

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Negara Indonesia merupakan negara dengan sistem pemerintahannya dipilih oleh rakyat. Maka pemerintah dan badan legislatif sebagai pengemban amanah rakyat melalui pemilihan umum bertanggung jawab penuh atas kemakmuran dan kesejahteraan rakyat. Untuk mewujudkan kemakmuran dan kesejahteraan, pemerintah menetapkan berbagai macam aturan pelaksana dari UU yang dibuat legislatif dengan berbagai progamnya. Jika suatu pemerintahan, tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar rakyatnya, maka akan menaburkan benih-benih kehancuran melalui kegelisahan sosial dan ketidakstabilan politik.¹

Kesehatan merupakan salah satu hak mendasar masyarakat yang penyediaan pelayannya wajib diselenggarakan oleh pemerintah yang terdapat dalam Undang-Undang Dasar tahun 1945. Sebagaimana yang tercantum dalam pasal 28H, ayat (1) yang menyatakan bahwa, "setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapat lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan" dan Pasal 34 ayat (3) "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak". Pemerintah juga bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat serta memenuhi penyediaan sarana pelayanan kesehatan.

Di Indonesia aturan tersebut tercantum dalam Undang-Undang Dasar Negara

¹Umer Capra, *Al-Qur'an Menuju Sistem Moneter yang Adil*, (Yogyakarta: PT Dana Bakti, 1997), h. 57.

Republik Indonesia tahun 1945, pengaturan tentang kesehatan tersebut tercantum dalam Pasal 28H, ayat (3) yang menyatakan bahwa “setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagaimana manusia yang bermartabat.”² Selanjutnya Pasal 34 ayat (2) menyatakan sebagai berikut “negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.”³

Peraturan tentang kesehatan terus berkembang hingga dibentuknya Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam Pasal 3 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tertulis bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Di dalam mengoptimalkan derajat kesehatan masyarakat tersebut, pembangunan kesehatan diimplementasikan dalam bentuk pelayanan kesehatan Jaminan Sosial bagi masyarakat.⁴

Dalam menjalankan Undang-Undang Dasar tersebut maka pada tahun 2004 Pemerintah membuat Undang-undang tentang Jaminan Sosial yaitu Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.⁵ Jaminan sosial ini adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara Republik Indonesia guna menjamin

² Pasal 28H ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

³ Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

⁴ Titon Slamet Kurnia, *Hak Atas Kesehatan Optimal Sebagai HAM di Indonesia*, (Bandung: PT. Alumni, 2007), h. 49.

⁵ Muh. Kadarisman, “Analisis Tentang Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi No. 07/PUU-III/2005”, *Jurnal Hukum IUS QUIA IUSTUM*, No. 3, 2015, h. 467.

warganegaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak.⁶

Dalam undang-undang ini pemerintah berharap kesehatan masyarakat menjadi terjamin dan masyarakat juga semakin peduli terhadap pentingnya menjaga kesehatan. Selain dari pada itu pemerintah juga dapat memberikan kemudahan kepada masyarakat miskin yang selama ini sulit dalam mendapatkan layanan kesehatan yang memadai. Sistem ini memberi jaminan perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Setiap warga negara dijamin haknya untuk hidup layak apabila terjadi situasi yang tidak menguntungkan serta dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, baik karena sakit, kecelakaan, kehilangan pekerjaan, usia lanjut dan pensiun. Undang-Undang tersebut mengatur jaminan sosial dengan pendekatan skema asuransi yang mewajibkan bagi pekerja formal untuk mengikuti jaminan sosial pada aspek jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, pemutusan hubungan kerja, jaminan hari tua dan pensiun serta jaminan kematian.⁷

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tertulis bahwa dalam penerapan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berbasis asuransi. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya

Selain itu, dalam progam Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS), setiap peserta yang dinilai mampu, seperti buruh, wajib membayar iuran yang

⁶http://sjsn.menkokesra.go.id/dokumen/publikasi/buku_reformasi_sjsn_ind. Diakses 10 November 2021

⁷ Muh. Kadarisman, "Analisis Tentang Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi No. 07/PUU-III/2005", *Jurnal Hukum IUS QUIA IUSTUM*, No. 3, 2015, h. 468-469.

besarnya ditetapkan pemerintah. Padahal, dalam sistem asuransi yang dikelola Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) saat ini, pekerja tidak harus membayar iuran karena sudah ditanggung oleh perusahaan atau pemberi kerja. Oleh karena itu, penggunaan mekanisme asuransi sosial atau tabungan sosial bersifat wajib atau *compulsory insurance*, adalah dibiayai dari kontribusi atau iuran yang dibayarkan oleh peserta. Dengan kewajiban menjadi peserta, sistem ini dapat terselenggaranya secara luas bagi seluruh rakyat, terjamin kesinambungannya dan profesionalisme penyelenggaranya.⁸

Ciri-ciri masyarakat yang sehat adalah yang mampu adanya untuk hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan melalui upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Peningkatan upaya kesehatan lingkungan terutama penyediaan sanitasi dasar yang dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup, peningkatan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan status sosial ekonomi masyarakat dan penurunan angka kesakitan dan kematian dari berbagai sebab dan penyakit.⁹

Namun hingga kini jaminan pelayanan kesehatan oleh pemerintah belum terlaksana sesuai harapan. Program Asuransi Kesehatan yang dijalankan pemerintah masih menuai banyak kendala. Masih banyak masyarakat yang belum memiliki kesadaran betapa pentingnya jaminan kesehatan. Pemerintah berusaha sebaik mungkin untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan memberikan terobosan-terobosan baru. Namun masyarakat masih menganggap

⁸ *Ibid*, h.. 470.

⁹ AM, "Mewujudkan MDGs Pendidikan untuk Kemajuan Pendidikan Masa Datang.: Pembangunan Kesehatan Di Indonesia, Indonesia Sehat, Dan Millenium Development Goal's"2010

asuransi kesehatan belum dianggap penting jika mereka belum sakit. Dalam observasi pertama penulis bahwa masyarakat disekitar lingkungan 8 sudah sebagian di data oleh pihak Kepala Lingkungan dan Kelurahan akan tetapi setelah pengumuman bahwa mereka yang sudah di data oleh pihak yang terkait nama mereka tidak ada di daftar peserta penerima BPJS PBI

Salah satu buktinya ialah temuan penulis di lapangan yang menyatakan adanya ketidaksesuain dalam pengimplementasian BPJS PBI bagi masyarakat.

"Kemarin itu kita di data sama pihak Kepling dan Kelurahan, namun nyatanya ketika pengumuman yang dapat kebanyakan mereka-mereka yang ekonominya bisa di bilang berkecukupan, sedangkan kita yang susah ini yang dapat Cuma beberapa orang saja. Padahal kita buat makan pun payah apalagi memenuhi kebutuhan hidup yang lain"¹⁰.

Hal tersebut menunjukkan adanya kesalahan yang di lakukan oleh penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional.

Padahal berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan No 1 Tahun 2014 Peserta Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terbagi dua yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Bukan Penerima Bantuan Iuran (Bukan PBI). Peserta BPJS yang tergolong PBI adalah masyarakat yang tergolong fakir. Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di Kabanjahe pada awalnya kurang mendapat respon dari masyarakat, hal ini karena masih terdapat ketidakpahaman masyarakat, bahwa ketika BPJS Kesehatan beroperasi atau sudah diberlakukan, maka tidak ada lagi program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan tidak menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk anggaran kesehatan bagi masyarakat miskin. Dari segi pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan di Kecamatan Kabanjahe khususnya pada masyarakat miskin Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang pengobatannya ditanggung oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan juga belum memuaskan.

¹⁰ Wawancara dengan pak Ginting warga kelurahan padang Mas Kecamatan Kabanjahe

Peserta BPJS Penerima bantuan iuran (PBI) yang diperuntukan untuk fakir miskin dan warga tidak mampu. Peraturan pemerintah nomor 76 tahun 2015 tentang penerima bantuan iuran. Di era BPJS saat ini Peserta yang sebelumnya terdaftar sebagai pemegang KIS, dan peserta yang sudah terdaftar sebagai peserta JAMKESMAS dan JAMKESDA semuanya akan dialihkan menjadi peserta BPJS PBI dengan kartu identitas yaitu KIS (Kartu Indonesia Sehat), kepesertaan ini khusus untuk fakir miskin dan warga kurang mampu dan iuran bulanannya akan dibayar oleh pemerintah.¹¹

Namun pada kenyataannya masyarakat yang sesungguhnya mempunyai kriteria atau mencapai kriteria untuk mendapatkan bantuan itu tapi tidak terdaftar dan tidak memiliki KIS (Kartu Indonesia Sehat) tersebut.

1. Kriteria Penerima Bantuan

Fakir Miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya. Fakir adalah seseorang yang tidak dapat mencukupi $\frac{1}{2}$ dari kebutuhan pokok dirinya dan orang-orang yang menjadi tanggungannya (istri dan anak), seperti kebutuhan pangan, sandang dan papan.¹² Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.

¹¹ M Zuhad, *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) (Studi Di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur)* (thesis, Diajukan kepada Program Pascasarjana UIN Sunan Kalijaga untuk Memenuhi Salah Satu Syarat guna Memperoleh Gelar Magister Ilmu Sains Yogyakarta, 2014). h. 67

¹² Pasal 1 angka 5 PP No. 101 Tahun 2012 tentang *Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan*

Ciri-Ciri yang Melekat pada orang tidak mampu yaitu: (1) Pendapatan masih rendah atau tidak berpendapatan (2) Tidak Memiliki pekerjaan tetap, (3) Pendidikan rendah bahkan tidak berpendidikan, (4) Tidak memiliki tempat tinggal, (5) tidak terpenuhinya standar gizi minimal. Karakteristik penduduk miskin secara lebih spesifik, dapat di cirikan dengan tingkat SDM yang rendah, umumnya tinggal di wilayah dengan karakteristik marjinal, dukungan infrastruktur terbatas, dan tingkat adopsi teknologi rendah.¹³

Kategori fakir miskin dan orang tidak mampu meliputi fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister dan yang belum teregister:

a. Fakir Miskin Dan Orang Tidak Mampu Yang Teregister

Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister berdasarkan Basis Data Terpadu hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister berasal dari Rumah Tangga memiliki kriteria:¹⁴

- 1) Tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar
- 2) Mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana
- 3) Tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali puskesmas atau yang disubsidi pemerintah

¹³ *Ibid*, Pasal 1 angka 6

¹⁴ Diktum ketiga Kepmensos No.146/HUK/2013 tentang *Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu*

- 4) Mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan sekolah lanjutan tingkat pertama
 - 5) Mempunyai dinding rumah terbuat dari bambu/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah usang/berlumut atau tembok tidak diplester
 - 6) Kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah
 - 7) Atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/ kualitas rendah
 - 8) Mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.
- b. Fakir Miskin Dan Orang Tidak Mampu Yang Belum Teregister.
- Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister terdapat di dalam Lembaga Kesejahteraan Sosial maupun di luar Lembaga Kesejahteraan Sosial. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister terdapat di Lembaga Kesejahteraan Sosial tersebut dimaknai sebagai:¹⁵
- 1) Panti sosial
 - 2) Rumah singgah
 - 3) Rumah perlindungan sosial anak
 - 4) Lembaga perlindungan sosial anak
 - 5) Panti/balai rehabilitasi sosial

¹⁵ Diktum kelima Kepmensos No.146/HUK/2013 tentang *Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu*

- 6) Taman anak sejahtera/tempat penitipan anak miskin

Sedangkan Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister di luar lembaga kesejahteraan sosial terdiri atas:¹⁶

- 1) Gelandangan
- 2) Pengemis
- 3) Perseorangan dari komunitas adat terpencil
- 4) Perempuan rawan sosial ekonomi
- 5) Korban tindak kekerasan
- 6) Pekerja migran bermasalah sosial
- 7) Masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat sampai dengan 1 (satu) tahun setelah kejadian bencana
- 8) Perseorangan penerima manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial;
- 9) Penghuni Rumah Tahanan/Lembaga Pemasyarakatan;
- 10) Penderita Thalassaemia Mayor; dan
- 11) Penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI).

2. Pengelola Bantuan Iuran Kesehatan

Pengelolaan atas data penerima bantuan iuran kesehatan dilaksanakan oleh kementerian kesehatan. Menteri Kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.¹⁷ BPJS kesehatan wajib memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta Jaminan

¹⁶ Diktum keenam Kepmensos No.146/HUK/2013 tentang *Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu*

Kesehatan yang telah didaftarkan oleh Menteri Kesehatan.

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan untuk PBI Jaminan Kesehatan bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Usulan atas anggaran jaminan kesehatan atas PBI dilaksanakan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) kepada Menteri Kesehatan. Menteri Kesehatan kemudian menyampaikan usulan anggaran Jaminan Kesehatan bagi PBI Jaminan Kesehatan kepada Menteri Keuangan berdasarkan usulan DJSN tersebut.

Permasalahan timbul terkait kepesertaan dari fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister, karena data-data warga negara tersebut tidak tercatat dalam BPJS Kesehatan. Untuk itu, guna keperluan pembuktian keabsahan kepesertaan:

- 1) untuk gelandangan, pengemis, perseorangan penerima manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial, perseorangan dari Komunitas Adat Terpencil, perempuan rawan sosial ekonomi, korban tindak kekerasan, dan pekerja migran bermasalah sosial dengan surat rekomendasi dari Kementerian Sosial, dinas/intansi sosial provinsi, dinas/intansi sosial kabupaten/kota, camat, kepala desa/lurah, dan/atau Lembaga Kesejahteraan Sosial
- 2) penghuni Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan, dengan surat rekomendasi dari Kepala Lembaga Pemasyarakatan/Kepala Rumah Tahanan setempat
- 3) penderita Thalassaemia Mayor, berdasarkan kartu penderita Thalassaemia yang diterbitkan oleh Yayasan Thalassaemia Indonesia

dan bagi penderita baru dengan menunjukkan surat keterangan dari Ketua Yayasan Thalassaemia Indonesia cabang, direktur rumah sakit, dan/atau kepala Puskesmas dengan keterangan bahwa yang bersangkutan menderita Thalassaemia Mayor

- 4) Penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI) dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu identitas seperti KTP, kartu keluarga dan lain-lain
- 5) Bagi keluarga peserta Program Keluarga Harapan (PKH), cukup dengan kartu PKH, sedangkan bagi anggota keluarga disamping membawa kartu PKH dilengkapi dengan kartu keluarga atau keterangan dari pendamping
- 6) Bagi penerima Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (BLSM), cukup dengan Kartu Perlindungan Sosial
- 7) Bagi perseorangan penerima program beras miskin menggunakan Kartu Perlindungan Sosial; dan
- 8) Masyarakat miskin akibat korban bencana alam dan sosial paska tanggap darurat berdasarkan daftar/keputusan yang ditetapkan oleh bupati/walikota.

Berdasarkan pemaparan masalah diatas penulis sangat tertarik untuk meneliti tentang **Implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran Bagi Masyarakat Fakir Miskin Dan Kurang Mampu Di Kelurahan Padang Mas Kabupaten Tanah Karo Ditinjau Dari Fiqh Siyasah.**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah yang akan di kaji penulis adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana implementasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran (BPJS PBI) bagi masyarakat fakir miskin dan kurang mampu di Kelurahan Padang Mas Kecamatan Kabanjahe Kabupaten Tanah Karo Sumatera Utara.
2. Apa faktor-faktor pendukung dan penghambat implementasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran (BPJS PBI) bagi masyarakat fakir miskin dan kurang mampu.
3. Bagaimana tinjauan fiqih siyasah atas implementasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran (BPJS PBI) bagi masyarakat fakir miskin dan kurang mampu di Kelurahan Padang Mas Kecamatan Kabanjahe Kabupaten Tanah Karo Sumatera Utara

C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah di uraikan di atas, maka tujuan penelitian yang dapat dirumuskan adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui dan memahami implementasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran (BPJS PBI) bagi masyarakat fakir miskin dan kurang mampu di Kelurahan Padang Mas Kecamatan Kabanjahe Kabupaten Tanah Karo Sumatera Utara.
2. Untuk mengetahui apa saja faktor-faktor pendukung dan penghambat implementasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran (BPJS PBI) bagi masyarakat fakir miskin dan kurang mampu.
3. Untuk mengetahui dan memahami tinjauan fiqih siyasah atas implementasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran (BPJS PBI)

bagi masyarakat fakir miskin dan kurang mampu di Kelurahan Padang Mas Kecamatan Kabanjahe Kabupaten Tanah Karo Sumatera Utara

Adapun kegunaan penelitian ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan mengenai BPJS PBI dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional dan di tinjau dari Fiqh Siyasah

2. Manfaat praktis

Adapun manfaat praktis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Bagi akademis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi ilmu hukum khususnya di bidang ketatanegaraan tentang Jaminan Kesehatan dalam pandangan hukum Islam. Dan sebagai bahan pertimbangan lebih lanjut mengenai fiqh siyasah terutama dalam hal Jaminan Kesehatan Nasional dalam pandangan hukum Islam.

b. Bagi Masyarakat Umum

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi kepada masyarakat khususnya tentang Jaminan Kesehatan Nasional dan menumbuhkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya Jaminan Kesehatan

c. Bagi Pemerintah

Dapat memberikan masukan kepada pemerintah dan pejabat dalam hal ini adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial agar memberikan

pengarahan kepada masyarakat betapa pentingnya jaminan kesehatan nasional.

D. Kajian Terdahulu

Berdasarkan penelusuran yang penulis lakukan, belum ada yang membahas tentang “Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Tinjau Dari Fiqih Siyasah Dan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Studi Kasus Kecamatan Kabanjahe Kabupaten Karo Sumatera Utara)”. Hanya saja penulis menemukan beberapa skripsi yang berkaitan dengan pembahasan ini diantaranya adalah :

1. Haeruddin dalam penelitian yang berjudul “Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Kota Yogyakarta”. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa pemerintah kota Yogyakarta mempunyai kepedulian dan perhatian yang sangat tinggi terhadap program jaminan kesehatan bagi masyarakat warga kota.
2. Marita ahdiyana, wasiti, dalam penelitian yang berjudul “Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kabupaten Bantul”, hasil penelitian menunjukkan secara umum bahwa pelaksanaan program jamkesmas sudah sesuai dengan mekanisme dan prosedur yang telah ditetapkan, walaupun dalam implementasinya di lapangan masih ditemui berbagai macam permasalahan. Dalam penelitian tersebut permasalahan yang masih dijumpai dalam pelaksanaan program jamkesmas terutama adalah dari sisi ketepatan penetapan kelompok sasaran karena data yang tidak diupdate oleh pusat. Selain itu juga kurang optimalnya pemanfaatan program karena pengetahuan masyarakat yang kurang dalam memahami kelengkapan persyaratan untuk mendapatkan pelayanan dari PPK, serta

pengelolaan dana terpusat yang menyebabkan keterlambatan pembayaran klain PPK sehingga harus hutang terlebih dahulu.

3. Novayanti Sopia Rukmana Tahun 2013, Mahasiswi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik yang berjudul "Implementasi Program Jaminan kesehatan Gratis." Dalam skripsi ini dijelaskan mengenai konsep pelayanan gratis di puskesmas sumbang kecamatan curio enrekang.
4. Eka Widyasih, M. Fatkhul Mubin, dan Eni Hidyati, dalam penelitian yang berjudul "Persepsi Masyarakat Terhadap Pelayanan BPJS Di Rsi Kendal", hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi masyarakat terhadap pelayanan BPJS adalah baik, hal ini dikarenakan prosedur pelayanan administrasi pasien BPJS di Rumah Sakit Islam Kendal mudah dan tidak berbelit-belit, jika terdapat kekurangan persyaratan BPJS petugas administrasi memberitahu kekurangannya, petugas administrasi tidak membedakan status pasien serta memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti. Pelayanan pasien BPJS di Rumah Sakit Islam Kendal baik karena petugas memberikan informasi secara jelas, pelayanan BPJS dilayani sesuai dengan kelasnya, petugas memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien, setiap petugas memberikan tindakan selalu dengan persetujuan pasien dan keluarga.

E. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan pemahaman mendasar yang mendukung pemahaman selanjutnya. Kerangka pemikiran merupakan model konseptual tentang bagaimana suatu teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah penting. Kerangka pemikiran yang peneliti buat dalam kajian ini menjelaskan suatu permasalahan mengenai Implementasi jaminan kesehatan masyarakat miskin yang berada di Kecamatan Kabanjahe.

1. Implementasi

a. Pengertian Implementasi

Implementasi dalam Kamus Besar Bahasa dapat diartikan dengan pelaksanaan atau penerapan pada segala hal yang telah disepakati terlebih dahulu, serta mengimplementasikan dapat dimaksudkan dengan melaksanakan; menerapkan.¹⁷ Dalam Webster's Dictionary sendiri kata "*implementation*", berasal dari kata kerja "*to implement*", yang artinya melengkapi, sedangkan "*plere*" maksudnya "*to fill*", yaitu mengisi, "membawa ke suatu hasil (akibat); melengkapi dan menyelesaikan", "menyediakan sarana (alat) untuk melaksanakan sesuatu", menyediakan atau melengkapi dengan alat".¹⁸

Berdasarkan kedua pengertian diatas, Implementasi dapat disimpulkan sebagai menyelesaikan, mengisi, menghasilkan, melengkapi. Jadi secara etimologis implementasi itu dapat dimaksudkan sebagai suatu aktivitas yang bertalian dengan penyelesaian suatu pekerjaan dengan penggunaan sarana (alat) untuk memperoleh hasil.

Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier, dalam Solichin Abdul Wahab, menjelaskan implementasi ini dengan kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman- pedoman kebijakan negara, yang mencakup usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian. Pengertian implementasi apabila

¹⁷ *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi IV,(Pusat Bahasa: Departemen Pendidikan Nasional, 2008), h. 48.

¹⁸ Webster's Dictionary/ G. & C. Merriam Company Collection, (Amherst College. 2017). h. 57.

dikaitkan dengan kebijakan bahwa kebijakan tidak hanya dirumuskan lalu dibuat dalam suatu bentuk positif seperti undang-undang dan kemudian didiamkan dan tidak dilaksanakan atau diimplementasikan, tetapi sebuah kebijakan dilaksanakan atau diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan. Implementasi kebijakan merupakan suatu upaya untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu dengan sarana-sarana tertentu dan dalam urutan waktu tertentu.

Proses implementasi kebijakan pemerintah baru dapat dimulai apabila tujuan-tujuan kebijakan publik telah ditetapkan, program-program telah dibuat, dan dana telah dialokasikan untuk pencapaian tujuan kebijakan tersebut. Dengan kata lain implementasi kebijakan pemerintah dapat diartikan sebagai aktivitas penyelesaian atau pelaksanaan suatu kebijakan yang telah ditetapkan dengan penggunaan sarana untuk mencapai tujuan kebijakan pemerintah itu sendiri.¹⁹

Kegiatan ini terletak di antara perumusan kebijakan dan evaluasi kebijakan. Implementasi kebijakan mengandung *logika top-down*, yakni program-program mengikuti sebuah siklus antar lembaga yang dimulai dari rancangan umum, penentuan tujuan, pemilihan strategi, pelaksanaan dan implementasi strategi.²⁰ Pihak pembuat kebijakan menafsirkan alternatif yang masih abstrak atau makro menjadi alternatif yang bersifat konkrit atau mikro. Sedangkan formulasi kebijakan mengandung *logika bottom up*, yaitu pendekatan dari atas ke bawah, dimulai dari upaya pihak

¹⁹ Sholichin Abdul Wahab, *Analisis Kebijakan: dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara* (Jakarta: Bumi Aksara 2001), h. 64-65.

²⁰ Endang Sutisna Sulaeman, *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Teori dan Implementasi* (Yogyakarta : Gadjah Mada University Press,2012), h. 19

luar pemerintah yang membantu masyarakat dalam mengenal dan mengidentifikasi permasalahan yang penting dan relevan dengan masyarakat. Proses ini diawali dengan pemetaan kebutuhan publik atau pengakomodasian tuntutan lingkungan lalu diikuti dengan pencarian dan pemilihan alternatif cara pemecahannya, kemudian diusulkan untuk ditetapkan.

b. Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Pemerintah

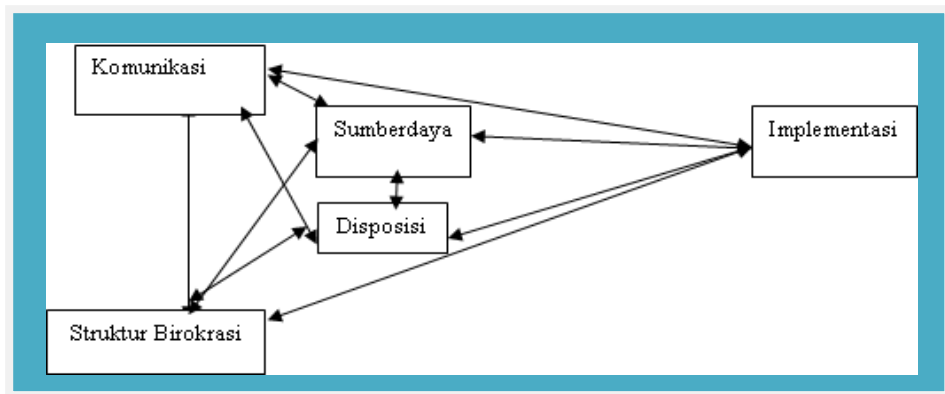
Berbagai pendekatan dalam implementasi kebijakan, baik terkait dengan implementor, sumberdaya, lingkungan, metoda, permasalahan dan tingkat kemajemukan yang dihadapi di masyarakat. Sumberdaya manusia sebagai implementor mempunyai peranan yang penting dalam pengendalian implementasi kebijakan publik. Implementasi suatu kebijakan dipengaruhi oleh beberapa faktor.²¹

Implementasi kebijakan menurut pandangan Edwards III dipengaruhi empat variabel, yakni; (1) komunikasi, (2) sumberdaya, (3) disposisi dan kemudian (4) struktur birokrasi. Keempat variabel tersebut juga saling berhubungan satu sama lain. Pendapat yang dikemukakan oleh George C Edwards III, dapat digambarkan dalam bagan berikut. :

Gambar 1

Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi

²¹ *Ibid.*, h. 89-90



Sumber : AG. Subarsono, *Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Aplikasi*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar Grup, 2005)

- (1) Komunikasi, hal ini merupakan yang sangat penting karena seorang implemeter dengan menguasai informasi yang cukup/banyak, maka akan dapat memperoleh kemudahan dalam pelaksanaan program. Misalnya Aparat pemerintah sebagai implementer dengan menguasai informasi tentang program pembangunan pedesaan utamanya mengenai teknis perencanaannya maka dalam pelaksanaan pembangunan tersebut dapat berjalan lancar sesuai dengan apa yang direncanakan sebelumnya.
- (2) Sumber daya (*Resources*), Sumberdaya ini meliputi empat komponen yaitu Staf yang cukup (jumlah dan mutu), Informasi yang memadai dalam memberikan informasi penjelasan pada sasaran program, Kewenangan (*Authority*) yang cukup guna melaksanakan tugas dan tanggung jawab, serta Fasilitas yang memadai sesuai dengan kebutuhan dalam pelaksanaan program.
- (3) Disposisi yaitu sikap dan komitmen dari aparat pemerintah dalam

pelaksanaan program, dengan semangat yang tinggi dan sikap/mental yang baik sesuai dengan prosedur atau aturan yang berlaku, maka program akan berjalan sebagai mana mestinya.

- (4) Struktur birokrasi yaitu penanganan program sesuai dengan standard operating procedures (SOP) dengan koordinasi yang baik dari semua pihak yang terlibat. misalnya pemerintah, dengan aparatnya serta masyarakat.

2. Jaminan Kesehatan Sosial

Konseptual jaminan sosial berbeda dengan proteksi sosial. Jaminan sosial merupakan bagian dari proteksi sosial. Jaminan sosial lebih menitikberatkan dalam hubungan kerja, sementara proteksi sosial lebih luas yang mencakup seluruh dimensi sosial ekonomi perlindungan warga mulai dari lahir hingga meninggal dunia.²² Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.²³

Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup bagi setiap peserta dan atau anggota

²² Bambang Rustanto, 2014, *Sistem Perlindungan Sosial di Indonesia*, (Bandung STKS Press 2014.), h. 4.

²³ KenMenkes RI, 2014, Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional* (diakses pada 10 Desember 2021)

keluarganya. Utamanya adalah sebuah bidang dari kesejahteraan sosial yang memperhatikan perlindungan social, atau perlindungan terhadap kondisi yang diketahui sosial, termasuk kemiskinan, usia lanjut, kecacatan dan pengangguran.²⁴

Implementasi SJSN, Pemerintah membentuk dua Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan akan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. UU SJSN menyatakan bahwa 4 (empat) BUMN di bidang asuransi yaitu PT Jamsostek (Persero), PT Taspen (Persero), PT Asabri (Persero), dan berdasarkan UU BPJS, PT Askes (Persero) ditransformasikan menjadi BPJS. Program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian Republik Indonesia, PT Jamsostek (Persero), dan PT Askes (Persero) akan diambil alih oleh BPJS Kesehatan.

Kebersertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang kemudian dilakukan perbaikan penjelasan dalam Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013. Kebersertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Kebersertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014 hingga mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 1 Januari 2019. Beberapa penjelasan lain mengenai kebersertaan berdasarkan Perpres tersebut

²⁴ Pradika Yezi Anggoro, *Implementasi Regulasi Jaminan Sosial Terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang* (Semarang : Program Studi Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Negeri Semarang, 2013). h. 78.

antara lain adalah:²⁵

a. Peserta

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar luran.

b. Pekerja

Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

c. Pemberi Kerja

Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya. Peserta yang mengikuti program JKN terbagi dalam dua golongan yaitu:

1. Peserta Penerima Bantuan luran (PBI) Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
2. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 - a) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - 1) Pegawai Negeri Sipil
 - 2) Anggota TNI
 - 3) Anggota Polri
 - 4) Pejabat Negara

²⁵ KenMenkes RI,2014, Undang-Undang No 40 tahun 2004 *tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional* (diakses pada 10 Desember 2021)

- 5) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
 - 6) Pegawai Swasta; dan
 - 7) Pekerja yang tidak termasuk angka 1 sampai dengan angka 7 yang menerima Upah.
- b) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
- 1) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
 - 2) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
 - 3) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- c) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
- 1) Investor
 - 2) Pemberi Kerja
 - 3) Penerima Pensiun
 - 4) Veteran
 - 5) Perintis Kemerdekaan
 - 6) Bukan Pekerja yang tidak termasuk angka 1 sampai dengan angka 6 yang mampu membayar luran.
- d) Penerima pensiun terdiri atas:
- 1) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
 - 2) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 - 3) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - 4) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c

- 5) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
- e) Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
- 1) Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan
 - 2) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 - 3) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
 - 4) Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.
- f) WNI di Luar Negeri. Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

Faktanya, banyak masyarakat yang gagal menikmati manfaat Jaminan Kesejahteraan Sosial akibat tidak mengetahui kebijakan dan fungsi serta cakupan pelayanannya. Hal inilah yang menjadi kecemasan pemerintah, dimana masyarakat cenderung tidak mau tahu akan produk bantuan yang diberikan, namun hanya menuntut manfaatnya saja.

BPJS Kesehatan mulai diberlakukan sejak 1 Januari 2014 sebagai badan hukum publik yang bertugas menyelenggarakan bantuan jaminan sosial dalam bidang kesehatan. Dari segi struktur perusahaan, BPJS Kesehatan merupakan bagian dari ASKES, dimana fungsinya adalah melayani

bantuan sosial kesehatan layaknya asuransi kesehatan dari pemerintah.²⁶

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, jenis iuran atau premi yang wajib dibayar dalam BPJS Kesehatan terbagi menjadi tiga jenis, yaitu:

1. Iuran Jaminan Kesehatan untuk penduduk miskin dan tidak mampu yang didaftarkan oleh Pemerintah daerah dengan dibayar oleh Pemerintah Daerah.
2. Iuran Jaminan Kesehatan untuk Pekerja Penerima Upah (PNS, Anggota TNI atau POLRI, pejabat negara, serta pegawai pemerintah non pegawai negeri dan pegawai swasta dengan dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja, sebesar 5% dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan sebesar 3% dibayar oleh Pemberi Kerja dan 2% dibayar oleh Peserta.
3. Iuran Jaminan Kesehatan untuk Pekerja Bukan Penerima Upah (pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri) dan Peserta Bukan Pekerja (investor, perusahaan, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda, anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan) dengan dibayar oleh peserta yang bersangkutan, dan besaran iuran sesuai dengan kemampuan dan kebutuhannya dan untuk saat ini sudah ditetapkan bahwa:
 - a. Iuran Rp 35.000 dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III
 - b. Iuran Rp 100.000 dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan

²⁶Nora Eka Putri, *Efektivitas Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui Bpjs Dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kota Padang* (Prodi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Padang, 2014). h. 78

kelas II

c. Iuran Rp 150.000 dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan

kelas I

JKN merupakan sebuah bentuk jaminan sosial dari pemerintah untuk masyarakat Indonesia yang menggunakan sistem asuransi. Perihal jaminan kesehatan ini sudah tercantum dalam UU No 40 tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN mengandung 5 komponen, yakni: Jaminan Kesehatan Nasional, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, Jaminan Kematian. -

Awalnya, JKN diberikan secara beragam kepada beberapa kalangan masyarakat sesuai status kepegawaian atau kondisi keuangannya. Adapun beberapa contoh JKN pada masa lalu adalah: ASKES: bagi pegawai negeri dan tentara, JAMSOSTEK: bagi pegawai swasta, JAMKESMAS atau JAMKESDA bagi masyarakat tidak mampu (wajib menyerahkan surat keterangan tidak mampu dari kelurahan setempat).

Dana JKN sangatlah besar dan cenderung mudah disalah gunakan, oleh karena itu terdapat badan yang bertugas mengawasi pemanfaatan dana tersebut, yaitu sebagai berikut:

1. Secara Internal, dilakukan oleh dewan pengawas satuan pengawas internal
2. Secara Eksternal, dilakukan oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) dan lembaga pengawas independen

3. Perbedaan BPJS Kesehatan, Jamkesda, Jamkesmas, JKN, dan Kartu Indonesia Sehat (KIS)

JKN adalah program Jaminan kesehatan dan penyelenggaranya adalah BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan yang memberikan jaminan kesehatan, sosial dan ekonomi. Sedangkan KIS, Jamkesmas dan Jamkesda, adalah warga kurang mampu yang sudah mendapatkan jaminan kesehatan yang dapat dikategorikan sebagai Peserta BPJS Penerima bantuan iuran) PBI yang diperuntukan untuk fakir miskin dan warga tidak mampu. Di era BPJS saat ini Peserta yang sebelumnya terdaftar sebagai pemegang KIS, dan peserta yang sudah terdaftar sebagai peserta JAMKESMAS dan JAMKESDA semuanya akan dialihkan menjadi peserta BPJS PBI dengan kartu identitas yaitu KIS (Kartu Indonesia Sehat), kepesertaan ini khusus untuk fakir miskin dan warga kurang mampu dan iuran bulannya akan dibayar oleh pemerintah. Jadi Jika anda saat ini adalah pemegang Kartu KIS, Jamkesda ataupun Jamkesmas, sudah secara otomatis terdaftar sebagai peserta BPJS PBI dan masih bisa menggunakan kartu anda untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sama halnya seperti Peserta BPJS PBI kelas III yang iuran bulannya dibayarkan oleh pemerintah.²⁷

Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) dan Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah), sebenarnya sama-sama program jaminan kesehatan yang diperuntukan untuk fakir miskin namun ruang lingkungannya berbeda. Jamkesda adalah program jaminan bantuan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang diberikan Pemerintah Daerah Kabupaten atau provinsi, untuk menjangkau warga fakir miskin yang belum memiliki jamkesmas, sedangkan Jamkesmas adalah

²⁷ M Zuhad, *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) (Studi Di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur)* (thesis, Diajukan kepada Program Pascasarjana UIN Sunan Kalijaga untuk Memenuhi Salah Satu Syarat guna Memperoleh Gelar Magister Ilmu Sains Yogyakarta, 2014). h. 67.

program yang ruang lingkupnya lebih luas yang diperuntukan untuk warga miskin di seluruh Indonesia.

Adanya Jamkesda karena tidak semua warga miskin terutama yang tinggal di daerah terjaring program Jamkesmas oleh karena itu untuk mengatasi masalah tersebut diluncurkan program Jamkeda yang diselenggarakan pemerintah daerah sehingga seluruh warga miskin Indonesia bisa mendapatkan jaminan kesehatan dari pemerintah.

KIS, Jamkesmas dan Jamkesda diberikan kepada penduduk miskin dan tidak mampu yang mendapatkan bantuan iuran dari pemerintah (PBI) untuk menjadi peserta BPJS kesehatan. KIS diberikan kepada PMKS yang mendapatkan bantuan iuran dari pemerintah untuk menjadi peserta BPJS kesehatan. JKN untuk orang yang mampu (pekerja dan bukan pekerja) dan non PBI. JKN mendapatkan pelayanan kesehatan perorangan dengan indikasi medis, baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kecuali penyakit tertentu karena terkait dengan perilaku (HIV/AIDS, pecandu narkoba). BPJS, JKN dan KIS, perbedaannya yaitu:

1. BPJS Kesehatan merupakan lembaga atau badan pengelola yang menjalankan jaminan sosial di bidang kesehatan.
2. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program jaminan kesehatan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan.
3. Kartu Indonesia Sehat (KIS) merupakan pengembangan kartu keanggotaan BPJS Kesehatan yang disertai dengan beberapa perubahan seperti tambahan cakupan layanan dan perluasan wilayah penggunaan, serta beberapa perubahan lainnya

No	Karakteristik	BPJS Kesehatan	Kartu Indonesia Sehat (KIS)
1	Fungsi Utama	Lembaga atau badan pengelola yang menjalankan jaminan sosial di bidang kesehatan	Pengembangan kartu keanggotaan BPJS Kesehatan dengan penambahan cakupan Layanan
2	Cakupan Pelayanan	Hanya dapat digunakan untuk pengguna yang telah sakit dan membutuhkan perawatan	Dapat digunakan untuk segala perawatan kesehatan, baik untuk pencegahan maupun pengobatan.
3	Sumber Pendanaan	Premi yang harus dibayarkan setiap bulan	Subsidi pemerintah melalui APBN
4	Wilayah Penggunaan	Terbatas (terbatas di wilayah yang didaftarkan)	Bebas (klinik, puskesmas, dan rumah sakit mana pun yang tersebar di seluruh Indonesia)
5	Biaya yang harus dibayar	Ada (berupa premi yang harus dibayar setiap bulan)	Tidak ada (seluruh pembayaran ditanggung oleh pemerintah)

6	Klasifikasi Pengguna	PBI (masyarakat tidak mampu) dan non-PBI (masyarakat mampu)	Seluruh peserta jaminan kesehatan (sementara khusus untuk masyarakat kurang mampu)
7	Rencana Pembangunan	-	Dapat digunakan secara setara dan adil bagi seluruh peserta jaminan kesehatan (PBI dan non-PBI)

4. BPJS sebagai Implementasi Kebijakan Pemerintah

Aspek pelayanan kepada masyarakat ini merupakan salah satu tugas dan fungsi institusi Pemerintah Pusat maupun Daerah. Sebagaimana dinyatakan dalam Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara No.81 Tahun 1993 tentang Pedoman Tata Laksana Pelayanan Umum. Tata cara pelayanan umum, diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit dan mudah dipahami serta mudah dilaksanakan. Dalam memberikan pelayanan, instansi Pemerintah seharusnya juga berlandaskan pada sendi keamanan, artinya proses serta hasil pelayanan umum yang diberikan mengandung unsur keamanan dan kenyamanan serta kepastian hukum.

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 di bayarkan oleh pemerintah. Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang di bentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Dengan demikian, mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat baik diminta maupun tidak diminta. Sendi berikutnya yaitu efisien, bahwa persyaratan hanya dibatasi pada hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dan produk pelayanan yang diberikan serta sejauh mungkin instansi Pemerintah Daerah dapat mencegah terjadinya penyelewengan, di samping pemenuhan pelayanan, kelengkapan persyaratan diterapkan pula prinsip ekonomis, yaitu penggunaan biaya pelayanan yang ditetapkan harus secara wajar dengan memperhatikan nilai jasa pelayanan, tidak menuntut biaya tinggi di luar batas kewajaran, biaya sesuai dengan kondisi dan kemampuan masyarakat dan untuk membayar secara umum dan sesuai dengan ketentuan peraturan per-Undang- Undangan yang berlaku.

Tidak kalah pentingnya adalah prinsip keadilan yang merata yaitu bahwa pelayanan instansi Pemerintah harus diusahakan seluas mungkin dan menjangkau segenap lapisan masyarakat dengan distribusi yang merata dan perilaku yang adil. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia. BPJS pada dasarnya mengemban misi negara untuk memenuhi hak setiap orang atas jaminan sosial dengan menyelenggarakan program jaminan yang bertujuan untuk memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan

sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.²⁸

F. Hipotesis

Hipotesis sementara dalam penelitian ini ialah semua masyarakat termasuk miskin yang menjadi peserta BPJS PBI semakin mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Namun dalam hal ini masih banyak masyarakat miskin yang belum terdaftar dan mendapatkan kartu BPJS PBI padahal secara kriteria peserta tersebut pantas mendapatkannya. Hal ini karena belum merata sistem sensus kependudukan yang dilakukan oleh pihak Kepling setempat.

G. Metode Penelitian

Metode merupakan pelaksanaan suatu aktivitas yang logis untuk memenuhi tujuan tertentu menggunakan aturan tertentu. Metode penelitian merupakan seperangkat pengetahuan tentang langkah-langkah sistematis dan logis tentang pencarian data yang berkenaan dengan masalah tertentu untuk diolah, dianalisis, diambil kesimpulan dan selanjutnya dicarikan cara penyelesaiannya.²⁹

1. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini merupakan pendekatan penelitian yuridis empiris. Pendekatan yuridis empiris ini adalah pendekatan hukum yang dilihat sebagai norma atau *das sollen*. Pendekatan ini merupakan pendekatan penelitian hukum tentang pemberlakuan ataupun penerapan hukum normative secara *in action* yang terjadi dalam setiap peristiwa hukum di tengah-tengah masyarakat.³⁰ Penelitian ini dilakukan terhadap keadaan sebenarnya atau keadaan nyata yang terjadi di

²⁸ *Ibid*,h. 72.

²⁹ Hamid Patilima, *Metode Penelitian Kualitatif* (Bandung: Alfabeta, 2013), h. 1.

³⁰ Abdulkadir Muhammad, *Hukum dan Penelitian Hukum* (Bandung: Citra Aditya Bakti, 2004), h. 134.

masyarakat dengan maksud mengetahui dan menemukan fakta dan data yang diperlukan, setelah adanya data yang diperlukan kemudian menuju identifikasi masalah yang pada akhirnya menuju penyelesaian masalah.³¹

Pendekatan yuridis empiris yang dimaksudkan disini adalah penelitian dengan menganalisis permasalahan yang telah dirumuskan dengan perpaduan bahan-bahan hukum baik primer, sekunder, maupun tersier dengan data primer yang diperoleh di lapangan yakni mengenai Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kecamatan Kabanjahe Kabupaten Tanah Karo Sumatera Utara di Tinjau dari Fiqh Siyasah.

Penelitian ini bersifat deskriptif analisis, yakni penelitian yang memiliki tujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis mengenai subjek yang diteliti.³² Deskripsi adalah metode yang bertumpu pada pencarian fakta-fakta dengan interpretasi yang tepat sehingga gambaran dan pembahasan menjadi jelas dan gamblang, sedangkan analisis adalah cara untuk menguraikan dan menganalisis data dengan cermat, tepat, dan terarah.

2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Kabanjahe, Kabupaten Tanah Karo. Lokasi penelitian yang sudah peneliti tentukan adalah pada Kelurahan Padang Mas Kecamatan Kabanjahe.

3. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder:

³¹Bambang Waluyo, *Penelitian Hukum Dalam Praktek* (Jakarta: Sinar Grafika, 2002), h. 15

³²M. Nasir, *Metode Penelitian Hukum* (Jakarta: Sinar Grafika, 1988), h.63.

- a. Data Primer, yakni sumber data utama yang diambil dari informasi penelitian lapangan atau didapat dari sumber aslinya yang dilakukan dengan melaksanakan ke lokasi penelitian secara langsung dengan cara wawancara dan UUD 1945, UUD No 24 tahun 2001 tentang badan penyelenggara jaminan social (BPJS), Peraturan Pemerintah UU No 40 Tahun 2004 Tentang Sisteem Jaminan Sosial Nssional³³
- b. Data sekunder merupakan data-data yang diperoleh melalui sumber tertulis atau publikasi tentang hukum seperti buku, disertasi, makalah, majalah ilmiah, jurnal, skripsi dan peraturan perundangundangan.

4. Teknik Pengumpulan Data

Cara ataupun metode dalam pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Observasi, yakni langkah permulaan atau awal yang dilaksanakan sebelum peneliti mencari lebih dalam mengenai bahan yang harus didapatkan untuk mendukung suatu penelitian.
- b. Wawancara, adalah suatu teknik memperoleh data dengan cara menanyai secara langsung informan yang sudah ditentukan oleh peneliti, informan yang telah dipilih ini adalah pihak yang memiliki wewenang terhadap suatu permasalahan dan dilakukan secara langsung.
- c. Dokumentasi, digunakan untuk mengumpulkan data berupa data tertulis yang mengandung keterangan dan penjelasan serta pemikiran tentang suatu fenomena yang masih aktul dan sesuai dengan masalah penelitian.

³³ Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D* (Bandung: Alfabetha, 2012), h. 59-60.

6. Analisis Data

Dalam penelitian kualitatif, analisis data dilakukan sejak awal dan sepanjang proses penelitian berlangsung. Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan triangulasi, dengan sumber, menggali kebenaran informai tertentu melalui berbagai metode dan sumber perolehan data, akan menghasilkan bukti atau data yang berbeda, yang selanjutnya akan memberikan pandangan (*insights*) yang berbeda pula mengenai fenomena yang diteliti, dengan tiga prosedur yaitu :³⁴

a. Reduksi data

Peneliti melakukan proses pemilihan, memusatkan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan, direduksi, dirangkum, difokuskan pada hal-hal yang penting dalam arti sesuai dengan fokus penelitian, kemudian dicari tema atau polanya. Reduksi data dilakukan selama proses penelitian berlangsung. Selanjutnya membuat ringkasan, mengkode, menelusur tema, membuat gugus-gugus, menulis memo Penyajian data.

b. Penyajian data

Penyajian data adalah penyampaian informasi berdasarkan data yang diperoleh di lapangan sesuai dengan fokus penelitian untuk disusun secara baik, runtut sehingga mudah dilihat, dibaca dan dipahami tentang suatu kejadian dan tindakan atau peristiwa yang terkait dengan tipe kepemimpinan dalam bentuk teks naratif.

³⁴ Lexy J. Moleong , *Metodologi Penelitian Kualitatif* (Bandung : Remaja Rosdakarya, 2009) h. 330

c. Menarik simpulan

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari berbagai sumber data di lapangan, peneliti mengambil simpulan yang masih bersifat tentatif. Akan tetapi, dengan bertambahnya data melalui proses verifikasi secara terus menerus, maka akan diperoleh simpulan yang bersifat dasar. Simpulan yang diperoleh melalui analisis data tersebut dijadikan pedoman untuk menyusun rekomendasi dan implikasi.

H. Sistematika Pembahasan

Penyusunan skripsi ini, penulisan dibagi menjadi beberapa bab, beberapa sub-bab. Dalam bab, pada sub-sub babnya ada hubungannya dengan bab tersebut, adapun lengkapnya adalah sebagai berikut:

Bab pertama pendahuluan yang didalamnya meliputi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, kajian pustaka, kerangka teoretik, metode penelitian, dan sistematika pembahasan.

Bab kedua terbagi dalam sub bab gambaran umum obyek penelitian dan pembahasan dari analisis penelitian yang dilakukan, dalam hal ini menyangkut kebijakan pemerintah BPJS Kesehatan untuk masyarakat miskin.

Bab ketiga penafsiran dari teori dan metode penelitian dengan pembahasan pada apa yang telah diteliti berdasar penyajian data lapangan, menyangkut faktor pelaksanaan BPJS Kesehatan di wilayah Kelurahan Padang Mas Kecamatan Kabanjahe, Kabupaten Tanah Karo.

Bab keempat merupakan penutup yang berisi kesimpulan, yang merupakan hasil terakhir penelitian, juga Saran-saran penulis, sampai hasil yang dicapai.

