Health Insurance for poor people, not all are affordable to be able to enjoy and utilize the objectives of the Social Security Organizing Board (BPJS) in the category of Contribution Aid Recipients (PBI). In order to fulfill the mandate of the Law the Government established a Social Security Organizing Body (BPJS). The Government's policy in guaranteeing the poor by issuing the BPJS program in the PBI category with the various goals that have been announced has not yet been understood by the people who get the program. This can be seen from the utilization of BPJS which is not yet optimal. Constraints faced are still low public education which is less able to influence the pattern of BPJS utilization from the low level of public knowledge about the functions and procedures of BPJS. The solution is to re-collect the underprivileged people by the Government in Padang City.

Keyword: Health Social Security, BPJS, Unable Community.

A. Pendahuluan

Masyarakat kurang mampu Penerima Bantuan Iuran (PBI) diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Pasal 1 yang berbunyi: "Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan". Dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat pemerintah khususnya menteri kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan sosial kesehatan. Jaminan kesehatan ini terbentuk karena tidak semua masyarakat mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terutama bagi mereka yang miskin dan kurang mampu, karena kemiskinan mempengaruhi kesehatan. Awalnya program Kesehatan Masyarakat Miskin, kemudian berubah nama menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Pemerintah sebagai institusi tertinggi yang bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan haruslah memenuhi kewajiban dalam penyediaan sarana pelayanan kesehatan, seperti Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) dan lain-lain. Pembangunan kesehatan merupakan kunci sukses yang mendasari pembangunan lainnya, dengan kata lain



kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang utama dan menjadi prioritas yang mendasar bagi kehidupan.¹

Pasal 34 UUD 1945 Ayat (3) juga dicantumkan bahwa : “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 5 ayat (1), menetapkan bahwa : “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan”

Dalam rumusan Undang Undang Dasar 1945 dan Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, dengan demikian pemerintah menerapkan program Jaminan Kesehatan Masyarakat atau Jamkesmas, yang bertujuan agar program ini dapat membantu masyarakat miskin dan tidak mampu dalam mengatasi persoalan dalam kesehatan.²

Jaminan Asuransi Kesehatan adalah suatu konsep dan metode penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dibiayai oleh pemerintah. Sasaran dari program ini adalah masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya.³

Secara konstitusi jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara telah diamanatkan dalam Pasal 28 huruf H UUD 1945 dan UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Guna memenuhi amanat Undang-Undang tersebut Pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial kesehatan bagi seluruh rakyat dilaksanakan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dengan dilaksanakannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS, maka ada beberapa konsekuensi logis baik tentang peraturan perundang-undangan, penataan lembaga-lembaga pengelola jaminan sosial yang pernah ada sebelumnya, maupun mekanisme dan prosedur serta persyaratan kepesertaan yang ada didalamnya.⁴

¹ Menno, S dan Mustamin Alwi, 1992. *Antropologi Perkotaan*. Rajawali Press, Jakarta. Hal. 61-63

² Departemen Kesehatan. 2009. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. Hal. 1

³ Murti Bhisma., 2000, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Kanisius, Yogyakarta. Hal. 42

⁴ Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Buku Pegangan Sosialisasi JKN dalam Sistem Jaminan Sosial*, Jakarta. Hal. 10



Berkaitan dengan kondisi kemiskinan terutama bagi Rumah Tangga, sangat rendahnya status kesehatan masyarakat kurang mampu disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala geografis dan kendala biaya (*cost barrier*).⁵ Selain itu, perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat juga merupakan kendala bagi pemerintah untuk memajukan perkembangan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan.⁶ Usaha-usaha kesehatan khususnya dalam mengubah perilaku harus lebih bersifat pendekatan dari bawah (*bottom up approach*) berdasarkan kebutuhan dan kondisi sosial budaya masyarakat setempat, dibutuhkan orang-orang yang kreatif dan inovatif atau yang dikenal sebagai wirausahawan sosial yang dapat mengembangkan dan menjalankan usaha-usaha pementapan perilaku sehat bertumpu pada masyarakat.⁷

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Asuransi Pasal 1 huruf (a) menjelaskan bahwa: “Memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti”.

Asuransi atau dalam bahasa belanda “*verzekerling*” berarti pertanggungan. Dalam suatu asuransi terlibat dua pihak yaitu: yang satu sanggup menanggung atau menjamin, bahwa pihak lain akan mendapat penggantian suatu kerugian, yang mungkin akan ia derita sebagai akibat dari suatu peristiwa yang semula belum tentu akan terjadi atau semula belum dapat di tentukan saat akan terjadinya.⁸ Tujuan dari asuransi sendiri adalah untuk mengganti kerugian pada tertanggung. Jadi tertanggung harus dapat menunjukkan bahwa dia menderita kerugian dan benar-benar menderita kerugian. Didalam asuransi itu setiap waktu selalu dijaga supaya jangan sampai seorang tertanggung yang hanya bermaksud menyingkirkan asuransi itu dengan cara memakai spekulasi, yang penting adalah bahwa tertanggung harus mempunyai kepentingan bahwa kerugian menyimpannya. Ajaran “kepentingan” ini sangat penting

⁵Wiku Adisasmito, 2007. *Sistem Kesehatan*, Rajawali Persada, Jakarta. Hal.17

⁶*Ibid.* Hal.15

⁷*Ibid.* Hal.182.

⁸Wirjono Prodjodikoro, 1986. *Hukum Asuransi di Indonesia*. Intermasa, Jakarta. Hal. 1

di dalam seluruh hukum asuransi yang kita dapati didalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.⁹

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalahnya adalah Analisis Yuridis Jaminan Sosial Kesehatan Oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Bagi Masyarakat Yang Kurang Mampu.

C. PEMBAHASAN

1. Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Bagi Masyarakat Kurang Mampu.

Untuk menjamin masyarakat tidak mampu, pemerintah menetapkan Penerima Bantuan Iuran (PBI), yaitu peserta BPJS Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayari oleh pemerintah. Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak mampu yang menjadi peserta PBI dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di bidang statistik (Badan Pusat Statistik) yang diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial.

Selain peserta PBI yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, juga terdapat penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan SK Gubernur/Bupati/Walikota bagi Pemda yang mengintegrasikan program Jamkesda ke program JKN.

Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan diatur dalam PP No. 101 tahun 2012 adalah peserta jaminan kesehatan kepada fakir miskin dan orang cacat total sebagaimana diamanatkan dalam UU SJSN yang iurannya dibayar oleh pemerintah. Berikut ini beberapa syarat peserta PBI Jaminan Kesehatan dari pemerintah menurut BPS:

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang.
2. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan.
3. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester.
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain.

⁹Sentosa Sembiring., 2006. *Himpunan Undang-Undang Lengkap Tentang Asuransi Jaminan Sosial*, Nuansa Aulia, Bandung, Hal. 20



5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
6. Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan.
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah.
8. Hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu.
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.
10. Hanya sanggup makan sebanyak satu/dua kali dalam sehari.
11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/poliklinik.
12. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0, 5 ha. Buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp 600.000 per bulan.
13. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga: tidak sekolah/tidak tamat SD/hanya SD) Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai Rp 500.000, seperti: sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

Sedangkan prosedur yang harus dilengkapi oleh oleh peserta PBI dengan mengisi formulir daftar isian peserta (DIP) antara lain sebagai berikut :

1. Nomor Kartu Keluarga (KK)
2. Nomor Induk Kependudukan (NIK) masing - masing anggota keluarga
3. Nama lengkap
4. Tempat tanggal lahir
5. Jenis kelamin
6. Status perkawinan
7. Alamat sesuai KTP

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, diantaranya disebutkan bahwa:

1. Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh Menteri Sosial setelah berkoordinasi dengan Menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.
2. Hasil pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik (BPS) diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri Sosial untuk dijadikan data terpadu.
3. Data terpadu yang ditetapkan oleh Menteri Sosial dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota dan menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan

4. Menteri Kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Harapan masyarakat Indonesia memiliki Jaminan Kesehatan Nasional semakin besar dengan dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 24 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang akan mulai bekerja tahun 2014. Dalam penyelenggaraannya BPJS ini terbagi menjadi dua yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan akan menyelenggarakan program jaminan kesehatan di mana program ini sudah dimulai pada tahun 2014.

Namun demikian hingga saat ini, berbagai tantangan dan kendala bermunculan dalam upaya persiapan pelaksanaan BPJS. Berbagai tantangan dan kendala ini antara lain: kurangnya infrastruktur di daerah, peralatan dan perlengkapan yang masih belum ada dan terdistribusi di daerah, kurangnya sumber daya manusia yang siap untuk melakukan pelayanan, universal akses yang masih menjadi hambatan terbesar, pengetahuan masyarakat mengenai BPJS. Dukungan untuk mengatasi tantangan dan kendala ini harus disikapi dengan kebijakan kesehatan yang hati-hati, cermat dan tepat, sehingga investasi yang selama ini sudah dilakukan tidak akan sia-sia.

Sedangkan menurut Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) jumlah fakir miskin sebanyak 76,4 juta jiwa, bahkan pada tahun 2013 jumlah fakir miskin mengalami peningkatan yang signifikan menjadi 96 juta jiwa. Namun demikian masalah kemiskinan bukanlah masalah angka, lebih dari itu masalah kemiskinan adalah masalah yang perlu mendapat perhatian dari kita semua.

Untuk memenuhi amanat Undang-Undang, maka pemerintah membentuk Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No. 24 tahun 2011 tentang BPJS, mengamanatkan bahwa jaminan sosial kesehatan bagi seluruh rakyat dilaksanakan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. Dengan dilaksanakannya Undang-Undang No 24 Tahun 2011 Tentang BPJS, maka ada beberapa konsekuensi logis baik tentang peraturan perundang-undangan, penataan lembaga-lembaga pengelola jaminan sosial yang pernah ada sebelumnya, mekanisme dan prosedur serta persyaratan kepesertaan BPJS. Bagi peserta Jamkesmas, Askes, Asabri TNI Polri dan Jamsostek otomatis menjadi peserta BPJS.



Berkaitan dengan kondisi kemiskinan terutama bagi Rumah Tangga Sangat Miskin maka jaminan social bagi RTSM tersebut mutlak diperlukan. Oleh karenanya, memberikan aksesibilitas seluas-luasnya merupakan keniscayaan yang wajib dilakukan oleh penyelenggara jaminan social bagi masyarakat miskin. Dalam asuransi kesehatan terkait usaha gotong royong, dimana mereka yang mampu dan mempunyai pendapatan yang tinggi berkewajiban membantu kelompok yang berpendapatan rendah (sebagaimana berlaku bagi pegawai negeri), sehingga aspek pengawasan dan pemberian pelayanan kesehatan dapat diawasi dengan sebaik-baiknya, dengan kebijakan yang diambil, semua itu dimaksudkan sebagai upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal dengan biaya yang terkendali, sehingga tidak ada klaim yang tidak dapat dipenuhi. Pemerintah diharapkan lebih berperan sebagai pengarah, adapun pelaksana pelayanan publik bisa dilakukan pihak lain yang lebih profesional agar lebih efisien. Misalnya di sektor pelayanan kesehatan, Pemerintah seyogyanya mulai melibatkan pihak swasta sebagai pelaksana pelayanan kesehatan. Program tersebut didukung oleh pembiayaan yang bersumber dari pinjaman luar negeri. Sementara program tersebut masih berjalan, pada tahun 2001 pemerintah juga meluncurkan program PDPSE-BK (Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan). PDPSE-BK merupakan program yang diperuntukkan bagi keluarga miskin untuk pelayanan kesehatan di rumah sakit, penyediaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar dan vaksin hepatitis B di puskesmas dan jaringannya. Pembiayaan program ini bersumber dari dana rupiah murni yang merupakan pengalihan dana dari subsidi BBM. Pada tahun 2002 program tersebut berganti nama menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPSBBM Bidang Kesehatan). Pada tahun 2003 seluruh program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin ditetapkan sebagai PKPS BBM Bidang Kesehatan dengan dana dari rupiah murni yang seluruhnya berasal dari pengalihan subsidi BBM.

Dari tahun ke tahun beban APBN untuk menyediakan dana pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin terus meningkat dan akan meningkat terus di masa datang karena kenaikan biaya-biaya tindakan kesehatan, sementara hak keluarga miskin untuk tetap sehat tetap menjadi tanggung jawab pemerintah selain tanggung jawab keluarga miskin itu sendiri. Berdasarkan uraian di atas, maka kriteria suatu sistem yang benar untuk tetap memberikan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin perlu ditetapkan dengan baik dengan menggunakan pola berpikir secara filsafat yaitu secara menyeluruh,



mendasar dan spekulatif, menggunakan metode normatif dan deduktif dengan berdasarkan pada asas-asas moral yang filsafati.

Dalam membangun dan membuat suatu sistem pelayanan kesehatan bagi orang miskin baik termasuk pembiayaannya apakah dalam bentuk subsidi ataukah dalam bentuk diasuransikannya keluarga miskin, secara filsafat ilmu yang perlu ditelaah bagaimana proses yang memungkinkan didapatkannya pengetahuan yang berupa ilmu karena saat ini di Indonesia belum ada suatu model pembiayaan kesehatan untuk mendukung pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dimana pembayaran terhadap pelayanan yang diperoleh keluarga miskin tidaklah menjadi tanggung jawab mereka. Walaupun di negara-negara barat model tersebut memang sudah ada tetapi tidak dapat diterapkan secara langsung di Indonesia.

Selain itu juga belum diketahui bagaimana prosedur yang terbaik bagi keluarga miskin untuk dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya dan juga belum diketahui prosedur yang saat ini sedang berlangsung apakah benar benar menjamin bagi semua pihak yang berkepentingan dalam manajemen program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin untuk dapat membuat perencanaan, pelayanan maupun melaksanakan evaluasi program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin.

Fenomena yang berkembang di Indonesia dewasa ini adalah sulitnya akses dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini tidak saja terjadi di perkotaan namun juga merambah hingga pedesaan sehingga terdapat anekdot dalam masyarakat bahwa orang miskin dilarang sakit.

Kesulitan pelayanan tersebut utamanya dipengaruhi oleh faktor finansial. Banyak dijumpai di daerah-daerah di Indonesia masyarakat miskin yang menderita sakit parah atau penyakit tergolong berat tidak dapat disembuhkan karena ketiadaan biaya pengobatan sehingga pada akhirnya lambat ditangani atau tidak ditangani sama sekali sehingga pada akhirnya penyakitnya semakin parah bahkan mengakibatkan kematian. Kemudian faktor penyebab lainnya adalah sumber daya manusia yang relatif rendah yang menyebabkan keterbatasan informasi, misalnya tentang aturan hak dan kewajiban masyarakat sebagai pasien yang membutuhkan pelayanan medis agar terhindar dari hal yang tidak diinginkan misalnya pelayanan dari tenaga medis yang tidak menyenangkan, malpraktik, dan lain sebagainya. Alasan utama yang dikemukakan di atas membuat pemerintah melahirkan program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin yang dikenal dengan Jamkesmas.

Pelayanan kesehatan terhadap seluruh warga miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Selanjutnya sasaran dari Jamkesmas adalah warga miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya. Selain Jamkesmas, juga terdapat kebijakan yang dilahirkan oleh Pemerintah Daerah dalam memberikan jaminan kepada masyarakat miskin yang dikenal dengan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang pendanaannya berasal dari APBD.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh pemerintah dalam pencapaian peningkatan kesehatan tersebut, termasuk di dalamnya mengupayakan jaminan kesehatan kepada masyarakat, khususnya orang miskin, adalah melaksanakan Program Jaminan Kesehatan, mulai dari Jamkesmas, Jamkesda namun program tersebut belum efektif. Hingga akhirnya beralih kepada Jaminan Kesehatan Nasional (melalui BPJS).

Desentralisasi kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia belum sepenuhnya dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat terutama masyarakat miskin, jaminan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah kepada masyarakat di Indonesia sangat dibutuhkan oleh masyarakat terutama kalangan menengah ke bawah. Namun belum seluruh masyarakat dapat menikmatinya, program nasional Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jamkesda dinilai belum menjadi solusi yang baik untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sehingga diganti dengan program jaminan kesehatan nasional BPJS, Jamkesmas, Jamkesda dan JKN-BPJS merupakan program pemerintah terkait jaminan kesehatan masyarakat terutama masyarakat miskin.

Berdasarkan hasil penulisan di atas dapat diketahui bahwa peserta BPJS kesehatan kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI) jumlahnya cukup tinggi. Lebih lanjut dapat diketahui bahwa masyarakat yang termasuk ke dalam kategori PBI atau pihak yang menerima bantuan jaminan kesehatan dari pemerintah terdiri dari mereka yang memiliki tingkat pendidikan relatif rendah (tamatan sekolah menengah bahkan ada yang hanya tamat sekolah dasar). Sehingga kondisi ini mempengaruhi mereka untuk memiliki pekerjaan yang layak dan tetap.

Pelaksanaan JKN melalui BPJS dengan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dapat dilihat dari beberapa indikator, antara lain kualitas, penilaian oleh pihak luar,

kesiagaan, motivasi, keluwesan adaptasi dan penerimaan tujuan organisasi. Dari penulisan diatas dapat dikatakan bahwa manfaat program Jamkesmas sudah dirasakan yang sering menggunakan BPJS untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit. Besarnya manfaat yang dirasakan itulah yang melatarbelakangi untuk senantiasa memanfaatkan BPJS untuk membantu mendapatkan pelayanan kesehatan.

Adapun Pelayanan yang di jamin oleh BPJS Kesehatan adalah :

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialistik mencakup:
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pelayanan promotif dan preventif
 - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
 - d. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif
 - e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - f. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
 - g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama dan
 - h. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.
2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
 - a. Rawat jalan yang meliputi:
 - 1) Administrasi pelayanan
 - 2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis
 - 3) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis
 - 4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - 5) Pelayanan alat kesehatan implant
 - 6) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - 7) Rehabilitasi medis
 - 8) Pelayanan darah
 - 9) Pelayanan kedokteran forensik
 - 10) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan
 - b. Rawat inap yang meliputi:

- 1) Perawatan inap non intensif
- 2) Perawatan inap di ruang intensif.
3. Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin
 - a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.
 - b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat.
 - c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja.
 - d. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.
 - e. Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik dan/atau estetik.
 - f. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas (Memperoleh Keturunan).
 - g. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi).
 - h. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol.
 - i. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.
 - j. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (Health Technology Assessment/ HTA).
 - k. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
 - l. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
 - m. Perbekalan kesehatan rumah tangga.
 - n. Pelayanan kesehatan yang sudah dijamin dalam program kecelakaan lalu lintas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - o. Pelayanan kesehatan akibat bencana, kejadian luar biasa/wabah.

Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan. Selain masyarakat yang kurang mampu sering menggunakan BPJS untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis, ada juga masyarakat yang tidak pernah memanfaatkan kartu BPJS ketika sakit. Ada beberapa alasan yang diungkapkan oleh masyarakat yang tidak mau menggunakan



BPJS. Ketidapkahaman prosedur dalam menggunakan kartu BPJS adalah salah satu penyebab masyarakat tidak mau menggunakan BPJS untuk berobat ke Puskesmas maupun ke Rumah Sakit. Pengetahuan yang kurang tentang fungsi BPJS juga menyebabkan masyarakat tidak mau menggunakannya. Selain itu juga sikap trauma karna pernah dipersulit ketika berobat menggunakan kartu BPJS. Masyarakat yang tidak mau menggunakan BPJS untuk berobat, lebih memilih membeli obat-obatan yang dijual bebas di warung-warung maupun apotek ketika sakit. Ada juga yang lebih memilih untuk datang dan berobat ke tempat praktek dokter umum, dengan membayar biaya pengobatannya. Karena banyak yang beranggapan ketika berobat menggunakan BPJS di Puskesmas maupun Rumah Sakit nantinya akan dipersulit prosedur yang sulit dan berbelit-belit dari pihak Rumah Sakit.

2. Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan jaminan sosial kesehatan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bagi masyarakat kurang mampu

Bahwa tidak semua masyarakat yang mempunyai kartu BPJS memanfaatkan secara optimal untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis di Puskesmas maupun di Rumah Sakit. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya pengetahuan masyarakat tentang program BPJS. Pengetahuan yang kurang itu disebabkan oleh tidak adanya sosialisasi. Sosialisasi sangat diperlukan dalam sebuah program agar masyarakat lebih memahami tentang program tersebut. Sosialisasi tentang program BPJS adalah tanggungjawab pihak-pihak yang terkait seperti petugas Kelurahan beserta jajarannya. Sebagian besar masyarakat yang mempunyai kartu BPJS tidak mengetahui sepenuhnya tentang program tersebut.

Masalah yang terjadi dalam program BPJS selain kurangnya sosialisasi dan pendataan yang kurang valid adalah tidak tepat sasaran. Banyak masyarakat yang mengeluhkan tentang pendistribusian kartu BPJS. Masyarakat menilai banyak kartu BPJS yang jatuh di tangan yang salah, artinya masyarakat yang sebenarnya tidak membutuhkan justru mendapatkan dan sebaliknya, masyarakat yang membutuhkan sekali justru tidak mendapatkannya, terjadi ketidakadilan dalam pendistribusian kartu dan hal itu menyebabkan kecemburuan sosial antar sesama wargamasyarakat. Prosedur menjadi peserta BPJS kategori PBI yaitu keluarga miskin yang merupakan keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 903/ MENKES/ PER/ V/ 2011 pada

bab III tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat, peserta yang dijamin dalam program BPJS yaitu 1) masyarakat miskin dan tidak mampu 2) Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas 3) Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki Jamkesmas 4) penghuni panti sosial, penghuni lembaga permasyarakatan dan rumah tahanan Negara serta korban bencana pasca tanggap darurat. Masyarakat yang berada pada golongan menengah keatas tidak termasuk kedalam peserta yang berhak mendapatkan kartu BPJS.

3. Mengatasi kendala dalam pelaksanaan jaminan sosial kesehatan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bagi masyarakat kurang mampu

Mengatasi kendala dalam pelaksanaan jaminan sosial kesehatan oleh BPJS bagi masyarakat yang kurang mampu adalah :

1. Perlunya perhatian pemerintah daerah menindaklanjuti permasalahan tentang jaminan kesehatan masyarakat yang kurang mampu karena masih banyak tidak tepat sasaran, masyarakat yang mampu juga dapat menikmati BPJS kategori PBI.
2. Berupaya untuk mencari tindakan antisipasi terhadap kemungkinan buruk yang dapat terjadi dan dengan segera mengatasi masalah-masalah tersebut secara holistik mulai dari perencanaan sampai ke pelaksanaan, sehingga sistem yang bermasalah dapat diperbaiki dan berjalan dengan baik. Selain itu faktor penting yang perlu diperhatikan disini adalah kesiapan tenaga kesehatan dalam mendukung pelaksanaan Jaminan Sosial.
3. Diharapkan BPS, Tenaga Kesehatan, dan Pemerintah Kelurahan langsung turun kelapangan untuk mendata masyarakat yang kurang mampu.

D. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pelaksanaan desentralisasi dalam bidang kesehatan memberi ruang yang lebih luas bagi pemerintah daerah untuk meningkatkan pembangunan kesehatan termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai kesejahteraan masyarakat. Desentralisasi kesehatan, dalam hal ini pelayanan kesehatan di daerah, harus dilaksanakan secara menyeluruh kepada seluruh lapisan masyarakat termasuk masyarakat miskin. Kebijakan Pemerintah dalam menjamin masyarakat miskin dengan mengeluarkan program BPJS kategori PBI dengan berbagai tujuan

yang telah dicanangkan ternyata belum tentu dipahami oleh masyarakat yang mendapatkan program tersebut.

2. Kendala yang dihadapi masih rendahnya pendidikan masyarakat yang kurang mampu mempengaruhi pola pemanfaatan BPJS. Hal itu terlihat dari rendahnya pengetahuan masyarakat tentang fungsi dan prosedur BPJS.
3. Mengatasi kendala dalam pelaksanaan jaminan sosial kesehatan dengan adanya perbedaan kategori dalam menentukan masyarakat miskin dari dengan cara mendata ulang kembali masyarakat kurang mampu bersama Badan Pusat Statistik.

E. Daftar Pustaka

- A.A Navis, 1984, *Alam Takambang jadi Guru, Adat dan Kebudayaan Minangkabau*, Grafiti, Jakarta.
- A. Soehardi, 1954, *Pengantar Hukum Adat Indonesia*, W Van Hoeve, S-Gravenhage, W Van Hoeve, Bandung.
- Amir Sjarifoedin Tj. A, *Minangkabau dari Dinasti Iskandar Zulkarnaen Sampai Tuanku Imam Bonjol*, Gia Media, Padang.
- Adrian Sutedi, 2008, *Peralihan Hak Harta Pusaka Tinggi di MinangKabau*, Sinar Grafika, Jakarta.
- Amir Syarifuddin, *Pelaksanaan Hukum Waris Islam DalamLingkungan Adat Minang Kabau*, cet.1.
- Bambang Waluyo, 1991, *Penelitian Hukum Dalam Praktek*, Sinar Grafika, Jakarta.
- Muhammad Rajab, 1969, *Sistem Kekeabatan di Minangkabau*, Center For Minangkabau, Padang.
- Nani Soewondo, 1982, *Hukum dan Kependudukan Indonesia*, Bina Cipta.
- N. M Rangkuto, Dt, Bandaro, 1984, *Hubungan Mamak dengan Kemenakan Dahulu dan Sekarang Serta Pasambahan Adat*, Bukittinggi.
- Nurdin Yakub, *Hukum Kekeabatan Minangkabau*.pustaka indonesia,Bukittinggi.