**LAPORAN PENELITIAN**

**PELAKSANAAN**

**PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL ( JKN )**

**DI KABUPATEN TEGAL**

**Di Susun Oleh :**

**Ketua : Soesi Idayanti, SH.MH.**

**Anggota : 1. Toni Haryadi. SH.MH**

**2. Dr.Moh.Khamim. SH.MH**

**3. Moh. Taufik, MM.MH**

**4. Dr. Mukhidin, SH.MH**

**5. Dwijoyo Hartoyo, SH.MH**

**PROGRAM STUDI ILMU HUKUM**

**FAKULTAS HUKUM**

**UNIVERSITAS PANCASAKTI TEGAL**

**2020**

**PENGESAHAN**

1. JudulPenelitian : Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di KabupatenTegal
2. KetuaPeneliti
3. Nama Lengkap : Soesi Idayanti, SH.MH
4. JenisKelamin : Perempuan
5. NIDN : 0627086403
6. JabatanFungsional : Lektor
7. Fakultas/ Jurusan : Hukum/ IlmuHukum
8. Telp/ Fax/ E-mail : 0815 7516 5445
9. Jumlah Anggota Peneliti : 5 Orang

Nama : 1. Toni Haryadi, SH.MH

2. Dr. Moh.Khamim, SH.MH

3. Moh.Taufik, MM.MH

4. Dr. Mukhidin, SH.MH

5. Dwijoyo Hartoyo, SH.MH

1. JangkaWaktuPenelitian : 6 Bulan
2. Pembiayaan : Rp. 4.500.000,-

Tegal, 12 Mei 2020

Mengetahui,

Dekan Fakultas Hukum Ketua Peneliti,

**Dr. Achmad Irwan Hamzani Soesi Idayanti, SH.MH.**

**NIDN. 0615067604 NIDN. 0627086403**

Menyetujui,

Ketua Lembaga Penelitian dan Pengembangan

**Irfan Santoso, ST.MT.**

**NIDN. 062106800**

**RINGKASAN**

Penelitian tentang pelaksaan program Jaminan Kesehatan Nasional di Kab.Tegal ini merupakan kajian untuk memperkaya khazanah penelitian tentang Hukum Kesehatan. Permasalahan kesehatan merupakan salah satu hak dasar bagi warga Negara dan merupakan kewajiban Negara menjalankan amanah konstitusi negara Indonesia yang termaktub di dalam pembukaan UUD RI 1945 alinea ke 4.

Program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional ) adalah merupakan upaya Negara untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dan meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan agar bisa menjangkau semua lapisan masyarakat dengan semangat gotong royong. Pada pelaksaannya banyak terjadi kendala. Kendala yang muncul di masyarakat khusunya yang ada di Kabupaten Tegal. Selain biaya BPJS juga adanya keluhan mengenai pelayanan kesehatan bagi pengguna BPJS terutama pengguna yang disubsidi oleh Daerah dan bukan mandiri. Penelitian ini mencoba menggali segala permasahan dan kendala yang muncul dalam pelaksanaan Program JKN khususnya di KabupatenTegal.

Metode pendekatan yang dipakai penelitia dalah menggunakan metode penelitian hokum empiris adalah suatu metode penelitian hukum yang berfungsi untuk melihat hukum dalam artian nyata dan meneliti bagaimana bekerjanya hokum di lingkungan masyarakat. Jenis penelitian deskriptif kualitatif. Lokasi penelitian di layanan operasional BPJS Tegal khususnya KabupatenTegal.

Penelitian ini menjelaskan kendala kendala yang muncul dalam pelaksanaan program JKN KIS Kabupaten Tegal dan menjelaskan cara untuk mengatasi kendala pelaksanaan sehingga dapat memaksimalkan indicator indicator kesuksesan program yaitu terjadi pemerataan layanan kesehatan warga dan terlaksananya kesehatan semua lapisan masyarakat.

Kata Kunci :***Program Jaminan Kesehatan Nasional, Pelayanan Kesehatan.***

**KATA PENGANTAR**

Dengan mengucapkan syukur kepada Allah SWT, *alhamdulilah* penyusunan Penelitian ini dapat selesai. Dengan Penelitian ini sebagai wujud terlaksananya Tri Darma Perguruan Tinggi, serta dapat memberi konstribusi khasahan keilmuan. Shalawat dan salam penulis sampaikan kepada Rasulullah SAW, yang telah membawa rahmat sekalianalam.

Penyusunan penelitian ini tidak lepas dari bantuan dan dorongan berbagai pihak yang kepadanya patut diucapkan terima kasih. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada :

1. Prof.Dr. Fakhruddin.M.Pd. (RektorUniversitasPancasaktiTegal)
2. Dr. H. Achmad Irwan Hamzani, S.HI, M.Ag. (Dekan Fakultas Hukum Universitas Pancasakti Tegal).
3. Kanti Rahayu, S.H.,M.H. (Wakil Dekan I Fakultas Hukum Universitas Pancasakti Tegal).
4. Dr. H. Sanusi, S.H.,M.H. (Wakil Dekan II Fakultas Hukum Universitas Pancasakti Tegal)
5. Imam Asmarudin, S.H.,M.H. (Wakil Dekan III Fakultas Hukum Universitas Pancasakti Tegal).
6. Tyas Vika Widyastuti, S.H.,M.H. (Sekretaris Program Studi Ilmu Hukum Universitas Pancasakti).
7. Segenap Dosen dan Karyawan Fakultas Hukum Universitas Pancasakti Tegal.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan mereka dengan balasan yang lebih dari yang mereka berikan kepada penulis. Akhirnya hanya kepada Allah SWT, penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca umumnya.

Tegal, 12 Mei 2020

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN SAMPUL----------------------------------------------------------------------i**

**HALAMAN PENGESAHAN-------------------------------------------------------------ii**

**RINGKASAN--------------------------------------------------------------------------------iii**

**KATA PENGANTAR----------------------------------------------------------------------iv**

**BAB I. Pendahuluan 1 A. LatarBelakang---------------------------------------------------------------- 1**

1. **RumusanMasalah-------------------------------------------------------------7**
2. **TujuanPenelitian------------------------------------------------------------- 7**
3. **Luaran Yang Ditargetkan--------------------------------------------------- 8**
4. **Penelitian Yang Relevan----------------------------------------------------- 8**
5. **MetodePenelitian-------------------------------------------------------------10**

**BAB II--------------------------------------------------------------------------------------- 13**

**BAB III-------------------------------------------------------------------------------------- 47**

**BAB IV-------------------------------------------------------------------------------------- 62**

**BAB V---------------------------------------------------------------------------------------- 71**

**BAB VI-------------------------------------------------------------------------------------- 77**

**DAFTAR PUSTAKA----------------------------------------------------------------------79**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

Amanat Konstitusi kepada negara di dalam pembukaan Undang Undang Dasar RI 1945 adalah negara melindungi segenap tumpah darah Indonesia dan melindungi segenap warga Negara Indonesia. Salah satu bentuk perlindungan kepada warga negara adalah bagaimana Negara bisa memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna kepada warganya tanpa membedakan suku dan agama tertentu. Pelayanan kesehatan merupakan hakyang mendasar bagi masyarakat Indonesia dimana pelayanan yang dibutuhkan harus disediakan dan dijaminkan oleh Pemerintah Indonesia sebagaimana tercantum dalamUndang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun1945 Pasal 28H ayat (1) dan ayat(3) yang berbunyi:

*“(1) Bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera, lahirdan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baikdan sehat serta berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan”. “(3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat*”,

Serta dalam Pasal 34 ayat (2) yang berbunyi:

*“Negara mengembangkan sistem jaminan social bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.*

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah[[1]](#footnote-1).

Fenomena yang terjadi di Indonesia sekarang ini tentang tingkat kesehatan dalam masyarakat adalah sulitnya akses dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini tidak saja terjadi diperkotaan, namun juga terjadi dikabupaten dan pedesaan, sehingga muncul kalimat dalam masyarakat bahwa orang miskin dilarang sakit. Kesulitan pelayanan tersebut utamanya dipengaruhi oleh faktor finansial. Beberapa contoh dapat dilihat didaerah-daerah di Indonesia pada masyarakat miskin yang menderita sakit parah atau penyakit tergolong berarti tidak dapat disembuhkan karena ketiadaan biaya pengobatan sehingga pada akhirnya lambat ditangani atau sama sekali tidak ditangani sehingga pada akhirnya penyakitnya semakin parah bahkan berakibat kematian.

Isyu dan rencana Pemerintah yang akan menaikan tarif biaya bulanan BPJS Kesehatan terutama bagi pengguna yang disubsidi akan menjadi persoalan yang serius untuk dicermati, karena salah satu persoalan utama adanya keterbatasan anggaran BPJS Kesehatan yang tidak bisa atau terlambat membayar kepada rumah sakit adalah kurangnya kesadaran untuk melakukan pembayaran BPJS Kesehatan secara rutin setiap bulan. Masyarakat banyak yang membayar kalau akan sakit atau mau masuk rumah sakit.

Selanjutnya, faktor penyebab lainnya adalah sumber daya manusia yang relative rendah yang menyebabkan keterbatasan informasi,misalnya tentang aturan hak dan kewajiban masyarakat sebagai pasien yang membutuhkan pelayanan medis agar dapat terhindar dari hal yang tidak diinginkan seperti pelayanan dari tenaga medis yang kurang menyenangkan, malpraktek, dan lainnya. Berdasarkan beberapa factor diatas, membuat pemerintah melahirkan atau membuat Program Jaminan Kesehatan untuk masyarakat miskin yang dikenal dengan istilah Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Jamkesmas adalah program bantuan social untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dan diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan secara menyeluruh bagi masyarakat miskin, sehingga masyarakat miskin juga dapat merasakan pelayanan kesehatan ketika mengalami sakit. Tujuan Jamkesmas adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh warga miskin dan tidak mampu agar tercapai derajad kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.[[2]](#footnote-2)

Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan kepada masyarakat, terutama pada orang miskin, yaitu mulai dari Jamkesmas,namun program tersebut dianggap belum efektif berjalan, sehingga akhirnya Pemerintah membentuk Program Jaminan Kesehatan Nasional(JKN) melalui BPJS Kesehatan.

Badan PenyelenggaraJaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima pensiunPNS danTNI/POLRI,Veteran,Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan badan usaha lainnya atau pun rakyat biasa.[[3]](#footnote-3)

Program JKN merupakan suatu program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap masyarakat Indonesia agar dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Program ini merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang bersifat wajib bagi seluruh masyarakat melalui Badan Penyelenggara Jaminan (BPJS) Kesehatan. Implementasi program JKN oleh BPJS Kesehatan dimulai sejak 1 Januari 2014.[[4]](#footnote-4)

Program JKN di Tegal terutama pada BPJS Kesehatan Tegal,mulai dilaksanakan tahun 2014, peserta JKN-KIS ada dua kategori yaitu peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan NONPBI. Peserta PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dantidak mampu sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan. Jumlah pengguna kategori Penerima Bantuan Iuran sejumah 736.762 peserta. Sedangkan Peserta Non PBI Jaminan Kesehatan merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.

Implementasi program JKN pada awal pelaksanaannya mengalami beberapa kendala seperti belum semua penduduk tercakup menjadi peserta, distribusi pelayanan kesehatan yang belum merata, kualitas pelayanan kesehatan yang bervariasi, sistem rujukan serta pembayaran yang belum optomal. Ketidak merataan ketersediaan fasilitas kesehatan dan kondisi geografis yang sangat bervariasi, menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan kesehatan antara kelompok masyarakat (DJSN, 2012)[[5]](#footnote-5)

Rendahnya kualitas pelayanan public merupakan salah satu sorotan yang diarahkan kepada birokrasi pemerintah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Perbaikan pelayanan public di era reformasi merupakan harapan seluruh masyarakat namun perjalanannya ternyata tidak mengalami perubahan yang signifikan.Berbagai tanggapan masyarakat justru cenderung menunjukkan bahwa berbagai jenis pelayanan public mengalami kemunduran yang sebagian ditandai dengan banyaknya penyimpangan dalam layanan public yang lamban dalam memberikan pelayanan juga merupakan aspek layanan public yang banyak disoroti. Dalam bidang layanan publik, upaya- upaya telah dilakukan dengan menetapkan standar pelayanan publik dalam mewujudkan standar pelayanan public yang cepat,murah dan transparan. Hal tersebut terkait dengan pelaksanaan sistem dan prosedur pelayanan yang kurang efektif,berbelit-belit, lamban,tidak merespon kepentingan pelanggan, dan lain-lain adalah sederetan atribut negatif yang dilimpahkan kepada birokrasi[[6]](#footnote-6)

Kurangnya implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional tersebut juga dipicu dari pihak masyarakatnya yang kurang mengetahuiakan pentingnya mengikuti program yang diadakan pemerintah tersebut,dengan kata lain masyarakat sudah lebih dulu beranggapan bahwa pelayanan yang akan diberikan akan lambat, sehingga masyarakat lebih memilih untuk merogoh kocek dari kantong sendiri ketika sedang mengalami sakit, padahal pemerintah juga telah memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu, seperti Jamkesmas, namun ada juga masyarakat miskin yang belum mempunyai kartu JKN tersebut, justru kebanyakan yang terjadi sekarang orang yang seharusnya mampu juga menjadi pesertaJKN(Jamkesmas).

Melihat masih banyaknya fenomena tersebut, hal seperti itu bias dipicu dari kurangnya sosialisasi baik dari penyelenggara program jaminan BPJS Kesehatan kepada masyarakat tentang pentingnya program jaminan kesehatan nasional. Pendataan yang harus benar-benar teliti untuk melihat apakah masyarakt ini tergolong masyarakat miskin yang harus menjadi peserta JKN (Jamkesmas) atau menjadi peserta JKN yang setiap bulannya harus membayar premi dari sebagian pendapatannya.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik melakukan penelitian terkait PelaksanaanProgram Jaminan Kesehatan (JKN ) di Kabupaten Tegal,mengingat kurangnya ketertarikan dan pengetahuan masyarakat terhadap program jaminan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah, kurang maksimal pelaksanaannya terutama dalam segi administrasi pelayanan kesehatan dan masih banyak masyarakat miskin yang belum mendaftar atau menjadi anggota BPJS Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian ini dilakukan di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Tegal khususnya wilayah Kabupaten Tegal, karena disini ruang lingkup pelayanan BPJS Kesehatan Cabang Tegal mencakup Kab Tegal, Kota Tegal dan Kabupaten Brebes. Peneliti beranggapan bahwa pelaksanaan kebijakan BPJS kesehatan agar bias dilaksanakan secara maksimal danagar dampak program BPJS dapat dirasakan oleh semua masyarakat. Dengan ini peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai **“Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Tegal.”**

**B. RumusanMasalah**

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka peneliti membuat rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan Program JKNdi KabupatenTegal?
2. Faktor-faktor atau kendala apa saja yanag menghambat pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Tegal ?
3. Cara apa yang dilakukan untuk mengatasi kendala pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Tegal

**C. TujuanPenelitian**

Berdasarkan rumusan masalah yang telah diuraikan, maka tujuan penelitian ini adalah sebagaiberikut:

1. Mendeskripsikan pelaksanaan Program JKN di KabupatenTegal.
2. Mengkaji factor atau kendala yang menghambat pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional(JKN) di KabupatenTegal.
3. Mengkaji cara untuk mengatasi kendala dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ) di Kabupaten Tegal.

**D. Luaran Yang Ditargetkan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **JENIS LUARAN** | **STATUS** | **KETERANAN** |
| **1** | Jurnal Nasional OJS | Accept / Publish | Wajib |
| **2** | Jurnal Nasional Terakreditasi |  | Tambahan\* |
| **3** | Jurnal Internasional Bereputasi |  | Tambahan\* |
| **4** | Proceeding Proceeding |  | Tambahan\* |
| **5** | Buku ISBN |  | Tambahan\* |
| **6** | Poster |  | Wajib |

**E. Penelitian Yang Relevan**

Adapun beberapa penelitan terdahulu yang relevan dengan penelitian ini adalah :

1. Rifki Rismawan, Diah Ayu, *Kebijakan Pembiayaan Jaminan Kesehatan Pemerintah Kota Palu di Era Jaminan Kesehatan Nasional* , 2018, Jurnal Kebijakan Kesehatan Kesehatan Nasional, UGM.Vol 07 No.04 desember 2018

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kontendan konteks implementasi kebijakan Pembiayaan JaminanKesehatan Pemerintah Kota Palu di era JKN, sehinggadapat menemukan faktor-faktor penghambat implementasikebijakan dan menggali bahan masukan bagi pengembanganJaminan Kesehatan dan Program Kesehatan lainnya menujucakupan pelayanan kesehatan semesta atau UHC di Kota

Persamaan nya dengan penelitian penulis adalah membahas tentang pembiayaan jaminan kesehatan.

Perbedaannya adalah penelitian penulis membahas tentang pelaksanaan jaminan kesehatan yang berlokasi di kabupaten Tegal.

1. Gabriella Faustina Santi Santoso, Evi Yulia Purwati, *Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat di Kota Semarag ( studi kasus kecamatan Tembalang),* Jurnal Undip, 2019, Vol 1 Nomor 1 Tahun 2019.ISSN 2337-3814

Penelitian ini membahas tentang manfaat JKN Kis bagi masyarakat miskin, dimana dari hasil prasurvey, ditemukan beberapa permasalahan terkait ketepatan sasaran program JKN-KIS. Kepesertaan JKN-KIS dilakukan secara merata, yakni seluruh warga kelurahan Tandang dan Rowosari sudah otomatis terdaftar sebagai peserta PBI dan berhak mendapatkan layanan kesehatan secara gratis. Kepesertaan yang dilakukan secara merata merupakan hasil dari program UHC di Kota Semarang, sehingga masyarakat dengan pendapatan tinggi pun dapat menikmati program JKN-KIS. Persamaannya dengan penelitian penulis sama-sama membahas tentang pelaksanaan JKN.

Perbedaannya penelitian penulis membahas tentang pelaksanaan Jaminan JKN di kabupaten Tegal.

**F. Metode Peneltian**

Metode penelitian merupakan suatu kegiatan ilmiah, yang didasarkan pada metode, sistematika, dan pemikiran tertentu yang bertujuan untuk mempelajari satu atau beberapa gejala hokum tertentu dengan jalan menganalisisnya[[7]](#footnote-7) metodeyang digunakan untuk melakukan penelitian iniyaitu sebagaiberikut:

1. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang dipakai peneliti adalah menggunakan metode penelitian hukum empirisa dalah suatu metode penelitian hukum yang berfungsi untuk melihat hukum dalam artian nyata dan meneliti bagaimana bekerjanya hukum di lingkungan masyarakat. Dikarenakan dalam penelitian ini meneliti orang dalam hubungan hidup di masyarakat maka metode penelitian hokum empiris dapat dikatakan sebagai penelitian hokum soiologis. Dapat dikatakan bahwa penelitian hukum yang diambil dari fakta-fakta yang ada dalam masyarakat, badan hukum atau pemerintah.

2. Jenis Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis deskriptif, yaitu yang bertujuan untuk memberikan gambaran secara sistematis, faktual, akurat terhadap suatu objek tertentu.[[8]](#footnote-8) Dalam penelitian ini penelitiakan mendiskripsikan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaanJaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan terhadap masyarakat pengguna Program JKN di Kabupaten Tegal.

3. Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian akan dilakukan di Kantor Layanan Operasional BPJS Kesehatan Cabang Tegal, khususnya di Kab Tegal.

4. Sumber Data

1. Data primer merupakan data yang diperoleh langsung oleh peneliti dari sumber penelitian dengan melakukan wawancara langsung dengsan subjek penelitian. Dalam hal ini adalah
2. Pihak dari BPJS Tegal seperti manajer.
3. Staf atau Pekerja di BPJS Tegal.
4. Peserta Program JKN di Kabupaten Tegal
5. Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung seperti melalui dokumen-dokumen resmi, buku-buku, jurnal, dan literatur- literatur lain yang relevan dengan penelitian ini.[[9]](#footnote-9) Kemudian dihubungkan dengan data primer yang diperoleh dari penelitian langsung dilapangan.

5. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini peneliti melakukan teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagaiberikut:

1. Studi kepustakaan

Merupakan suatu metode untuk mengumpulkan, mencari data melalui dokumen-dokumen resmi, buku-buku, laporan, peraturan prundang- undangan, publikasi dan kepustakaan lain yang berkaitan dengan penelitian ini.

1. Wawancara

Wawancara merupakan percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua belah pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan.

6. Metode Analisis Data

Penelitian ini peneliti menggunakan metode analisis deskriptif- kualitatif yaitu suatu analisis yang sifatnya menjelaskan atau menggambarkan mengenai peraturan-peraturan yang berlaku. Kemudian dikaitkan dengan kenyataan yang terjadi dimasyarakat dan akhirnya diambil kesimpulan.

**BAB II.**

**TINJAUAN KONSEPTUAA**

**A. Program Jaminan Kesehatan Nasional.**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan suatu program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian hukum kesehatan menyeluruh bagi masyarakat Indonesia untuk dapat mewujudkan hak hidup sehat,produktif dan sejahtera.Pemerintah telah mengeluarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagaimana tercantum pada Pasal 19 ayat (1) bahwa “Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip *ekuitas*”. Prinsip *ekuitas* yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.Pada ayat (2) menyebutkan bahwa “Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan”.

Program SJSN diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional tujuannya adalah untuk memenuhi dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran ataupun yang iurannya dibayar oleh pemerintah.

Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.Melalui prinsip asuransi sosial, kepesertaan JKN bersifat wajib bagi seluruh penduduk.Dengan prinsip ini diharapkan akan terjadi gotong royong antar peserta dalam dua hal. *Pertama*, gotong royong risiko sakit dari penduduk sehat kepada penduduk sakit.*Kedua*, gotong royong risiko pengeluaran kesehatan yang besar/katastropik dari penduduk kaya kepada penduduk miskin.Dengan demikian, hal ini akan mendukung terselenggaranya prinsip *ekuitas* (kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis),sehingga tidak ada lagi masyarakat yang memiliki halangan,khususnya halangan finansial,untuk mengakses pelayanan kesehatan.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar seluruh masyarakat disemua lapisan dapat memperoleh manfaat pada segi pemeliharaan dan pelayanan kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang merupakan badan hukum yang dibentuk oleh pemerintah.Tujuan dari program JKN adalah pemerataan dan penyediaan pelayanan kesehatan yang bisa diakses oleh semua kalangan dan lapisan masyarakat khususnya bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, sehingga dengan demikian dapat mewujudkan masyarakat yang sehat.[[10]](#footnote-10)

Program ini diperkirakan akan memberikan banyak perubahan terhadap sistem kesehatan di Indonesia,seperti pada sistem manajemen,pembiayaan, manajemen pelayanan kesehatan, manajemen informasi, koordinasi lintas sektor, dan lainnya. Peserta JKN per 1 Januari 2014 adalah peserta program-program jaminan kesehatan yang dialihkan secara langsung ke program JKN, yaitu peserta Jamkesmas,Askes PNS,Jaminan Kesehatan TNI/POLRI,dan JPK Jamsostek. Mulai saat itu pula, BPJS Kesehatan membuka pendaftaran bagi setiap penduduk yang ingin mendaftar JKN,baik perorangan, melalui perusahaan, ataupun melalui Pemerintah Daerah sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) daerah. Dengan adanya JKN maka seluruh rakyat Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik dengan iuran yang cukup kecil bahkan bagi masyarakat miskin atau Penerima Bantuan Iuran (PBI) akan ditanggungkesehatannya oleh Pemerintah.

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang meliputi :

1. Prinsip kegotongroyongan.

Dalam SJSN prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yanag sehat membantu yang sakit atau yang beresiko tinggi. Hal ini terwujud karena kepersertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

1. Prinsip nirlaba.

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS Kesehatan adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*) sebaliknya tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.Prinsip keterbukaan,kehati-hatian, akuntabilitas, efesiensi dan efektivitas. Prinsip-prinsip management ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya .

1. Prinsip *protabilitas.*

Prinsip probabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

1. Prinsip kepersertaan bersifat wajib.

Kepersertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi.Meskipun kepersertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai disektor pekerja disektor formal,bersamaan dengan itu disektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

1. Prinsip dana Amanat.

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

1. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial.

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.[[11]](#footnote-11)

Seharusnya dengan program JKN ini pemerintah mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat terutama masyarakat miskin.SJSN sebagai wujud tanggung jawab negara untuk menjamin hak konstitusi setiap warga negara atas jaminan sosial akan tetapi dalam pelaksanaannya penerapan SJSN mengalami beberapa kendala dan tantangan.Nyatanya sudah berjalan beberapa tahun ini masih terdapat berbagai permasalahan yang terjadi.mulai dari tidak meratanya fasilitas kesehatan,anggaran dan pemerataan jaminan kesehatan yang diterima oleh masyarakat, masalah hambatan geografis yang mengakibatkan *aksesibilitas* dan *afordabilitas* terhadap fasilitas pelayanan kesehatan seringkali absen keberadaannya. SJSN mengamankan penyelenggaraan 5 (lima) program jaminan yaitu ; Jaminan Kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dari kelima program jaminan, yang wajib menjadi prioritas SJSN adalah jaminan kesehatan.

Implementasi program JKN pada awal pelaksanaannya mengalami beberapa kendala seperti belum semua penduduk tercakup menjadi peserta, distribusi pelayanan kesehatan yang belum merata,kualitas pelayanan kesehatan yang bervariasi,sistem rujukan serta pembayaran yang belum optimal, ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan,sumberdaya manusia kesehatan dan kondisi geografis yang sangat bervariasi, menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan kesehatan antara masyarakat. Fasilitas kesehatan dasar yang masih belum memadai terutama untuk daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan.[[12]](#footnote-12)

**B. Kebijakan Publik**

Sebelum dibahas lebih jauh mengenai konsep kebijakan publik, kita perlu mengakaji terlebih dahulu mengenai konsep kebijakan atau dalam bahasa inggris sering kita dengar dengan istilah *policy*. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, kebijakan diartikan sebagai rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dancara bertindak (tentang pemerintahan, organisasi, dsb); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip dan garispedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran.

CarlJ Federick sebagaimana dikutip Leo Agustin omen definisikan kebijakan sebagai serangkaian tindakan / kegiatan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan) dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijaksanaan tersebutdalamrangkamencapaitujuan tertentu.Pendapatinijuga menunjukan bahwa ide kebijakan melibatkan perilaku yang memiliki maksuddan tujuanmerupakanbagianyang penting dari definisikebijakan, karena bagaimanapun kebijakan harus menunjukan apa yang sesungguhnya dikerjakan daripada apa yang diusulkan dalam beberapakegiatanpadasuatumasalah.

Solichin Abdul Wahab mengemukakan bahwa istilah kebijakan sendiri masih terjadi silang pendapat dan merupakan ajang perdebatan para ahli. Maka untuk memahami istilah kebijakan, Solichin Abdul Wahab (2008:40-50) memberikan beberapa pedoman sebagai berikut:

1. Kebijakan harus dibedakan dari keputusan
2. Kebijakan sebenarnya tidak serta merta dapat dibedakan dari administrasi
3. Kebijakanmencakupperilakudanharapan-harapan
4. Kebijakanmencakupketiadaantindakanataupunadanyatindakan
5. Kebijakanbiasanyamempunyaihasil akhiryangakandicapai
6. Setiap kebijakan memiliki tujuan atau sasaran tertentu baik eksplisitmaupunimplisit
7. Kebijakan munculdarisuatu proses yangberlangsung sepanjang waktu
8. Kebijakan meliputi hubungan-hubungan yang bersifat antar organisasidanyangbersifatintraorganisasi
9. Kebijakan publik meski tidak ekslusif menyangkut peran kunci lembaga-lembagapemerintah
10. Kebijakan itu dirumuskan atau didefinisikan secara subyektif.

Irfan Islamy sebagaimana dikutip Suandi (2010: 12) kebijakan harus dibedakan dengan kebijaksanaan. *Policy* diterjemahkan dengan kebijakan yang berbeda artinya dengan *wisdom* yang artinya kebijaksanaan. Pengertian kebijaksanaan memerlukan pertimbangan pertimbangan lebih jauh lagi, sedangkan kebijakan mencakup aturan- aturan yang ada didalamnya. James E Anderson sebagaimana dikutip Islamy mengungkapkan bahwa kebijakan adalah*“a purposive courseof action followed by anactororsetof actorsin dealing with a problem matter of concern”* (Serangkaian tindakan yangmempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu).

Konsep kebijakan yang ditawarkan oleh Anderson ini menurut Budi Winarno dianggap lebih tepat karena memusatkan perhatian pada apa yang sebenarnya dilakukan dan bukan pada apa yang diusulkan atau dimaksudkan. Selain itu konsep ini juga membedakan secara tegas antara kebijakan (*policy*) dengan keputusan (*decision*) yang mengandung arti pemilihan diantara berbagai alternatif yang ada.

Berdasarkan pendapat berbagai ahli tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan adalah tindakan-tindakan atau kegiatan yang sengaja dilakukan atau tidak dilakukan oleh seseorang, suatu kelompok atau pemerintah yang di dalamnya terdapat unsur keputusan berupa upaya pemilihan diantara berbagai alternatif yang ada guna mencapai maksud dan tujuan tertentu.

1. **Pengertian Kebijakan Publik**

Lingkup dari studi kebijakan public sangat luas karena mencakup berbagai bidang dan sektor seperti ekonomi, politik, sosial, budaya, hukum,dan sebagainya. Disamping itu dilihat dari hirarkirnya kebijakan publik dapat bersifat nasional, regional maupun local seperti undang- undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden, peraturan menteri, peraturan pemerintah daerah / provinsi, keputusan gubernur, peraturan daerah kabupaten / kota, dan keputusan bupati / walikota.

Secara terminology pengertian kebijakan public (*public policy* )itu ternyata banyak sekali, tergantung dari sudut mana kita mengartikannya. Easton memberikan definisi kebijakan public sebagai *the authoritative allocation of values for the whole society* atau sebagai pengalokasian nilai- nilai secara paksa kepada seluruh anggota masyarakat. Laswell dan Kaplan juga mengartikan kebijakan publik sebagai *aprojected program of goal, value, and practice* atau sesuatu program pencapaian tujuan, nilai-nilai dalam praktek-praktek yang terarah.

Pressman dan Widavsky sebagaimana dikutip Budi Winarno (2002: 17) mendefinisikan kebijakan public sebagai hipotesis yang mengandung kondisi-kondisi awal dan akibat-akibat yang bisa diramalkan. Kebijakan publikitu harus dibedakan dengan bentuk-bentuk kebijakan yanglain misalnya kebijakan swasta. Hal ini dipengaruhi oleh keterlibatan faktor-faktor bukan pemerintah. Menurut Nugroho, ada dua karakteristik dari kebijakan publik, yaitu: Kebijakan public merupakan sesuatu yang mudah untuk dipahami, karena maknanya adalah hal-hal yang dikerjakan untuk mencapai tujuan nasional; kebijakan publik merupakan sesuatu yang mudah diukur,karena ukurannya jelas yakni sejauh mana kemajuan pencapaian cita-cita sudah ditempuh. Menurut Woll sebagaimana dikutip Tangkilisan (2003:2) menyebutkan bahwa kebijakan publik ialah sejumlah aktivitas pemerintah untuk memecahkan masalah di masyarakat, baik secara langsung maupun melalui berbagai lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat.

Thomas RD sebagaimana dikutip Islamy (2009:19) mendefinisikan kebijakan public sebagai *“is what ever government choose to door not to do”*(apapun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau untuk tidak dilakukan). Definisi ini menekankan bahwa kebijakan public adalah mengenai perwujudan “tindakan” dan bukan merupakan pernyataan keinginan pemerintah atau pejabat publik semata. Disamping itu pilihan pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu juga merupakan kebijakan publik karena mempunyai pengaruh (dampak yang sama dengan pilihan pemerintah untuk melakukan sesuatu).

Terdapat beberapa ahli yang mendefinisikan kebijakan publik sebagai tindakan yang diambil oleh pemerintah dalam merespon suatu krisis atau masalah publik. Begitupun dengan Chandler dan Plano sebagaimana dikutip Tangkilisan yang menyatakan bahwa kebijakan publik adalah pemanfaatan yang strategis terhadap sumber daya - sumber daya yang ada untuk memecahkan masalah-masalah publik atau pemerintah. Selanjutnya dikatakan bahwa kebijakan publik merupakan suatu bentuk intervensi yang dilakukan secara terus-menerus oleh pemerintah demi kepentingan kelompok yang kurang beruntung dalammasyarakat agar mereka dapat hidup, dan ikut berpartisipasi dalam pembangunansecaraluas.

David Easton sebagaimana dikutip Leo Agustino (2009:19) memberikan definisi kebijakan public sebagai*“the auto rative allocation ofvaluesforthewholesociety”.* Definisi ini menegaskan bahwa hanya pemilik otoritas dalam system politik (pemerintah) yang secaras dapat berbuat sesuatu pada masyarakatnya dan pilihan pemerintah untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu diwujudkan dalam bentuk pengalokasian nilai-nilai. Hal ini disebabkan karena pemerintah termasuk kedalam*“authorities in apolitical system”* yaitu para penguasa dalam system politik yang terlibat dalam urusan system politik sehari-hari dan mempunyai tanggungjawab dalam suatu masalah tertentu dimana pada suatutitik mereka diminta untuk mengambil keputusan di kemudian hari kelak diterima serta mengikat sebagian besar anggota masyarakat selama waktu tertentu.

Berdasarkan pendapat berbagai ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang berorientasi pada tujuan tertentu guna memecahkan masalah-masalah publik atau demi kepentingan publik. Kebijakan untuk melakukan sesuatu biasanya tertuang dalam ketentuan- ketentuan atau peraturan perundang-undangan yang dibuat pemerintah sehingga memiliki sifat yang mengikat dan memaksa.

1. **Urgensi Kebijakan Publik**

Untuk melakukan studi kebijakan public merupakan studi yang bermaksud untuk menggambarkan, menganalisis, dan menjelaskan secara cermat berbagai sebab dan akibat dari tindakan-tindakan pemerintah.Studi kebijakan publik menurut Thomas R. Dye, sebagaimana dikutip Sholichin Abdul Wahab (Suharno:2010:14) sebagai berikut:

“Studi kebijakan publik mencakup menggambarkan upaya kebijakan publik, penilaian mengenai dampak dari kekuatan- kekuatan yang berasal dari lingkungan terhadap isi kebijakan publik,analisis mengenai akibat berbagai pernyataan kelem bagaan dan proses-proses politik terhadap kebijakan publik; penelitian mendalam mengenai akibat-akibatdari berbagai kebijakan politik pada masyarakat, baik berupa dampak kebijakan publik pada masyarakat, baik berupa dampak yang diharapkan (direncanakan) maupun dampak yang tidak diharapkan.”

Sholichin Abdul Wahab sebagaimana dikutip Suharno (2010:16-19)dengan mengikuti pendapat dari Anderson dan Dye menyebutkan beberapa alasan mengapa kebijakan publik penting atau urgenuntukdipelajari,yaitu:

1. Alasan Ilmiah

Kebijakan public dipelajari dengan maksud untuk memperoleh pengetahuan yang luas tentang asal-muasalnya, proses perkembangannya, dan konsekuensi-konsekuensinya bagi masyarakat. Dalam hal ini kebijakan dapat dipandang sebagai variabel terikat (*dependentvariable*) maupun sebagai variabel independen (*independent variable*). Kebijakan dipandang sebagai variabel terikat, maka perhatian akan tertuju pada faktor-faktor politik dan lingkungan yang membantu menentukan substansi kebijakan atau diduga mempengaruhi isi kebijakan piblik. Kebijakan dipandang sebagai variable independen jika focus perhatian tertuju pada dampak kebijakan tertuju pada system politik dan lingkungan yang berpengaruh terhadap kebijakan publik.

1. Alasan professional

Studi kebijakan public dimaksudkan sebagai upaya untuk menetapkan pengetahuan ilmiah dibidang kebijakan publik guna memecahkan masalah-masalah sosial sehari-hari.

1. Alasan Politik

Mempelajari kebijakan publik pada dasarnya dimaksudkan agar pemerintah dapat menempuh kebijakan yang tepat guna mencapai tujuan yang tepat pula.

1. **Tahap-Tahap Kebijakan Publik**

Proses pembuatan kebijakan publik merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses maupun variabel yangharus dikaji.Oleh karena itu beberapa ahli politik yang menaruh minat untuk mengkaji kebijakan publik membagi proses-proses penyusunan kebijakan public ke dalam beberapa tahap. Tujuan pembagian seperti ini adalah untuk memudahkan kita dalam mengkaji kebijakan publik. Namun demikian, beberapa ahli mungkin membagi tahap-tahap ini dengan urutan yang berbeda. Tahap-tahap kebijakan publik menurut William Dunn sebagaimana dikutip Budi Winarno adalah sebagaiberikut:

1. Tahap penyusunan agenda

Para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Sebelumnya masalah ini berkompetisi terlebih dahulu untuk dapat masuk dalam agenda kebijakan. Pada akhirnya,beberapa masalah masuk ke agenda kebijakan para perumus kabijakan. Pada tahap ini mungkin suatu masalah tidak disentuh sama sekali, sementara masalah yang lain ditetapkan menjadi focus pembahasan, atau ada pula masalah karena alasan- alas an tertentu ditunda untuk waktu yang lama.

1. Tahap formulasi kebijakan

Maslaah yang telah masuk keagenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan (*policy alternatives / policyoptions*) yang ada. Dalam perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah. Dalam tahap ini masing-masing actorakan bersaing dan berusaha untuk mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

1. Tahap adopsi kebijakan

Dari sekian banyak alternative kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu dari alternative kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau putusan peradilan.

1. Tahap implementasi kebijakan

Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit jika program tersebut tidak diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah di tingkat bawah. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasikan yang memobilisasikan sumber daya financial dan manusia.Pada tahap implementasi ini berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para pelaksana (*implementors*), namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

1. Tahap evaluasi kebijakan

Dalam tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi, untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan, yaitu memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat. Oleh karena itu ditentukan ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan publik yang telah dilaksanakan sudah mencapai dampak atau tujuan yang diinginkan atau belum.

1. **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pembuatan kebijakan**

Menurut Suharno (2010:52) proses pembuatan kebijakan merupakan pekerjaan yang rumit dan kompleks dan tidaksemudahyang dibayangkan. Walaupun demikian, para administrator sebuah organisasi institusi atau lembaga dituntut memiliki tanggung jawab dan kemauan, serta kemampuan atau keahlian, sehingga dapat membuat kebijakan dengan resiko yang diharapkan (*intendedrisks*) maupun yang tidak diharapkan (*unintendedrisks*).

Pembuatan kebijakan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Hal pemting yang turut di waspadai dan selanjutnya dapat diantisipasi adalah dalam pembuatan kebijakan sering terjadi kesalahan umum. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembuatan kebijakan adalah:

1. Adanya pengaruh tekanan-tekanan dari luar

Tidak jarang pembuat kebijakan harus memenuhi tuntutan dari luar atau membuat kebijakan adanya tekanan-tekanan dari luar.

1. Adanya pengaruh kebiasaan lama

Kebiasaan lama organisasi yang sebagaimana dikutip oleh Nigro disebutkan dengan istilah *sunk cost,* seperti kebiasaan investasi modal yang hingga saat ini belum professional dan terkadang amat birikratik,cenderung akan diikuti kebiasaan itu oleh para administrator, meskipun keputusan / kebijakan yang berkaitan dengan hak tersebut dikritik,karena sebagai suatu yang salah dan perlu diubah. Kebiasaan lama tersebut sering secara terus-menerus pantas untuk diikuti, terlebih kalau suatu kebijakan yang telah ada tersebut dipandang memuaskan.

1. Adanya pengaruh sifat-sifat pribadi

Berbagai keputusan / kabijakan yang dibuat oleh para pembuat keputusan / kebijakan banyak dipengaruhi oleh sifat-sifat pribadinya. Sifat pribadi merupakan faktor yang berperan besar dalam penentuan keputusan / kebijakan.

1. Adanya pengaruh dari kelompok luar

Lingkungan social dari para pembuat keputusan / kebijakan juga berperan besar.

1. Adanya pengaruh keadaan masa lalu

Maksud dari faktor ini adalah bahwa pengalaman latihan dan pengalaman sejarah pekerjaan yang terdahulu berpengaruh pada pembuatan kebijakan / keputusan. Misalnya, orang mengkhawatirkan pelimpahan wewenang yang dimilikinya kepada orang lain karena khawatir disalah gunakan (Suharno:2010:52-53).

1. **Kerangka Kerja Kebijakan Publik**

Menurut Suharno(2010: 31) kerangka kebijakan publik akan ditentukan oleh beberapa variable dibawah ini,yaitu:

1. Tujuan yang akan dicapai,hal ini mencakup kompleksitas tujuan yang akan dicapai. Apabila tujuan kebijakan semakin kompleks, maka semakin sulit mencapai kinerja kebijakan. Sebaliknya, apabila tujuan kebijakan semakin sederhana, maka untuk mencapainya juga semakin mudah.
2. Prefensi nilai seperti apa yang perlu dipertimbangkan. Suatu kabijakan yang mengandung berbagai variasi nilai akan jauh lebih sulit untuk dicapai dibanding dengan suatu kebijakan yang hanya mengejar satu nilai.
3. Sumber daya yang mendukung kebijakan. Kinerja suatu kebijakan akan ditentukan oleh sumber daya finansial,material,dan infrastruktur lainnya.
4. Kemampuan aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan.

Kualitas dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh kualitas aktor kebijakan yang terlibat dalam proses penetapan kebijakan. Kualitas tersebut ditentukan oleh tingkat pendidikan, kompetensi dalam bidangnya,pengalaman kerja dan integritas moralnya.

1. Lingkungan yang mencakup lingkungan sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya. Kinerja dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh konteks sosial, ekonomi, maupun politik tempat kebijakan tersebut diimplementasikan.
2. Strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan. Strategi yang digunakan untuk mengimplementasikan suatu kebijakanakan mempengaruhi kinerja suatu kebijakan. Stretegi yang digunakan dapat bersifat *top/downapproach* atau *bottom approach*, otoriter atau demokratis).

**B. Teori Efektivitas Hukum**

Hukum akan dipengaruhi oleh faktor-faktor atau kekuatan sosial mulai dari tahap pembuatan sampai dengan pemberlakuan. Kekuatan sosial akan berusaha masuk dalam setiap proses legislasi secara efektif dan efisien. Peraturan dikeluarkan diharapkan sesuai dengan keinginan, tetapi efek dari pertukara tersebut tergantung dari kekuatan sosial seperti budaya hukumnya baik, maka hukum akan bekerja dengan baik pula, tetapi sebaliknya apabila kekuatannya berkurang atau tidak ada maka hukum tidak akan bisa berjalan. Karena masyarakat sebagai basis bekerjannya hukum. **[[13]](#footnote-13)**

Lawrence M.Friedman dalam bukunya yang berjudul *The Legal System A Social Science Perspektive, 1975*; menyebutkan bahwa sistem hukum terdiri atas perangkat struktur hukum (berupa lembaga hukum), substansi hukum(peraturan perundang-undangan), dan kultur hukum atau budaya hukum. Ketiga komponen ini mendukung berjalannya sistem hukum di suatu negara. Secara realitas sosial, keberadaan sistem hukum yang terdapat dalam masyarakat mengalami perubahan sebagai akibat pengaruh, apa yang disebut dengan modernisasi atau globalisasi baik itu secara evolusi maupun revolusi.

Manusia dilahirkan didunia telah mempunyai hasrat untuk hidup secara teratur. Namun apa yang dianggap teratur oleh seseorang, belum tentu dianggap teratur juga oleh pihak lain. Oleh karena itu manusia hidup bersama dengan sesamanya, memerlukan perangkat patokan agar tidak terjadi pertentangan, patokan tersebut tidak lain merupakan pedoman untuk berperilaku secara pantas, yang kemudian dikenal dengan sebutan norma atau kaidah.

Norma atau kaidah tersebut, untuk selanjutnya mengatur diri opribadi manusia, khususnya mengenai bidang-bidang ke percayaan dan kesulilaan. Norma atau kaidah kepercayaan bertujuan agar manusia mempunyai kehidupan yang beriman, sedangkan norma atau kaidah kesulilaan bertujuan agar manusia mempunyai hati nurani yang bersih. Norma atau kaidah hukum bertujuan agar tercapainya kedamaian di dalam kehidupan bersama. Itulah yang menjadi tujuan hukum, sehingga tugas hukum adalah tidak lain daripada mencapai suatu keserasian anatara kepastian hukum dengan kesebandingan hukum. Kerangka berfikir tersebut akan dipergunakan sebagai titik tolak untuk membicarakan masalah penegakan hukum, khususnya menganai faktor-faktor yang mempengaruhinya.

1. **Efektivitas Hukum : Inti dan Artinya**

Secara konsepsional, maka inti dan arti efektivitas hukum terletak pada kegiatan menyerasikan hubungan nilai-nilai yang terjabarkan di dalam kaidah-kaidah yang mantap dan mengejawantah dan sikap tindak sebagai rangkaian penjabaran nilai tahap akhir , untuk menciptakan, memelihara, dan mempertahankan kedamaian pergaulan hidup (Seokanto, 1979).

Didalam efektivitas hukum, pasangan nilai-nilai tersebut perlu diserasikan, pasangan nilai-nilai yang telah diserasikan tersebut memerlukan penjabaran secara lebih konkret lagi, oleh karena nilai-nilai bersifat abstrak. Penjabaran secara lebih konkret terjadi di dalam bentuk kaidah-kaidah, dalam hal ini kaidah-kaidah hukum, yang mungkin berisikan suruhan, larangan atau kebolehan.

Kaidah-kaidah tersebut kemudian menjadi pedoman atau patokan bagi perilaku atau sikap tindak yang dianggap pantas, atau yang seharusnya. Perilaku atau sikap tindak tersebt bertujuan untuk menciptakan, memelihara, dan mempertahankan kedamaian. Demikianlah konkretisasi daripada penegakan hukm secara konsepsional.

Efektivitas hukum sebagai suatu proses, pada hakikatnya merupakan penerapan diskresi yang menyangkut membuat keputusan yang tidak secara ketat diatur oleh kaidah hukum, akan tetapi mempunyai unsur penilaian pribadi Dengan mengutip pendapat Roscoe Pound, maka Lafavre menyatakan, bahwa pada hakikatnya diskresi berada diantara hukum dan moral (etika dalam arti sempit).

Berdasarkan penjelasan di atas dapatlah ditarik kesimpulan sementara bahawa masalah pokok efektivitas hukum sebenarnya terletak pada faktor-faktor yang mungkin mempengaruhinya. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut:

1. Faktor hukumnya sendiri, yang didalam tulisan ini akan dibatasi pada undang-undang saja.
2. Faktor penegak hukum, yakni pihak-pihak yang membentuk maupun menerapkan hukum.
3. Faktor sarana atau fasilitas yang mendukung penegakan hukum
4. Faktor masyarakat, yakni lingkungan di mana hukum tersebut berlaku atau diterapkan.
5. Faktor kebudayaan, yakni sebagai hasil karya, cipta, dan rasa yang didasarkan pada karsa manusia di dalam pergaulan hidup.
6. **Undang-Undang**

Dalam tulisan ini yang diartikan dengan undang-undang dalam arti materiel adalah peraturan tertulis yang berlaku secara umum dan dibuat oleh penguasa pusat maupun daerah yang sah. Dengan demikian, maka undang-undang dalam materiel (selanjutnya disebut undang-undang) mencakup:

1. Peraturan Pusat yang berlaku untuk semua warga negara atau suatu golongan tertentu saja maupun yang berlaku umum di sebagian wilayah negara.
2. Peraturan setempat yang hanya berlaku di suatu tempat atau daerah saja.

Terdapat asas-asas yang tujuannya adalah agar undang-undang tersebut mempunyai dampak yang positif. Asas-asas tersebut anatara lain (Purbacara & Soerjono Soekanto, 1979):

1. Undang-undang tidak berlaku surut, artinya undang-undang hanya boleh diterapkan terhadap peristiwa yang disebut di dalam undang-undang tersebut, serta terjadi setelah udnang-undang itu dinyatakan berlaku.
2. Undang-udnang yang dibuat oleh penguasa yang lebih tinggi, mempunyai kedudukan yang lebih tinggi pula.
3. Undang-undang yang bersifat khusus menyampingkan undang-undang yang bersifat umum, apabila pembuatnya sama.
4. Undang-undang yang berlaku belakangan, membatalkan undang-undag yang berlaku terdahulu.
5. Undang-undang tidak dapat diganggu gugat.
6. Undag-undang merupakan suatu sarana untuk mencapai kesejahteraan spiritual dan material bagi masyarkat maupun pribadi, melalui pelestarian ataupun pembaharuan (inovasi).
7. **Penegak Hukum**

Dalam tulisan ini yang dimaksud dengan penegak hukum akan dibartasi pada kalangan yang secara langsung berkecimpung dalam bidang penegakan hukum yang tidak hanya mencakup law enforcement, akan tetapi *peace maintenance.*

Secara sosiologis, maka setiap penegak hukum tersebut mempunyai kedudukan (status) dan peranan (role). Kedudukan (social) merupakan posisi tertentu di dalam stuktur kemasyarakatan yang mungkin tinggi, sedang-sedang saja atau rendah. Oleh karena itu seseorang yang mempunyai kedudukan tertentu, lazimnya dinamakan pemegang peranan (role occupant). Suatu peranan tertentu, dapat dijabarkan ke dalam unsur-unsur sebagai berikut:

a. Peranan yang ideal *(ideal role*)

1. Peranan yang seharusnya (*expeted role*)
2. Peranan yang dianggap oleh dirinya sendiri (*perceived role*)
3. Peranan yang sebenarnya dilakukan (*actual role*)

Masalah peranan dianggap penting, oleh karena pemabahasan mengeanai penegak hukum sebenarnya lebih banyak tertuju pada diskresi. Didalam penegakan hukum diskresi sangat penting, oleh karena :

1. Tidak ada perundang-undangan yang sedemikian lengkapnya sehingga dapat mengatur semua perilaku manusia.
2. Adanya kelambatan-kelambatan untuk menyesuaikan undang-undang dengan perkembangan-perkembangan di dalam masyarakat sehingga menimbulkan ketidakpastian.
3. Kurangnya biaya untuk menerapkan perundang-undangan sebagaimana yang dikehendaki oleh pembentuk undang-undang.
4. Adanya kasus-kasu individual yang memerlukan penanganan secara khusus.
5. **Faktor Sarana atau Fasilitas**

Sarana atau fasilitas antara lain mencakup tenaga manusia yang berpendidikan dan terampil, organisasi yang baik, peralatan yang memadai, keuangan yang cukup, dan seterusnya. Kalau hal-hal tersebut tidak terpenuhi, maka mustahil penegak hukum akan mencapai tujuannya. Sebab sarana atau fasilitas mempunyai peranan sangat penting di dalam penegakan hukum, tanpa adanya sarana atau fasilitas tersebut tidak akan mungkin penegak hukum menyerasikan peranan yang seharusnya dengan peranan yang aktual. Khusunya untuk sarana atau fasilitas tersebut, sebaiknya dianut jalan pikiran sebagai berikut (Purbacaraka & Soerjono Seokanto 1983):

1. Yang tidak ada – diadakan yang baru betul
2. Yang rusak atau salah – diperbaiki atau dibetulkan
3. Yang kurang – ditambah
4. Yang macet – dilancarkan
5. Yang mundur atau merosot – dimajukan atau ditingkatka
6. **Faktor Masyarakat**

Penegakan hukum berasal dari masyarakat, dan bertujuan untuk mencapai kedamaian di dalam masyarakat. Oleh karena itu masyarakat dapat mempengaruhi penegakan hukum. Masyarakat Indonesia pada khususnya, mempunyai pendapat-pendapat tertentu mengenai hukum, dan kecenderungan yang besar pada masyarakat dalam mengartikan hukum dan bahkan mengidentifikasikannya dengan petugas (dalam hal ini penegak hukum sebagai pribadi).

Salah satu akibatnya adalah bahwa baik buruknya hukum senantiasa dikaitkan dengan pola perilaku penegak hukum tersebut, yang menurut pendapatnya merupakan cerminan dari hukum sebagai struktur maupun proses. Untuk lebih jelasnya contoh yang diambil dari suatu unsur kalangan penegak hukum, yakni polisi yang dianggap sebagai hukum oleh masyarakat luas(disamping unsur-unsur lainnya, seperti misalnya hakin, jaksa dll)

1. **Faktor Kebudayaan**

Faktor kebudayaan yang sebenarnya bersatu padu dengan faktor masyarakat sengaja dibedakan, karena di dalam pembahasannya diketengahkan masalah sistem nilai-nilai yang menjadi inti dari kebudayaanspiritual atau non materiel. Sebagai suatu sistem (atau subsistem dari sistem kemasyarakatan), maka hukum mencakup, struktur, susbtansi, dan kebudayaan (Lawrence M. Friedman, 1977). Struktur mencakup wadah ataupun bentuk dari sistem tersebut yang umpamanya mencakup tatanan lembaga-lembaga hukum formal. Substansi mencakup isi norma-norma hukum beserta perumusannya maupun acara untuk menegakkannya yang berlaku bagi pelaksana hukum maupun pencari keadilan. Kebudayaan (sistem) hukum pada dasarnya mencakup nilai-nilai yang mendasari hukum yang berlaku, nilai-nilai yang merupakan konsepsi-konsepsi abstrak mengenai apa yang dianggap baik (sehingga dianuti). Nilai-nilai tersebut lazimnya merupakan pasanagn nilai-nilai yang mencerminkan dua keadaan yang ekstrim yang harus diserasikan.

Pasangan nilai yang berperanan dalam hukum, adalah sebagai berikut(Purbacaraka & Soerjono Soekanto, 1983):

1. Nilai ketertiban dan nilai ketentraman.
2. Nilai jasmaniah/kebendaan dan nilai rohaniah/keakhlakan.
3. Nilai kelanggengan/konservatisme.

Kelima faktor yang telah disebutkan mempunyai pengaruh terhadap penegakan hukum. Mungkin pengaruhnya adalah positif dan mungkin juga negatif. Akan tetapi dari kelima faktor tersebut, maka faktor penegak hukum menempati titik sentral. Hal itu disebabkan oleh karena undang-udang disusun oleh penegak hukum, penerapannya dilaksanakan oleh penegak hukum dean penegak hukum dianggap sebagai golongan panutan hukum oleh masyarakat luas.

Penegakan hukum di dalam proses penegakan hukum seharusnya dapat menerapkan dua pola yang merupakan pasangan yakni pola isolasi dan pola integrasi. Pola tersebut merupakan titik-titik ekstrim sehingga penegak hukum bergerak anatara kedua titik ekstrim tersebut. Artinya kedua pola tersebut memberikan batas-batas sampai sejauh mana kontribusi penegak hukum bagi kesejahteraan masyarakat.

Pendekatan model Seidman bertumpu pada fungsinya hukum, berada dalam keadaan seimbang. Artinya hukum akan dapat bekerja dengan baik dan efektif dalam masyarakat yang diaturnya. Diharapkan ketiga elemen tersebut harus berfungsi optimal. Memandang efektifitas hukum dan bekerjnya hukum dalam masyarakat perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut.

*Pertama*, lembaga pembuat peraturan; apakah lembaga ini merupakan kewenangan maupun legitimasi dalam membuat aturan atau undang-undang. Berkaitan dengan kualitas materi normatifnya, apakah sudah memenuhi syarat dan jelas perumusannya.

*Kedua*, pentingnya penerap peraturan; pelaksana harus tegas melaksanakan perintah undang-undang tanpa diskriminasi atau equal justice under law.

*Ketiga*, pemangku peran; diharapkan mentaati hukum, idealnya dengan kualitas internalization. Perilaku dan reaksi pemangku peran merupakan umpan balik kepada lembaga pembuat peraturan maupun pelaksana peraturan. Apakah kedua elemen tersebut telah melakukan fungsinya dengan optimal.

Bekerjanya hukum tidak cukup hanya dilihat dari tiga elemen yang telah diuraikan diatas, perlu didukung lagi dengan model hukum yang dikemukakan dalam proposisi-proposisi Robert B. Seidman, sebagai berikut.

*Pertama, every rule of law prescribe how a role accupant is expected to act*. (setiap peraturan hukum menurut aturan-aturan, dan memerintahkan pemangku peran seharusnya bertindak dan bertingkah laku);

*Kedua, how a role accupant will act in respons to norm of law is function of the rules laid down, their sanctions, the activity of enforcement institutions, and the inhere complex of social, political, and othe forces effecting him.* (respon dan tindakan yang dilakukan oleh pemangku peran merupakan umpan balik dari fungsi suatu peraturan yang berlaku. Termasuk sanksi-sanksi yaitu kinerja dan kebijakan lembaga pelaksana/penetap peraturan dan lingkungan strategis (lingstra) yang mempengaruhinya) **[[14]](#footnote-14)**

*Ketiga, how the enforcement institution, will act in respons to norm of law is a funstion of the laid doen their sanction, the inhere complex of social, political, and other process affteting them, and the feedbacks from roel occupants.* (Tindakan-tindakan yang diambil oleh lembaga-lembaga pelaksana peraturan sebagai respon terhadap peraturan hukum merupakan fungsi dari peraturan hukum yang berlaku beserta sanksi-sankinya dan seluruh kekuatan dalam lingkungan strategi (lingstra) yang mempengaruhi dirinya, secara umpan balik sebagai respon dari pemangku peran atau yang dikenai peraturan hukum); dan

*Keempat,how the law maker will act is a function of the rule laid down for their behavior their function, the inhere comples of social, political, ideological, and other forcase affecting them and the feedbacks from role accupants, and bureaucracy.* (Tindakan apa yang diambil oleh pembuat undang-undang, juga merupakan fungsi peraturan hukum yang berlaku, termasuk sanksi-sanksinya dan pengaruh seluruh kekuatan strategis (ipoleksosbud hankam) tterhadap dirinya, serta umpan balik yang datangnya dari para pemangku peran, pelaksana, dan penerap peraturan).

Empat posisi di atas, secara jelas menggambarkan bagaimana bekerjanya suatu peraturan hukum dalam masyarakat. Teori Seidman ini dapat dipakai untuk mengkaji peraturan hukum yang dibuat oleh para elite negara, dan apakah bekerjanya hukum berfungsi sebagaimana mestinya dan efektif berlakunya dalam masyarakat, atau justru sebaliknya tidak efektif bekerjanya.

Hukum dapat bekerja dan berfungsi tidak sekedar apa yang diharapkan oleh pembuat peratuan hukum, tetapi perlu diteliti pada komponen elemen yang tidak bekerja sebagaimana mestinya. maksudnya tidak bekerja itu, bisa datangnya dari pembuat peraturan hukum, atau dari para penerap peraturan/pelaksana, ataukah dari pemangku peran. Selain itu dapat dikaji kendala-kendala eksternal global yang menyebabkan hukum tidak dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya. sperti ada tekanan-tekanan dari pihak luar negeri yang tergabung dalam organisasi internasional.

Dari bagan tersebut dapat dijelaskan:

1. Setiap peraturan hukum memberitahukan tentang bagaimana seorang pemegang peranan (role accupant) itu diharapkan bertindak. Bagaimana seorang itu akan bertindak sebagai respons terhadap peraturan hukum merupakan fungsi peraturan-peraturan yang ditunjukan kepadanya, sanksi-sanksinya, aktivitas dari lembaga-lembaga pelaksana serta keseluruhan kompleks sosial, politik,dan lain-lainnya mengenai dirinya.
2. Bagaimana lembaga-lembaga pelaksana itu akan bertindak sebagai respons terhadap peraturan hukum merupakan fungsi peraturan-peraturan hukum ditujukan kepada mereka, sanksi-sanksinya, keseluruhan kompleks kekuatan sosial, politik dan lain-lainnya dari pemegang peranan.

Bagaimana para pembuat undang-undang itu akan bertindak merupakan fungsi peraturan-peraturan yang mengatur tingkah laku mereka, sanksi-sanksinya, keseluruhan kompleks kekuatan sosial, politik, ideologis dan lain-lainnya yang mengenai diri mereka serta umpan balik yang datang dari pemegang serta birokrasi.

a. Proses Pembentukan Hukum

Hukum tidak akan mungkin bekerja dalam ruang hampa. Itulah sebabnya hukum dalam realitanya berfungsi sebagai faktor pengintegrasian masyarakat. Sebagai pengatur sosial, hukum harus menjalani suatu proses yang panjang dan melibatkan berbagai aktivitas dengan kualitas yang berbeda-beda dalam proses pembuatan hukum dan proses implementasi hukum. Proses pembuatan hukum itu sesungguhnya mengandung pengertian yang sama dengan istilah proses pembuatan UU.

Pembuatan hukum merupakan awal dari bergulirnya proses pegaturan pola pembentukan hukum untuk mengatur tatanan kehidupan social. Dalam masyarakat demokratis yang modern, badan legislative berdaulat dalam membuat kebijakan pembuatan hukum untuk menyalurnya aspirasi masyarakat.Pada prinsipnya proses pembuatan hukum tersebut berlangsung dalam tiga tahapan besar, yakni:

1. Tahap Inisial

Lahirnya gagasan dalam masyarakat perlunya pengaturan suatu hal melalui hukum yang masih murni merupakan aktivitas sosiologis. Sebagai bentuk reaksi terhadap sebuah fenomena sosial yang diprediksikan dapat mengganggu keteraturan dan ketertiban dalam hidup bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Di sinilah letak betapa pentingnya kajian-kajian sosiologis dalam memberikan sumbangan informasi yang memadai untuk memperkuat gagasan tentang perlunya pengaturan sesuatu hal dalam tatanan hukum.

1. Tahap Sosio-Politis & Tahap Juridis

Sosio-politis ini dimulai dengan mengolah, membicarakan, mengkritisi, mempertahankan gagasan awal masyarakat melalui pertukaran pendapat berbagai golongan dan kekuatan dalam masyarakat. Gagasan akan mengalami ujian, apakah ia akan bisa terus berjalan untuk berproses menjadi sebuah produk hukum ataukah berhenti ditengah jalan. Apabila gagasan tersebut gagal dalam ujian dengan sendirinya akan hilang dan tidak dipermasalahkan didalam masyarakat. Apabila gagasan tersebut berhasil untuk dijalankan terus, maka format dan substansinya mengalami peruabahan yang menjadikan bentu dan isi gagasan tersebut semakin luas dan dipertajam.

1. Tahap Penyebarluasan atau Desiminasi

Gagasan dirumuskan lebih lanjut secara ebih teknis menjadi hukum, termasuk menetapkan saksi hukumnya yang melibatkan kegiatan intelektual yang bersifat murni dan tidak terlibat konflik kepentingan(conflict of interest) politik, yang tentunya ditangani oleh tenaga-tenaga yang khusus berpendidikan hukum. Merumuskan bahan hukum menurut bahasa hukum dan memeriksa meneliti kontek sistem hukum yang ada sehingga tidak menimbulkan gangguan sebagai satu kesatuan sistem. Tahap akhir adalah tahap desiminasi (penyebarluasan) yang menjadi tahap sosialisasi produk hukum sosialisasi ini berpengaruh terhadap bekerjanya hukum di masyarakat. Sebagus apapun substansial hukum jika tidak disosialisasikan dengan baik, maka hukum tersebut tidak dapat diterapkan dengan baik di masyarakat.

Pembuatan hukum disini hanya merupakan pencerminan dari nilai-nilai yang disepakati dan dipertahankan oleh warga masyarakat. Langkah pembuatan hukum dimungkinkan adanya konflik-konflik atau teganagn secara internal. Dimana nilai-nilai dan kepentingan-kepentingan yang bertentanagna dapat tanpa mengganggu kehidupan masyarakat. Padahal pembuatan hukum memiliki arti yang sangat penting dalam merubah perilaku warga masyarakat. Hukum baru memiliki makna setelah ditegakkan karena tanpa penegakan hukum bukan apa-apa. Namun ketika bertentangan dengan keadaaan dimasyarakat maka akan sia-sia juga kelahiran hukum tersebut.

Dalam penegakan huku, faktor hukum (subtance), aparat penegak hukum, sarana dan fasilitas pendukung penegakan hukum, masyarakat, dan budaya memberikan pengaruh implementasinya dilapangan. Proses penegakan hukum (terhadap pembuatan hukumnya, pemberlakuan dan penegakannya) harus dijalankan dengan baik tanpa pengaruh kepentingan individu dan kelompok. Hukum kemudian diberlakukan dan ditegakan sebagai sarana untuk merealisasikan kepentingan dan tujuan serta untuk melindungi kepentingan individu, masyarakat, serta bangsa dan negara.

Secara juridis dan ideologis, instansi penegak hukum dan aparat hukum di Indonesia meruapakn suatu kesatuan sistem yang terintegrasi dalam membangun satu misi penegakan hukum. Meskipun penegakan hukum secara prinsip adalah satu, namun secara substantif penegakan hukum, penyelesaian perkara akan melibatkan seluruh integritas para aparat penegak hukum dalam melaksanakan tugasnya sebetulnya sudah mulai sejak peraturan hukum dijalankan itu dibuat.

Norma hukum dikatakan berlaku secara filosofis apabila norma hukum itu memang bersesuian dengan nilai-nilai filosofis yang dianut oleh suatu negara. Nilai filosofis negara Republik Indonesia terkandung dalam Pancasila sebagai “staats-fundamentalnorm”. Dalam rumusan kelima sila Pancasila terkandung nilai-nilai religiusitas Ketuhanan Yang Maha Esa, humanitas kemanusiaan yang adil dan beradab, nasionalitas kebangsaan dalam ikatan berbhineka-tunggal-ikaan, soverenitas, kerakyatan, dan sosialitas keadilan bagi segenap rakyat Indonesia. Dari kelima nilai-nilai filosofis tersebut tidak satupun yang boleh diabaikan atau malah ditentang oleh norma hukum yang terdapat dalam berbagai kemungkinan bentuk peraturan perundang-undangan dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Norma hukum dengan daya ikatnya untuk umum dari pertimbangan bersifat teknis juridis berlaku apabila norma hukum sendiri memang ditetapkan sebagai norma hukum berdasarkan norma hukum yang lebih tinggi. Mengikat atau berlaku karena menunjukan hubungan keharusan antara suatu kondisi dengan akibatnya. Ditetapkan sebagai norma hukum menurut prosedur pembentukan hukum yang berlaku dan ditetapkan sebagai norma hukum oleh lembaga yang memang berwewenang untuk itu. Maka norma hukum yang bersangkutan dapat dikatakan memang berlaku secara juridis. **[[15]](#footnote-15)**

Norma hukum berlaku secara politis apabila pemberlakuannya itu memang didukung oleh faktor-faktor kekuatan politik yang nyata. Keberlakuan politik ini berkaitan dengan teori kekuasaan (power theory) yang memberikan legitimasi pada keberlakuan suatu norma hukum semata-mata dari sudut pandang kekuasaan. Apapun wujudnya dan bagaimanapun proses pengambilan keputusan politik tersebut dicapainya sudah cukup untuk menjadi dasar legitimasi bagi keberlakuan norma hukum yang bersangkutan dari segi politik.

Menurut Schuyt, tujuan hukum yang kemudian harus diwujudkan oleh organ-organ pelaksanaannya itu adalah sangat umum dan kabur sifatnya, ia menunjuk pada nilai-nilai keadilan, keserasian dan kepastian hukum. Sebagai tujuan-tujuam yang harus diwujudkan oleh hukum dalam kehidupan sehari-hari. Oleh karena kekaburan dalam tujuan yang hendak dilaksanakan oleh hukum inilah, maka sekalipun organisasi-organsisi yang dibentuk itu bertujuan untuk mewujudkan apa yag menjadi tujuan hukum, organ-organ ini dipakai untuk mengembangkan pendapatnya/penafsirannya sendiri mengenai tujuan hukum itu. Dengan demikian maka organisasi-organisasi ini, seperti Pengadilan, kepolisian, legislatif dsb, melayani kehidupannya sendiri, serta mengajar, tujuan-tujuannya sendiri pula. Melalui proses ini terbentuklah suatu kultur, yang selanjutnya akan memberikan pengarahan pada tingkah laku organisasi-organisasi serta pejabatnya sehari-hari.**[[16]](#footnote-16)**.

**BAB III**

**PELAKSANAAN JKN KIS DI INDONESIA**

Program Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN adalah suatu program layanan yang merupakan bagian dari system Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang kemudian diselenggarakan dengan menggunakan system asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib, dan berdasarkan atas amanat Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). System jaminan sosial ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan yang layak bagi siapa saja yang telah membayarkan iuran atau di bayarkan oleh pemerintah.  Dengan adanya program ini maka seluruh warga Negara Indonesia berkesempatan untuk memproteksi kesehatannya dengan lebih baik, jadi tidak ada lagi yang takut akan sakit dan berobat ke rumah sakit.

Program Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN adalah suatu program layanan yang merupakan bagian dari system Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang kemudian diselenggarakan dengan menggunakan system asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib, dan berdasarkan atas amanat Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). System jaminan sosial ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masayrakat dalam pelayanan kesehatan yang layak bagi siapa saja yang telah membayarkan iuran atau di bayarkan oleh pemerintah.  Dengan adanya program ini maka seluruh warga Negara Indonesia berkesempatan untuk memproteksi kesehatannya dengan lebih baik, jadi tidak ada lagi yang takut akan sakit dan berobat ke rumah sakit.Tujuan penyelenggaraan JKN adalah menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 19 Ayat 2).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan agar semua  penduduk terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat  memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak, dalam rangka:

1. Memberikan  kemudahan  dan  akses  pelayanan  kesehatan  kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
2. Mendorong  peningkatan  pelayanan  kesehatan kepada peserta secara menyeluruh, terstandar, dengan sistem pengelolaan yang terkendali mutu dan biaya.
3. Terselenggaranya   pengelolaan   keuangan   yang   transparan   dan akuntabel.

Penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) telah memasuki akhir tahun keempat, namun kehadiran negara kian dirasakan masyarakat Indonesia. Beragam dampak positif bermunculan pasca JKN-KIS diimplementasikan, mulai dari meningkatnya kemudahan akses pelayanan kesehatan, pertumbuhan ekonomi, lapangan kerja, hingga mencegah masyarakat jatuh miskin akibat biaya pengobatan yang tinggi."Pengeluaran masyarakat untuk iuran JKN-KIS dapat dianggap sebagai investasi karena JKN-KIS terbukti mampu melindungi keluarga dari kemiskinan akibat penyakit berbiaya mahal," terang Direktur Utama BPJS Kesehatan Fachmi Idris dalam acara Diskusi Media FMB9 di Kementerian Kominfo, Jakarta.Dari angka sementara yang dirilis Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat FEB UI, pada tahun 2016 JKN-KIS telah menyelamatkan 1,16 juta orang dari kemiskinan. Tak hanya itu, JKN-KIS juga telah melindungi 14,5 juta orang miskin dari kondisi kemiskinan yang lebih parah.

Pada tahun 2016, pemanfaatan program JKN-KIS mencapai 192,9 juta kunjungan/kasus, yaitu terdiri dari 134,9 juta kunjungan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas, Dokter Praktik Perorangan, dan Klinik Pratama/Swasta) termasuk angka rujukan ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), serta 50,4 juta kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (Poliklinik RS) dan 7,65 juta kasus Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RS)."Faktanya, tak ada layanan publik yang bisa memuaskan 100% customer-nya karena tingkat kepuasan setiap orang berbeda. Dari 186 juta jiwa peserta JKN-KIS, pasti ada beberapa orang yang kurang puas. Namun jangan lantas kita mengabaikan peserta yang terlayani dan sudah merasakan manfaat JKN-KIS. Perlu kita perhatikan bahwa total pemanfaatan JKN-KIS selama 3,5 tahun mencapai 522,9 juta pemanfaatan. Artinya, dalam sehari ada 415 ribu pemanfaatan JKN-KIS, baik di FKTP maupun di rumah sakit," tegas Fachmi.

Tahun 2016, tingkat kepuasan peserta JKN-KIS mencapai 78.6%, lebih tinggi daripada target yang dipatok pemerintah yaitu sebesar 75%. BPJS Kesehatan pun menyediakan beragam kanal pengaduan masyarakat, antara lain melalui BPJS Kesehatan Care Center 1500400, aplikasi LAPOR! di website BPJS Kesehatan, Kantor Cabang, Kantor Kabupaten/Kota, dan petugas BPJS Kesehatan yang berada di fasilitas kesehatan.Berdasarkan Laporan Bulanan Kantor Staf Presiden periode 1 - 31 Oktober 2017, BPJS Kesehatan merupakan salah satu lembaga non-struktural dengan SLA penyelesaian keluhan kurang dari satu hari. Hal ini membuat BPJS Kesehatan menduduki peringkat teratas dalam daftar lembaga non-struktural yang paling cepat menyelesaikan keluhan.

Fachmi juga menyebutkan, dari hasil kajian Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat FEB UI tahun 2016, program JKN-KIS berperan menciptakan lapangan kerja bagi 1,45 juta orang, yang terdiri atas 864 ribu orang di sektor jasa kesehatan pemerintah, 27,2 ribu orang di sektor industri produk farmasi, dan 34,1 ribu orang di sektor industri makanan dan minuman. Jika diproyeksikan hingga tahun 2021, maka JKN-KIS memberi kontribusi ekonomi sebesar 289 triliun dan menciptakan lapangan kerja bagi 2,26 juta orang.Hingga 1 Desember 2017, jumlah peserta JKN-KIS telah mencapai 186.602.571 jiwa. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan telah bermitra dengan 21.514 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri atas 9.839 Puskesmas, 4.828 Dokter Praktik Perorangan, 5.645 Klinik Pratama, 16 RS Kelas D Pratama, serta 1.186 Dokter Gigi. Sementara di tingkat rujukan, BPJS Kesehatan telah bermitra dengan 5.651 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang terdiri atas 2.271 Rumah Sakit dan Klinik Utama, 2.362 Apotek, dan 1.018 Optik.

Tingkat kepuasan publik atas layanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) lewat Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sejak tahun 2014 rata-rata di atas 70%."Faktanya, tak ada layanan publik yang bisa memuaskan 100% customernya karena tingkat kepuasan setiap orang berbeda. Dari 186 juta peserta JKN-KIS, pasti ada beberapa orang yang tidak puas," ujar Fachmi.

Saat ini, total pemanfaatan JKN-KIS sejak tahun 2014 sampai 2017 mencapai 552,9 juta pemanfaatan. Artinya, dalam sehari ada 415 ribu pemanfaatan JKN-KIS, baik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun di rumah sakit.Dalam tiga tahun pemerintah Jokowi, kepuasan publik terhadap kinerja pemerintah cukup menonjol di sektor kesehatan. Tahun 2016 kepuasan peserta atas layanan BPJS 78,6%. Adapun indeks kepuasan fasilitas kesehatan mencapai 76,2%. Sampai tahun 2019.diharapkan tingkat kepuasan publik layanan JKN mencapai 80% dan 85 % untuk fasilitas kesehatan.

**A. Program JKN KIS Di Kabupaten Tegal**

Program JKN KIS yang berjalan di kabupaten Tegal telah melakukan program program sebagai berikut kepada masyarakat :

1. **Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama**

Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialistik yang mencakup:

1. Administrasi pelayanan
2. Pelayanan promotif dan preventif;
3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
4. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
6. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
7. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
8. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis.
9. **Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan**

Meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, yang mencakup:

1. Administrasi pelayanan;
2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
3. Tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
4. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
5. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
6. Rehabilitasi medis;
7. Pelayanan darah;
8. Pelayanan kedokteran forensik klinik;
9. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal setelah dirawat inap di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan bpjs kesehatan, berupa pemulasaran jenazah tidak termasuk peti mati dan mobil jenazah;
10. Perawatan inap non intensif; dan
11. Perawatan inap di ruang intensif.
12. **Ambulan.**

Ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan satu ke fasilitas kesehatan lainnya, dengan tujuan menyelamatkan nyawa pasien.

1. **Pelayanan Persalinan Dan Penjaminan Bayi Baru Lahir**
2. Pelayanan Persalinan
3. Persalinan merupakan benefit bagi peserta BPJS Kesehatan tanpa pembatasan jumlah kehamilan/persalinan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan tidak dibatasi oleh status kepesertaan (peserta/ anak/tertanggung lain).
4. Penjaminan persalinan mengikuti sistem rujukan berjenjang yang berlaku.
5. Pelayanan persalinan ditagihkan oleh fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan. Klaim perorangan untuk kasus persalinan baik yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama tidak diperbolehkan.
6. Kepesertaan Bayi Baru Lahir
7. Bayi peserta PBI Bayi baru lahir dari Peserta PBI secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan. Bayi tersebut dicatat dan dilaporkan kepada BPJS Kesehatan oleh fasilitas kesehatan untuk kepentingan rekonsiliasi data PBI.
8. Bayi peserta jamkesmas non Kuota

Berdasarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor: JP/Menkes/590/XI/2013 tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat tanggal 28 November 2013 point E nomor 2 bahwa: “Bila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu di luar peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang berjumlah 86,4 juta jiwa maka menjadi tanggung jawab pemerintah daerah (sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2013 Tentang Penyusunan APBD Tahun 2014)”,maka: Bayi yang lahir dari peserta Jamkesmas non kuota menjadi tanggung jawab pemerintah daerah, Peserta non kuota Jamkesmas, terhitung mulai tanggal 1 Januari 2014 tidak dilayani dalam penyelenggaraan program BPJS Kesehatan, kecuali didaftarkan sebagai peserta BPJS Kesehatan.

1. Peserta BPJS Kesehatan PekerjaUpah anak ke-1 sd ke-3 Bayi, anak ke-1 (satu) sampai dengan anak ke-3 (tiga) dari peserta Pekerja Penerima Upah secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan.
2. Bayi baru lahir dari: Peserta pekerja bukan penerima upah; peserta bukan pekerja; dan anak ke-4 (empat) atau lebih dari peserta penerima upah. Dijamin oleh BPJS Kesehatan jika pengurusan kepesertaan dan penerbitan SEP dilakukan dalam waktu 7 (tujuh) hari kalender sejak kelahirannya atau sebelum pulang apabila bayi dirawat kurang dari 7 (tujuh) hari. Dalam pengurusan kepesertaan bayi dilakukan pada hari ke-8 atau seterusnya, maka biaya pelayanan kesehatan tersebut tidak dijamin BPJS Kesehatan.
3. **Pelayanan Gawat Darurat**
4. Fasilitas Kesehatan: Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan baik yang bekerjasama maupun tidak bekerjasama dengan BPJS kesehatan.
5. Cakupan Pelayanan
6. Pelayanan gawat darurat yang dapat dijamin adalah sesuai dengan kriteria gawat darurat yang berlaku.
7. Kriteria gawat darurat terlampir.
8. Cakupan pelayanan gawat darurat sesuai dengan pelayanan rawat jalan dan rawat inap di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan.
9. **Prosedur Pelayanan**
10. Dalam keadaan gawat darurat, maka:
11. Peserta dapat dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
12. Pelayanan harus segera diberikan tanpa diperlukan surat rujukan.
13. Peserta yang mendapat pelayanan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus segera dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.
14. Pengecekan validitas peserta maupun diagnosa penyakit yang termasuk dalam kriteria gawat darurat menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan.
15. Fasilitas kesehatan tidak diperkenankan menarik biaya pelayanan kesehatan kepada peserta Pada kasus kegawat daruratan medis tidak diperlukan surat rujukan.
16. **Prosedur Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.**
17. Pada keadaan gawat darurat (emergency), seluruh fasilitas kesehatan baik yang bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, wajib memberikan pelayanan kegawatdaruratan sesuai indikasi medis.
18. Pelayanan kegawatdaruratan di fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat diberikan pada fasilitas kesehatan tempat peserta terdaftar maupun bukan tempat peserta terdaftar.
19. Pelayanan kegawatdaruratan di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun lanjutan mengikuti prosedur pelayanan yang berlaku.
20. **Prosedur pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan yang tidak bekerjasama dengan BPJS kesehatan.**
21. Fasilitas kesehatan memastikan eligibilitas peserta dengan mencocokkan data peserta dengan master file kepesertaan BPJS Kesehatan pada kondisi real time. Hal ini dapat dilakukan dengan cara: Fasilitas kesehatan mengakses master file kepesertaan melalui website BPJS Kesehatan www.bpjs-kesehatan.go.id, sms gateway dan media elektronik lainnya.
22. Penanganan kondisi kegawatdaruratan difasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama ditanggung sebagai pelayanan rawat jalan kecuali kondisi tertentu yang mengharuskan pasien dirawat inap.

**B. Strategi BPJS Kesehatan**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan telah menyiapkan strategi agar peserta bukan penerima upah (PBPU) atau peserta mandiri tertib membayar iuran. Dari total 32 juta peserta mandiri, sebanyak 46% peserta menunggak iuran. Peserta mandiri menunggak iuran karena tidak mampu dan tidak tahu cara membayar iuran Masih banyak masyarakat yang menganggap asuransi kesehatan atau Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bukan menjadi kebutuhan primer. Untuk menekan tunggakan, BPJS Kesehatan telah menyiapkan strategi untuk meningkatkan kepatuhan peserta membayar iuran.

Pendekatan yang lunak agar peserta meu melaksanakan kewajibannya diantaranya adalah dengan mengingatkan peserta melalui pesan email, sms, hingga pesan whatsapp. Jika belum melakukan pembayar juga, maka kader JKN akan mengunjungi langsung rumah peserta. Menurut Citra, upaya yang baru bisa dilakukan BPJS Kesehatan sampai pada tahapan tersebeut. Diperlukan sosialisasi secara *massif* ketika budaya perencanaan keuangan di masyarakat masih rendah, sedangkan perencanaan merupakan hal yang *basic*. pemerintah tidak berdiam diri terhadap masalah tunggakan tersebut, salah satunya melalui pemberian sanksi. Nantinya, penunggak iuran akan secara otomatis tak bisa mengakses pelayanan publik, seperti SIM, Paspor, dan layanan administratif lain. Aturan itu pun akan dituangkan dalam sebuah instruksi presiden (inpres).

Adanya program Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) berdampak terhadap pelayanan kesehatan masyarakat. Program ini membuka akses yang lebih besar kepada masyarakat untuk mendapatkan jaminan kesehatan.Keikutsertaan masyarakat dalam JKN-KIS sangatlah penting. Karena penyelenggaraan Program JKN-KIS berlandaskan asas gotong royong yang berkeadilan bagi seluruh penduduk Indonesia sesuai dengan kultur budaya bangsa. “Terdapat mekanisme subsidi silang pada program ini, dimana peserta yang sakit, yang muda mensubsidi yang sudah tua,” tutur Plt. Bupati Tegal, Umi Azizah, saat membuka acara senam sehat kolosal BPJS Kesehatan di Lapangan Pemda.  
Umi menjelaskan, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan, agar peserta JKN memperoleh manfaat perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan dan diberikan kepada mereka telah membayar iuran atau iurannya sudah dibayarkan oleh Pemerintah.  
Program JKN bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia maupun penduduk asing yang tinggal minimal enam bulan di wilayah NKRI,” jelasnya, Minggu, (29/7).Lebih lanjut, peserta JKN-KIS terbagi menjadi 2 golongan. Yaitu peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta bukan penerima bantuan iuran (non PBI). Peserta penerima bantuan adalah peserta JKN-KIS yang kurang mampu, sehingga iurannya ditanggung oleh Pemerintah dan pemerintah daerah. Sedangkan untuk non PBI iurannya dibayar sendiri oleh lembaga kerja maupun individu.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI melalui Anggota DPR RI Dewi Aryani menyalurkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) Penerima Bantuan Iuran (PBI) untuk masyarakat Kabupaten Tegal sebanyak 736.762 jiwa. Penyerahan simbolis KIS PBI dibarengkan dengan acara Sosialisasi Gerakan Masyarakat (Germas) Hidup Sehat di Gedung BMT NU Kramat,Minggu (7/10).

Dalam kegiatan tersebut, dihadiri Kasi Penyebar Luasan Informasi Kesehatan Kemenkes RI Theresia Iriwati, Sfat Ahli Bupati Tegal Fajar R yang mewakili Plt Bupati Tegal, Kepala Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Tegal Hendardi Setyadi, Muspika Kramat, dan tamu undangan lainnya.

Dewi Aryani yang akrab disapa Dear mengatakan, data pemegang kartu KIS Kabupaten Tegal sebanyak 736.762 jiwa itu, hasil verifikasi dari kepala desa yang dilanjutkan ke camat dan Pemkab Tegal. Sementara itu, Kemenkes dan BPJS bersama Komisi IX DPR RI dianalisa dan mengevaluasi dari data yang masuk.“Kita perjuangkan mana wilayah yang berhak mendapatkan kartu lebih banyak. Kabupaten Tegal salah satu daerah yang mendapatkan kartu banyak,” katanya.

Dewi Aryani berharap bantuan kartu untuk warga miskin dari anggaran APBN itu, dapat membantu masyarakat tidak mampu untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Kartu selanjutnya akan di kirimkan ke alamat domisili masing-masing sesuai alamat KTP. Selain menyerahan kartu KIS secara simbolis, juga dilaksanakan sosialisasi Germas Hidup Sehat. Walaupun mereka mendapatkan kartu KIS, namun harus juga memperhatikan gaya hidup agar tetap sehat.“Mensetnya harus berubah bahwa sehat itu lebih utama dari pada sakit. Kami terus mendorong masyarakat untuk gaya hidup sehat,” terangnya.

Sementara itu, sosialisasi Germas Hidup Sehat dipaparkan oleh Kasi Penyebar Luasan Informasi Kesehatan Kemenkes RI Theresia Iriwati. Dalam pemaparan, masyarakat diminta melakukan gaya hidup sehat dari mulai dalam kandungan hingga dewasa. Prilaku hidup sehat sejak kecil itu akan membawa dampak positif bagi perkembangan anak. Selain itu, juga dipaparkan tentang makanan yang berbahaya saat dikonsumsi berlebihan.

Adapun pencapaian kinerja Program JKN-KIS untuk BPJS Kesehatan Kantor Cabang Tegal sendiri yang mencakup Kota Tegal,Kabupaten Tegal dan Kabupaten Brebes, juga terus mengalami peningkatan. Sampai dengan 30 Juni 2017, jumlah peserta BPJS Kesehatan Cabang Tegal mencapai 2.688.275 jiwa.Termasuk di dalamnya peserta yang didaftarkan dan diintegrasikan dengan Program JKN-KIS oleh Pemerintah Kota Tegal melalui program Jamkesda Kota Tegal*,*sebanyak 23.674jiwa, Pemerintah Daerah Kabupaten Tegal melalui program Jamkesda Kabupaten Tegal, sebanyak 33.353jiwa, Pemerintah Daerah Kabupaten Brebes melalui program Jamkesda Kabupaten Brebes, sebanyak 26.875jiwa.

Pertumbuhan jumlah peserta ini juga diiringi dengan pertumbuhan jumlah fasilitas kesehatan yang bekerjasama. Saat ini Kantor Cabang Tegal telah bermitra dengan  219 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yang terdiri atas 75 Puskesmas, 91Dokter Praktik Perorangan, 10 Dokter Praktik Gigi Perorangan dan 43 Klinik Pratama.Selain itu, BPJS Kesehatan Cabang Tegaljuga telah bekerja sama dengan 43 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang terdiri atas 24 Rumah Sakit (termasuk didalamnya 3 Klinik Utama), 10 Apote dan 9 Optik.

Kepala BPJS Kesehatan Cabang Tegal A. Prasetya Harry P, S.H, AAAK mengucapkan terimakasih kepada pemerintah daerah terhadap komitmen untuk menyukseskan Program JKN-KIS. Selain komitmen dalam bentuk pembiayaan serta perluasan akses pelayanan melalui penyediaan fasilitas kesehatan, ke depan kami harapkan peran pemerintah daerah juga makin dioptimalkan baik dari sisi kualitas dan mutu pelayanan kesehatan.

“Sehingga derajat kesehatan masyarakat semakin meningkat, bersama-sama memperkuat regulasi terkait kepatuhan pengusaha dan masyarakat dalam kepesertaan JKN-KIS, serta cakupan kepesertaan yang makin luas sehingga dapat terwujudnya *Universal Health Coverage*atau cakupan semesta di tahun 2019,” ujar A. Prasetya Harry P, S.H, AAAK saat kegiatan *Public Expose* Capaian Kinerja BPJS Kesehatan Cabang Tegal, di Tegal (22/08).

Selain itu, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan serta mempercepat cakupan kepesertaan berbagai inovasi dan terobosan dilakukan untuk dapat memenuhi target tersebut. Masyarakat yang sebelumnya dapat melakukan pendaftaran di Kantor Cabang, Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota, Website, dan Bank mitra yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Kini pendaftaran dapat juga dilakukan melalui BPJS Kesehatan *Care Center* 1500-400. Tak cukup sampai disitu, kini BPJS Kesehatan juga mengembangkan pendaftaran melalui Sistem *Dropbox* di Kantor Cabang BPJS Kesehatan, Kantor Kelurahan, dan Kantor Kecamatan, Pendaftaran melalui PPOB/mitra kerja BPJS Kesehatan, melalui Kader JKN serta pendaftaran melalui aplikasi Mobile JKN. Pendaftaran melalui mitra kerja juga tengah dikembangkan dengan membuka *Point of Service* di pusat perbelanjaan seperti mall dan tempat perbelanjaan lainnya.

**BAB IV**

**KENDALA DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JKN KIS**

**KABUPATEN TEGAL**

JKN-KIS merupakan program jaminan kesehatan gratis yang sasaran utamanya adalah masyarakat miskin. Program JKN-KIS ditujukan untuk mengurangi beban konsumsi kesehatan masyarakat miskin sehingga pendapatan mereka dapat tersalurkan atau digunakan untuk biaya konsumsi kebutuhan lainnya. Dengan adanya fasilitas layanan kesehatan secara gratis, diharapkan masyarakat miskin dapat hidup lebih sehat,sehingga dapat meningkatkan produktivitas mereka dalambekerja.Hal ini merupakan salah satu capaian untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan kesejahteraan masyarakat miskin, sehingga dalam jangka panjang dapat meningkatkan pertumbuhan ekonomi.

Progam JKN KIS ini merupakan pekerjaan mulia negara di dalam melaksanakan tugasnya yaitu melindungi warganya dan memberikan pelayanan kesehatan dan kesejahteraan kepada masyarakat. Namun pada pelaksanaan nya ada beberapa kendala kendala. Terutama kami menenukan berbagai kendala pelaksanaan JKN KIS yang dilaksanakan di Kabupaten Tegal. Berikut beberapa permasalahan yang muncul didalam pelaksanaan JKN KIS di Kabupaten Tegal.

**1. Masyarakat Belum memahami Program JKN KIS secara maksimal.**

Berdasarkan hasil penelitian menggunakan wawancara kuesioner terhadap warga Kabupaten Tegal diketahui bahwa sebagian besar masyarakat tidak memiliki pengetahuan tentang JKN, otomatis masyarakat juga tidak tahu manfaat penting yang bisa didapatkan dengan memiliki JKN. Beberapa warga memiliki kartu JKN Penerima Bantuan Iuran (PBI),namun masyarakat hanya sebagai obyek pasif karena masyarakat tidak menggunakan kartu JKN yang mereka miliki dengan maksimal. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramadhana dan Amir (2015) yang menyatakan bahwa kemampuan dan kemauan menjadi peserta BPJS secara signifikan dipengaruhi tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan tingkat pengetahuan terhadap BPJS. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Susilo (2015) juga menyatakan tingkatpengetahuan, pendidikan, pendapatan dan akses pelayanan kesehatan memiliki hubungan terhadap kepesertaan BPJS Kesehatan Mandiri.Memang salah satu faktor dan kendala masyarakat kurang memahami akan arti penting JKN KIS adalah masih banyak nya masyarakat yang pendidikan nya rendah. Selama ini hal hal yang dianggap berursan dengan birokrasi adalah hal yang sangat memberatkan.

**2. Informasi JKN KIS kurang merata dalam Distribusi Informasi.**

Berdasarkan hasil penelitian, masyarakat menyatakan bahwa mereka tidak pernah mendapatkan sosialisasi tentang JKN dari bidan desa,perangkat desa, pihak puskesmas maupun pihak BPJS Kesehatan, sehingga dengan karakteristik masyarakat yang pasif, masyarakat tidak tahu dari mana bisa mendapatkan informasi terkait JKN, penggunaan akses internet sangatminim,hanya dilakukan oleh kalangan pelajar, namun mereka bukan sebagai pengambil keputusan penggunaan JKN. Selain itu kantor BPJS jauh dari tempat tinggal yang membutuhkan waktu 1,5 jam untuk dapat mencapai Kantor BPJS yang berada di pusat kota. Dampak secara kognitif berupa peningkatan pengetahuan mengenai informasi JKN, dampak secara afektif berupa kesadaran masyarakat untuk menyisakan pendapatan yang berguna saat masyarakat sakit dan dampak behavioral berupa kesediaan masyarakat mendaftarkan diri mengikuti program JKN.

**3. Pengurusan alur pendaftaran yang sulit dipahami masyarakat.**

Problem utama didalam pelaksanaan JKN KIS terutama pada proses pengurusan pasien ke rumah sakit agar dapat diringankan adalah adanya ketidaksinkronan antara perangkat desa dan bidan desa. Sebagian besar peserta JKN KIS adalah masyarakat kurang mampu, seringkali banyak pasien yang akan melahirkan kesulitan di dalam pengurusan surat pembayaran di rumah sakit , dikarenakan oleh susahnya kerjasama antara bidan desa dan perangkat desa. Bidan desa memberikan rekomendasi kepada pasien untuk segera dirujuk ke rumah sakit, akan tetapi perangkat desa lambat dalam mengeluarkan surat keterangan miskin, bahkan seringkali kantor desa perangkat kosong pada jam setelah jam kerja,ehingga hal ini memberatkan pengurusan surat rujukan ke rumah sakit.

**4. Masih banyak masyarakat berpenghasilan Rendah.**

Adanya program JKN KIS sebenarnya memang di peruntukan kepada masyarakat miskin dan kurang mampu. Pada sisi , kemampuan mobilitas penduduk untuk ke kota sangat terbatas. Sehingga terganggu dalam proses pengajuan pendaftaran JKN KIS di kabupaten. Banyak masyarakat yang berpenghasilan rendah mengalami kesulitan mengakses informasi sehingga kesulitan mendapatkan informasi yang mendalam akan program ini.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan kepala keluarga merupakan pengambil keputusan utama dalam keluarga, pencari nafkah utamakeluarga dan anggota keluarga mengikuti keputusan yang dipilih oleh kepala keluarga. Kepala keluarga kurang menyadari pentingnya JKN. Pendapatan mayoritas dibawah1 juta rupiah per bulan dan karakter masyarakat yang pasif menyebabkan masyarakat lebih memilih menunggu bantuan dari pemerintah. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Werdani*etal*.,2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, sikap kepala keluarga, informasi yang diperoleh kepala keluarga, dukungan keluarga terhadap kepala keluarga, dan penghasilan kepala keluarga dengan keikutsertaan dalam JKN.

Kemudian untuk sisi pelaksanaan JKN KIS Kabupaten Tegal ,Dewan Jaminan Sosial Nasional telah melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan program JKN/KIS Kabupaten Tegal yang diselenggarakan BPJS Kesehatan pada semester I tahun 2016. Hasilnya, DJSN menemukan 7 masalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) Kabupaten Tegaal yang perlu diperbaiki. Ke tujuh masalah itulah yang selama ini dianggap sebagai bagian dari penghambat program JKN/KIS. ,

1. Penggunaan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai syarat pendaftaran peserta JKN/KIS. Ini diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 dan Surat Edaran (SE) BPJS Kesehatan No. 17 Tahun 2016.

Anggota DJSN, Zaenal Abidin, melihat ada yang perlu diperbaiki dalam mekanisme pendaftaran itu karena Peraturan Presiden (Perpres) No. 19 Tahun 2016 yang telah diubah menjadi Perpres No. 28 Tahun 2016 menyebut NIK bukan syarat wajib kepesertaan. Syarat kepesertaan adalah identitas. Jika NIK belum bisa disediakan oleh instansi yang bertanggungjawab, BPJS Kesehatan mestinya menyediakan identitas sementara untuk peserta yang belum punya NIK.“Kebijakan BPJS Kesehatan yang menjadikan NIK sebagai syarat mutlak pendaftaran peserta ini dapat menghambat perluasan kepesertaan,” kata Zaenal dalam jumpa pers yang diselenggarakan DJSN di Jakarta, awal Agustu

1. Soal pelayanan, menyangkut prinsip portabilitas. Prinsip portabilitas dalam program JKN/KIS yang berjalan selama ini belum optimal.

Portabilitas artinya setiap peserta dapat menikmati layanan kesehatan berkelanjutan di seluruh wilayah Indonesia. Kalaupun seorang peserta pergi ke daerah lain, ia tetap bisa mendapatkan layanan.Namun, dari sejumlah fasilitas kesehatan (faskes) yang ditemui DJSN menyebut ada kebijakan BPJS Kesehatan yang membatasi pelayanan bagi peserta yang berobat di luar faskes tingkat pertama (FKTP) tempat peserta terdaftar. Peserta bisa mendapat pelayanan di FKTP itu maksimal 3 kali. Ada juga FKTP menolak melayani peserta dari FKTP wilayah lain dengan alasan mekanisme pembayaran untuk portabilitas belum jelas. Jika tetap ingin dilayani, ia harus menghubungi layanan di daerah asal. Pemantauan DJSN menunjukan portabilitas pada kasus darurat relatif berjalan. Tapi hal serupa tidak ditemui dalam portabilitas pelayanan non darurat. DJSN merekomendasikan agar pembatasan pelayanan sebanyak 3 kali itu ditujukan kepada peserta yang terdaftar di faskes yang masih dalam satu kabupaten/kota; menyediakan petugas di daerah untuk pelayanan portabilitas; dan  mengembangkan pola pembayaran khusus kepada FKTP yang memberi pelayanan kepada peserta yang berasal dari FKTP daerah lain.

1. Menyangkut regionalisasi rujukan.

Pelayanan dalam program JKN/KIS dilaksanakan secara berjenjang mulai dari FKTP sampai faskes rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Beberapa provinsi seperti Sumatera Selatan dan Jakarta mengatur rujukan itu berdasarkan wilayah administratif pemerintan daerah. DJSN menilai regionalisasi rujukan tidak tepat karena menyebabkan peserta terhambat untuk mengakses pelayanan kesehatan. Peserta harus menempuh jarak yang jauh dengan biaya yang besar untuk mencapai sebuah faskes. Masalah rujukan juga dialami peserta karena FKTP hanya boleh merujuk ke RS tipe C terlebih dulu. Padahal, tidak semua RS tipe C punya fasilitas dan SDM yang bisa melayani peserta sesuai diagnosa rujukan. Itu menimbulkan kesan pelayanan terhadap peserta diperlambat atau dipersulit. Bahkan bisa menyebabkan kondisi penyakit yang diderita peserta lebih parah dan meningkatkan biaya transportasi rujukan yang ditanggung BPJS Kesehatan. Untuk mengatasi masalah rujukan itu DJSN mengusulkan agar regionalisasi rujukan diatur berdasarkan ‘konsep jangkauan’ dan ‘kemampuan’ faskes. , soal kriteria gawat darurat (). Selama dua tahun program JKN/KIS berjalan, kriteria gawat darurat jadi kendala pelaksanaan pelayanan kesehatan di lapangan. Belum ada regulasi yang detail mengelompokkan kondisi-kondisi yang tergolong gawat darurat atau bukan.

d. Penjaminan BPJS Kesehatan dalam kasus gawat darurat di faskes yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan hanya mengacu diganosa, bukan kriteria yang dimaksud darurat.

Misalnya, kasus stroke dianggap darurat, kondisi apa yang dianggap masih darurat? Kriteria stabil, seperti apa dianggap stroke stabil? Apakah penurunan kesadaran dianggap stabil?, urai Zaenal DJSN merekomendasikan BPJS Kesehatan, IDI dan perhimpunan profesi untuk menetapkan kriteria darurat dan stabil. BPJS Kesehatan dituntut mampu mengumpulkan informasi tentang kemampuan dan ketersediaan tempat tidur di faskes yang bekerjasama. Sehingga pasien darurat dapat dipindahkan ke RS yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

1. Pembagian kelas perawatan rawat inap yang ada saat ini dinilai DJSN tidak sesuai dengan amanat UU SJSN dan UU BPJS.

Regulasi itu jelas menyebut kelas perawatan bagi peserta yang membutuhkan rawat inap menggunakan kelas standar tanpa ada pembagian kelas. Pembagian kelas I, II dan III sebagaimana berlangsung saat ini berdampak terhadap diskriminasi pelayanan karena tarif yang dibayar berbeda, tergantung kelas perawatannya. Diskriminasi ini bertentangan dengan prinsip kemanusiaan sebagaimana amanat dan UU BPJS , menyoal pengadaan obat-obatan. DJSN berpendapat item obat dalam tidak dapat memenuhi kebutuhan. Karena itu bukan satu-satunya cara untuk pengadaan obat dalam program JKN/KIS. Item obat yang tidak ada di dapat mengacu harga pasar. Tetapi terkendala Permenkes No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Beleid ini menyebut

1. Pengajuan klaim atas obat program rujuk balik, obat penyakit kronis dan kemoterapi serta biaya pelayanan kefarmasian mengacu pada harga dasar obat sesuai e-catalog**.**

DJSN merekomendasikan agar Permenkes itu ditinjau ulang. , terkait klasifikasi tarif INA-CBGs. Pasal 24 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN mengamanatkan besarnya pembayaran kepada faskes untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi faskes di wilayah tersebut. Zaenal mengatakan ketentuan itu tidak terpenuhi karena tarif INA-CBGs sudah ditetapkan berdasarkan regional sehingga menutup ruang kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi faskes untuk menentukan tarif.

1. Pembagian tarif INA-CBGs berdasarkan tipe RS berdampak pada mutu pelayanan di daerah pelosok sehingga tidak terwujud prinsip ekuitas sebagaimana amanat UU SJSN.

Padahal RS tipe paling rendah sampai tinggi memberikan standar pelayanan yang sama. Pembayaran berdasarkan kelas di RS itu dianggap DJSN bertentangan dengan pasal 19 ayat (1) UU SJSN.  Untuk membenahi masalah klasifikasi tarif INA-CBGs itu DJSN merekomendasikan Kementerian Kesehatan membuat kisaran tarif sebagai ruang untuk kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi faskes. Kemudian, membuat tarif yang acuannya bukan tipe kelas RS tapi kemampuan RS. BPJS Kesehatan perlu menegosiasikan tarif kepada setiap faskes berdasarkan nilai kredensialing., pembagian jasa medis di RS pemerintah. Selama ini pengaturan pembagian jasa medis di RS pemerintah berstatus badan layanan umum (BLU) hanya mencantumkan presentase maksimal. Dikhawatirkan ini disalahgunakan manajemen RS dan merugikan tenaga medis. Sementara RS atau faskes pemerintah daerah yang belum BLUD pembagian remunerasinya dapat tertunda dan tidak pasti. Jelas kondisi tersebut menurunkan motivasi tenaga pelaksana, sehingga berpengaruh terhadap mutu pelayanan peserta JKN/KIS.Terpisah, Kepala Humas BPJS KesehatanTegal , Irfan Humaidi mengatakan intinya BPJS Kesehatan menerima masukan dari berbagai pihak termasuk DJSN. Namun, ada beberapa hal yang menurutnya perlu ditanggapi dari hasil monitoring dan evaluasi DJSN pada semester I tahun 2016 .Menurut Irfan, mengacu peraturan perundang-undangan, BPJS Kesehatan bisa menerbitkan identitas kepesertaan. Itu diterbitkan bagi peserta yang sudah punya NIK atau belum. Bagi peserta yang sudah punya NIK, keuntungannya ketika kartu kepesertaannya hilang dan ingin mendapat pelayanan kesehatan, dia hanya perlu menunjukan KTP nya ke faskes. Ia menyebut BPJS Kesehatan sudah melakukan sinkronisasi data kepesertaan JKN/KIS dengan database NIK yang dikelola Kementerian Dalam Negeri.

**BAB V**

**CARA- CARA MENGATASI KENDALA**

**DALAM PELAKSANAAN JKN KIS KABUPATEN TEGAL**

Persoalan utama dari adanya kendala kendala dalam pelaksaan JKN KIS di kabupaten Tegal adalah bagaimana membuat cara untuk bisa mengatasi kendala kendala di dalam pelaksanaan JKN KIS di Kabupaten Tegal, agar pelaksanaan JKN KIS Kabupaten Tegal berjalan baik da maksimal dalam memberikan pelayanan . Berikut cara cara untuk mengatasi kendala kendala dalam pelaksanaan JKN KIS di Kabupaten Tegal.

**1. Pemanfaatan teknologi informasi juga akan menjadi kesempatan bagi Program JKN-KIS untuk mendorong sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan yang berkualitas, namun tetap efektif dan efisien dari sisi pembiayaan.**

Hal tersebut harus mulai diadaptasi oleh pihak yang terlibat dalam Program JKN-KIS Kabupaten Tegal. Mulai dari peserta, fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan lain. Kita harus siap berubah menuju digitalisasi pelayanan kesehatan," kata Fachmi. Fachmi menjelaskan BPJS Kesehatan mengembangkan berbagai aplikasi yang diharapkan dapat mendukung keberlangsungan program ini. Setidaknya ada 5 ekspektasi peserta dari pelayanan JKN. Di antaranya kemudahan memperoleh informasi terkait Program JKN-KIS, kemudahan dan kecepatan mendaftar, kemudahan dan kepastian membayar iuran, mendapat jaminan di fasilitas kesehatan serta, serta menyampaikan keluhan dan memperoleh solusi.

Dari sisi kemudahan dalam memperoleh informasi BPJS Kesehatan telah mengembangkan aplikasi Mobile JKN. Mobile JKN adalah *one stop service* yang terus dikembangkan BPJS Kesehatan dan dapat digunakan untuk memperoleh informasi, mendaftarkan diri, membayar iuran, mengetahui informasi kepesertaan, informasi kesehatan (*tele consulting*) dan ke depan akan dikembangkan sistem antrian pelayanan kesehatan. "Hal tersebut harus mulai diadaptasi oleh pihak yang terlibat dalam Program JKN-KIS. Mulai dari peserta, fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan lain. Kita harus siap berubah menuju digitalisasi pelayanan kesehatan," kata Fachmi.

Fachmi menjelaskan BPJS Kesehatan mengembangkan berbagai aplikasi yang diharapkan dapat mendukung keberlangsungan program ini. Setidaknya ada 5 ekspektasi peserta dari pelayanan JKN. Di antaranya kemudahan memperoleh informasi terkait Program JKN-KIS, kemudahan dan kecepatan mendaftar, kemudahan dan kepastian membayar iuran, mendapat jaminan di fasilitas kesehatan serta, serta menyampaikan keluhan dan memperoleh solusi.

Di sisi kemudahan, pendaftaran telah dikembangkan banyak kanal pendaftaran khususnya berbasis teknologi informasi yaitu pendaftaran secara online, melalui Mobile JKN, melalui BPJS Kesehatan Care Center 1500400. BPJS Kesehatan juga mengembangkan elektronik data badan usaha (e-Dabu) untuk pendaftaran peserta kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) yang sangat memudahkan pemberi kerja untuk mendaftarkan serta meng-update data peserta. Sedangkan pembayaran iuran bisa  melalui autodebit baik melalui bank maupun non-bank via aplikasi Mobile JKN, e-commerce, dan lainnya. Saat ini sebanyak 686.735 kanal pembayaran iuran dapat dipilih dan dimanfaatkan peserta JKN-KIS.

Pemanfaatan teknologi dikembangkan mulai dari penggunaan aplikasi *Health Facilities Information System (HFIS)*, Rujukan Online, Klaim Digital (*Vedika*), pemanfaatan finger print di fasilitas kesehatan serta  Deteksi Potensi Fraud melalui Analisa Data Klaim (*Defrada*). Pengembangan ini diimplementasikan agar pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta efektif, efisien namun tetap mengedepankan mutu dan kualitas.

Selain itu BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi Sistem Informasi Penanganan Pengaduan (SIPP) yang terintegrasi baik di fasilitas kesehatan, kantor cabang BPJS Kesehatan, Mobile JKN, BPJS Kesehatan Care Center 1500400, Website dan LAPOR!. Pengelolaan Pengaduan ini mendapat apresiasi dari Kementerian PANRB di tahun 2018. BPJS Kesehatan menjadi 10 lembaga terbaik dalam pengelolaan pengaduan pelayanan publik.

**2. Pemberian Informasi yang Menyeluruh dan Merata**.

Berdasarkan hasil penelitian, masyarakat menyatakan bahwa mereka tidak pernah mendapatkan sosialisasi tentang JKN dari bidan desa,perangkat desa, pihak puskesmas maupun pihak BPJS Kesehatan, sehingga dengan karakteristik masyarakat yang pasif, masyarakat tidak tahu darimana bisa mendapatkan informasi terkait JKN, penggunaan akses internet sangat minim, hanya dilakukan oleh kalangan pelajar, namun mereka bukan sebagai pengambil keputusan penggunaan JKN. Selain itu kantor BPJS jauh dari tempat tinggal yang membutuhkan waktu 1,5jam untuk dapat mencapai Kantor BPJS yang berada di pusat kota. Dampak secara kognitif berupa peningkatan pengetahuan mengenai informasi JKN, dampak secara afektif berupa kesadaran masyarakat untuk menyisakan pendapatan yang berguna saat masyarakat sakit dan dampak behavioral berupa kesediaan masyarakat mendaftarkan diri mengikuti programJKN. Maka diperlukan adanya penyampaian informasi yang tepat kepada masyarakat dari petugas BPJS. Kalau berkaca kepada data pengguna BPJS Kabupaten Tegal diangka 700.000 anggota dimana sebagian besar adalah yang berpendapatan rendah. Artinya media untuk menyampaikan informasi itu adalah tidak menggunakan teknologi baik media sosial maupun koran. Maka brosur, pamflet juga ikut mendukung sebagai upaya untuk media informasi yang bisa menjangkau ke pelosok desa. Selain tentunya untuk kelompok masyarakat yang tidak gagap teknologi perlu tetap dilakukan, agar lebih maksimal lagi menyasar secara merata.

**3. Meningkatkan Kesadaran Pentingnya JKN KIS pada Masyarakat**.

Berdasarkan hasil penelitian menggunakan wawancara kuesioner terhadap warga Kabupaten Tegal diketahui bahwa sebagian besar masyarakat tidak memiliki pengetahuan tentang JKN, otomatis masyarakat juga tidak tahu manfaat penting yang bisa didapatkan dengan memiliki JKN. Beberapa warga memiliki kartu JKN Penerima Bantuan Iuran (PBI),namun masyarakat hanya sebagai obyek pasif tanpamengetahui alur yang jelas cara pengurusan kartu JKN. Sehingga,masyarakat hanya bergantung kepada bidan desa dan perangkat desa.

Masyarakat tidak merasakan langsung manfaat kepemilikan JKN dan lebih memilih berobat tanpa menggunakan kartu tersebut. Hal tersebut menyebabkan penyebaran informasi tentang pentingnya kepemilikan kartu JKN menjadi minim, karena masyarakat tidak menggunakan kartu JKN yang mereka miliki dengan maksimal. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukanoleh Ramadhana dan Amir (2015) yang menyatakan bahwa kemampuan dan kemauan menjadi peserta BPJS secara signifikan dipengaruhi tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan tingkat pengetahuan terhadap BPJS. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Susilo (2015) juga menyatakan tingkatpengetahuan, pendidikan, pendapatan dan akses pelayanan kesehatan memiliki hubungan terhadap kepesertaan BPJS Kesehatan Mandiri.

Memang salah satu faktor dan kendala masyarakat kurang memahami akan arti penting JKN KIS adalah masih banyak nya masyarakat yang pendidikan nya rendah. Selama ini hal hal yang dianggap beruursan dengan birokrasi adalah hal yang sangat memberatkan. Makanya disini petugas JKN KIS harus membrikan sebuah pemahaman yang mudah bagaiman alur yang sederhana di dalam pengurusan JKN KIS, agar kemanfaatan dapat dirasakan langsung oleh masyarakat, tanpa memandang tingkatan pendidikan dan pendapatan masyarakat Kabupaten Tegal.

**4. Meningkatkan Koordinasi antara Perangkat desa dan Bidan Desa.**

Problem utama didalam pelaksanaan JKN KIS terutama pada proses pengurusan pasien ke rumah sakit agar dapat diringankan adalah adanya ketidaksinkronan antara perangkat desa dan bidan desa. Sebagian besar peserta JKN KIS adalah masyarakat kurang mampu, seringkali banyak pasien yang akan melahirkan kesulitan di dalam pengurusan surat pembayaran di rumah sakit , dikarenakan oleh susahnya kerjasama antara bidan desa dan perangkat desa. Bidan desa memberikan rekomendasi kepada pasien untuk segera dirujuk ke rumah sakit, akan tetapi perangkat desa lambat dalam mengeluarkan surat keterangan miskin, bahkan seringkali kantor desa perangkat kosong pada jam setelah jam kerja,ehingga hal ini memberatkan pengurusan surat rujukan ke rumah sakit.

Kemudian selain itu perangkat desa dan bidan desa perlu membuat alur proses pendaftraan yang jelas, agar mudah dipahami oleh masyarakat. Sebagian besar yang tinggal di desa adalah petani, mereka rata rata mengalami kesulitan di dalam pengurusan administrasi rujukan. Diharpakan perangkat dan bidan desa menjembatani hal ini dengan pro aktif kepada masyarakat didalam pengurusan administrasi. Tanpa jemput bola masyarakat mengalami kesulitan dalam pengurusan JKN KIS. Sosialisasi lebih seharusnya dibuat dalam bentuk imbauan, penyuluhan, dan pengumuman di berbagai tempat umum dan pusat keramaian. Penggunaan media cetak dan media elektronik yang belum merata untuk sosialisasi program JKN menyebabkan masyarakat tidak mengetahui tentang program JKN (Putrawan, Junaid and Suriani, 2016).

Demikian cara cara yang dapat dilaksanakan untuk mengatasi berbagai kendala dalam pelaksanaan JKN KIS Kabupaten Tegal, agar ke depan bisa maksimal di dalam pelaksanaan program. Keterlibatan berbagai stakeholder sangat diperlukan sekali dalam mensukseskan program ini, terutama sekali Pemerintah daerah Kabupaten Tegal memberi memberi peran yang besar dalam mengkampanyekan dan mensosialisasikan program JKN KIS agar supaya bisa memberikan manfaat yang besar bagi masyarkat Kabupaten Tegal.

**BAB VI**

**SIMPULAN DAN SARAN**

**A.** **SIMPULAN**

Berdasarkan pembahasan yang telah disampaikan dapat kami simpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Pelaksanaan Program JKN KIS di Kabupaten Tegal berjalan kurang maksimal.Peserta JKN KIS PBI ( penerima Bantuan Iuran ) sejumlah 736.762 orang masih banyak yang belum merasakan langsung manfaat program JKN KIS diakibatkan oleh sulitnya alur dan birokrasi pengurusan manfaat program.

2. Kendala kendala dalam pelaksanaan program JKN KIS di Kabupaten Tegal adalah :

a. Masyarakat Belum memahami Program JKN KIS secara maksimal,

b. Informasi JKN KIS kurang merata dalam Distribusi Informasi,

c. Pengurussan alur pendaftaran yang sulit dipahami masyarakat,

d. Masih banyak masyarakat berpenghasilan Rendah dan

e. Masih Kurang maksimalnya tata kelola penerapan JKN KIS bagi pasien berpenghasilan rendah.

3. Cara untuk mengatasi kendala kendala dalam pelaksaan program JKN KIS di Kabupaten Tegal adalah sebagai berikut :

**a.** Pemanfaatan teknologi informasi juga akan menjadi

**b**. Pemanfaatan teknologi informasi juga akan menjadi kesempatan bagi Program JKN-KIS untuk mendorong sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan yang berkualitas, namun tetap efektif dan efisien dari sisi pembiayaan,

**c**. Pemberian Informasi yang Menyeluruh dan Merata,

d.Meningkatkan Kesadaran Pentingnya JKN KIS pada Masyarakat, dan

e. Meningkatkan Koordinasi antara Perangkat desa dan Bidan Desa.

**B. SARAN**

1. Pemerintah hendaknya meningkatkan sosialisasi dan edukasi tentang manfaat jaminan kesehatan nasional mulai dari tingkat RT. Sehingga sosialisasi yang disampaikan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang jaminan kesehatan nasional.

2. Diharapkan pihak BPJS Kesehatan memberikan informasi yang lengkapdan benar kepada peserta JKN dan peningkatan pihak rumah sakit yang bekerjasama dengan meningkatkan kinerja sumber daya manusia baik secarakuantitas dan kualitas SDM agar program JKN terlaksana dengan baik danlancar, serta meningkatkan kualitas komunikasi para pihak baik pesertamaupun rumah sakit dan BPJS Kesehatan guna menghindari kesalahpahaman.

**DAFTAR PUSTAKA**

Dimyati, Khuzalifah dan Kelik Wardiono. . *Metode Penelitian Hukum. Surakarta:* UMS Fak. Hukum. 2004

Bernard Arief Sidahrta, *Refleksi Tentang Struktur Ilmu Hukum*, Bandung, Mandar Maju, 1999.

Lexy J Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Edisi revisi, Bandung,PT.Remaja Rosda Karya, 2004.

Ronny Hanitidjo Soemitro, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Jakarta,Ghalia Indonesia, 1988.

Safroni, Ladzi. *Manajemen dan Reformasi Pelayanan Publik dalam Konteks Birokrasi Indonesia.* Surabaya: Aditya Publishing.2012.

Saputra, Maman, dan Leni Marlina dkk. “ *Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Aspek SDM” J*urnal Kesehatan Masyarakat.2012.

Soekanto, Soegono. *Pengantar Penelitian Hukum*.UI Press. 1986.

Sunggono, Bambang. 2012. *Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: Raga Grafindo.2012

**KAMUS**

WJS Poerdarminta, *Kamus Umum Bahasa Indonesia*, Jakarta, Balai Pustaka, 1984

**Makalah / Artikel /Berita Online**

Irma Suryani, Ade dan Agung Suharto. “ *Implementasi Program BPJS dalam Meningkatkan Pelayanan Administrasi Kesehatan dan Rumah Sakit Umum Silabuhan Kab. Padang Lawas* ” Jurnal Administrasi Publik. 2012.

**Perundang Undangan**

Peraturan Pemerintah RI No. 101/2012 tentang Penerimaan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

PMK No 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan ProgramJaminan Kesehatan Nasional.

1. Pasal 1 angka !, Peraturan pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012, tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. [↑](#footnote-ref-1)
2. Kemeneterian Kesehatan RI 2014.Buku Pegangan Sosialisasi JKN dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional,Jakarta.Kementerian Kesehatan RI [↑](#footnote-ref-2)
3. Ade Irma Suryani,Agung Suharyanto, “ *Implementasi Program Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan ( BPJS ) dalam meningkatkan Pelayanan Administrasi Kesehatan di rumah sakit Umum Silabuhun Kab Padang lawas*” Jurnal Administrasi publik ,hal 87. [↑](#footnote-ref-3)
4. Maman Saputra, Leni Marlina, Fauzi Rahman, Dian Rosadi : *Program jaminan Kesehatan nasional dan Aspek sumber daya Manusia*,” jurnal Kesehatan Masyarakat,2015 hal 33 [↑](#footnote-ref-4)
5. *ibid* [↑](#footnote-ref-5)
6. Ladzi Safroni, 2012, *Manajemen dan Reformasi Pelayanan Publik dalam kontek BirokrasiIndonesia* Surabaya, Aditya Media Publising,hal 14 [↑](#footnote-ref-6)
7. Khudzalifah Dimyati dan Kelik Wardiono, 2004*,Metode Penelitian Hukum*, Surakarta, UMS,hal 1 [↑](#footnote-ref-7)
8. Bambang Sunggono, 2012,*Metode Penelitian Hukum*, Jakarta, PT.Raja Grafindo Persada,hal 35 [↑](#footnote-ref-8)
9. Soerjono Soekanto,1986,Pengantar Penelitian Hukum,Jakarta,Universitas Indonesia press,hal 12 [↑](#footnote-ref-9)
10. Hubaib Alif Khariza,*Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi program jaminan kesehatan di rumah sakit jiwa Menur Surabaya,* Jurnal Kebijakan dan Management Publik.volume 3, Nomor 1, Januari-april 2015. [↑](#footnote-ref-10)
11. Kementrian Kesehatan RI, *Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2010-2014.* Jakarta, 2010. [↑](#footnote-ref-11)
12. Margaretha Yuliani,*Menyongsong BPJS Kesehatan 2014*, *Jaminan Kesehatan:Hak Rakyat Kewajiban Negara*, Jakarta,2013,hlm.14 [↑](#footnote-ref-12)
13. : \ DISERTASI\TEORI *Bekerjanya Hukum Dalam Masyarakat*.mhtml, diakses pada jumat tanggal 09 maret 2020 pukul 13.23 wib [↑](#footnote-ref-13)
14. D : \DISERTASI\TEORI *Bekerjanya Hukum Dalam Masyarakat*.mhtml, diakses pada hari jumat tanggal 09 agustus 2019 pukul 13.23 wib. [↑](#footnote-ref-14)
15. D:\DISERTASI\TEORI *Bekerjanya Hukum Dalam Masyarakat*.mhtml, diakses pada hari jumat tanggal 09 agustus 2019 pukul 13.23 wib. [↑](#footnote-ref-15)
16. D:\DISERTASI\TEORI *Bekerjanya Hukum Dalam Masyarakat*.mhtml, diakses pada hari jumat tanggal 09 agustus 2019 pukul 13.23. [↑](#footnote-ref-16)