PROGRAM JAMINAN SOSIAL DI KABUPATEN JEMBRANA DAN KOTA YOGYAKARTA

Social Security Program in Jembrana Regency and Yogyakarta City

Hartini Retnaningsih

*Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI)
Sekretariat Jenderal DPR RI*

Naskah diterima: 21 Maret 2013

Abstract: *This research was conducted in 2011 as a basis for discussions on the bill of Social Security Organizer Board at the House of Representatives of the Republic of Indonesia. The research background was the existence of social security program run by local governments, while the central government unable to guarantee social security for all Indonesian. Using a qualitative method, this research was conducted in Jembrana Regency of Bali Province and in Yogyakarta City, of the Special Province of Yogyakarta with a purpose to analyze the management of social security in both local governments. The result of the research shows that the social security program run by local governments is full in term of benefit for the citizens. This research recommended the importance of coordination and resources sharing between central and local governments in management area of social security.*

Keywords: *Social security, local government, center government.*

Abstrak: Penelitian ini dilakukan pada tahun 2011 dalam rangka memberikan masukan bagi pembahasan RUU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di DPR RI. Latar belakang penelitian adalah adanya program jaminan sosial milik pemerintah daerah di tengah ketidakmampuan pemerintah pusat memberikan jaminan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia. Dengan metode kualitatif, penelitian ini dilakukan di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali dan di Kota Yogyakarta, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, dengan maksud untuk menganalisis penyelenggaraan jaminan sosial di kedua wilayah tersebut. Hasil penelitian menunjukkan, program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah sangat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Hasil penelitian ini merekomendasikan pentingnya koordinasi dan *sharing* sumber daya antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan jaminan sosial bagi masyarakat.

Kata Kunci: Jaminan sosial, pemerintah daerah, pemerintah pusat.

Latar Belakang

Setiap warga masyarakat berhak atas hidup layak sehingga diperlukan jaminan sosial dalam sistem ketatanegaraan. Menurut UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disingkat UU SJSN), “Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak”.¹ Jaminan sosial dapat diimplementasikan dalam berbagai jenis dan program jaminan sosial yang dapat diakses oleh masyarakat.

Jenis program jaminan sosial meliputi: a) jaminan kesehatan; b) jaminan kecelakaan kerja; c) jaminan hari tua; d) jaminan pensiunan; dan e) Jaminan kematian.² Jaminan sosial dimaksudkan agar masyarakat mampu memenuhi kebutuhan dasar dan meningkatkan kualitas hidupnya. Peningkatan

kualitas hidup dalam hal ini juga dapat dimaknai sebagai peningkatan keberdayaan.

Penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia mengalami perubahan ketika terjadi desentralisasi kekuasaan, yaitu sejak diterapkannya kebijakan otonomi daerah. Dengan sistem desentralisasi, maka penyelenggaraan jaminan sosial di berbagai daerah dapat berbeda-beda mekanisme dan besaran jaminannya.

Di Bali, Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) yang merupakan pelayanan kesehatan secara cuma-cuma kepada masyarakat Bali selama lima bulan periode Januari-Mei 2010 menghabiskan Rp22,9 miliar. Realisasi dana JKBM tersebut terdiri atas pelayanan di tingkat Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Rp2,27 miliar dan rumah sakit kabupaten/kota se-Bali Rp20,7 miliar. Pelayanan di tingkat Puskesmas antara lain melayani rawat jalan 49.492 orang, rawat inap 20.271 orang dan unit gawat darurat 17.022 orang. Pelayanan di tingkat Puskesmas tersebut juga menangani proses

¹ UU SJSN, Pasal 1 Butir 1.

² *Ibid.*, Pasal 18.

kelahiran sebanyak 1.259 orang, dan yang terbanyak adalah Puskesmas di Karangasem 399 orang, diikuti Buleleng 273 orang dan Tabanan 197 orang.³

Di Yogyakarta, seluruh keluarga miskin ditanggung biaya kesehatannya, Menurut data BPS Kota Yogyakarta tahun 2006, jumlah keluarga miskin di Kota Yogyakarta tercatat 68.456 jiwa, sedangkan data Dinas Kesejahteraan Sosial 2008 tercatat 89.805 jiwa, sehingga ada selisih yang sangat jauh. PT Askes menggunakan data BPS, sehingga pihaknya hanya menanggung keluarga miskin sesuai data BPS. Selisih jumlah tersebut dimasukkan dalam Program Jaminan Kesehatan Sosial (selanjutnya disingkat Jamkesos) Provinsi dan Jaminan Kesehatan Daerah (selanjutnya disingkat Jamkesda) Kota Yogyakarta.⁴

Permasalahan dan Tujuan Penelitian

Di Provinsi Bali, angka kemiskinan pada bulan Maret tahun 2010 mencapai 4,88%, mengalami penurunan 0,25% dari bulan Maret tahun 2009 sebesar 5,13%.⁵ Sedangkan di Provinsi DIY, angka kemiskinan pada bulan Maret tahun 2010 mencapai 16,83%, turun 0,40 persen dari bulan Maret tahun 2009 sebesar 17,23%. Angka kemiskinan tersebut masih di atas angka kemiskinan nasional yang berkisar pada angka 14,15%.⁶

Kedua kondisi di atas menarik untuk diteliti, guna mengetahui bagaimana sebenarnya penyelenggaraan program jaminan sosial bagi masyarakat di kedua daerah tersebut. Pertanyaan dalam penelitian ini adalah: 1) bagaimana penyelenggaraan program jaminan sosial di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta?; 2) apa persamaan dan perbedaan penyelenggaraan program jaminan sosial di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta?

Tujuan penelitian ini adalah ingin mengetahui dan menganalisis: 1) penyelenggaraan program jaminan sosial di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta; 2) persamaan dan perbedaan penyelenggaraan program jaminan sosial di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta.

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah kekayaan Ilmu Kesejahteraan Sosial dan menjadi

masukan bagi DPR RI dalam rangka pembahasan RUU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disingkat RUU BPJS) dan rencana implementasi UU SJSN.

Kerangka Teori

Menurut Midgley (1995), negara kesejahteraan merupakan fenomena yang unik. Beberapa penulis seperti Richard Titmuss (1968), Walter Korpi (1983), dan John Stephens (1979) mempercayai bahwa negara kesejahteraan dibentuk oleh sistem kapitalisme, namun mempunyai ruh sosialisme (Huda, 2009:114). Sedang bagi kalangan Marxis, negara kesejahteraan sama sekali bukan karakter dari sosialisme. Negara kesejahteraan hanya sebagai upaya kapitalisme untuk mengurangi dampak-dampak negatif yang ditimbulkan dari kegiatan produksi dan industrialisasinya. Jadi negara kesejahteraan tetap saja sebagai negara kapitalis (Huda, 2009:115).

Kesejahteraan sosial mengandung makna yang luas, menyangkut kondisi baik yang dialami maupun yang diinginkan masyarakat. Kesejahteraan sosial yang baik identik dengan bahagia yang dirasakan seseorang atau kelompok orang dalam masyarakat, sedangkan kesejahteraan sosial disebut buruk jika seseorang atau sekelompok orang tidak dapat memenuhi kebutuhannya baik berupa kebutuhan fisik maupun non-fisik. Menurut Wickenden (dalam Wibhawa, dkk, 2010:23), kesejahteraan sosial adalah:

“A system of laws, programs, benefits, and services which strengthen or assure provision for meeting social needs recognized as basic for the welfare of the population and for the functioning of the social order (suatu sistem perundang-undangan, kebijakan, program, pelayanan, bantuan; untuk menjamin pemenuhan kebutuhan sosial yang dikenal sebagai kebutuhan dasar bagi kesejahteraan manusia dan bagi berfungsinya ketertiban sosial secara lebih baik)”.

Menurut Suharto (2009), kesejahteraan sosial pada intinya mencakup tiga konsepsi:

1. Kondisi kehidupan atau keadaan sejahtera, yakni terpenuhinya kebutuhan-kebutuhan jasmaniah, rohaniah dan sosial;
2. Institusi, arena atau bidang kegiatan yang melibatkan lembaga kesejahteraan sosial dan berbagai profesi kemanusiaan yang menyelenggarakan usaha kesejahteraan sosial dan pelayanan sosial; dan
3. Aktivitas, yakni suatu kegiatan atau usaha yang terorganisir untuk mencapai kondisi sejahtera.

³ -----, *Jamkesda Bali Habiskan Dana Rp. 22, 9 Miliar*, <http://bataviase.co.id/node/236332>, diakses Rabu, 25 Mei 2011.

⁴ -----, *Jamkesda Yogya Jamin Warga Miskin*, <http://m.inilah.com/read/detail/17639/jamkesda-yogya-jamin-warga-miskin>, Diakses Rabu, 25 Mei 2011.

⁵ -----, *Penduduk Miskin Bali Maret 2010 Capai 174,93 Ribu Orang*, <http://bali.bps.go.id/index.php?reg=med&hal=10&inpt=>, diakses Rabu, 15 Juni 2011.

⁶ -----, *Tingkat Kemiskinan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Maret 2010 Sebesar 16,83 Persen*, <http://yogyakarta.bps.go.id/brs/191-berita-resmi-statistik-1-juli-2010.html>, diakses Rabu, 15 Juni 2011.

Dengan demikian, kesejahteraan sosial merupakan suatu kondisi yang terkait dengan upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat baik berupa kebutuhan fisik maupun non-fisik, baik kebutuhan dasar maupun non-dasar. Kesejahteraan sosial juga terkait dengan upaya pelayanan negara kepada masyarakat dalam rangka peningkatan kesejahteraan hidupnya.

Jaminan sosial merupakan bagian dari upaya kesejahteraan sosial masyarakat. Jaminan sosial juga merupakan bagian dari upaya perlindungan sosial masyarakat. Menurut Suharto (2009:42-43), tujuan utama dari perlindungan sosial adalah untuk:

1. mencegah dan mengurangi risiko yang dialami manusia sehingga terhindar dari kesengsaraan yang parah dan berkepanjangan;
2. meningkatkan kemampuan kelompok-kelompok rentan dalam menghadapi dan keluar dari kemiskinan, kesengsaraan dan ketidakamanan sosial ekonomi; dan
3. memungkinkan kelompok-kelompok miskin untuk memiliki standar hidup yang bermartabat sehingga kemiskinan tidak diwariskan dari satu generasi ke generasi lainnya.

Menurut Suharto (Suharto, 2009:47), jaminan sosial bagi masyarakat miskin dapat berupa bantuan sosial (*public assistance*) dan pelayanan kesejahteraan (*welfare service*) yang mencakup tunjangan uang, barang atau pelayanan sosial yang ditujukan untuk membantu atau melindungi individu, keluarga dan komunitas yang paling rentan agar mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar dan meningkatkan kualitas hidupnya. Dengan demikian, jaminan sosial merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi masyarakat, terlebih bagi masyarakat miskin.

Terdapat tiga pendekatan konseptual untuk mengukur kualitas hidup: 1) **Kesejahteraan subjektif**: Ada tradisi filosofi panjang yang melihat individu sebagai hakim terbaik untuk menilai keadaan diri mereka sendiri, di mana mengupayakan manusia untuk “bahagia” dan “puas” dengan hidup mereka merupakan tujuan universal eksistensi manusia; 2) **Kapabilitas**: Pendekatan ini melihat hidup seseorang sebagai kombinasi antara berbagai “kegiatan dan kedirian” (*functioning*) dan kebebasannya untuk memilih di antara fungsi-fungsi tersebut (*capabilities*). Sebagian di antara kapabilitas ini bisa sangat mendasar, seperti tercukupi gizi dan terbebas dari kematian dini, sementara kapabilitas lainnya bisa lebih kompleks, seperti memiliki taraf melek wawasan yang dibutuhkan untuk bisa berpartisipasi aktif dalam kehidupan politik; 3) **Alokasi yang**

Adil: Pendekatan ini menimbang berbagai dimensi non-moneter kualitas hidup (melampaui barang dan jasa yang diperdagangkan di pasar) dengan suatu cara yang menghargai preferensi seseorang. Pendekatan ini menghindarkan dari kemungkinan kesalahan mendasarkan evaluasi pada “rata-rata” kesediaan membayar yang bisa jadi memberikan gambaran disproporsional tentang preferensi anggota masyarakat yang lebih makmur, dan berfokus semata kepada kesetaraan di antara semua anggota masyarakat (Stiglitz, dkk, 2011:70-71). Berdasarkan Stiglitz, kualitas hidup seseorang atau dengan kata lain dapat disebut kesejahteraan seseorang harus dilihat pada keinginan atau cita-cita individu atas hidupnya sendiri, tentang keinginan untuk mendapatkan sesuatu yang dirasakan sebagai kepuasan dalam hidupnya.

Menurut *International Labour Organization* (ILO) (1998), jaminan sosial adalah “Perlindungan yang diberikan oleh masyarakat untuk masyarakat melalui seperangkat kebijaksanaan publik terhadap tekanan-tekanan ekonomi sosial bahwa jika tidak diadakan sistem jaminan sosial akan menimbulkan hilangnya sebagian pendapatan sebagai akibat sakit, persalinan, kecelakaan kerja, sementara tidak bekerja, hari tua dan kematian dini, perawatan medis termasuk pemberian subsidi bagi anggota keluarga yang membutuhkan” (Stiglitz, dkk, 2011:50). Dengan demikian jaminan sosial berupaya melindungi masyarakat dari berbagai risiko penyakit, musibah, kerentanan di hari tua, serta permasalahan lain yang terkait dengan masalah kemanusiaan. Jaminan sosial berupaya meringankan beban masyarakat dalam menghadapi berbagai permasalahan terutama permasalahan kebutuhan dasarnya sebagai manusia.

Metode Penelitian

Sifat Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif, yang menurut Neuman (2006:157) memiliki ciri-ciri:

“(1) *Capture and discover meaning once the researcher becomes immersed in data*; (2) *Concepts are in the form of themes, motifs, generalizations, taxonomies*; (3) *Measure are created in an ad hoc manner and are often specific to the individual setting or researcher*; (4) *Data are in the form of words from documents, observations, transcripts*; (5) *Theory can be causal or non causal and is often inductive*; (6) *Research procedures are particular, and replications is very rare*; (7) *Analysis proceeds by extracting themes or generalization from evidence and organizing data to present a coherent, consistent picture*”.

Dengan demikian, peneliti merupakan unsur utama yang dituntut aktif dalam proses penelitian agar peneliti dapat mengungkapkan dengan baik berdasarkan kaidah-kaidah ilmiah mengenai masalah jaminan sosial di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta.

Lokasi dan Informan

Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta dipilih sebagai lokasi penelitian karena keduanya memiliki program jaminan sosial. Selain itu, meskipun keduanya memiliki kesamaan sebagai daerah wisata domestik dan internasional, namun juga memiliki perbedaan yang mencolok dalam hal angka kemiskinannya.

Penelitian ini menggunakan “*Purposive Sampling*” yang menurut Neuman adalah “*A non random sample in which the researcher uses a wide range of methods to locate all possible cases of a highly specific and difficult – to - reach population*”. (Neuman, 2006:222). Oleh karena itu, dalam penelitian ini informan ditetapkan berdasarkan pertimbangan atas kemampuannya dalam menjelaskan masalah jaminan sosial.

Kriteria informan dalam penelitian ini adalah: 1) orang yang terlibat dalam pembuatan kebijakan daerah yang terkait dengan jaminan sosial; 2) orang yang terlibat dalam penyelenggaraan program jaminan sosial; 3) pengamat sosial yang memahami penyelenggaraan program jaminan sosial; dan 4) unsur masyarakat yang mendapatkan jaminan sosial.

Waktu Pelaksanaan Penelitian

Secara keseluruhan, penelitian ini merupakan serangkaian kegiatan sejak disusunnya proposal hingga pembuatan laporan penelitian. Di antara kegiatan tersebut, penelitian lapangan di Kota Yogyakarta, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dilakukan dari tanggal 17 hingga 23 Juli 2011, sedangkan penelitian lapangan di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali dilakukan dari tanggal 30 September hingga 6 Oktober 2011.

Pengumpulan Data dan Analisis

Secara ringkas teknik pengumpulan data dalam penelitian ini mencakup: 1) **Studi Dokumen**, yaitu mempelajari berbagai dokumen dan literatur yang terkait dengan masalah jaminan sosial; 2) **Studi Lapangan**, yaitu wawancara mendalam terhadap informan terpilih yang dinilai menguasai masalah jaminan sosial.

Analisis data dalam penelitian ini mengacu pada Neuman, bahwa dalam analisis penelitian kualitatif terdapat koding dan formulasi konsep yang di dalamnya mencakup konseptualisasi,

koding data kualitatif, pencatatan memo analitis, dan *outcroppings*. Teknik koding, penulisan memo, dan *outcroppings* merupakan pendekatan umum yang digunakan dalam analisa data kualitatif.

Penyelenggaraan Jaminan Sosial

Sejak reformasi 1998, arah kebijakan negara pun semakin bergeser seiring dengan tuntutan demokratisasi. Namun, substansi pembangunan belum berubah banyak secara signifikan. Perubahan yang dramatis era reformasi adalah proses demokratisasi di Indonesia yang lebih masif dari periode sebelumnya (Winarno, 2010:43). Sejak pergantian kepemimpinan negara dari Presiden Soeharto ke presiden-presiden berikutnya, gema perjuangan para aktivis atas jaminan sosial terutama bagi masyarakat miskin terus bergaung. Namun demikian perjuangan tersebut hingga kini belum mencapai hasil yang optimal. Meskipun beberapa tahun lalu telah berhasil disahkan UU SJSN, namun hingga kini masalah jaminan sosial nasional masih menjadi persoalan besar bagi masyarakat. Perangkat untuk mengimplementasikan UU tersebut, yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial belum terbentuk.

Menurut Winarno (2010:24-26), ada 3 alternatif strategi yang dapat memperkuat kebijakan jaminan sosial di Indonesia: 1) Pelembagaan sistem negara kesejahteraan pada tingkat nasional. Kebijakan jaminan sosial akan berdiri tegak jika ditopang oleh sistem negara kesejahteraan; 2) Pelembagaan sistem negara kesejahteraan pada tingkat pemerintah daerah melalui desentralisasi dan otonomi daerah; 3) Promosi jaminan sosial dari bawah melalui inisiatif masyarakat lokal.

Menurut UU SJSN, jenis program jaminan sosial meliputi: jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.⁷ Berbagai jenis program jaminan sosial tersebut hingga kini belum dapat terlaksana sepenuhnya, karena menyangkut pembiayaan yang mahal. Perusahaan besar atau instansi tertentu pada umumnya telah mampu memberikan jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, jaminan kematian yang memadai, namun demikian masih banyak orang-orang yang belum memiliki jaminan sosial tersebut secara memadai. Mereka pada umumnya adalah para pekerja informal.

Jaminan sosial yang diselenggarakan Pemerintah Pusat belum mampu menjangkau seluruh masyarakat terutama masyarakat miskin, sehingga sejumlah pemerintah daerah merasa perlu

⁷ Undang-Undang Republik Indonesia No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

untuk memberikan jaminan sosial terutama jaminan kesehatan dan pendidikan bagi warganya. Dari sisi hukum keberadaan Program Jaminan Sosial Daerah sering menjadi perdebatan, terutama ketika dikaitkan dengan UU SJSN yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial bagi masyarakat diselenggarakan oleh sebuah badan penyelenggara jaminan sosial.

Keputusan Mahkamah Konstitusi atas perkara No. 007/PUU-III/2005 memberi peluang kepada pemerintah daerah untuk membentuk badan penyelenggara jaminan sosial tingkat daerah dengan peraturan daerah, dengan memenuhi ketentuan tentang sistem jaminan sosial nasional sebagaimana diatur dalam UU SJSN. Menunggu disahkannya UU BPJS dan peraturan-peraturan pelaksanaan UU SJSN lainnya, 205 pemerintah daerah (termasuk Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta) mendirikan Program Jamkesda bagi sebagian atau seluruh penduduk di wilayah administratifnya. Program Jamkesda berdasar pada Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Kabupaten dan Kota yang menetapkan bahwa pengelolaan/penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kondisi lokal dan Pemda melaksanakan tugas pembantuan dalam penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional.⁸ Dengan demikian, hingga penelitian ini dilakukan, tidak semua pemerintah kabupaten/kota memiliki Jamkesda. Dari 471 kabupaten/kota yang ada di Indonesia, baru 205 daerah yang memiliki Jamkesda.

Kota Yogyakarta menjamin biaya kesehatan seluruh keluarga miskin, baik melalui Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (selanjutnya disingkat Askeskin) maupun program Jamkesda. Seluruh keluarga miskin ditanggung biaya kesehatannya, meskipun tidak semua keluarga miskin terdata dalam Askeskin, karena ada selisih data BPS dan Dinas Kesejahteraan Sosial Kota Yogyakarta.⁹ Namun demikian, DPR RI menolak pemberlakuan aturan tentang Jamkesda karena bertentangan dengan UU SJSN. Sementara di sisi lain, regulasi tentang Jamkesda tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 095 Tahun 2010 yang diterbitkan untuk menyelaraskan penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional.¹⁰

⁸ <http://www.jamsosindonesia.com/jamsosda/show/20>, diakses Senin, 13 Juni 2011.

⁹ "Jamkesda Yogya Jamin Warga Miskin", <http://m.inilah.com/read/detail/17639/jamkesda-yogya-jamin-warga-miskin>, diakses Rabu, 25 Mei 2011.

¹⁰ "DPR Tolak Regulasi Jamkesda" - Rabu, 16 Juni 2010 18:06:00, <http://www.krjogja.com/krjogja/news/detail/37261/DPR.Tolak.Regulasi.Jamkesda.html>, diakses Rabu, 25 Mei 2011

Program Jaminan Sosial di Kabupaten Jembrana

Pemerintah Kabupaten Jembrana mengasuransikan seluruh masyarakat Jembrana dengan membayarkan preminya. Harapannya agar masyarakat mempunyai posisi tawar (*bargaining position*) terhadap bentuk-bentuk pelayanan kesehatan. Namun dalam implementasinya banyak kendala terutama dari sisi administrasi. Jaminan Kesehatan Jembrana (selanjutnya disingkat JKJ) dinilai bermasalah dalam sistem pengelolaan keuangan, sehingga 3 tahun terakhir menjadi temuan BPK. Padahal dari sisi konsep, JKJ itu baik.¹¹ Dalam kenyataan di lapangan, tidak semua gagasan yang baik dapat dilaksanakan dengan lancar, terlebih jika tidak didukung oleh dasar hukum yang kuat dari Pemerintah Pusat maupun Daerah.

Pemerintah Kabupaten Jembrana setiap tahun melaksanakan *up-dating* data jumlah keluarga miskin. Hasil Pencocokan dan Penelitian (Coklit) keluarga miskin ditetapkan dengan SK Bupati Jembrana setiap akhir tahun. Sesuai dengan Keputusan Bupati Jembrana No. 423/PMPD/2011 tentang Penetapan Jumlah Keluarga Miskin, pada akhir tahun 2010 di Kabupaten Jembrana ditetapkan sebanyak 5.597 KK/17.623 orang.¹² Dengan demikian, data yang dijadikan dasar pembuatan kebijakan merupakan data terbaru yang ada di Kabupaten Jembrana sehingga pemberian bantuan dan perlindungan bagi masyarakat miskin diharapkan tidak akan salah sasaran.

Pada saat penelitian ini dilakukan, JKJ telah dihentikan, karena Pemerintah Kabupaten Jembrana menerapkan jaminan sosial baru yang dinilai lebih sinergis dengan Pemerintah Provinsi Bali yaitu Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM). Mulai 1 Oktober 2011. Asuransi prinsipnya sama, Pemerintah Kabupaten Jembrana memberikan layanan melalui badan layanan umum.¹³ Menurut sejumlah narasumber, di luar alasan formal, sebenarnya ada masalah persaingan politik para elit setempat yang mengakibatkan perubahan mekanisme jaminan sosial tersebut. Hal ini tampaknya merupakan khas permasalahan di daerah setelah diberlakukannya kebijakan otonomi daerah. Persaingan politik dan perbedaan cara pandang seringkali mengorbankan kepentingan masyarakat.

¹¹ Hasil wawancara dengan seorang narasumber di Jembrana, Senin, 3 Oktober 2011.

¹² Jawaban Tertulis Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, Selasa, 4 Oktober 2011.

¹³ Hasil wawancara dengan Kepala Bidang SDM Litbang Bappeda, Kepala Bidang Ekonomi dan Penanaman Modal Litbang Bappeda, serta Staf Khusus Bappeda Kabupaten Jembrana, Senin, 3 Oktober 2011.

Kabupaten Jembrana sekarang bergabung dengan JKBM yang pembuatan kebijakannya di tingkat provinsi. Model pembiayaannya adalah *sharing* dengan pemerintah provinsi di mana Pemerintah Kabupaten Jembrana mengalokasikan sekitar Rp7 miliar per tahun.¹⁴ Menurut seorang narasumber, dilihat sekilas saja, mekanisme JKBM tidak lebih baik dari JKJ yang telah diselenggarakan sebelumnya di Jembrana. Namun karena ini merupakan gagasan kepala daerah yang baru, maka hal itu harus diselenggarakan.

Untuk JKBM, tahun 2011 dianggarkan kurang lebih Rp25 miliar per Kabupaten/Kota. Jika masyarakat tidak ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Masyarakat (selanjutnya disingkat Jamkesmas), maka yang bersangkutan akan ditanggung Jamkesda. Jika seseorang mempunyai Jamkesmas, maka akan dipilih yang lebih menguntungkan, apakah dia akan menggunakan JKBM atau Jamkesmas.¹⁵ Untuk mengetahui efektivitas JKBM tampaknya harus menunggu waktu, karena JKBM merupakan sistem baru, yang belum pernah ada sebelumnya. Sejumlah narasumber hanya bisa berharap agar masalah jaminan kesehatan di Bali akan berjalan dengan baik walau mereka memiliki kekhawatiran dengan mekanisme JKBM.

Di Kabupaten Jembrana bantuan bagi orang miskin sudah *byname by addressee*. Penanggulangan kemiskinan dilakukan berdasarkan Perpres No. 15 Tahun 2010 tentang Penanggulangan Kemiskinan dan Permendagri No. 42 Tahun 2010 tentang Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Provinsi dan Kabupaten/Kota.¹⁶ Pendataan orang miskin merupakan masalah yang sensitif, namun harus dilakukan dengan benar. Hal ini sangat penting diperhatikan, karena tanpa pendataan yang baik, maka pemberian bantuan dan perlindungan bagi masyarakat miskin bisa salah sasaran.

Kendala yang dihadapi Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial dalam penyelenggaraan jaminan sosial bagi masyarakat miskin di Kabupaten Jembrana adalah keterbatasan sumber daya manusia dan sumber dana.¹⁷ Apa yang dikemukakan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial di Kabupaten Jembrana juga senada dengan pihak lain di pemerintahan setempat. Artinya, dana dipandang sebagai satu-satunya kendala dalam penyelenggaraan jaminan sosial.

Pemerintah Kabupaten Jembrana telah membentuk Peraturan Daerah No. 7 Tahun 2006

tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana. Berdasarkan Perda tersebut, Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Daerah merupakan suatu lembaga non-struktural yang menyelenggarakan kegiatan di bidang pelayanan jaminan sosial yang meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan pensiun kepada masyarakat Kabupaten Jembrana sesuai dengan pola asuransi sosial dengan tidak mencari keuntungan (nirlaba). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah dipimpin oleh seorang direktur yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada bupati.¹⁸ Kebijakan tersebut tampaknya diinspirasi oleh UU SJSN, dan bentuk koordinasi dengan pemerintah provinsi terlihat dari sistem JKBM yang saat ini diterapkan di Bali.

Pada prinsipnya Pemerintah Kabupaten Jembrana sangat mendukung UU SJSN, di mana sistem jaminan sosial nasional sesuai dengan amanah dari UUD 1945 dinyatakan bahwa setiap warga negara berhak untuk mendapatkan jaminan sosial untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya untuk terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur.¹⁹ Dengan demikian, Pemerintah Kabupaten Jembrana mempunyai komitmen untuk memberikan jaminan sosial berdasarkan UU SJSN kepada masyarakat di wilayahnya.

Terkait dengan UU SJSN dan badan penyelenggara jaminan sosial, seharusnya orang miskin dikawal secara khusus. Asuransi prinsipnya sukarela. Sampai sekarang Askes hanya untuk peserta yang membayar iuran. Penanganan kemiskinan perlu lembaga khusus, sedang masyarakat yang tidak miskin diberi pilihan.²⁰ Hal ini sejalan dengan prinsip keadilan, di mana masyarakat yang miskin dibantu oleh Pemerintah dan masyarakat yang tidak miskin dipersilahkan memilih asuransi sesuai kemampuan ekonominya. Namun yang perlu diingat adalah Pemerintah perlu mengurus secara khusus pelayanan bagi masyarakat miskin. Jangan sampai masyarakat yang membayar asuransinya sendiri justru mendapatkan pelayanan yang lebih buruk dari masyarakat miskin yang dibebaskan segala kewajibannya untuk membayar biaya kesehatan.

Jaminan sosial daerah di Kabupaten Jembrana dapat dilihat sebagai kebijakan sosial yang

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Jawaban tertulis Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, Selasa, 4 Oktober 2011.

¹⁸ Jawaban tertulis Bappeda Kabupaten Jembrana, Kamis, 10 Oktober 2011.

¹⁹ Jawaban tertulis Bappeda Kabupaten Jembrana, Kamis, 10 Oktober 2011.

²⁰ Hasil wawancara dengan seorang narasumber di Jembrana, Senin, 3 Oktober 2011.

didasarkan pada prinsip kesejahteraan sebagaimana dikemukakan oleh Midgley dan juga beberapa penulis seperti Richard Titmuss, Walter Korpi, dan John Stephens yang mempercayai bahwa negara kesejahteraan mempunyai ruh sosialisme.

Dalam konteks kesejahteraan sosial, jaminan sosial daerah di Kabupaten Jembrana mencakup pengertian kesejahteraan sebagaimana dikemukakan sejumlah tokoh seperti Nelson, Ashman, Wickenden, dan Suharto yang pada umumnya mempersepsikan kesejahteraan sebagai segala sesuatu yang terkait dengan kehidupan manusia dengan berbagai persoalannya, terutama dalam rangka pemenuhan kebutuhan jasmaniah, rohaniah dan sosial. Jaminan sosial daerah di Kabupaten Jembrana dapat dikatakan sebagai kebijakan sosial di tingkat daerah yang memberikan makna bagi masyarakat, bukan saja bagi masyarakat miskin, namun juga bagi masyarakat tidak miskin yang terancam menjadi miskin akibat sesuatu hal di bidang layanan kesehatan.

Program Jaminan Sosial di Kota Yogyakarta

Pemerintah Kota Yogyakarta termasuk salah satu dari 205 pemerintah daerah yang menyelenggarakan jaminan sosial untuk mengisi kekosongan UU SJSN. Jaminan sosial berupa jaminan kesehatan diberikan kepada seluruh masyarakat Kota Yogyakarta tanpa kecuali, dengan mengandalkan bukti KTP (Kartu Tanda Penduduk) sebagai alat untuk akses pelayanan. Ada beberapa jenis jaminan sosial lain seperti jaminan kematian yang berlaku untuk seluruh masyarakat Kota Yogyakarta, dan juga ada jaminan sosial berupa beasiswa bagi anak-anak dari keluarga miskin.

Berdasarkan Perda No. 10 Tahun 2010, sampai terbentuknya badan pelaksana jaminan sosial, jaminan sosial daerah bidang kesehatan di Kota Yogyakarta dilakukan oleh UPT Dinkes dengan anggaran paling tinggi tahun ini Rp15 miliar, sementara di provinsi Rp30 miliar tetapi juga untuk kabupaten/kota.²¹ Dengan demikian ada koordinasi antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kota Yogyakarta dalam hal penyelenggaraan jaminan sosial di wilayahnya.

Tahun 2002-2004, Pemerintah Kota Yogyakarta memberikan subsidi bantuan Jaminan Kesehatan untuk peserta JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) yang dilaksanakan secara swadaya. Tahun 2005-2007, tidak semua masyarakat miskin mendapatkan Kartu Askeskin, maka Pemkot memberikan subsidi untuk

²¹ Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, dan seorang staf Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

masyarakat miskin non-Askeskin. Tahun 2005, dibentuk UPT Penyelenggara Jamkesda dengan tupoksi memberikan bantuan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin non-Askeskin, kelompok kategori khusus seperti pengurus RT/RW/LPMK, PSM, Tenaga Honor dan bantuan Jaminan Kesehatan Askessos (Askes PNS Pemkot). Pada pertengahan 2007 Askes Plus bagi PNS dihentikan, mengingat adanya temuan BPK (*Double* Biaya). Pada tahun 2007-2011 Program Jaminan Sosial/Kesehatan masuk dalam Renstra Dinkes dan pada tahun 2010 tematik Pemkot adalah Kota Sehat dan Layak Huni dengan Regulasi dalam bentuk SK Walikota. Pada tahun 2010 diputuskan Perda No. 10 Tahun 2010 tentang Sistem Jaminan Kesehatan yang berlaku sejak tanggal 2 Januari 2011.²² Dengan demikian, komitmen Pemerintah Kota Yogyakarta terhadap layanan kesehatan masyarakat telah berlangsung sejak beberapa tahun, dan implementasinya dimulai tahun 2002 dengan memberikan subsidi bantuan jaminan kesehatan secara swadaya.

Dana Jamkesmas yang dibayarkan terlalu kecil, sehingga banyak rumah sakit lebih suka melayani masyarakat yang menggunakan Jamkesda. Dengan Jamkesmas, Puskesmas hanya dibayar Rp12 ribu, tapi dengan Jamkesda dibayar Rp28 ribu. Kemudian rumah sakit mengubah cara kerjanya, misalnya di RS Sarjito ada seorang ibu melahirkan yang menghabiskan biaya Rp6 juta. Dalam hal ini Jamkesmas hanya membayar Rp1 juta, maka sisanya (Rp5 juta) ditanggung Jamkesda. Untuk itu RS Sarjito kemudian membuat surat utang kepada pasien dan pasien mengajukan kepada pemerintah kota agar dibantu.²³ Di sini terlihat Pemerintah Daerah Kota Yogyakarta memiliki komitmen yang kuat terhadap masalah kesehatan masyarakat yang dibuktikan dengan subsidi yang melengkapi Jamkesmas.

Setiap masyarakat miskin mempunyai Kartu Menuju Sehat (selanjutnya disingkat KMS) untuk memantau perkembangan apakah seseorang masih perlu dibantu atau tidak. Jika pendapatan sudah meningkat, orang bisa dihentikan bantuan/jaminannya. Ada petugas survei yang menangani perkembangan ini. Seseorang harus mendapat rekomendasi jika akan menerima jaminan.²⁴ Hal

²² Jawaban tertulis Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

²³ Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, dan seorang staf Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

²⁴ Hasil wawancara dengan seorang perempuan dokter gigi yang menjabat sebagai verifikator UPT Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

ini mempunyai maksud yang positif, yaitu agar Pemerintah Kota Yogyakarta dapat memberikan jaminan sosial dengan tepat sasaran. Oleh karena, pendataan yang baik menjadi tumpuan bagi penyelenggaraan jaminan sosial daerah di Kota Yogyakarta.

Pendataan orang miskin dilakukan oleh Dinsosnakertrans, UPT hanya mengadopsi data tersebut. Orang yang ingin rawat inap, dapat mengurus rekomendasi ke Dinsosnakertrans. Untuk penyakit biasa Dinsosnakertrans tidak perlu survei, sedang untuk penyakit tertentu seperti DM, jantung, dan kelainan darah perlu survei. Mengenai penyakit yang ditanggung, penyakit talasemia ditanggung Jamkesmas, namun anemia apastik (walau sama-sama penyakit darah) tidak ditanggung. Untuk penyakit yang tidak ditanggung Jamkesmas ini bisa dimintakan bantuan/jaminan ke Jamkesda.²⁵

Seorang narasumber menyatakan puas atas pelayanan rumah sakit bagi pemegang kartu Jamkesda, hanya ada sedikit masalah administrasi, di mana petugas kurang cermat dalam memberi penjelasan sehingga dia harus bolak-balik mengurus persyaratan di kelurahan.²⁶

Selain bagi warga miskin, jaminan sosial juga diberikan sebagai *reward* kepada orang yang dianggap berjasa atau memberikan kontribusi bagi Pemerintah Kota Yogyakarta, seperti relawan sosial, tokoh agama, dan sebagainya. Selain itu Jamkesda juga diberikan kepada orang yang mengalami kesulitan tertentu. Contoh, seseorang yang harus membayar biaya kesehatan Rp.10 juta, dan karenanya akan menjadi miskin, maka orang tersebut bisa mendapatkan bantuan Jamkesda.²⁷ Namun hal tersebut harus dilakukan dengan mekanisme yang telah ditetapkan.

Instrumen Kemiskinan Kota Yogyakarta tidak mengacu data BPS, tetapi menggunakan kriterianya sendiri sesuai kondisi masyarakat. Jika pada tahun 2010 BPS menggunakan batas kemiskinan Rp150 ribu/kepala/bulan, maka Pemerintah Kota Yogyakarta sudah menggunakan batas kemiskinan Rp200 ribu/kepala/bulan. Dengan demikian, jumlah orang miskin versi Pemerintah Kota Yogyakarta lebih banyak dibanding jumlah orang miskin versi BPS.²⁸ Hal ini selain untuk meningkatkan kualitas

hidup masyarakat, juga untuk memberikan bantuan dan jaminan sosial secara tepat. Angka kemiskinan yang dikemukakan BPS dianggap terlalu rendah dan tidak mewakili kondisi nyata kebutuhan dasar masyarakat sehingga Pemerintah Kota Yogyakarta perlu melakukan pendataan sendiri untuk memberikan jaminan sosial masyarakat.

Kriteria pemberian jaminan sosial daerah di Kota Yogyakarta adalah masyarakat miskin hasil *update* data Dinsosnakertrans Kota Yogyakarta dengan Keputusan Walikota dengan identitas KMS. Untuk masyarakat kategori khusus meliputi: 1) Pengurus RT/RW/LPMK/PSM/Naban/GTT/PTT/Penderita HIV/AIDS dengan kartu Jamkesda; 2) Penjaringan anak sekolah, usia terlantar, korban bencana alam/kerusakan dan kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan/anak; 3) Penduduk yang tidak masuk keluarga miskin, tapi bila sakit tidak mampu membayar sepenuhnya biaya pelayanan kesehatan.²⁹ Kriteria ini sangat jelas, dan terlihat betapa Pemerintah Kota Yogyakarta memiliki komitmen yang kuat dalam memberikan jaminan sosial di bidang kesehatan. Akhirnya, bukan saja orang miskin yang dijamin kesehatannya, namun juga masyarakat lain yang membutuhkan bantuan.

Keluarga miskin di Kota Yogyakarta ditetapkan berdasarkan Keputusan Walikota Yogyakarta No. 417/KEP/2009 tentang Penetapan Parameter Pendataan Keluarga Miskin di Kota Yogyakarta. Pendataan keluarga miskin dilaksanakan 1 tahun sekali dan hasil pendataan bersifat dinamik. Artinya memungkinkan adanya keluarga yang tahun sebelumnya terdata miskin tetapi tahun berikutnya sudah tidak terdata dalam keluarga miskin karena secara sosial ekonomi sudah lebih baik.³⁰ Pendataan yang dimutakhirkan setiap waktu diharapkan mampu memberi gambaran yang lebih dekat dengan kenyataan. Selain itu agar Pemerintah Kota Yogyakarta memahami masyarakat miskin yang ada di wilayahnya dan dapat memberikan bantuan dan jaminan sosial secara efisien dan efektif.

KMS adalah identitas bahwa keluarga dan anggota keluarga yang tercantum di dalamnya merupakan keluarga dan penduduk miskin yang berlaku 1 tahun sekali (sampai dengan tanggal 31 Desember). KMS tidak diminta atau diajukan tetapi diberikan kepada keluarga miskin yang telah ditetapkan sebagai hasil pendataan serta memenuhi kriteria parameter pendataan keluarga miskin.³¹ Dengan demikian, tidak mudah bagi seseorang

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Hasil wawancara dengan seorang perempuan pelayan toko di Malioboro, Kota Yogyakarta, Selasa 19 Juli 2011.

²⁷ Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Bimbingan dan Peningkatan Kesejahteraan Sosial Dinsosnakertrans Kota Yogyakarta, Rabu, 20 Juli 2011.

²⁸ Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, dan seorang staf Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

²⁹ Jawaban tertulis Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 18 Juli 2011.

³⁰ Data Dinsosnakertrans Kota Yogyakarta, 2011.

³¹ *Ibid.*

untuk menyatakan bahwa diri atau keluarganya adalah miskin, karena penetapan kemiskinan dilakukan dengan prosedur yang dibuat oleh pemerintah daerah.

Kendala yang dihadapi Pemerintah Kota Yogyakarta adalah manipulasi Surat Keterangan Tidak Mampu (selanjutnya disingkat SKTM), di mana pada tahun 2011 terjadi fluktuasi penjaminan kesehatan dengan menggunakan administrasi SKTM.³² Masalah manipulasi ini merupakan permasalahan yang sering terjadi dalam pendataan orang miskin. Jika masalah semacam ini tidak dapat diatasi, maka pendataan akan sumir dan tidak memberikan data yang akurat. Akibatnya penyelenggaraan program menjadi tidak optimal.

Kendala dalam implementasi Jamkesda di Kota Yogyakarta selama ini adalah: 1) Komitmen Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan RI yang tidak konsisten, Khususnya bagi peserta Jamkesmas; 2) Portabilitas Jamkesmas adalah Nasional sehingga biaya yang dikirim pemerintah pusat untuk pelayanan dasar di Puskesmas dengan kapitasi Rp1.000,00 berdasarkan masyarakat miskin Yogyakarta tidak mencukupi, karena banyak orang luar daerah menggunakan fasilitas kesehatan Kota Yogyakarta.³³ Untuk penyelenggaraan jaminan sosial daerah yang efektif dan efisien, berbagai persoalan tersebut harus dapat diatasi. Dengan demikian, jaminan sosial akan dapat dirasakan manfaatnya secara optimal oleh masyarakat.

Kendala lain adalah belum adanya kesepakatan tentang bentuk kelembagaan dan *sharing* anggaran antara pemerintah provinsi dan kabupaten/kota.³⁴ Dengan komitmen bersama terhadap jaminan sosial masyarakat, maka harus dapat dilakukan kerja sama antara pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota agar masyarakat tidak menjadi objek atau pelengkap penderita dalam pembuatan kebijakan sosial.

Sejak berlakunya otonomi daerah, hubungan pemerintah kota dengan pemerintah provinsi seperti terputus. Tidak adanya kewajiban pemerintah kota untuk lapor kepada pemerintah provinsi mengakibatkan pengawasan pemerintah provinsi ke pemerintah kota menjadi berkurang.³⁵ Secara formal memang peran pemerintah provinsi berkurang namun ada kondisi psikologis masyarakat DIY yang

tidak sama dengan masyarakat di daerah lain, yaitu karisma Sultan yang juga Gubernur DIY. Hubungan yang berada dalam kondisi “antara putus dan nyambung” adalah konsekuensi logis dari kebijakan otonomi daerah, sedang keakraban yang terjalin selama ini adalah keadaan khusus yang tak dapat dipungkiri.

Di tingkat Provinsi DIY ada program Jamkesos dengan kepesertaan masyarakat miskin yang tidak masuk kuota Jamkesmas. Kader kesehatan dan kelompok khusus lainnya di Kota Yogyakarta yang tidak dapat masuk kuota Jamkesmas dan Jamkesda dapat dimasukkan ke Program Jamkesos dengan standard pelayanan dan penyedia pelayanan kesehatan yang sama dengan Jamkesmas maupun Jamkesda Kota Yogyakarta.³⁶ Dapat dikatakan, hubungan antara Pemerintah Kota Yogyakarta dan Pemerintah Provinsi DIY adalah saling melengkapi. Tidak semua masyarakat miskin bisa dijamin oleh Pemerintah Kota Yogyakarta dan ternyata Pemerintah Provinsi DIY berupaya menjangkaunya.

Kebijakan jaminan sosial di Provinsi DIY tahun 2012 mengarah pada Jaminan Kesehatan Semesta (selanjutnya disingkat Jamkesta), di mana pemerintah provinsi akan bekerja sama dengan pemerintah kota/kabupaten, dengan *sharing* dana.³⁷ Terjadi perdebatan antara yang pro dan kontra atas gagasan ini, terkait masalah komitmen dan anggaran yang tersedia.

Jika BPJS terbentuk nantinya, perlu ada skenario keuangan, di mana BPJS Pusat adalah pihak yang menentukan standar, mengawasi pelaksanaan standar, dan mendistribusikan standar, sementara pemerintah daerah mengikuti standar yang ditentukan dan diawasi oleh BPJS Pusat. Dalam hal ini perlu ada pengaturan besaran *sharing* antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah daerah, di mana 60% warga miskin ditanggung pemerintah pusat, 25% masyarakat miskin ditanggung pemerintah provinsi, dan 15% masyarakat miskin ditanggung pemerintah kabupaten/kota. Sedangkan mekanismenya adalah dana ditransfer ke Bapel Dinkes Daerah setiap bulan, tapi jika pada bulan ke 10 dana masih cukup, tidak usah ditransfer lagi, sisa dana yang ada dianggap sisa hasil usaha. Itu adalah skenario normal dengan kapasitas keuangannya 1 (satu) Tapi yang masih menjadi pertanyaan adalah bagaimana dengan Kabupaten Gunung Kidul yang kapasitas keuangannya 0,7? Dalam hal ini pemerintah pusat harus membiayai bukan hanya 60% tapi

³² Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, dan seorang staf Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

³³ *Ibid.*

³⁴ Jawaban tertulis Bappeda Provinsi DIY, Selasa, 2 Agustus 2011.

³⁵ Hasil wawancara dengan Ketua Verifikator UPT Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

³⁶ Jawaban tertulis Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

³⁷ Hasil wawancara dengan Kepala Sub bagian Kesejahteraan Sosial Bappeda Provinsi DIY, Jum'at, 22 Juli 2011.

75% masyarakat miskin di Kabupaten Gunung Kidul. Jadi *sharing* disesuaikan dengan kapasitas keuangan daerah masing-masing. Tapi masalahnya, apakah pemerintah pusat dan pemerintah provinsi bisa menangani hal teknis seperti ini?³⁸ Hal tersebut terkait dengan kondisi nyata di lapangan bahwa selama ini Jamkesda telah berjalan baik di Kota Yogyakarta, namun pemerintah provinsi mempunyai keinginan membuat Jamkesda yang kemungkinan akan memaksa pemerintah daerah yang kaya (ber-PAD tinggi) untuk menyumbangkan sebagian anggarannya kepada daerah lain yang PAD-nya rendah. Selain itu, program Jamkesda juga akan mengubah mekanisme yang selama ini sudah ada.

Dengan melihat kapasitas keuangan daerah, akan lebih baik jika ada alokasi khusus dana untuk orang miskin terutama untuk kesehatan. Jamsos menjadi DAK, jangan masuk ke pemerintah provinsi, namun langsung ke pemerintah kota, sesuai jumlah orang miskin. Seharusnya dana dibayarkan setiap bulan, tapi jika sulit dapat dibayarkan setiap tahun saja.³⁹ Ini merupakan gagasan yang didasarkan pengalaman selama ini bahwa apa yang dilakukan pemerintah kota lebih efektif dan efisien dibanding apa yang dilakukan pemerintah pusat dan pemerintah provinsi. Ini merupakan dampak dari kebijakan otonomi daerah, di mana jika dilakukan secara serius dan profesional, maka Pemerintah akan dapat memberikan layanan kesehatan yang terbaik bagi masyarakat.

Mengenai BPJS, seharusnya dilihat apakah yang dikelola itu dana amanat atau dana iuran, iuran yang dibayarkan atau yang dibayar sendiri. Kalau dana amanat logikanya, kalau ada sisa dana akan digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan jaminan, tapi kalau BUMN beda. Jadi kalau 4 BUMN akan digabung, maka untuk orang miskin harus dipisahkan sendiri. Kalau dana sisa akan dikembalikan ke kas negara.⁴⁰ Dengan demikian BUMN yang selama ini memonopoli asuransi PNS, TNI, dan Polri tak perlu cemas, yang penting ada mekanisme khusus untuk memberikan jaminan sosial bagi masyarakat miskin. Ada sisi profit yang harus dikelola di samping sisi sosial bagi masyarakat miskin. Ini adalah konsekuensi, jika 4 BUMN ditetapkan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Yang menarik terkait dengan BPJS adalah menempatkan masyarakat mempunyai tanggung

jawab yang sama dengan pemerintah.⁴¹ Dalam hal ini prinsip keadilan sosial menjadi latar belakang, dan hendaknya semua pihak melaksanakannya dengan ikhlas. Sebaiknya tak perlu ada paksaan seseorang untuk mengikuti asuransi, kalau yang bersangkutan mampu, biarkan mengikuti berbagai asuransi yang ada. Sedang untuk masyarakat miskin asuransinya perlu dipisah, karena itu akan menciptakan bentuk tanggung jawab bersama.⁴² Ini sesuai dengan prinsip negara demokratis yang memperhatikan kemampuan seseorang sebagai pertimbangan dalam pemberian bantuan dan jaminan sosial.

UU SJSN merupakan salah satu payung hukum dan acuan penyusunan dan penerapan kebijakan sistem penjaminan sosial bagi masyarakat DIY oleh Pemerintah Provinsi DIY. Kemudian, sistem penjaminan sosial ini, tidak hanya menjadi tugas dan tanggung jawab pada level provinsi, melainkan juga pada level kabupaten/kota maka perlu ada kesepahaman dalam penyusunan sistem jaminan sosial provinsi dan kabupaten/kota yang integral sehingga diharapkan menjadi sistem penjaminan sosial yang berjalan dengan baik dan berkelanjutan, selain itu juga mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat di Provinsi DIY.⁴³ Dengan demikian pengelolaan jaminan sosial bagi masyarakat dapat dilakukan secara komprehensif.

Komparasi

Persamaan

Ada beberapa kesamaan antara penyelenggaraan jaminan sosial di Kabupaten Jembrana dan penyelenggaraan jaminan sosial di Kota Yogyakarta.

Pertama, pelaksanaan Jamsosda didasarkan pada Keputusan Mahkamah Konstitusi atas perkara No. 007/PUU-III/2005 yang memberi peluang kepada pemerintah daerah untuk membentuk badan penyelenggara jaminan sosial tingkat daerah dengan peraturan daerah, dengan memenuhi ketentuan tentang sistem jaminan sosial nasional sebagaimana diatur dalam UU SJSN.

Kedua, Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta merupakan 2 dari 205 Pemerintah Daerah di Indonesia yang membuat Program Jamkesda bagi sebagian atau seluruh penduduk di wilayah administratifnya. Program Jamkesda tersebut berdasarkan PP No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah,

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Hasil wawancara dengan Ketua Verifikator UPT Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

⁴¹ Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Bimbingan dan Peningkatan Kesejahteraan Sosial Dinsosnakertrans Kota Yogyakarta, Rabu, 20 Juli 2011.

⁴² *Ibid.*

⁴³ Jawaban tertulis Bappeda Provinsi DIY, Selasa, 2 Agustus 2011.

Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Kabupaten/Kota yang menetapkan “pengelolaan/ penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kondisi lokal dan Pemda melaksanakan tugas pembantuan dalam penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional”.

Ketiga, dalam hal pembuatan kebijakan sosial yaitu selain didasarkan pada komitmen yang kuat dari pihak Pemerintah, juga melibatkan masyarakat yang akan dikenakan program. Penjaringan aspirasi masyarakat dilakukan melalui berbagai kesempatan seperti pertemuan aktivis dengan masyarakat, atau rapat dengar pendapat di DPRD.

Keempat, dalam hal implementasi program Jamkesda yaitu memberikan jaminan kesehatan sepenuhnya kepada masyarakat miskin dan memberikan bantuan seperlunya (setelah melalui verifikasi) kepada masyarakat yang terancam miskin karena alasan pengobatan. Jumlah bantuan berdasarkan verifikasi tertentu ini relatif, sesuai kondisi keluarga yang bersangkutan.

Kelima, dalam hal penggunaan data kemiskinan, di mana kedua pemerintah daerah itu tidak menggunakan data BPS yang dinilai *out of date*, tetapi menggunakan pendataan sendiri dengan kriteria yang berbeda, lebih detail dan relevan dengan kondisi terkini. Konsekuensinya, jumlah orang miskin yang harus disantuni dan dijamin hak-hak sosialnya lebih banyak dari jumlah yang dikemukakan BPS. Namun hal ini tidak menjadi masalah, karena misi dari kedua pemerintah daerah tersebut adalah memberikan bantuan dan jaminan sosial yang tepat sasaran.

Keenam, memiliki problem yang sama terkait dengan rencana penyelenggaraan jaminan sosial di tingkat provinsi. Pada saat penelitian ini dilakukan, di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta sedang terjadi transisi penyelenggaraan jaminan sosial daerah.

Di Kabupaten Jembrana, sejak tanggal 1 Oktober 2011 diberlakukan JKBM yang masih menyisakan pro dan kontra. Menurut kalangan yang pro, JKBM yang diselenggarakan di bawah naungan pemerintah provinsi akan lebih baik, karena memiliki cakupan layanan yang lebih luas. Namun menurut kalangan yang kontra, dengan sistem dan mekanisme yang baru dikhawatirkan layanan kesehatan bagi masyarakat terutama masyarakat miskin tidak akan optimal. Dalam mekanisme baru banyak hal yang mungkin akan menjadi celah yang mengakibatkan penyimpangan atau pelanggaran. Selain itu, penyelenggaraan JKBM juga memaksa kabupaten/kota yang PAD-nya tinggi menyumbangkan sebagian anggarannya untuk kabupaten/kota lain yang PAD-nya lebih rendah.

Di Kota Yogyakarta, pada saat penelitian ini dilakukan, juga sedang terjadi transisi penyelenggaraan jaminan sosial dari yang semula diselenggarakan Kabupaten/Kota menuju Jamkesda yang penyelenggaranya adalah Pemerintah Provinsi. Sebagaimana yang terjadi di Kabupaten Jembrana, transisi ini juga menimbulkan perdebatan di antara para pengamat maupun aktivis. Pihak yang pro, beralasan bahwa Jamkesda akan lebih baik karena mencakup lebih banyak orang yang dijamin. Jamkesda akan lebih memudahkan layanan kesehatan masyarakat di seluruh Provinsi Yogyakarta. Namun menurut yang kontra, jaminan sosial daerah tidak perlu dikelola oleh pemerintah provinsi, karena pemerintah provinsi seharusnya mengawasi kebijakannya saja. Selain itu, alasan finansial juga menjadi keberatan Daerah yang PAD-nya tinggi, karena harus menyumbangkan dananya untuk daerah lain yang PAD-nya rendah.

Perbedaan

Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Kota Yogyakarta memiliki perbedaan dalam hal jumlah atau besaran dana yang diberikan sebagai santunan kepada masyarakat. Pemerintah Kabupaten Jembrana memberikan santunan dengan perbedaan, yaitu Rp2 juta untuk penduduk usia produktif dan Rp1 juta untuk penduduk lanjut usia yang meninggal. Sementara Pemerintah Kota Yogyakarta memberikan santunan kepada semua warga yang meninggal sebesar Rp600 ribu.

Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Kota Yogyakarta juga memiliki perbedaan dalam hal koordinasi dengan pemerintah provinsi, di mana Pemerintah Kota Yogyakarta memiliki komunikasi yang lebih erat dan koordinasi yang lebih baik dengan pemerintah provinsi. dikarenakan Provinsi DIY dipimpin oleh gubernur yang sekaligus juga Sultan (raja) yang disegani masyarakat. Tidak demikian dengan hubungan antara Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Provinsi Bali, dimana Provinsi Bali bukan daerah berstatus khusus seperti Pemerintah DIY. Di Bali, gubernur merupakan pilihan masyarakat melalui Pilkada, sehingga gubernur terpilih belum tentu berasal dari kalangan ningrat apalagi berstatus sebagai raja yang disegani masyarakat.

Simpulan

Penyelenggaraan jaminan sosial daerah di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta merupakan sebuah kebijakan pemerintah daerah yang dimaksudkan untuk memberi jaminan sosial masyarakat terutama di bidang kesehatan. Kebijakan tersebut dibuat untuk mengisi kekosongan pelaksanaan jaminan sosial berdasarkan UU SJSN.

Meskipun keberadaannya sangat berarti bagi masyarakat, namun status hukum Jamkesda di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta sering kali dipertanyakan. Sebagai turunan dari sebuah kebijakan sosial yang populis, jaminan sosial daerah di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta pada akhirnya harus mengalami benturan, di mana terjadi transisi sistem jaminan sosial yang semula dikelola pemerintah kabupaten/kota menjadi jaminan sosial yang dikelola oleh pemerintah provinsi.

Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Kota Yogyakarta memiliki persamaan dalam penyelenggaraan jaminan sosial daerah, yaitu:

- a. Penyelenggaraan Jaminan sosial daerah di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta sama-sama didasarkan pada Keputusan Mahkamah Konstitusi atas perkara No. 007/PUU-III/2005 yang memberi peluang kepada pemerintah daerah untuk membentuk badan penyelenggara jaminan sosial tingkat daerah dengan peraturan daerah, dengan memenuhi ketentuan tentang sistem jaminan sosial nasional sebagaimana diatur dalam UU SJSN.
- b. Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Kota Yogyakarta merupakan dua dari 205 pemerintah daerah di Indonesia yang memanfaatkan peluang sambil menunggu disahkannya UU BPJS dan peraturan-peraturan pelaksanaan UU SJSN lainnya. Kedua pemerintahan tersebut membuat Program Jamkesda bagi masyarakat, dengan berdasar pada PP No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Kabupaten dan Kota.
- c. Program Jaminan sosial daerah di Kabupaten Jembrana dan Kota Yogyakarta didasarkan pada komitmen yang kuat dari pihak pemerintah dan juga keterlibatan masyarakat yang akan dikenakan program.
- d. Dalam hal implementasi kebijakan, Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Kota Yogyakarta memberikan jaminan pembiayaan sepenuhnya kepada masyarakat miskin dan memberikan bantuan seperlunya (melalui verifikasi) kepada masyarakat yang terancam miskin karena alasan pengobatan.
- e. Dalam hal penentuan kriteria kemiskinan, Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Kota Yogyakarta menggunakan kriteria sendiri yang lebih detail dan relevan dengan kondisi terkini, walau dengan konsekuensi membengkaknya jumlah orang

miskin yang harus disantuni dan diberikan jaminan sosial.

- f. Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Kota Yogyakarta sama-sama dalam masa transisi penyelenggaraan jaminan sosial daerah, yang semula diselenggarakan oleh pemerintah kabupaten/kota menuju jaminan sosial daerah yang diselenggarakan oleh pemerintah provinsi.

Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Kota Yogyakarta memiliki perbedaan, yaitu:

- a. Dalam hal besaran santunan kematian. Di Kabupaten Jembrana, warga usia produktif yang meninggal diberikan santunan sebesar Rp2 juta, dan untuk warga lanjut usia yang meninggal diberikan santunan sebesar Rp1 juta. Sementara di Kota Yogyakarta, semua warga yang meninggal mendapat santuan yang sama, yaitu Rp600 ribu.
- b. Dalam hal koordinasi dengan pemerintah provinsi. Pemerintah Kota Yogyakarta memiliki komunikasi yang lebih erat dan koordinasi yang lebih baik dengan pemerintah provinsi, dikarenakan Provinsi DIY dipimpin oleh gubernur yang sekaligus juga seorang Sultan (raja), sedangkan Pemerintah Kabupaten Jembrana tidak demikian.

Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka saran yang dapat dikemukakan adalah:

- a. Diperlukan koordinasi yang lebih baik antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota dalam rangka penyelenggaraan jaminan sosial daerah.
- b. Koordinasi antarpemerintahan dari pusat hingga ke daerah perlu dilakukan secara maksimal dalam rangka mewujudkan amanah UU SJSN, yaitu memberikan jaminan sosial kepada seluruh masyarakat.
- c. Koordinasi antarpemerintahan dari pusat hingga ke daerah perlu dilakukan secara maksimal dengan memperhatikan pembagian tugas dan wewenang yang jelas di antara mereka, termasuk masalah *sharing* dan alokasi dana jaminan sosial bagi masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Ambrosino, Rosalie & Ambrosino, Robert & Hefferman, Joseph & Shuttlesworth, Guy. 2008. *Social Work and Social Welfare: An Introduction, Sixth Edition*. USA: Brooks/Cole, 10 Davis Drive, Belmont, CA 94002-3098.
- Barusch, Amanda Smith. 2006. *Foundations of Social Policy: Social Justice in Human Perspective*, Second Edition. USA: Thomson Higher Education, 10 Davis Drive, Belmont, CA 94002-3098.
- Creswell, John W. TT. *Research Design, Qualitative and Quantitative Approaches*. USA: SAGE Publications, Inc. 2455 Teller Road, Thousand Oaks, California 91320.
- Friedmann, John. 1998. *Empowerment: The Politics of Alternative Development*. USA: Blackwell Publishers Inc., 350 Main Street, Malden, Massachusetts 02148.
- Kirst-Ashman*, Karen K. 2007. *Introduction to Social Work & Social Welfare: Critical Thinking Perspectives Second Edition*. USA: Thomson Higher Education, 10 Davis Drive, Belmont, CA 94002-3098.
- Midgley, James. 1995. *Social Development: The Developmental Perspective in Social Welfare*. UK: Sage Publications Ltd., 6 Bonhill Street, London EC2A 4PU.
- Neuman, W. Lawrence. 2006. *Social Research Method: Qualitative and Quantitative Approaches, Sixth Edition*. USA: Pearson International Edition, Inc..
- Payne, Malcolm. 2005. *Modern Social Work Theory, Third Edition*. USA: Palgrave Macmillan, Houndsmills, Basingstoke, Hampshire RG21 6XS and 175 Fifth Avenue, New York, NY 10010.
- Pidgett, Deborah K. 1998. *Qualitative Methods in Social Work Research: Challenges and Rewards*, Sage Publication Inc. USA: Thousand Oaks, California 91320.
- Prijono, Onny S. 1996. "Organisasi Non-Pemerintah (NGOs): Peran dan Pembedayaannya, dalam Onny S. Prijono dan A.M.W. Pranarka (Penyunting), *Pemberdayaan (Konsep, Kebijakan dan Implementasinya)*. Jakarta: CSIS.
- Reichert, Elisabeth. 2003. *Social Work and Human Rights: A Foundation for Policy and Practice*. USA: Columbia University Press, New York.
- Shera, Wes & Wells, Lilian M., Ed.. 1999. *Empowerment Practice in Social Work: Developing Rieher Conceptual Frameworks*. USA: Canadian Scholars' Press Inc., 180 Floor Street West, Ste. 1202, Toronto, Ontario, M5S 2V6.
- Suharto, Edi. 2007. *Kebijakan Sosial sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Suharto, Suharto. 2009. *Membangun Masyarakat – Memberdayakan Masyarakat (Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial dan Pekerjaan Sosial)*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Suharto, Edi. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia: Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Wibhawa, Budhi; Raharjo, Santoso T, dan Budiarti S., Meilany. 2010. *Dasar-Dasar Pekerjaan Sosial: Pengantar Profesi Pekerjaan Sosial*. Bandung: Widya Pajajaran.

Internet dan Dokumen

UU SJSN

----, *Jamkesda Yogya Jamin Warga Miskin*, <http://m.inilah.com/read/detail/17639/jamkesda-yogya-jamin-warga-miskin>, diakses Rabu, 25 Mei 2011.

----, *Jamkesda Bali Habiskan Dana Rp. 22,9 Miliar*, <http://bataviase.co.id/node/236332>, diakses Rabu, 25 Mei 2011.

----, *Penduduk Miskin Bali Maret 2010 Capai 174,93 Ribu Orang*, <http://bali.bps.go.id/index.php?reg=med&hal=10&inpt=>, diakses Rabu, 15 Juni 2011.

----, *Tingkat Kemiskinan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Maret 2010 Sebesar 16,83 Persen*, <http://yogyakarta.bps.go.id/brs/191-berita-resmi-statistik-1-juli-2010.html>, diakses Rabu, 15 Juni 2011.

Data Dinsosnakertrans Kota Yogyakarta, 2011.

Wawancara

Wawancara dengan Kepala Bidang SDM Litbang Bappeda, Kepala Bidang Ekonomi dan Penanaman Modal Litbang Bappeda, serta Staf Khusus Bappeda Kabupaten Jembrana, Senin, 3 Oktober 2011.

Wawancara dengan seorang narasumber, Senin, 3 Oktober 2011.

Wawancara dengan seorang mantan Bupati Kabupten Jembrana, Selasa, 4 Oktober 2011.

Wawancara dengan Kepala Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, dan seorang staf Bidang Kesejahteraan Sosial Bappeda Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

Wawancara dengan Kepala Bidang Bimbingan dan Peningkatan Kesejahteraan Sosial Dinsosnakertrans Kota Yogyakarta, Rabu, 20 Juli 2011.

Wawancara dengan seorang perempuan dokter gigi yang menjabat sebagai verifikator UPT Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

Wawancara dengan seorang perempuan pelayan toko di Malioboro, Kota Yogyakarta, Selasa 19 Juli 2011.

Wawancara dengan seorang lelaki sopir taksi di wilayah Kota Yogyakarta, Rabu, 20 Juli 2011.

Wawancara dengan seorang perempuan PSM di wilayah Kota Yogyakarta, Selasa, 19 Juli 2011.

Wawancara dengan Ketua Verifikator UPT Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

Jawaban Tertulis Narasumber

Jawaban tertulis Bappeda Kabupaten Jembrana, Kamis, 10 Oktober 2011.

Jawaban tertulis Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, Selasa, 4 Oktober 2011.

Jawaban tertulis Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Senin, 18 Juli 2011.

Jawaban tertulis Bappeda Provinsi DIY, Selasa, 2 Agustus 2011.

Singkatan

UU = Undang-Undang.

RUU = Rancangan Undang-Undang.

SJSN = Sistem Jaminan Sosial Nasional.

BPJS = Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Jamkesda = Jaminan Kesehatan Daerah.

Jamkesmas = Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Askeskin = Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin.

Jamkessos = Jaminan Kesehatan Sosial.

Jamkesta = Jaminan Kesehatan Semesta.

JKJ = Jaminan Kesehatan Jembrana.

JKBM = Jaminan Kesehatan Bali Mandara.

SKTM = Surat Keterangan Tidak Mampu

UPT = Unit Pelaksana Teknis.

DAK = Dana Alokasi Khusus.

PAD = Pendapatan Asli Daerah.

DIY = Daerah Istimewa Yogyakarta.

BPS = Badan Pusat Statistik.