

**KESADARAN HUKUM MASYARAKAT
DALAM MENGIKUTI PROGRAM JAMINAN
PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT
MISKIN (JPKMM) DI KECAMATAN KATEMAN
KABUPATEN INDRAGIRI HILIR**

TESIS

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan
Guna Memperoleh Gelar Master (S2)
Pada Program Magister (S2) Ilmu Hukum
Universitas Islam Indonesia
Yogyakarta



Oleh :

Nama : **SUTARNO. W**
NIM. : **05912056**
Proram Studi : **Ilmu Hukum**
Jurusan : **Hukum Tata Negara/HTN**

**PROGRAM MAGISTER (S2) ILMU HUKUM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2007**

**KESADARAN HUKUM MASYARAKAT DALAM MENGIKUTI
PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI
MASYARAKAT MISKIN (JPKMM) DI KECAMATAN KATEMAN
KABUPATEN INDRAGIRI HILIR**

TESIS

Oleh :
N a m a : **SUTARNO. W**
NIM : **05912056**
Program Studi : **ILMU HUKUM**
Jurusan : **HUKUM TATA NEGARA/HTN**

Telah Disetujui Oleh:
Pembimbing I,

DR. Ellydar Chaidir, SH., M.Hum

Tanggal,

Pembimbing II,

Zairin Harahap, SH., M.Si

Tanggal,

Mengetahui,
Ketua Program Magister (S2) Ilmu Hukum,

DR. Ridwan Khairandy, SH., MH.

Tanggal,

DAFTAR SINGKATAN

APBN	: Anggaran Pembiayaan dan Belanja Nasional
Askeskin	: Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat Miskin
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
BRI	: Bank Rakyat Indonesia
BUMD	: Badan Usaha Milik Daerah
BUMN	: Badan Usaha Milik Negara
Gakin	: Keluarga Miskin
JKMM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin
JPS-BK	: Program Jaring Pengaman Sosial
KB	: Keluarga Berencana
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MPR	: Majelis Permusyawaratan Rakyat
PDPSE	: Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi
PHK	: Pemutusan Hubungan Kerja
PKK	: Program Kesejahteraan Keluarga
PKPS-BBM	: Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak
POLRI	: Kepolisian Republik Indonesia
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RAB	: Rencana Anggaran Biaya
RITL	: Rawat Inap Tingkat Lanjutan
RITP	: Rawat Inap Tingkat Pertama
RJTL	: Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
RJTP	: Rawat Jalan Tingkat Pertama
RS	: Rumah Sakit
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
SLT	: Subsidi Langsung Tunai
TARP	: <i>Technical Assistance Research Programme Inc</i>
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UU	: Undang-Undang

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Allah SWT., penulisan tesis yang berjudul “KESADARAN HUKUM MASYARAKAT DALAM MENGIKUTI PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN (JKMM) DI KECAMATAN KATEMAN KABUPATEN INDRAGIRI HILIR” dapat diselesaikan, yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister dalam bidang Ilmu Hukum pada Program Pascasarjana Universitas Islam Indonesia Yogyakarta tahun 2007.

Pada kesempatan ini secara khusus penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada DR. Ellydar Chaidir, SH., M.Hum, selaku Pembimbing I dan Zairin Harahap, SH., M.Si, selaku Pembimbing II, yang telah mencurahkan segenap pemikirannya memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis dalam rangka penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Rektor Universitas Islam Indonesia Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti studi di Program Pascasarjana Universitas Islam Indonesia Yogyakarta.

Penulis juga menghaturkan terima kasih kepada Dr. Ridwan Khairandy, SH., MH., selaku Ketua Program Magister (S2) Ilmu Hukum Program Pascasarjana Universitas Islam Indonesia Yogyakarta, yang secara langsung banyak memberikan bantuan dan inspirasi berharga, baik selama masa studi maupun ketika penulisan tesis ini.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada para Guru Besar dan Dosen Program Pascasarjana Universitas Islam Indonesia Yogyakarta, yang telah banyak memberikan informasi, pemikiran, wawasan selama mengikuti perkuliahan sekaligus menjadi bahan pemikiran dalam penulisan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam tesis ini masih banyak terdapat kekurangan, baik dari segi esensi persoalan, substansi materi, maupun metodologi dan kebahasaan serta kemampuan merekonstruksi pemikiran yang tepat dalam

rangka menggambarkan makna dan keinginan yang sesungguhnya. Hal ini tentu saja karena keterbatasan kemampuan penulis selaku manusia biasa. Oleh karenanya, saran konstruktif senantiasa terbuka bagi upaya perbaikan tulisan ini.

Penulis berharap dan berkeyakinan segala bentuk ikhtiar, bantuan, kebaikan dan saran-saran yang diberikan akan mendapat ganjaran yang layak dan terbaik di haribaan Allah SWT. di dunia dan akhirat. Semoga tesis ini memberikan manfaat dan menjadi khazanah ilmu pengetahuan.

Yogyakarta, Juli 2007

Penulis,

SUTARNO. W

ABSTRAK

Permasalahan dalam penelitian ini adalah (1) bagaimana tingkat kesadaran masyarakat terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir?; (2) faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi tingkat kesadaran hukum masyarakat terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir?; dan (3) bagaimana bentuk pelaksanaan kegiatan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir?

Teori-teori yang secara langsung digunakan sebagai landasan pelaksanaan penelitian ini terutama berkaitan dengan konsep-konsep tentang kesadaran hukum yang meliputi pengertian kesadaran hukum, indikator kesadaran hukum, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesadaran hukum. Untuk melengkapi landasan teorisnya juga dipaparkan teori tentang jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Penelitian ini adalah penelitian hukum normatif-empiris yang menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Data yang terkumpul melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi dianalisis secara kualitatif. Subyek penelitian ini adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Indragiri Hilir, Dinas Kesehatan, dan warga masyarakat yang dikategorikan miskin yang berdomisili di Kecamatan Kateman. Sedangkan obyeknya adalah kesadaran hukum masyarakat untuk mengikuti program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM).

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut: *pertama*, tingkat kesadaran hukum masyarakat di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir dalam mengikuti program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin cukup tinggi. Hal ini dapat dilihat dari indikator-indikator dari kesadaran hukum masyarakat menunjukkan persentase di atas 50%.

Kedua, faktor-faktor yang mempengaruhi kesadaran hukum masyarakat dalam mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah: (1) untuk menjaga hubungan baik antar sesama anggota masyarakat; (2) untuk menjaga hubungan baik dengan aparat penegak hukum dan pemerintah; (3) karena tidak bertentangan dengan kebiasaan-kebiasaan dalam masyarakat; (4) karena dapat mengubah pola hidup masyarakat; (5) karena dapat meningkatkan taraf hidup masyarakat; dan (6) dapat menjamin kepentingan masyarakat.

Ketiga, bentuk pelaksanaan kegiatan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir adalah: (1) program pelayanan kesehatan dasar yang meliputi rawat jalan tingkat pertama (RJTP), rawat inap tingkat pertama (RITP), dan pelayanan kesehatan di luar gedung; dan (2) program pelayanan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan/tindakan medis persalinan, akomodasi dan makan penderita/pasien, perawatan ibu dan bayi baru lahir, pemeriksaan laboratorium sederhana, pemberian obat dan bahan habis pakai, dan rujukan ke Puskesmas dan Rumah Sakit bila diperlukan.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
DAFTAR SINGKATAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	10
C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian	11
D. Kerangka Teoritis	12
E. Metode Penelitian	27
BAB II. TINJAUAN UMUM TENTANG KONSEP KESADARAN	
HUKUM DAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN	
MASYARAKAT	30
A. Kesadaran Hukum	30
1. Pengertian Kesadaran Hukum	30
2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesadaran Hukum	35
3. Indikator Kesadaran Hukum	37
B. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	41

	C. Memahami Desentralisasi dan Dekonsentrasi	62
	D. Perangkat Daerah dan Hubungan Hukumnya	68
BAB III.	KESADARAN HUKUM MASYARAKAT DALAM MENGIKUTI PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN (JPKMM)	74
	A. Tingkat Kesadaran Hukum Masyarakat terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	74
	B. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kesadaran Hukum Masyarakat Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir	90
	C. Bentuk Kegiatan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	99
BAB V.	PENUTUP	104
	A. Kesimpulan	104
	B. Saran-saran	106

DAFTAR KEPUSTAKAAN

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel I. 1.	Jumlah Perkembangan Keluarga Miskin (Gakin) dalam Wilayah Kecamatan Kateman	6
Tabel I. 2.	Jumlah Keluarga Miskin yang Ditetapkan Sebagai Pemegang Kartu Askeskin di Kecamatan Kateman	7
Tabel III. 1.	Mengetahui Adanya Jaminan Kesehatan dari Pemerintah bagi Masyarakat Miskin.....	76
Tabel III. 2.	Mengetahui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	77
Tabel III. 3.	Membaca Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	78
Tabel III. 4.	Mengerti Isi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	79
Tabel III. 5.	Mengerti Tujuan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	80
Tabel III. 6.	Mengerti Manfaat dari Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.....	81
Tabel III. 7.	Menerima Berlakunya Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	83
Tabel III. 8.	Mendukung Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	84
Tabel III. 9.	Membantu Terlaksananya program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	85
Tabel III. 10.	Mengikuti Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	86
Tabel III. 11.	Mengajak Orang Lain untuk Mengikuti Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	87
Tabel III. 12.	Merasakan Manfaat Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	88

Tabel III. 13.	Merasakan Manfaat Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin	91
Tabel III. 14.	Mematuhi Hukum karena Mengharapkan Imbalan dari Pemerintah	92
Tabel III. 15.	Mematuhi Hukum karena Takut Sanksi atau Hukuman dari Aparat Pemerintah	93
Tabel III. 16.	Mematuhi Hukum untuk Menjaga Hubungan Baik antar Sesama Anggota Masyarakat	94
Tabel III. 17.	Mematuhi Hukum untuk Menjaga Hubungan Baik dengan Aparat Penegak Hukum dan Pemerintah	95
Tabel III. 18.	Mematuhi Hukum karena Dapat Mengubah Pola Hidup Masyarakat ke Arah yang Lebih Baik	96
Tabel III. 19.	Mematuhi Hukum karena Dapat Meningkatkan Taraf Hidup Masyarakat	97
Tabel III. 20.	Mematuhi Hukum karena Dapat Menjamin Kepentingan Masyarakat	97
Tabel III. 21.	Program Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun 2005	100
Tabel III. 22.	Program Pelayanan Persalinan Tahun 2005	101

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam mendukung penyelenggaraan upaya mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat Indonesia, telah diterbitkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan; yang memuat pasal-pasal yang mengatur hak dan kewajiban warga negara serta kewajiban Pemerintah, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dan KEPMEN KES RI Nomor 56/MENKES/SK/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM).

Pasal-pasal yang mengatur hak dan kewajiban warga negara serta kewajiban Pemerintah dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan adalah Pasal 4: “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.” Pasal 5: “Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan personalnya, keluarga dan lingkungannya.” Pasal 65: “Penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat” (ayat 1); “Pemerintah membantu upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, terutama upaya kesehatan bagi masyarakat rentan” (ayat 2). Pasal 66: “Pemerintah

mengembangkan, membina, dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara praupaya, berasaskan usaha bersama dan kekeluargaan.”

Sedang dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 2 dan 3 menyatakan bahwa tujuan penjaminan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Pasal 17 Undang-undang ini mengatur sumber pembiayaan program Askeskin sebagaimana dinyatakan dalam butir 4: “iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah.” Pasal 19 menyatakan jaminan bagi masyarakat miskin diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial.

Hak dan kewajiban dimaksud di atas adalah di mana setiap orang mempunyai hak yang sama memperoleh derajat kesehatan yang optimal, kewajiban ikut dalam memelihara dan kesehatan optimal, kewajiban ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga dan lingkungan serta kewajiban pemerintah untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Di samping itu pula, pemerintah bertanggungjawab dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta berkewajiban pula mengembangkan, membina, dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan dalam setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan.

Dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, telah dikembangkan pula suatu Sistem Kesehatan Nasional (SKN), yaitu suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum.

Disadari atau tidak peran perseorangan dan keluarga adalah sangat menentukan dalam upaya menjaga serta memelihara kesehatan di samping peran pemerintah yang juga mempunyai peran penting dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Berbicara masalah kesehatan dengan segala sarana dan prasarana yang tersedia dan dengan bentuk dan pelayanannya serta merujuk kepada kondisi sosial ekonomi masyarakat saat ini, tentulah banyak sekali timbul permasalahan atau kendala-kendala serta faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan tersebut.

Krisis ekonomi yang berkepanjangan yang melanda bangsa Indonesia sejak tahun 1997, mengakibatkan semakin bertambahnya keluarga miskin dan menimbulkan berbagai kesulitan bagi masyarakat dan keluarga antara lain menurunnya status kesehatan dan gizi masyarakat serta ketidakmampuan masyarakat untuk membayar jasa pelayanan kesehatan atau membayar obat-obatan yang harganya semakin tinggi.

Upaya mengatasi keadaan demikian, pemerintah telah mengambil langkah dan upaya, salah satunya adalah dengan cara memberikan Kartu Askeskin kepada keluarga miskin, di mana Kartu Askeskin dimaksud adalah sebagai alat ataupun identitas yang dapat dipergunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada

sarana kesehatan secara gratis, baik di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, maupun pada Rumah Sakit.

Kartu Askeskin dimaksud, sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 332/Menkes/SK/V/2006, adalah diperuntukkan kepada keluarga atau masyarakat yang benar-benar miskin, sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Penetapan keluarga miskin yang berhak mendapatkan Kartu Askeskin adalah berdasarkan hasil pendataan oleh Tim Desa yang dibentuk oleh Kepala Desa/Lurah, yang terdiri dari Pamong Desa, UPTD BKCKB, Bidan Desa, Tokoh Masyarakat, Tim PKK, LSM. Sedangkan kriteria yang ditetapkan adalah keluarga yang tidak makan dua kali sehari, keluarga yang tidak mampu mengobati anaknya/anggota yang sakit ke pelayanan kesehatan, kepala keluarga yang terkena PHK massal serta keluarga yang terdapat anak yang *drop out* sekolah karena ekonomi.¹ Oleh karenanya, peranan Kartu Askeskin bagi keluarga miskin sangatlah membantu mereka dalam rangka menjaga dan memelihara kesehatan. Apalagi saat itu secara nasional pertumbuhan keluarga miskin setiap tahunnya terus meningkat.² Namun demikian, arti dari peran Kartu Askeskin kurangnya membawa manfaat bagi keluarga miskin apabila tidak ditunjang dengan pelayanan kesehatan yang sesungguhnya.

Kecamatan Kateman adalah merupakan salah satu bagian Kecamatan Kateman yang ada di Kabupaten Indragiri Hilir yang terdiri dari 8 desa/kelurahan, yaitu:

¹ Hasbullah Thabrany, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2005, hal. 113

² *Ibid.*, hlm. 117

1. Kelurahan Tagaraja
2. Desa Sungai Simbar
3. Desa Kuala Selat
4. Desa Penjuru
5. Desa Sungai Teritip
6. Desa Air Tawar
7. Desa Tanjung Raja
8. Desa Sari Mulya

Persoalan keluarga miskin seperti disebutkan di atas, terdapat pula di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir, di mana wilayah Kecamatan Kateman adalah sebuah wilayah yang secara geografis berdekatan dengan negara tetangga yakni Malaysia dan Singapura. Profil kehidupan masyarakat yang heterogen terdiri dari berbagai suku dengan sumber penghidupan seperti bertani/berkebun, dan nelayan. Sedangkan penghasilan utamanya adalah kelapa atau kopra. Di samping itu, dalam wilayah Kecamatan Kateman terdapat beberapa sarana kesehatan yang tersebar pada beberapa desa/kelurahan seperti Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, antara lain:

1. Puskesmas Induk di Sungai Guntung Kelurahan Tagaraja
2. Puskesmas Pembantu di Sungai Simbar
3. Puskesmas Pembantu di Kuala Selat
4. Puskesmas Pembantu di Sungai Teritip
5. Puskesmas Pembantu di Penjuru

Di Kecamatan Kateman dimaksud, terdapat cukup banyak keluarga miskin. Dan berdasarkan hasil pendataan yang dilakukan jumlah pertambahan keluarga miskin dari tahun ke tahun terus bertambah, hal ini dapat dilihat dari Tabel dibawah ini.

TABEL I. 1

**JUMLAH PERKEMBANGAN KELUARGA MISKIN (GAKIN)
DALAM WILAYAH KECAMATAN KATEMAN**

No	Desa/Kelurahan	Jumlah Keluarga Miskin (Tahun)		
		2003	2004	2005
1	Kel. Tagaraja	824	1.516	1.519
2	Desa Sungai Simbar	208	229	231
3	Desa Kuala Selat	198	224	228
4	Desa Penjuru	278	280	282
5	Desa Sungai Teritip	195	195	198
6	Desa Air Tawar	136	241	244
7	Desa Tanjung Raja	115	167	189
8	Desa Sarimulya	100	123	136
Jumlah		2.054	2.975	3.027

Sumber data: Kantor Camat Kateman

Dari tabel di atas, terlihat bahwa jumlah keluarga miskin dari tahun ke tahun terus mengalami pertambahan, yaitu pada tahun 2003 berjumlah 2.054 orang keluarga miskin, tahun 2004 berjumlah 2.975 orang keluarga miskin, dan pada tahun 2005 sebanyak 3.027 orang keluarga miskin.

Peningkatan atau pertambahan jumlah keluarga miskin dimaksud yang paling signifikan terjadi pada Kelurahan Tagaraja dalam dua periode yakni pada tahun 2003 terdapat 824 orang keluarga miskin, sedangkan pada tahun 2004 meningkat menjadi 1.516 orang keluarga miskin atau terjadinya peningkatan sebesar 54,35%.

Bila dilihat jumlah perkembangan keluarga miskin pertahunnya di Kecamatan Kateman, maka dapat di jelaskan bahwa rata-rata pertumbuhan keluarga miskin (Gakin) adalah sebagai berikut:

- Tahun 2003, rata-rata pertumbuhan Gakin secara komulatif adalah 11,03%.
- Tahun 2004, rata-rata pertumbuhan Gakin secara komulatif adalah 7,63%.
- Tahun 2005, rata-rata pertumbuhan Gakin secara komulatif adalah 7,40%.
- Sedangkan rata-rata pertumbuhan Gakin selama 3 tahun (2003 s/d 2005) di Kecamatan Kateman adalah 7,16%.

Dari jumlah keluarga miskin yang ada dalam wilayah Kecamatan Kateman dimaksud, oleh tim telah ditetapkan sejumlah keluarga miskin yang ada berhak untuk diberikan Kartu Askeskin. Hal ini dapat pula dilihat pada tabel berikut:

TABEL I. 2

JUMLAH KELUARGA MISKIN YANG DITETAPKAN SEBAGAI PEMEGANG KARTU ASKESKIN DI KECAMATAN KATEMAN

No	Desa/Kelurahan	Jumlah Pemegang Askeskin (Tahun)		
		2003	2004	2005
1	Kel. Tagaraja	814	817	827
2	Desa Sungai Simbar	200	201	207
3	Desa Kuala Selat	187	195	197
4	Desa Penjuru	273	270	277
5	Desa Sungai Teritip	194	198	184
6	Desa Air Tawar	129	191	136
7	Desa Tanjung Raja	94	114	121
8	Desa Sarimulya	96	97	101
Jumlah		1.987	2.083	2.050

Sumber data: Kantor Camat Kateman

Dari tabel I. 1 dan tabel I. 2 di atas dapat diuraikan tingkat pertumbuhan keluarga miskin, sebagai berikut:

1. Kelurahan Taga Raja, pada tahun 2003 dari 824 orang keluarga miskin terdapat sebanyak 814 orang (98,78%) pemegang Kartu Askeskin. Pada tahun 2004, dari 1.516 orang keluarga miskin terdapat 817 orang (53,89%) pemegang kartu sehat atau Kartu Askeskin. Sedangkan pada tahun 2005, dari 1.519 orang keluarga miskin terdapat sebanyak 827 orang (54,44%) pemegang Kartu Askeskin.
2. Desa Sungai Simbar, pada tahun 2003, dari 208 orang keluarga miskin terdapat 200 orang (96,15%) pemegang kartu Askeskin. Pada tahun 2004, dari 229 orang keluarga miskin terdapat 201 orang (87,77%) pemegang Kartu Askeskin. Sedangkan pada tahun 2005, dari 231 orang keluarga miskin terdapat 207 orang (89,61%) pemegang Kartu Askeskin.
3. Desa Kuala Selat, pada tahun 2003 dari 198 orang keluarga miskin terdapat 187 orang (94,44%) pemegang Kartu Askeskin. Pada tahun 2004, dari 224 orang keluarga miskin terdapat 195 orang (87,48%) pemegang Kartu Askeskin. Sedangkan pada tahun 2005, dari 228 orang keluarga miskin terdapat 197 orang (86,40%) pemegang Kartu Askeskin.
4. Desa Penjuru, pada tahun 2003 dari 278 orang keluarga miskin terdapat 273 orang (98,20%) pemegang kartu sehat atau Kartu Askeskin. Pada tahun 2004, dari 280 orang keluarga miskin 270 orang (96,42%) pemegang Kartu Askeskin. Sedangkan pada tahun 2003, dari 282 orang keluarga miskin terdapat 277 orang (98,22%) pemegang Kartu Askeskin.

5. Desa Sari Mulya, pada tahun 2003, dari 100 orang keluarga miskin terdapat 96 orang (96%) pemegang Kartu Askeskin. Pada tahun 2004, dari 123 orang keluarga miskin terdapat 97 orang (78,86%) pemegang Kartu Askeskin. Sedangkan pada tahun 2005, dari 136 orang keluarga miskin terdapat 101 orang (74,26%) pemegang Kartu Askeskin.
6. Desa Air Tawar, pada tahun 2003, dari 136 orang keluarga miskin terdapat 129 orang (94,85%) pemegang kartu Askeskin. Pada tahun 2004, dari 241 orang keluarga miskin terdapat 131 orang (54,35%) pemegang Kartu Askeskin. Sedangkan pada tahun 2005, dari 244 orang keluarga miskin terdapat 136 orang (55,73%) pemegang Kartu Askeskin.
7. Desa Sungai Teritip, pada tahun 2003, dari 195 orang keluarga miskin terdapat 194 orang (99,48%) pemegang kartu sehat atau Kartu Askeskin. Pada tahun 2004, dari 195 orang keluarga miskin terdapat 178 orang (91,28%) pemegang Kartu Askeskin. Sedangkan pada tahun 2005, dari 198 orang keluarga miskin terdapat 184 orang (92,92%) pemegang Kartu Askeskin.

Dari uraian di atas, dapat diketahui bahwa di Kecamatan Kateman sampai dengan tahun 2005, terdapat 2.828 orang keluarga miskin, sedangkan yang ditetapkan berhak di berikan Kartu Askeskin adalah sebanyak 1.924 orang (68,03%).

Selanjutnya, berdasarkan *grand tour* yang dilakukan bahwa di Kecamatan Kateman dijumpai fenomena-fenomena sebagai berikut:

1. Adanya diskriminasi pelayanan bagi pemegang Kartu Askeskin, artinya petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan terkesan membedakan dan bahkan setengah hati.
2. Masih terdapat keluarga pemegang Kartu Askeskin yang tidak mengerti apa arti dan manfaat Kartu Askeskin
3. Terdapat keluarga pemegang Kartu Askeskin, yang sebenarnya belum berhak diberikan Kartu Askeskin.

Berdasarkan uraian-uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih jauh tentang fenomena-fenomena tersebut, maka peneliti menetapkan judul penelitian yakni: “KESADARAN HUKUM MASYARAKAT DALAM MENGIKUTI PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN (JPKMM) DI KECAMATAN KATEMAN KABUPATEN INDRAGIRI HILIR.”

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan di atas, maka masalah dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana tingkat kesadaran masyarakat terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir?
2. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi tingkat kesadaran hukum masyarakat terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi

Masyarakat Miskin (JPKMM) di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir?

3. Bagaimana bentuk pelaksanaan kegiatan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir?

C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1. Tujuan Penelitian

- a. Untuk memperoleh gambaran obyektif tentang tingkat kesadaran masyarakat terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM).
- b. Untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kesadaran hukum masyarakat terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM).
- c. Untuk memperoleh informasi tentang bentuk pelaksanaan kegiatan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM).

2. Kegunaan Penelitian

- a. Sebagai masukan dan pertimbangan, baik kepada tim yang bertugas maupun kepada petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dalam menerapkan peraturan-peraturan kepada masyarakat.
- b. Sebagai penerapan ilmu atau teori yang didapat di bangku kuliah dan juga untuk pedoman bagi penelitian yang sama.

D. Kerangka Teoritis

Dalam suatu penelitian, teori adalah sesuatu dapat digunakan sebagai pendukung, pembanding dan untuk pemecahan suatu masalah yang ada. Teori merupakan rangkaian konsep-konsep, definisi dan proposisi yang saling berhubungan yang memberikan pandangan sistematis mengenai suatu gejala, dengan merincikan hubungan antara variabel dengan tujuan untuk menjelaskan ataupun meramalkan gejala tersebut. Adapun konsep atau teori yang dikemukakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Definisi Kesadaran Hukum

Sebelum memberikan definisi tentang istilah "kesadaran hukum," ada baiknya melacak pengertian hukum terlebih dahulu. Hampir semua sarjana hukum memberikan pembatasan hukum yang berlainan. C.S.T. Kansil mengutip pendapat E.M. Meyers, Leon Duguit, dan Immanuel Kant tentang pengertian hukum. Menurut E.M. Meyers, hukum ialah semua aturan yang mengandung pertimbangan kesusilaan, ditujukan kepada tingkah laku manusia dalam masyarakat, dan pedoman bagi penguasa-penguasa negara dalam melakukan tugasnya. Sedangkan menurut Leon Duguit, hukum ialah aturan tingkah laku para anggota masyarakat, aturan yang daya penggunaannya pada saat tertentu diindahkan oleh suatu masyarakat sebagai jaminan dari kepentingan bersama dan jika dilanggar menimbulkan reaksi bersama terhadap orang yang melakukan pelanggaran itu. Immanuel Kant mendefinisikan hukum ialah keseluruhan syarat-syarat yang dengan kehendak bebas dari orang yang satu dapat menyesuaikan diri

dengan kehendak bebas dari orang yang lain, menuruti peraturan hukum tentang kemerdekaan.³

Definisi yang lebih spesifik dikemukakan oleh Abdulkadir Muhammad, yang mengemukakan bahwa yang dimaksud dengan hukum adalah hukum perundang-undangan sebagai hukum positif tertulis yang dibuat oleh negara dan tersusun dalam bentuk tata hukum nasional.⁴

Sedangkan yang dimaksud dengan kesadaran hukum, sebagaimana dikemukakan oleh Kutchinsky, adalah suatu gambaran tentang keterkaitan antara aturan-aturan hukum dengan pola perilaku dalam kaitannya dengan fungsi hukum dalam masyarakat.⁵

Kesadaran hukum merupakan kesadaran atau nilai-nilai yang terdapat dalam manusia tentang hukum yang ada atau tentang hukum yang diharapkan ada. Dengan demikian, yang ditekankan dalam hal ini adalah nilai-nilai tentang fungsi hukum dan bukan terhadap kejadian-kejadian yang konkret dalam masyarakat yang bersangkutan. Bila demikian, kesadaran hukum menekankan tentang nilai-nilai masyarakat tentang fungsi apa yang hendaknya dijalankan oleh hukum dalam masyarakat.

Kesadaran hukum seringkali diasumsikan, bahwa ketaatan hukum sangat erat hubungannya dengan kesadaran hukum. Kesadaran hukum dianggap sebagai

³ C.S.T. Kansil, *Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, 1989, hal. 36

⁴ Abdulkadir Muhammad, *Hukum dan Penelitian Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2004, hal. 19

⁵ Berl Kutchinsky, "The Legal Consciousness: A Survey of Research on Knowledge and Opinion of Law," dalam C.M. Campbell, et.al. (eds.), *Knowledge and Opinion of Law*, Martin Roberston, London, 1973, hal. 102

variabel bebas, sedangkan taraf ketaatan merupakan variabel tergantung.⁶ Selain itu kesadaran hukum dapat merupakan variabel, antara yang terletak antara nyata terwujud dalam ketaatan hukum, namun hal itu tidak dengan sendirinya hukum mendapat dukungan sosial, dukungan sosial hanyalah diperoleh, apabila ketaatan hukum tersebut didasarkan kepada kepuasan, oleh karena kepuasan merupakan hasil pencapaian hasrat akan keadilan.

2. Kriteria Kesadaran Hukum

Terdapat empat indikator kesadaran hukum, yang masing-masing merupakan suatu tahapan bagi tahapan berikutnya, yaitu: (a) pengetahuan hukum; (b) pemahaman hukum; (c) sikap hukum; dan (d) pola perilaku hukum.⁷

Pengetahuan hukum adalah pengetahuan seseorang mengenai beberapa perilaku tertentu yang diatur oleh hukum. Sudah tentu bahwa hukum yang dimaksud di sini adalah hukum tertulis dan hukum tidak tertulis. Pengetahuan tersebut berkaitan dengan perilaku yang dilarang ataupun perilaku yang diperbolehkan oleh hukum. Sebagaimana dapat dilihat di dalam masyarakat bahwa pada umumnya seseorang mengetahui bahwa membunuh, mencuri, dan seterusnya dilarang oleh hukum. Pengetahuan hukum tersebut erat kaitannya dengan asumsi bahwa masyarakat dianggap mengetahui isi suatu peraturan manakala peraturan tersebut telah diundangkan.

Pemahaman hukum dalam arti di sini adalah sejumlah informasi yang dimiliki seseorang mengenai isi peraturan dari suatu hukum tertentu. Dengan

⁶ Soerjono Soekanto dan Mustafa Abdullah, *Sosiologi Hukum dalam Masyarakat*, CV. Rajawali, 1987, hal. 208

⁷ Soerjono Soekanto, *Kesadaran Hukum dan Kepatuhan Hukum*, CV. Rajawali, Jakarta, 1982, hal. 140

perkataan lain, pemahaman hukum adalah suatu pengertian terhadap isi dan tujuan dari suatu peraturan tertentu, tertulis maupun tidak tertulis, serta manfaatnya bagi pihak-pihak yang kehidupannya diatur oleh peraturan tersebut. Dalam hal pemahaman hukum, tidak disyaratkan seseorang harus terlebih dahulu mengetahui adanya suatu aturan tertulis yang mengatur suatu hal. Akan tetapi yang dilihat di sini adalah bagaimana persepsi mereka dalam menghadapi berbagai hal, dalam kaitannya dengan norma-norma yang ada dalam masyarakat. Persepsi ini biasanya diwujudkan melalui sikap mereka terhadap tingkah laku sehari-hari.

Sikap hukum adalah suatu kecenderungan untuk menerima hukum karena adanya penghargaan terhadap hukum sebagai suatu yang bermanfaat atau menguntungkan jika hukum itu ditaati.⁸ Sebagaimana terlihat di sini bahwa kesadaran hukum berkaitan dengan nilai-nilai yang terdapat di masyarakat. Suatu sikap hukum akan melibatkan pilihan warga terhadap hukum yang sesuai dengan nilai-nilai yang dalam dirinya sehingga akhirnya warga masyarakat menerima hukum berdasarkan penghargaan terhadapnya.

Pola perilaku hukum (*legal behavior*) adalah “...*legally desired behavior*.”⁹ Pola perilaku hukum merupakan hal yang utama dalam kesadaran hukum, karena di sini dapat dilihat apakah suatu peraturan berlaku atau tidak dalam masyarakat. Dengan demikian, sampai seberapa jauh kesadaran hukum dalam masyarakat dapat dilihat dari pola perilaku hukum suatu masyarakat.

⁸ Adam Podgorecki, “Public Opinion About Law,” dalam C.M. Campbell, et.al. (eds.), *Knowledge and Opinion of Law*, Martin Roberston, London, 1973, hal. 83

⁹ Jehezkel Dror, “Law and Social Change,” dalam Rita Janes Simon (ed.), *The Sociology of Law*, Chandler Publishing Company, San Francisco, 1968, hal. 671

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesadaran Hukum

Tentang faktor-faktor yang menyebabkan masyarakat mematuhi hukum, dapat dikemukakan sebagai berikut:¹⁰

Pertama, compliance, yaitu sebagai suatu kepatuhan yang didasarkan pada harapan akan suatu imbalan dan usaha untuk menghindarkan diri dari hukuman atau sanksi yang mungkin dikenakan apabila seseorang melanggar ketentuan hukum. Kepatuhan ini sama sekali tidak didasarkan pada suatu keyakinan pada tujuan kaidah hukum yang bersangkutan, dan lebih didasarkan pada pengendalian dari pemegang kekuasaan. Sebagai akibatnya, kepatuhan hukum akan ada apabila ada pengawasan yang ketat terhadap pelaksanaan kaidah-kaidah hukum tersebut.

Kedua, identification, terjadi bila kepatuhan terhadap kaidah hukum ada bukan karena nilai intrinsiknya, akan tetapi agar keanggotaan kelompok tetap terjaga serta ada hubungan baik dengan mereka yang diberi wewenang untuk menerapkan kaidah-kaidah hukum tersebut. Daya tarik untuk patuh adalah keuntungan yang diperoleh dari hubungan-hubungan tersebut, sehingga kepatuhan pun tergantung pada buruk-baiknya interaksi tadi. Walaupun seseorang tidak menyukai penegak hukum akan tetapi proses identifikasi terhadapnya berjalan terus dan mulai berkembang perasaan-perasaan positif terhadapnya. Hal ini disebabkan, oleh karena orang yang bersangkutan berusaha untuk mengatasi perasaan-perasaan kekhawatirannya terhadap kekecewaan tertentu, dengan jalan menguasai obyek frustrasi tersebut dengan mengadakan identifikasi. Penderitaan

¹⁰ Leopold Pospisil, *Antropology of Law: A Comparative Theory*, Harper & Row Publishers, New York, 1959, hal. 200-201

yang ada sebagai akibat pertentangan nilai-nilai di atasnya dengan menerima nilai-nilai penegak hukum.

Ketiga, internalization, pada tahap ini seseorang mematuhi kaidah-kaidah hukum dikarenakan secara intrinsik kepatuhan tadi mempunyai nilai. Isi kaidah-kaidah tersebut adalah sesuai dengan nilai-nilainya dari pribadi yang bersangkutan, atau oleh karena dia mengubah nilai-nilai yang semula dianutnya. Hasil dari proses tersebut adalah suatu komformitas yang didasarkan pada motivasi secara intrinsik. Titik sentral dari kekuatan proses ini adalah kepercayaan orang tadi terhadap tujuan dari kaidah-kaidah bersangkutan, terlepas dari pengaruh atau nilai-nilainya terhadap kelompok atau pemegang kekuasaan maupun pengawasannya.

Keempat, Kepentingan para warga masyarakat terjamin oleh wadah hukum yang ada.¹¹

Di antara keempat faktor tersebut di atas, dapat berdiri sendiri-sendiri dapat pula merupakan gabungan dari keseluruhan atau sebagian dari keempat faktor di atas. Jadi seseorang mematuhi hukum dapat dikarenakan ia takut sanksi yang akan dikenakan apabila ia melanggar hukum. Atau mungkin juga seseorang mematuhi hukum karena kepentingan-kepentingannya terjamin oleh hukum, bahkan mungkin ia mematuhi hukum karena ia merasa hukum yang berlaku sesuai dengan nilai-nilai yang ada dalam dirinya.

¹¹ Soerjono Soekanto, *Kegunaan Sosiologi Hukum bagi Kalangan Hukum*, Alumni, Bandung, 1989, hal. 50

4. Pengertian Pelayanan

Menurut Lukman dan Sugiyanto, bahwa pelayanan adalah suatu bentuk kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh organisasi pemerintah baik pusat, di daerah BUMN, dan BUMD dalam bentuk barang maupun jasa dalam rangka memenuhi pemenuhan kebutuhan masyarakat sesuai peraturan perundangan-perundangan yang berlaku (Kepmenpen 81/93).¹² Sedangkan dalam *Kamus Bahasa Indonesia* bahwa definisi pelayanan adalah suatu usaha untuk membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan orang lain.

Pelayanan merupakan kegiatan/keuntungan yang ditawarkan oleh organisasi atau perorangan kepada konsumen/*customer* yang bersifat tidak berwujud dan tidak dapat dimiliki. Dalam pelayanan yang disebut Konsumen (*customer*) adalah masyarakat yang mendapat manfaat dari aktivitas yang dilakukan oleh organisasi pemberi pelayanan. Pelayanan yang dinyatakan tidak berwujudkan berarti bahwa pelayanan itu hanya dirasakan.

Unsur pelayanan merupakan hal penting dilakukan perusahaan atau organisasi kepada konsumen agar konsumen tetap loyal menggunakan produk dan jasa perusahaan atau organisasi. Kegagalan dalam menyediakan pelayanan yang diinginkan dapat mengakibatkan munculnya keluhan dari pelanggan atau konsumen dan membuat perusahaan atau organisasi kehilangan pelanggan.

Untuk tetap eksisnya suatu organisasi dalam memberikan pelayanan, setiap organisasi harus memberikan pelayanan yang baik dan menjaga mutu pelayanan sehingga pelanggan merasa puas apa yang didapat dari pelayanan

¹² Sampara Lukman dan Sugiyanto, *Pengembangan Pelaksanaan Pelayanan Prima*, LAN-RI, Jakarta, 2001, hal. 4

tersebut. Menurut Azwar, mutu pelayanan kesehatan adalah menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan.¹³

Technical Assistance Research Programme Inc (TARP), sebuah perusahaan penelitian pasar di Amerika Serikat membuat empat macam skenario pelayanan dan meneliti menggunakan kembali pelaku pelayanan yang sama sebagai berikut:

- a. Pelayanan diberikan sesuai dengan harapan pelanggan yang memberi kepuasan maksimal bagi pelanggan.
- b. Terjadi kesalahan dalam memberi pelayanan, tetapi pelanggan tidak mengeluhkannya.
- c. Terjadi kesalahan dalam pelayanan dan pelanggan mengeluh, mereka merasa diakali dan dibujuk. Meskipun demikian, ini tetap bukan kepuasan yang sebenarnya terhadap pelaksanaan pelayanan.
- d. Terjadi kesalahan pemberi pelayanan, pelanggan mengeluh dan tidak puas terhadap hasil kerja pelaksana atau petugas pelayanan.

Reaksi pelanggan dalam empat kejadian tersebut sangat berbeda-beda karena dipengaruhi oleh keadaan pelanggan, akan terus menjadi pelanggan atau tidak. Pelanggan yang tidak puas mengeluh karena tidak senang atas apa yang terjadi, serta merasa tersiksa lagi bila tidak mengeluh sama sekali. Hasil memperkuat kesan bahwa pelayanan perusahaan atau organisasi ini bermutu.

¹³ Azwar A., *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Yayasan Penerbit IDI, Jakarta, 1994, hal. 19

Ada empat kesenjangan yang menyebabkan penyajian pelayanan tidak berhasil yaitu:

- a. Senjang antara harapan konsumen dan persepsi manajemen. Manajemen tidak selalu memahami benar apa yang diinginkannya.
- b. Senjang antara persepsi manajemen dan spesifikasi mutu jasa. Manajemen mungkin benar dalam memahami keinginan pelanggan tetapi tidak menetapkan standar yang spesifik.
- c. Senjang antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaian jasa. Persoalannya mungkin karyawan tidak terlatih atau bekerja terlalu banyak dan tidak mampu, kondisi mental mungkin rendah atau tidak bersedia memenuhi standar.
- d. Senjang antara jasa yang dialami dan jasa yang diharapkan. Senjang ini terjadi bila konsumen mengukur kinerja perusahaan dengan cara yang berbeda dan memiliki persepsi yang keliru mengenai kualitas jasa.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka dapatlah disimpulkan bahwa salah satu cara utama membedakan perusahaan jasa adalah memberikan mutu jasa yang lebih tinggi. Kuncinya adalah memenuhi atau melebihi ekspektasi (harapan) pelanggan dibentuk oleh pengalaman lalunya, pembicaraan dari mulut ke mulut, dan promosi yang dilakukan oleh perusahaan jasa. Konsumen membandingkan jasa yang dialami dengan jasa yang diharapkan. Jika jasa yang diharapkan tidak memenuhi harapan, maka pelanggan tidak berminat lagi kepada penyedia jasa.

Jika yang dialami memenuhi atau melebihi harapan, maka konsumen tersebut akan menggunakan penyedia itu kembali.

Dalam memberikan pelayanan jasa, menurut Vincent Gaspersz, perlu diperhatikan beberapa akibat antara lain:

- a. Ketetapan waktu pelayanan
- b. Akurasi pelayanan
- c. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan
- d. Tanggung jawab
- e. Kelengkapan
- f. Kemudahan dalam mendapatkan pelayanan
- g. Variasi model pelayanan
- h. Pelayanan pribadi
- i. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan
- j. Atribut pendukung pelayanan lainnya

Pada dasarnya konsumen menggunakan kriteria yang sama, apapun jenis jasanya kriteria tersebut sebagai berikut:

- a. Akses: jasa tersebut mudah didapatkan pada tempat, waktu yang tepat tanpa lama menunggu dan banyak gangguan.
- b. Komunikasi: jasa tersebut dijelaskan dengan tepat dalam bahasa komunikasi.
- c. Kompetensi: para pegawai memiliki keahlian dan pengetahuan yang diperlukan.
- d. Kesopanan: para pegawai harus ramah, cepat, tanggap dan tenang.

- e. Kredibilitas: perusahaan dan pegawai dapat dipercaya dan mempunyai tempat di hati konsumen.
- f. Keandalan: jasa yang diberikan secara konsisten dan tepat.
- g. Responsif: pelayanan atau respon karyawan yang cepat dan kreatif terhadap permintaan atau permasalahan yang dihadapi konsumen.
- h. Keamanan: jasa yang diberikan jauh dari bahaya resiko keraguan
- i. Nyata bagian-bagian dari jasa yang berbentuk fisik benar-benar mencerminkan kualitas jasa tersebut
- j. Memahami konsumen, karyawan benar-benar membuat usaha untuk memahami kebutuhan konsumen dan memberikan perhatian secara individual.

Menyoroti pemasaran jasa tentunya bukan sekedar memperhatikan kualitas produk jasa yang dipasarkan tapi juga kepuasan pembeli (konsumen). Apakah konsumen merasa puas dengan pelayanan jasa sebagaimana yang ditawarkan oleh pihak penyedia jasa.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan adalah sebagai berikut:

- a. Memperjelaskan arti dan makna pelayanan

Hal tersebut dapat dilakukan dengan melakukan penelitian tentang penyebab-penyebab kegagalan dalam melakukan sistem pelayanan, kemudian memperkirakan hal-hal apa yang diharapkan pelanggan. Selanjutnya membuat program peningkatan mutu pelayanan di seluruh jajaran seperti menetapkan standar dalam menempatkan pegawai, penilaian, pengukuran, dan pemberian penghargaan terhadap pegawai.

Setelah menetapkan standar tersebut kemudian menyampaikan dan menegaskan standar dalam setiap standar dalam kesempatan yang ada. Entah itu dalam pertemuan resmi atau dalam media intern kemampuan dari sudut pandang pelanggan. Pelanggan yang ditampilkan pegawainya adalah juga pelayanan perusahaan atau organisasi yang buruk. Oleh karena itu, para karyawan perlu diberi pelatihan dan pengembangan bakat-bakat alami untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan.

b. Tingkat kekompakan tim

Usaha bidang jasa seringkali melelahkan karyawan yang dapat bersikap kasar dan tidak mau tahu. Salah satu cara untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan membentuk tim kerja, tim yang kompak akan dapat mengatasi masalah dan mencapai tujuan secara bersama. Anggotanya dapat menjadi segar dan pulih kembali.

c. Tingkat kehandalan

Kehandalan adalah dasar pelayanan yang baik. Untuk mengatasi pelayanan yang kurang ramah terhadap pelanggan tersebut dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan khusus, pengawasan, atau merancang ulang proses dari awal suatu kegiatan.

d. Melakukan yang terbaik saat memecahkan masalah

Yang sering terjadi dengan pelayanan dari suatu perusahaan menjadi lebih buruk, mereka tidak menganjurkan kepada pelanggan untuk mencari jalan keluarnya. Oleh karena itu, langkah yang harus

dilakukan adalah meminta pelanggan untuk menyatakan keluhan, dan menangani keluhan sesegera mungkin. Kemudian menganjurkan kepada karyawan menanggapi keluhan dengan baik dan efektif.

Pada prinsipnya peningkatan mutu pelayanan terhadap konsumen merupakan hal yang sangat penting dan perlu dilaksanakan atau dilakukan guna memenuhi kebutuhan dan harapan konsumen. Pada dasarnya konsumen mempunyai empat kebutuhan dasar, yaitu:

- a. Kebutuhan untuk dimengerti, kebutuhan ini diisyaratkan oleh pelanggan yang mengulang diri sendiri, berbicara lembut, berbicara keras, menjadi marah jika mereka tidak mengerti.
- b. Kebutuhan untuk merasa diambut baik, kebutuhan ini diisyaratkan dengan memandang sekeliling sebelum masuk.
- c. Kebutuhan untuk merasa penting, kebutuhan ini sering diisyaratkan dengan memamerkan atau menyombongkan orang yang mereka kenal ataupun memamerkan uang, perhiasan atau busana yang ekstrem.
- d. Kebutuhan akan kenyamanan, kebutuhan ini akan diekspresikan oleh pelanggan yang merasa gugup sewaktu merasa tidak nyaman. Kebutuhan ini juga diekspresikan ketika pertolongan arahan diperlukan.

5. Subyek dan Obyek Pelayanan

Dengan jiwa dan falsafah bahwa pelayanan adalah awal dari sebuah pembelian (bagi pelayanan untuk profil) dan pelayanan adalah awal pembayaran (non profil). Perlu dikenali bahwa alur pelayanan dapat dibagi menjadi:

- a. Pelayanan internal, bahwa dalam organisasi terdapat proses pelayanan meliputi:
 - 1) Pelayanan vertikal, yakni pelayanan dari pimpinan/manajemen kepada unit/organisasi.
 - 2) Pelayanan horizontal dan diagonal adalah pelayanan diri unit/anggota organisasi kepada unit/organisasi yang lain.
- b. Pelayanan eksternal yaitu pelayanan organisasi kepada masyarakat/di luar organisasi (pelanggan/klien) yang dapat dibebankan.
- c. Pelayanan makro atau managerial yaitu pelayanan dari organisasi yang bersangkutan.
- d. Pelayanan mikro dan *front liner* yaitu pelayanan organisasi kepada masyarakat di luar organisasi yang tampilannya dapat diukur dari kualitas tampilan fisik (*fisicial appereance*).

Banyaknya kemungkinan tidak adanya layanan yang memadai disebabkan oleh beberapa faktor di antaranya antara lain:

- a. Tidak/kurang adanya kesadaran terhadap tugas/ kewajiban yang menjadi tanggung jawabnya.
- b. Sistem, prosedur dan metode kerja yang ada tidak memadai, sehingga mekanisme kerja tidak berjalan sebagaimana yang diharapkan mestinya.
- c. Pengorganisasian tugas pelayanan yang belum serasi, sehingga terjadinya simpang siur penanganan tugas, tumpang tindih atau tercecernya suatu tugas tidak ada yang menangani.

- d. Pendapatan pegawai yang tidak memadai memenuhi kebutuhan hidup meskipun secara minimal.
- e. Kemampuan pegawai yang tidak memadai untuk tugas yang dibebankan kepadanya.
- f. Tidak tersedianya pelayanan yang memadai.

Sebagai pihak yang ingin memperoleh pelayanan yang baik dan memuaskan, maka perwujudan pelayanan yang didambakan adalah:

- a. Adanya kemudahan dalam mengurus kepentingan dengan pelayanan yang cepat dalam arti tanpa hambatan yang kadangkala dibuat.
- b. Memperoleh pelayanan secara wajar tanpa grutuk, sindiran atau untaian kata lain semacam itu yang nadanya mengarah pada nada permintaan sesuatu, baik alasan untuk dinas (pembelian kertas, ganti ongkos foto copy/cetak atau alasan untuk kesejahteraan).
- c. Mendapatkan perlakuan yang sama dalam pelayanan terhadap kepentingan yang sama, tertib dan tidak pandang bulu, artinya siapa saja yang tidak melalui antrian tidak dilayani.
- d. Pelayanan yang jujur dan terus terang, apabila ada hambatan karena suatu masalah yang tidak dapat dielakkan hendaknya diberitahukan sehingga orang tidak menunggu sesuatu yang tidak menentu.¹⁴

¹⁴ Moenir, *Manajemen Pelayanan Umum*, Bumi Aksara, Jakarta, 1995, hlm. 45

E. Metode Penelitian

1. Jenis dan Sifat Penelitian

Jenis penelitian ini adalah normatif-empiris (terapan), yaitu mengkaji pelaksanaan atau implementasi ketentuan hukum tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) di kalangan masyarakat di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir.

Sedangkan sifat penelitian adalah penelitian hukum deskriptif, yaitu bersifat pemaparan dan bertujuan untuk memperoleh gambaran (deskripsi) secara lengkap tentang keadaan hukum tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) yang berlaku di kalangan masyarakat di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir.

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di wilayah Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir, yang terdiri dari 8 desa/kelurahan, yaitu: Kelurahan Taga Raja (Sungai Guntung), Desa Sungai Simbar, Desa Kuala Selat, Desa Penjuru, Desa Sari Mulya, Desa Air Tawar, Desa Sungai Teritip, dan Desa Tanjung Raja.

3. Subyek dan Obyek Penelitian

Subyek penelitian ini adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Indragiri Hilir, Dinas Kesehatan, dan warga masyarakat yang dikategorikan miskin yang berdomisili di Kecamatan Kateman. Sedangkan obyeknya adalah kesadaran hukum masyarakat untuk mengikuti program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM).

Pengambilan sampel terhadap subyek penelitian di atas menggunakan teknik *random sampling*, yaitu pengambilan sampel secara acak, di mana setiap subyek memperoleh kesempatan untuk dipilih sebagai sampel. Warga masyarakat yang dijadikan sampel dalam penelitian ini sebanyak 200 orang yang berasal 8 desa/kelurahan di wilayah Kecamatan Kateman. Sedangkan dari unsur Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan disesuaikan kebutuhan terhadap data penelitian.

4. Sumber Data

- a. Data primer, yaitu data yang langsung dikumpulkan dari lokasi penelitian, baik data kuantitatif maupun kualitatif.
- b. Data sekunder, data yang dijaring melalui pihak-pihak terkait, buku, dan dokumen yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti.
- c. Data tertier, yaitu data yang memberikan penjelasan atau petunjuk terhadap data primer dan sekunder.

5. Teknik Pengumpulan Data

- a. Teknik pengumpulan data terhadap bahan-bahan hukum primer, dilakukan dengan cara menginventarisasi, mempelajari mencatat dalam agenda penelitian tentang norma-norma dan fenomena-fenomena hukum yang menjadi obyek permasalahan ataupun yang dapat dijadikan alat analisis pada masalah penelitian.
- b. Teknik pengumpulan data terhadap bahan-bahan hukum sekunder, dilakukan dengan cara menelusuri literatur-literatur ilmu hukum

ataupun hasil penelitian hukum yang relevan dengan masalah penelitian.

- c. Teknik pengumpulan data terhadap bahan-bahan hukum tertier, dilakukan dengan cara menelusuri kamus-kamus hukum, kamus bahasa, dan dokumen tertulis lainnya yang dapat memperjelas suatu persoalan atau suatu istilah yang ditemukan pada bahan-bahan hukum primer dan sekunder.

6. Metode Pendekatan

Penelitian ini menggunakan pendekatan normatif-empiris, di mana bahan-bahan yuridis normatif berupa Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan KEPMEN KES RI Nomor 56/MENKES/SK/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (JKMM), sedangkan yuridis empirisnya adalah kesadaran hukum masyarakat untuk mengikuti Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (JKMM).

7. Analisa Data

Data sekunder dan data primer hasil pengolahan dianalisis secara kualitatif kemudian dilakukan pembahasan. Berdasarkan hasil pembahasan kemudian diambil kesimpulan secara induktif sebagai jawaban terhadap permasalahan yang diteliti.

BAB II

TINJAUAN UMUM TENTANG KONSEP KESADARAN HUKUM DAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT

A. Kesadaran Hukum

1. Pengertian Kesadaran Hukum

Ide tentang kesadaran warga-warga masyarakat sebagai dasar sahnya hukum positif tertulis ditemukan dalam ajaran-ajaran tentang *rechtsgefühl* atau *rechtsbewustzijn* yang intinya adalah, bahwa tidak ada hukum yang mengikat warga-warga masyarakat kecuali atas dasar kesadaran hukumnya. Hal tersebut merupakan salah satu aspek dari kesadaran hukum, aspek lainnya adalah bahwa kesadaran hukum seringkali dikaitkan dengan penataan hukum, pembentukan hukum, dan efektivitas hukum.

Masalah kesadaran hukum, termasuk pula di dalam ruang lingkup teori persoalan hukum dan nilai-nilai sosial. Apabila ditinjau dari teori-teori modern tentang hukum dan pendapat para ahli hukum tentang sifat mengikat dari hukum, timbul bermacam permasalahan. Salah satu persoalan yang timbul adalah mengenai adanya jurang pemisah antara asumsi-asumsi tentang dasar keabsahan hukum tertulis, serta kenyataan dari dipatuhinya hukum tersebut. Terdapat suatu pendapat yang menyatakan bahwa mengikatnya hukum terutama pada keyakinan seseorang. Hal inilah yang dinamakan teori *rechtsbewustzijn*.¹

¹ R. Otje Salman, *Beberapa Aspek Sosiologi Hukum*, Alumni, Bandung, 1992, hal. 49

Kutchinsky mengemukakan suatu gambaran tentang keterkaitan antara aturan-aturan hukum dengan pola perilaku dalam kaitannya dengan fungsi hukum dalam masyarakat. Kutchinsky berpendapat bahwa ajaran tradisional pada umumnya bertitik tolak pada suatu anggapan bahwa hukum secara jelas merumuskan perikelakuan-perikelakuan yang dilarang dan atau yang diperbolehkan. Pun bahwa hukum tersebut dengan sendirinya dipatuhi oleh sebagian besar dari warga masyarakat. Ajaran ini terkenal dengan nama *covariance theory*, yang berasumsi bahwa ada kecocokan antara hukum dengan pola-pola perikelakuan hukum.²

Ajaran lain menyatakan bahwa hukum hanya efektif apabila didasarkan pada *volksgeist* atau *rechtsbewustzijn*. Suatu hal yang perlu dicatat bahwa ajaran atau teori tersebut mempermasalahkan kesadaran hukum yang dianggap sebagai mediator antara hukum dengan pola-pola perikelakuan manusia di dalam masyarakat, baik secara individu maupun kolektif. Sebenarnya, kesadaran hukum tersebut banyak sekali menyangkut aspek-aspek kognitif dan perasaan yang seringkali dianggap sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi hubungan antara hukum dengan pola-pola perikelakuan manusia dalam masyarakat.

Perhatian mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan kesadaran hukum, telah dimulai sejak lama, walaupun perhatian-perhatian tersebut telah lama ada, akan tetapi penelitian terhadap kesadaran hukum merupakan suatu usaha ilmiah yang relatif baru. Perkembangan selanjutnya tentang masalah

² Berl Kutchinsky, "The Legal Consciousness: A Survey of Research on Knowledge and Opinion of Law," dalam C.M. Campbell, et.al. (eds.), *Knowledge and Opinion of Law*, Martin Roberston, London, 1973, hal. 102

kesadaran hukum terutama dilakukan di beberapa negara Eropa, berkaitan dengan tokoh-tokoh seperti A. Podgorecki (Polandia), P. Vinke (Belanda), dan juga B. Kutchinsky (Denmark).

Di dalam ilmu hukum, adakalanya dibedakan antara kesadaran hukum dengan perasaan hukum. Perasaan hukum diartikan sebagai penilaian hukum yang timbul secara serta merta dari masyarakat dalam kaitannya dengan masalah keadilan. Kesadaran hukum lebih banyak merupakan perumusan dari kalangan hukum mengenai penilaian tersebut, yang telah dilakukan secara ilmiah. Jadi kesadaran hukum sebenarnya merupakan kesadaran atau nilai-nilai yang terdapat dalam manusia tentang hukum yang ada atau tentang hukum yang diharapkan ada. Dengan demikian, yang ditekankan dalam hal ini adalah nilai-nilai tentang fungsi hukum dan bukan terhadap kejadian-kejadian yang konkret dalam masyarakat yang bersangkutan. Bila demikian, kesadaran hukum menekankan tentang nilai-nilai masyarakat tentang fungsi apa yang hendaknya dijalankan oleh hukum dalam masyarakat. Berdasarkan pendapat tersebut di atas, dapat dikatakan bahwa persoalannya di sini kembali kepada masalah dasar dari validitas hukum yang berlaku, yang akhirnya harus dikembalikan pada nilai-nilai masyarakat.

Suatu konsepsi lain yang erat kaitannya dengan kesadaran hukum atau yang mencakup kesadaran hukum, adalah konsepsi mengenai kebudayaan hukum (*legal culture*). Konsepsi ini secara relatif baru dikembangkan, dan salah satu kegunaannya adalah untuk dapat mengetahui perihal nilai-nilai terhadap prosedur hukum maupun substansinya. Apabila ajaran-ajaran tentang kesadaran hukum dibandingkan dengan konsepsi kebudayaan hukum, konsepsi kebudayaan hukum

lebih luas ruang lingkungannya. Hal ini disebabkan hukum terdapat dalam setiap masyarakat manusia, betapa pun sederhana dan kecilnya masyarakat tersebut. Oleh karena hukum tersebut merupakan bagian dari kebudayaan, maka hukum tidak dapat dipisahkan dari jiwa dan cara berpikir dari masyarakat yang mendukung kebudayaan tersebut. Bahkan, lebih jauh lagi, dapat dikatakan bahwa hukum merupakan penjelmaan dari jiwa dan cara berpikir dari masyarakat yang bersangkutan.

Di Indonesia, masalah kesadaran hukum mendapat tempat yang sangat penting di dalam politik hukum nasional. Hal ini dapat diketahui sebagaimana tercermin dalam Ketetapan MPR No. IV/MPR/ 1973 tentang Garis-garis Besar Haluan Negara yang menyatakan bahwa:

2. Pembinaan bidang hukum harus mampu mengarahkan dan menampung kebutuhan-kebutuhan hukum sesuai dengan kesadaran hukum Rakyat yang berkembang ke arah modernisasi menurut tingkat-tingkat kemajuan pembangunan di segala bidang sehingga tercapai ketertiban dan kepastian hukum sebagai prasarana yang harus ditunjukkan ke arah peningkatan pembinaan kesatuan Bangsa sekaligus berfungsi sebagai saran penunjang perkembangan modernisasi dan pembangunan yang menyeluruh, dilakukan dengan:
 - (a) Peningkatan dan penyempurnaan pembinaan Hukum Nasional dengan antara lain mengadakan pembaharuan, kodifikasi serta unifikasi Hukum di bidang-bidang tertentu dengan jalan memperhatikan kesadaran hukum dalam masyarakat.

- (b) Menertibkan fungsi Lembaga-lembaga Hukum menurut proporsinya masing-masing.
 - (c) Peningkatan kemampuan dan kewibawaan penegak-penegak hukum.
3. Memupuk kesadaran hukum dalam masyarakat dan membina sikap para penguasa dan para pejabat Pemerintahan ke arah penegakan Hukum, Keadilan serta perlindungan terhadap Harkat dan Marabat Manusia, dan Ketertiban serta Kepastian Hukum sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945.³

Kesadaran hukum seringkali diasumsikan, bahwa ketaatan hukum sangat erat hubungannya dengan kesadaran hukum. Kesadaran hukum dianggap sebagai variabel bebas, sedangkan taraf ketaatan merupakan variabel tergantung.⁴ Selain itu kesadaran hukum dapat merupakan variabel, antara yang terletak antara nyata terwujud dalam ketaatan hukum, namun hal itu tidak dengan sendirinya hukum mendapat dukungan sosial, dukungan sosial hanyalah diperoleh, apabila ketaatan hukum tersebut didasarkan kepada kepuasan, oleh karena kepuasan merupakan hasil pencapaian hasrat akan keadilan.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa masalah kesadaran hukum di Indonesia perlu dikaji secara mendalam dengan maksud untuk dapat menjelaskan aspek-aspek yang terkait dengannya.

³ C.S.T. Kansil, *Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, 1989, hal. 139-140

⁴ Soerjono Soekanto dan Mustafa Abdullah, *Sosiologi Hukum dalam Masyarakat*, CV. Rajawali, 1987, hal. 208

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesadaran Hukum

Tentang faktor-faktor yang menyebabkan masyarakat mematuhi hukum, dapat dikemukakan sebagai berikut:

- a. *Compliance*, yaitu sebagai suatu kepatuhan yang didasarkan pada harapan akan suatu imbalan dan usaha untuk menghindarkan diri dari hukuman atau sanksi yang mungkin dikenakan apabila seseorang melanggar ketentuan hukum. Kepatuhan ini sama sekali tidak didasarkan pada suatu keyakinan pada tujuan kaidah hukum yang bersangkutan, dan lebih didasarkan pada pengendalian dari pemegang kekuasaan. Sebagai akibatnya, kepatuhan hukum akan ada apabila ada pengawasan yang ketat terhadap pelaksanaan kaidah-kaidah hukum tersebut.
- b. *Identification*, terjadi bila kepatuhan terhadap kaidah hukum ada bukan karena nilai intrinsiknya, akan tetapi agar keanggotaan kelompok tetap terjaga serta ada hubungan baik dengan mereka yang diberi wewenang untuk menerapkan kaidah-kaidah hukum tersebut. Daya tarik untuk patuh adalah keuntungan yang diperoleh dari hubungan-hubungan tersebut, sehingga kepatuhan pun tergantung pada buruk-baiknya interaksi tadi. Walaupun seseorang tidak menyukai penegak hukum akan tetapi proses identifikasi terhadapnya berjalan terus dan mulai berkembang perasaan-perasaan positif terhadapnya. Hal ini disebabkan, oleh karena orang yang bersangkutan berusaha untuk mengatasi perasaan-perasaan kekhawatirannya terhadap kekecewaan

tertentu, dengan jalan menguasai obyek frustrasi tersebut dengan mengadakan identifikasi. Penderitaan yang ada sebagai akibat pertentangan nilai-nilai di atasnya dengan menerima nilai-nilai penegak hukum.

- c. *Internalization*, pada tahap ini seseorang mematuhi kaidah-kaidah hukum dikarenakan secara intrinsik kepatuhan tadi mempunyai nilai. Isi kaidah-kaidah tersebut adalah sesuai dengan nilai-nilainya dari pribadi yang bersangkutan, atau oleh karena dia mengubah nilai-nilai yang semula dianutnya. Hasil dari proses tersebut adalah suatu komformitas yang didasarkan pada motivasi secara intrinsik. Titik sentral dari kekuatan proses ini adalah kepercayaan orang tadi terhadap tujuan dari kaidah-kaidah bersangkutan, terlepas dari pengaruh atau nilai-nilainya terhadap kelompok atau pemegang kekuasaan maupun pengawasannya.⁵
- d. Kepentingan para warga masyarakat terjamin oleh wadah hukum yang ada.⁶

Di antara keempat faktor tersebut di atas, dapat berdiri sendiri-sendiri dapat pula merupakan gabungan dari keseluruhan atau sebagian dari keempat faktor di atas. Jadi seseorang mematuhi hukum dapat dikarenakan ia takut sanksi yang akan dikenakan apabila ia melanggar hukum. Atau mungkin juga seseorang mematuhi hukum karena kepentingan-kepentingannya terjamin oleh hukum,

⁵ Leopold Pospisil, *Antropology of Law: A Comparative Theory*, Harper & Row Publishers, New York, 1959, hal. 200-201

⁶ Soerjono Soekanto, *Kegunaan Sosiologi Hukum bagi Kalangan Hukum*, Alumni, Bandung, 1989, hal. 50

bahkan mungkin ia mematuhi hukum karena ia merasa hukum yang berlaku sesuai dengan nilai-nilai yang ada dalam dirinya.

Dari berbagai arti hukum, salah satu di antaranya, hukum diartikan sebagai jaringan nilai-nilai yang merupakan refleksi dari suatu masyarakat. Masalah nilai-nilai dalam hukum erat kaitannya dengan kesadaran hukum. Hal itu dikarenakan kesadaran hukum merupakan suatu penilaian terhadap hukum yang ada serta hukum yang dikehendaki atau yang seharusnya ada. Kesadaran hukum dalam tulisan ini diartikan sebagai persepsi hukum individu atau masyarakat terhadap hukum. Persepsi tersebut mungkin sama mungkin pula tidak dengan hukum yang berlaku. Hukum dalam arti di sini menunjuk pada hukum yang berlaku dan hukum yang dicita-citakan. Dengan demikian, hukum di sini meliputi baik hukum yang tertulis maupun hukum yang tidak tertulis.

Kesadaran hukum berkaitan dengan nilai-nilai yang tumbuh dan berkembang dalam suatu masyarakat. Dengan demikian, masyarakat mentaati hukum bukan karena paksaan, melainkan karena hukum itu sesuai dengan nilai-nilai yang ada dalam masyarakat itu sendiri. Dalam hal ini telah terjadi internalisasi hukum dalam masyarakat yang diartikan bahwa kaidah-kaidah hukum tersebut telah meresap dalam diri masyarakat.

3. Indikator Kesadaran Hukum

Terdapat empat indikator kesadaran hukum, yang masing-masing merupakan suatu tahapan bagi tahapan berikutnya, yaitu:

- a. Pengetahuan hukum;
- b. Pemahaman hukum

- c. Sikap hukum; dan
- d. Pola perilaku hukum.⁷

Pengetahuan hukum adalah pengetahuan seseorang mengenai beberapa perilaku tertentu yang diatur oleh hukum. Sudah tentu bahwa hukum yang dimaksud di sini adalah hukum tertulis dan hukum tidak tertulis. Pengetahuan tersebut berkaitan dengan perilaku yang dilarang ataupun perilaku yang diperbolehkan oleh hukum. Sebagaimana dapat dilihat di dalam masyarakat bahwa pada umumnya seseorang mengetahui bahwa membunuh, mencuri, dan seterusnya dilarang oleh hukum. Pengetahuan hukum tersebut erat kaitannya dengan asumsi bahwa masyarakat dianggap mengetahui isi suatu peraturan manakala peraturan tersebut telah diundangkan.

Pemahaman hukum dalam arti di sini adalah sejumlah informasi yang dimiliki seseorang mengenai isi peraturan dari suatu hukum tertentu. Dengan perkataan lain, pemahaman hukum adalah suatu pengertian terhadap isi dan tujuan dari suatu peraturan tertentu, tertulis maupun tidak tertulis, serta manfaatnya bagi pihak-pihak yang kehidupannya diatur oleh peraturan tersebut. Dalam hal pemahaman hukum, tidak disyaratkan seseorang harus terlebih dahulu mengetahui adanya suatu aturan tertulis yang mengatur suatu hal. Akan tetapi yang dilihat di sini adalah bagaimana persepsi mereka dalam menghadapi berbagai hal, dalam kaitannya dengan norma-norma yang ada dalam masyarakat. Persepsi ini biasanya diwujudkan melalui sikap mereka terhadap tingkah laku sehari-hari.

⁷ Soerjono Soekanto, *Kesadaran Hukum dan Kepatuhan Hukum*, CV. Rajawali, Jakarta, 1982, hal. 140

Sikap hukum (*legal attitude*) adalah (a)...*a disposition to accept some legal norm or percept because it deserve respect as valid piece of law...*(b)...*a tendency to accept the legal norm or percept because it is appreciated as advantageous or useful...*⁸

Dengan demikian sikap hukum adalah suatu kecenderungan untuk menerima hukum karena adanya penghargaan terhadap hukum sebagai suatu yang bermanfaat atau menguntungkan jika hukum itu ditaati. Sebagaimana terlihat di sini bahwa kesadaran hukum berkaitan dengan nilai-nilai yang terdapat di masyarakat. Suatu sikap hukum akan melibatkan pilihan warga terhadap hukum yang sesuai dengan nilai-nilai yang dalam dirinya sehingga akhirnya warga masyarakat menerima hukum berdasarkan penghargaan terhadapnya.

Pola perilaku hukum (*legal behavior*) adalah “...*legally desired behavior.*”⁹ Pola perilaku hukum merupakan hal yang utama dalam kesadaran hukum, karena di sini dapat dilihat apakah suatu peraturan berlaku atau tidak dalam masyarakat. Dengan demikian, sampai seberapa jauh kesadaran hukum dalam masyarakat dapat dilihat dari pola perilaku hukum suatu masyarakat.

Terdapat kaitan antara kesadaran hukum dengan kebudayaan hukum. Keterkaitan tersebut dapat dilihat bahwa kesadaran hukum banyak sekali berkaitan dengan aspek-aspek kognitif dan perasaan yang seringkali dianggap faktor-faktor yang mempengaruhi hubungan antara hukum dengan pola-pola perilaku dalam masyarakat. Ajaran kesadaran hukum lebih banyak

⁸ Adam Podgorecki, “Public Opinion About Law,” dalam C.M. Campbell, et.al. (eds.), *Knowledge and Opinion of Law*, Martin Roberston, London, 1973, hal. 83

⁹ Jehezkel Dror, “Law and Social Change,” dalam Rita Janes Simon (ed.), *The Sosiology of Law*, Chandler Publishing Company, San Francisco, 1968, hal. 671

mempermasalahkan kesadaran hukum yang dianggap sebagai mediator antara hukum dengan perilaku manusia, baik secara individual maupun kolektif. Oleh karenanya ajaran kesadaran hukum lebih menitikberatkan kepada nilai-nilai yang berlaku pada masyarakat. Sistem nilai-nilai akan menghasilkan patokan-patokan untuk berproses yang bersifat psikologis, antara lain pola-pola berpikir yang menentukan sikap mental manusia, sikap mental yang pada hakikatnya merupakan kecenderungan untuk bertingkah laku, membentuk pola-pola perilaku maupun kaidah-kaidah.

Bila dianggap bahwa hukum merupakan konkretisasi dari sistem nilai-nilai yang tumbuh dan berkembang dalam masyarakat. Dengan demikian, suatu keadaan yang dicita-citakan adalah adanya keselarasan dan keseimbangan antara hukum dengan sistem nilai-nilai tersebut. Konsekuensinya adalah bahwa perubahan pada sistem nilai-nilai harus diikuti dengan perubahan hukum atau di lain pihak hukum harus dapat dipergunakan sebagai sarana untuk mengadakan perubahan pada sistem nilai-nilai tersebut. Nyatalah bahwa kesadaran hukum sebetulnya merupakan masalah nilai-nilai. Jadi kesadaran hukum adalah konsepsi abstrak di dalam diri manusia, tentang keserasian antara ketertiban dengan ketentraman yang dikehendaki atau yang sepantasnya.

Dari uraian-uraian di atas dapat disimpulkan bahwa apabila indikator-indikator dari kesadaran hukum dipenuhi, maka derajat kesadarannya tinggi, begitu pula sebaliknya. Tingginya tingkat kesadaran hukum warga masyarakat mengakibatkan para warga masyarakat mentaati ketentuan-ketentuan

hukum yang berlaku, begitu pula sebaliknya, apabila derajat kesadaran hukumnya rendah, maka derajat ketaatan terhadap hukum juga rendah.

Apabila dipandang secara sempit, konsepsi kesadaran hukum seakan mensyaratkan terdapatnya peraturan-peraturan hukum terlebih dahulu sebelum kesadaran hukum timbul. Pemikiran tersebut tentu tidak salah apabila memang suatu peraturan telah ada sebelumnya. Dalam sudut pandang yang lebih luas, konsepsi ini dapat diterapkan dari dua titik pusat. Apabila titik pusat kesadaran hukum adalah peraturan-peraturan hukum, melalui konsepsi ini dapat dilihat sampai sejauh mana efektivitas peraturan-peraturan hukum tersebut dalam masyarakat. Sementara bila titik pusat kesadaran hukum adalah fakta-fakta sosial, melalui konsepsi ini dapat dilihat proses pembentukan hukum dari fakta-fakta sosial tersebut.

B. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

1. Dasar Pemikiran

Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO, 1948), Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Krisis moneter yang terjadi sekitar tahun 1997 telah memberikan andil meningkatkan biaya kesehatan berlipat ganda, sehingga menekan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan. Hambatan utama pelayanan kesehatan masyarakat miskin adalah masalah pembiayaan kesehatan dan transportasi. Banyak faktor yang menyebabkan ketimpangan pelayanan kesehatan yang mendorong peningkatan biaya kesehatan, di antaranya perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, dan subsidi pemerintah untuk semua lini pelayanan, di samping inflasi di bidang kesehatan yang melebihi sektor lain.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1988 Pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS-BK) tahun 1998-2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Program-program tersebut di atas berbasis pada ‘*provider*’ kesehatan (*supply oriented*), di mana dana disalurkan langsung ke Puskesmas dan Rumah Sakit. Provider kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) berfungsi ganda yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kondisi seperti ini menimbulkan beberapa permasalahan antara lain terjadinya defisit di beberapa Rumah Sakit dan sebaliknya dana yang berlebih di Puskesmas, juga menimbulkan ganda pada PPK yang harus berperan sebagai “*Payer*” sekaligus “*Provider*.”

Pada akhir tahun 2004, Menteri Kesehatan dengan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004, menugaskan PT. Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan berbasis asuransi sosial.

Pada semester I tahun 2005, penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dikelola sepenuhnya oleh PT. Askes (Persero) meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit dengan sasaran sejumlah 36.146.700 jiwa sesuai data BPS tahun 2004. Dalam perjalanannya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di semester I tahun 2005, ditemukan permasalahan yang utama yaitu perbedaan data jumlah masyarakat miskin BPS dengan data jumlah masyarakat miskin di setiap daerah disertai beberapa permasalahan lainnya antara lain: program belum tersosialisasi dengan baik, penyebaran kartu peserta belum merata, keterbatasan sumber daya manusia PT. Askes (Persero) di lapangan, minimnya biaya operasional dan majemen di Puskesmas, kurang aktifnya Posyandu dan lain-lain.

Untuk mengatasi permasalahan di atas, maka pada semester II tahun 2005, mekanisme penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin diubah. Untuk pembiayaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke Puskesmas melalui bank BRI. PT. Askes (Persero) hanya mengelola pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin di Rumah Sakit. Di samping itu sasaran program disesuaikan menjadi 60.000.000 jiwa.

Berdasarkan pengalaman-pengalaman pelayanan kesehatan di masa lalu dan upaya untuk mewujudkan sistem pembiayaan yang efektif dan efisien masih perlu diterapkan mekanisme jaminan kesehatan yang berbasis asuransi sosial. Penyelenggaraan program ini melibatkan beberapa pihak yaitu pemerintah pusat (Departemen Kesehatan), Pemerintah Daerah, pengelola Jaminan Kesehatan (PT. Askes (Persero), dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yaitu Puskesmas dan Rumah Sakit di mana masing-masing pihak memiliki peran dan fungsi yang berbeda dengan tujuan yang sama yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan dengan biaya dan mutu yang terkendali.

2. Tujuan

Secara umum, program JPKMM (ASKESKIN) bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Kemudian secara khusus program tersebut bertujuan:

- a. Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya.
- b. Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit, BP4 dan BKMM/BKIM.
- c. Terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat miskin sesuai standar.
- d. Meningkatnya kepuasan masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan.
- e. Terselenggaranya kegiatan pendukung pelayanan kesehatan

3. Sasaran Kepesertaan

Sasaran program ini adalah masyarakat dan tak mampu di seluruh Indonesia yang diperkirakan berjumlah 60.000.000 jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya. Jumlah sasaran tersebut akan disesuaikan dengan kebijakan Pemerintah setelah adanya hasil survei BPS.

4. Landasan Hukum

Peraturan perundang-undangan yang menjadi landasan hukum penyelenggaraan program jaminan kesehatan masyarakat miskin atau Askeskin, adalah:

- a. Undang-undang Dasar 1945 (amandemen) yang tercantum pada:

Pasal 28 H angka (1) menyatakan bahwa: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Pasal 34 angka (2) menyatakan bahwa: “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.”

Pasal 34 angka (3) menyatakan bahwa: “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.”

- b. UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan pasal 4,5,65, dan 66 yang mengatur sebagai berikut:

Pasal 4: “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.”

Pasal 5: “Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan personalnya, keluarga dan lingkungannya.”

Pasal 65: “Penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat” (ayat 1); “Pemerintah membantu upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, terutama upaya kesehatan bagi masyarakat rentan” (ayat 2).

Pasal 66: “Pemerintah mengembangkan, membina, dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara praupaya, berasaskan usaha bersama dan kekeluargaan.”

c. UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Pasal 2 dan 3 Undang-Undang ini menyatakan bahwa tujuan penjaminan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Pasal 17 Undang-undang ini mengatur sumber pembiayaan program Askeskin sebagaimana dinyatakan dalam butir 4: “iuran program

jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah.”

Pasal 19 menyatakan jaminan bagi masyarakat miskin diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial.

- d. Keputusan Menkes Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tanggal 12 Nopember 2004 tentang Penugasan PT. Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin.
- e. Surat persetujuan dari Menteri BUMN No. S-697/MBU/2004 tanggal 31 Desember 2004 perihal Penugasan kepada PT Asuransi Kesehatan Indonesia (Persero) dalam rangka pengelolaan Program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin

5. Prinsip Penyelenggaraan

Program ini diselenggarakan secara nasional terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan yang menyeluruh bagi penduduk Indonesia, yang saat ini dimulai dengan sasaran pada masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab bersama antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Diharapkan masing-masing pihak memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat mengacu pada prinsip-prinsip:

- a. Pengelolaan dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan kesehatan masyarakat miskin.
- b. Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan medik yang “*cost effective*” dan rasional.
- c. Pelayanan kesehatan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang.
- d. Portabilitas dan ekuitas.
- e. Mekanisme asuransi sosial dengan iuran peserta dibayar oleh Pemerintah.
- f. Transparansi dan akuntabilitas.

6. Ketentuan Kepesertaan

- a. Peserta program Askeskin adalah setiap orang miskin dan tidak mampu (selanjutnya disebut masyarakat miskin) yang terdaftar dan memiliki kartu Askeskin dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b. Jumlah masyarakat miskin dalam program ini adalah 60.000.000 jiwa yang ditetapkan oleh Menkes RI bersumber dari hasil pendataan kabupaten/kota tahun 2004.
- c. Berdasarkan penetapan SK Menkes sebagaimana butir 2 di atas, Bupati dan Walikota menetapkan SK Menkes sebagaimana butir 2 di atas, Bupati dan Walikota menetapkan nama dan alamat peserta Askeskin yang dituangkan dalam surat keputusan.

- d. Bagi Kabupaten/Kota yang telah mempunyai data BPS, Bupati/Walikota dapat menetapkan nama dan alamat peserta Askeskin yang mengacu pada data BPS tersebut.
- e. Berdasarkan daftar nama yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota, diterbitkan Kartu Askeskin oleh PT. Askes (Persero).
- f. Selama masa transisi, masyarakat miskin yang belum memperoleh Kartu Peserta Askeskin dapat menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM)/Kartu Sehat/Kartu Subsidi Langsung Tunai (SLT)/Kartu Gakin.
- g. Penerbitan dan distribusi kartu sampai ke peserta menjadi tanggungjawab PT. Askes (Persero), dan dalam pendistribusiannya PT. Askes (Persero) bekerja dengan Pemerintah Daerah dan atau pihak ketiga yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- h. Jumlah peserta secara bertahap akan disesuaikan dengan pendataan masyarakat miskin BPS dan akhir masa transisi ditetapkan oleh Pemerintah.

7. Administrasi Kepesertaan

- a. Registrasi Peserta
 - 1) Data masyarakat miskin yang telah ditetapkan Pemda melalui Surat Keputusan Bupati/Walikota dicatat melalui entri data masyarakat miskin oleh PT. Askes (Persero) Kantor Cabang atau PT. Askes (Persero) Kabupaten/Kota setempat.

2) Entri data meliputi antara lain nomor kartu, nama peserta, tanggal lahir dan alamat (alur registrasi dan distribusi kartu peserta terlampir).

b. Penerbitan dan Distribusi Kartu Peserta

1) Setelah dilakukan entri data, dilakukan pencetakan kartu peserta Askeskin. Pada pencetakan blanko kartu Askeskin:

a) PT. Askes (Persero) bertanggungjawab terhadap ketersediaan blanko kartu Askeskin.

b) Pencetakan blanko kartu Askeskin didasarkan kepada tingkat kebutuhan.

2) Selanjutnya proses pendistribusian kartu Askeskin, di mana PT. Askes (Persero) Kantor cabang atau PT. Askes (Persero) Kabupaten/Kota bekerja sama dengan pihak ketiga yang ditetapkan oleh Pemda.

3) PT. Askes (Persero) Kantor Cabang atau PT. Askes (Persero) Kabupaten/Kota menyerahkan kartu yang telah diterbitkan kepada pihak ketiga yang ditetapkan oleh Pemda yang dilengkapi dengan berita acara serah terima.

4) Pihak ketiga yang ditunjuk menyerahkan Kartu Askeskin kepada yang berhak dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta dan atau anggota keluarga dan dikembalikan kepada PT. Askes (Persero) setempat.

8. Tatalaksana Pelayanan Kesehatan

- a. Setiap peserta Askeskin mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, serta pelayanan kesehatan rujukan Rawat jalan tingkat lanjutan dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit.
- b. Pelayanan kesehatan menerapkan sistem rujukan terstruktur dan berjenjang.
- c. Pada kasus gawat darurat (*emergency*) seluruh PPK wajib memberikan pelayanan walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama dengan PT. Askes (Persero). Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke PT. Askes (Persero) sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk peserta Askeskin.
- d. Pelayanan rawat inap dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (kelas tiga) di Rumah Sakit Pemerintah termasuk Rumah Sakit Khusus, TNI/POLRI dan RS Swasta yang bekerja sama dengan PT. Askes (Persero).
- e. Pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan di rumah Sakit menggunakan obat generik yang daftar dan harganya ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- f. Penggunaan di luar obat generik masih dapat dimungkinkan sepanjang sesuai dengan indikasi medis berdasarkan Protokol Terapi yang

diusulkan oleh Komite Medik dan disetujui oleh Direktur Rumah Sakit atau Pejabat yang diberi wewenang oleh Direktur.

- g. Apabila terjadi ketiadaan obat generik di apotik atau Rumah Sakit (Instalasi Farmasi), maka menjadi kewajiban PT. Askes (Persero) untuk segera menyediakan obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak Rumah Sakit atau apotik yang bekerja sama dengan PT. Askes (Persero).
- h. Semua apotik/instalasi farmasi dapat menyediakan obat generik untuk pelayanan masyarakat miskin melalui kerjasama dengan PT. Askes (Persero).
- i. Instalasi farmasi Rumah Sakit dan apotik yang bekerjasama dengan PT. Askes (Persero) dapat mengganti obat diluar obat generik dengan obat-obatan yang sepadan, dengan sepengetahuan dokter penulis resep.
- j. Apabila terjadi persepan di luar obat generik kecuali sebagaimana pada butir 6 (enam) di atas maka Pemerintah Daerah atau pihak Rumah Sakit bertanggungjawab menanggung selisih harga tersebut.
- k. Peserta tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.
- l. Pelayanan transportasi rujukan *emergency* dan rujukan *non emergency* (bila diperlukan) bukan dalam bentuk uang, tapi merupakan pelayanan transportasi rujukan. Besarnya biaya pelayanan transportasi rujukan dan pemulangan pasien/jenazah maksimal Rp. 4.000,-/km, dengan minimum pembayaran Rp. 40.000,-, dengan hitungan jarak sekali

jalan. Apabila terjadi kekurangan pembiayaan transportasi ini menjadi tanggungjawab Pemda dari daerah yang merujuk.

- m. PT. Askes (Persero) membuat perjanjian kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat yang meliputi berbagai aspek pengaturan pelayanan kesehatan dasar.

Untuk kelancaran pelaksanaan program Askeskin di daerah, kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan atau Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan PT. Askes (Persero) Kantor Regional dan atau Kantor Cabang dapat membuat petunjuk teknis operasional selama tidak bertentangan dengan ketentuan yang ada.

9. Prosedur Pelayanan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

- a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya.
- b. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu Askeskin. Dalam masa transisi, peserta masih dapat menggunakan SKTM/kartu sehat/kartu SLT/Kartu Gakin.
- c. Apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka peserta yang bersangkutan dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dengan disertai surat rujukan dan identitas miskin sebagaimana dimaksud dalam butir ke 2 (dua) yang ditunjukkan sejak awal mulai berobat.

- d. Pelayanan rujukan sebagaimana butir ke-3 (tiga) di atas meliputi:
- 1) Pelayanan rawat jalan spesialistik di puskesmas yang memiliki pelayanan spesialistik.
 - 2) pelayanan Rawat Inap/persalinan di Puskesmas.
 - 3) Pelayanan rawat jalan lanjutan di Rumah Sakit/BKMM/BP4/BKIM.
 - 4) Pelayanan rawat Inap kelas III di Rumah Sakit (alur pelayanan kesehatan terlampir).

Rumah sakit berkewajiban memberikan jawaban atas pelayanan rujukan (rujukan balik) ke Puskesmas yang merujuk dengan disertai keterangan kondisi pasien dan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh Puskesmas.

- e. Pada kasus gawat darurat, peserta wajib menunjukkan identitas miskin dalam waktu maksimal 3x24 jam hari kerja. Pada kondisi di mana pasien gawat darurat tersebut tidak mampu menunjukkan identitas miskin termasuk SKTM maka menjadi kewenangan Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang ditunjuk Direktur Rumah Sakit untuk menetapkan status miskin.

Selama masa tenggang waktu maksimal 3x24 jam hari kerja maskin yang dalam kondisi gawat darurat belum mampu menunjukkan identitas miskinnya, maskin tersebut tidak boleh dibebani biaya dan seluruh pembiayaannya menjadi beban Rumah Sakit dan untuk selanjutnya diklaimkan ke PT. Askes (Persero).

10. Manfaat yang diperoleh peserta Askeskin

Pada dasarnya manfaat yang disediakan untuk peserta Askeskin bersifat komprehensif sesuai indikasi medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin, pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi antara lain:¹⁰

a. Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya

1) Rawat jalan tingkat pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan:

- a) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan.
- b) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin).
- c) Tindakan medis kecil.
- d) Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal.
- e) Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita.
- f) Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN).
- g) Pemberian obat sesuai obat generik.

2) Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas perawatan, meliputi pelayanan:

- a) Akomodasi rawat inap.

¹⁰ Sekretariat Jenderal Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN) 2006*, Departemen Kesehatan, Jakarta, 2006, hal. 10-12

- b) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan.
 - c) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin).
 - d) Tindakan medis kecil.
 - e) Pemberian obat sesuai obat generik
 - f) Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED)
- 3) Persalinan normal yang dilakukan di Puskesmas non-perawatan/bidan di desa/ polindes/di rumah pasien/praktek bidan swasta.
- 4) Pelayanan spesialistik di Puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialistik.
- 5) Pelayanan gawat darurat (*emergency*)
- 6) Pelayanan transport untuk rujukan *emergency*, rujukan *non emergency* (bila diperlukan) dan pemulangan pasien/ jenazah (bila diperlukan). Kepala Puskesmas atau petugas yang ditunjuk mempunyai kewenangan untuk menentukan perlu tidaknya peserta menggunakan fasilitas transportasi dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- b. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit
- 1) Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada poliklinik spesialis Rumah Sakit Pemerintah/BP4/BKMM, meliputi:

- a) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum.
 - b) Rehabilitasi medik.
 - c) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik.
 - d) Tindakan medis kecil dan sedang.
 - e) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan.
 - f) Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN)
 - g) Pemberian obat sesuai obat generik.
 - h) Pelayanan darah.
 - i) Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit.
- 2) Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III Rumah Sakit Pemerintah, meliputi:
- a) Akomodasi rawat inap pada kelas III.
 - b) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan.
 - c) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik.
 - d) Tindakan medis.
 - e) Operasi sedang dan besar.
 - f) Pelayanan rehabilitasi medis.

- g) Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)
 - h) Pemberian obat sesuai obat generik.
 - i) Pelayanan darah.
 - j) Bahan dan alat kesehatan habis pakai.
 - k) Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit.
- 3) Pelayanan gawat darurat (emergency).
 - 4) Pelayanan transportasi untuk rujukan emergency, rujukan non emergency (bila diperlukan) dan pemulangan pasien/jenazah maskin (bila diperlukan). Direktur Rumah Sakit petugas yang ditunjuk mempunyai kewenangan untuk menentukan perlu tidaknya peserta menggunakan fasilitas transportasi dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- c. Pelayanan yang dibatasi (*limitation*):
- 1) Kacamata diberikan dengan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai maksimal Rp. 150.000 berdasarkan resep dokter.
 - 2) Alat bantu dengar diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling murah dan ketersediaan alat tersebut di daerah.
 - 3) Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi dalam aktivitas sosial peserta tersebut. Pemilihan alat bantu gerak

berdasarkan harga yang paling efisien dan ketersediaan alat tersebut di daerah yang disepakati bersama dengan PT. Askes (persero) Kantor Cabang atau Kantor Regional setempat.

- 4) Pelayanan penunjang diagnostik canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus *life-saving* dan kebutuhan penegakkan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite Medik atau Tim Pengendalian Askeskin Rumah Sakit.

d. Pelayanan yang tidak dijamin (*exclusion*)

- 1) Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan.
- 2) Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika.
- 3) *General check up*.
- 4) Prothesis gigi tiruan.
- 5) Pengobatan alternatif (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional).
- 6) Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.

Manfaat jaminan yang diberikan ke peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional, bukan berupa dana (uang tunai).

11. Pelayanan Kesehatan Tidak Langsung

Pelayanan kesehatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang kegiatan pelayanan kesehatan langsung. Kegiatan ini dibiayai dari APBN yang disalurkan melalui PT. Askes (Persero) yang penggunaannya direncanakan dan rumuskan bersama antara Departemen Kesehatan/Dinas Kesehatan Propinsi/ Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan PT. Askes (Persero) mengacu pada RAB, yang kegiatannya meliputi:

- 1) Sosialisasi dan penyuluhan program, sosialisasi program dilakukan di berbagai tingkat: tingkat desa, kecamatan, kabupaten/kota, propinsi dan pusat, melalui penyuluhan langsung dan tidak langsung (media cetak, media elektronik, dan lain-lain).
- 2) Koordinasi pelaksanaan dan pembinaan program, kegiatan ini dilaksanakan ditingkat pusat, propinsi, kabupaten/kota melalui Tim Koordinasi.
- 3) Administrasi kartu peserta, meliputi pengumpulan, validasi dan legalisasi data, pencetakan blanko kartu, entri data, penerbitan dan distribusi kartu sampai kepada peserta.
- 4) Pelayanan tidak langsung lainnya.

12. Pelaksanaan *Safeguarding*

Safeguarding adalah kegiatan yang bertujuan untuk menjamin dan mengamankan kegiatan-kegiatan tersebut di atas agar tepat sasaran, berhasil guna dan berdaya guna. Kegiatan tersebut meliputi:

- a. *Safeguarding* tingkat pusat
 - 1) Sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak nasional), media elektronik, dan lain-lain).
 - 2) Perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi.
 - 3) Pencatatan dan pelaporan.
 - 4) Penanganan pengaduan masyarakat.
 - 5) Kajian/studi program Askeskin.
- b. *Safeguarding* tingkat Propinsi
 - 1) Sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak, media elektronik, dan lain-lain).
 - 2) Perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi.
 - 3) Pencatatan dan pelaporan.
 - 4) Penanganan pengaduan masyarakat.
 - 5) Kajian/studi program Askeskin.
- c. *Safeguarding* tingkat Kabupaten/Kota
 - 1) Sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak, media elektronik bersifat lokal, dan lain-lain).
 - 2) Pencatatan dan pelaporan.
 - 3) Perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi.
 - 4) Penanganan pengaduan masyarakat.

13. Kegiatan Penunjang Lainnya

Untuk melengkapi pelayanan kesehatan masyarakat miskin diperlukan kegiatan pendukung yang berbasis Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) di luar program Askeskin, meliputi:

- a. Operasional dan manajemen Puskesmas.
- b. Revitalisasi Posyandu dan perbaikan gizi.
- c. Pelayanan kesehatan daerah kepulauan dan terpencil.
- d. Penyediaan obat generik di Puskesmas.

C. Memahami Desentralisasi dan Dekonsentrasi

Garis-garis Besar Haluan Negara 1993 menegaskan bahwa pembangunan daerah diarahkan untuk memacu pemerataan pembangunan dan hasil-hasilnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan rakyat, menggalakkan prakarsa dan peran serta aktif masyarakat serta meningkatkan kesejahteraan rakyat, menggalakkan prakarsa dan peran serta aktif masyarakat serta meningkatkan pendayagunaan potensi daerah secara optimal dan terpadu dalam mengisi otonomi daerah yang nyata, dinamis, sراسi dan bertanggungjawab serta memperkuat persatuan dan kesatuan bangsa. Selanjutnya, Peraturan Pemerintah Nomor 45 Tahun 1992 menyatakan bahwa untuk melaksanakan otonomi daerah secara berdayaguna dan berhasil guna dalam upaya meningkatkan penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan dan pelayanan kepada masyarakat,

maka titik berat otonomi daerah perlu diletakkan di daerah tingkat II yang kedudukannya lebih langsung berhubung dengan masyarakat.¹¹

Otonomi daerah pada hakekatnya merupakan rangkaian upaya pembangunan daerah dalam rangka tercapainya tujuan pembangunan nasional, oleh karena itu keberhasilan peningkatan otonomi daerah tidak terlepas dari kemampuan aparatur pemerintah pusat termasuk sumber daya manusianya dalam tugasnya sebagai perumus kebijaksanaan nasional.¹²

Dalam Hukum Administrasi, pengertian pemerintahan dapat dilihat dari dua sudut pandang, yaitu yang pertama adalah sudut pandang fungsional dan kedua adalah sudut pandang organisasi. Dari sudut pandang fungsional, pemerintahan adalah segala kegiatan memerintah yang meliputi semua kegiatan negara selain kegiatan pembentukan Undang-Undang (legislatif) dan kegiatan mengadili (yudikatif), sedangkan sudut pandang organisasi, bahwa pemerintahan mempunyai makna sebagai kumpulan dari kesatuan pemerintahan.¹³

Pemerintahan sebagai fungsional merupakan hasil akhir (residu) dari tugas-tugas pembentukan Undang-Undang dan mengadili. Oleh karena itu, sulit sekali untuk melitimasi secara pasti terhadap kegiatan-kegiatan pemerintah, dan bahkan dengan berkembangnya konsepsi negara kemakmuran (*welfare state*), maka menciptakan sebagai alat negara dapat memasuki aspek hukum privat dalam rangka menciptakan kemakmuran rakyat (tipe negara intervensionis). Hal ini

¹¹ T.B. Silalahi, *Otonomi Ditinjau dari Aspek Sumber Daya Manusia*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 2001, hal. 9

¹² Yogie SM., "Perwujudan Otonomi Daerah," dalam Buku *Otonomi Daerah, Peluang dan Tantangannya*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 2001, hal. 10-11.

¹³ Philipus M. Hadjon, *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1993, hal. 6.

semakin dapat memperluas segi-segi fungsi dari pemerintahan. Meskipun tidak dapat dijadikan ukuran litimasi kekuasaan pemerintahan, ada 4 (empat) fungsi pemerintahan yaitu sebagai pemelihara ketertiban, tuan tanah, pengelola keuangan dan pengusaha.¹⁴

Dalam menjalankan fungsinya sebagai pengelola keuangan, maka pemerintah dapat memungut iuran, pajak, restribusi dan atau dalam bentuk yang lainnya dari rakyat, sedangkan sebagai pengusaha pemerintah dapat mendirikan badan-badan usaha yang bergerak pada bidang hukum privat untuk memberikan pelayanan umum sekaligus bertujuan untuk memperoleh keuntungan, baik dengan pungutan maupun dalam bentuk lainnya, di mana keuntungan tersebut di samping sebagai Pendapatan Asli Daerah (PAD), juga dipergunakan untuk menggerakkan roda pemerintahan dengan tujuan untuk kemakmuran rakyatnya.

Menurut Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah bahwa organisasi pemerintah tersebut meliputi juga organisasi pemerintahan yang ada di daerah, baik dalam rangka desentralisasi dan dekonsentrasi. Di dalam desentralisasi, organisasi pemerintahan yang ada meliputi daerah otonom yaitu daerah kota, kabupaten dan daerah propinsi, sedangkan yang termasuk daerah dekonsentrasi adalah organisasi pemerintahan di daerah propinsi.

Bertolak dari asas pembiayaan tersebut, diperlukan kearifan untuk memahami dan menepatkan tatacara pembiayaan yang kita anut selama ini yang pada dasarnya belum menggambarkan ketiga azas penyelenggaraan pemerintah di Indonesia, yaitu azas desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan

¹⁴ *Ibid.*, hal. 8-9

(*medebewind*). Dan sebagai ilustrasi dapatlah dikemukakan hal-hal yang dimaksud tersebut antara lain:

1. Asas Desentralisasi

Kegiatan pemerintahan yang sepenuhnya dibiayai oleh DIP dan dilaksanakan oleh departemen-departemen pemerintahan pusat, yang pada dasarnya tidak sesuai dengan kebijaksanaan desentralisasi yang menekankan penyerahan urusan pemerintahan kepada daerah, baik wewenang maupun tanggung jawabnya, sepenuhnya menjadi tanggung jawab daerah, misalnya berbagai proyek dengan biaya DIP oleh Departemen Pertanian, Departemen PU seperti irigasi, air bersih, KIP (Kampung Improvement Program) dan proyek-proyek lainnya oleh berbagai departemen.

2. Asas Dekonsentrasi

Berbagai biaya penyelenggaraan pemerintahan di daerah berupa belanja non pegawai, seperti Kantor Kecamatan, Kantor Inspektorat Wilayah, Direktorat Sospol dan lain-lain, yang diberikan melalui subsidi daerah otonom, dan pada umumnya harus ditopang dana relatif besar dan PAD, sehingga pembiayaan tidak memenuhi asas dekonsentrasi yang menekankan bahwa pembiayaan urusan pemerintahan yang dilimpahkan kepada pemerintah daerah juga merupakan tanggung jawab pemerintahan pusat.

3. Asas Pembantuan

Biaya kegiatan pemeliharaan jalan negara dengan dana yang amat kurang atau tanpa dana dari APBN dan pelayanan umum catatan sipil dan administrasi kependudukan yang dananya tidak memadai dari subsidi daerah otonom dan contoh-contoh lainnya yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah yang dianggap merupakan tugas pembantuan, mau tidak mau harus dibiayai oleh PAD.

Pemberian otonomi kepada daerah adalah dalam lingkup negara kesatuan Republik Indonesia. Dan guna pembiayaan penyelenggaraan tugas-tugas pemerintahan, pemerintah daerah memerlukan sumber-sumber keuangan yang diperoleh dari PAD dan Pendapatan Daerah Sendiri (PDS), dan dimungkinkan juga dari pajak-pajak negara, pajak ekspor, Bea Cukai, penerimaan bukan pajak, pinjaman, subsidi/bantuan.

Dalam rangka perimbangan keuangan pusat dan keuangan daerah disamping mempertimbangkan kondisi obyektif berbagai wilayah Indonesia dengan potensi yang berbeda-beda, juga diperlukan kecermatan dalam menilai sumber-sumber pendapatan daerah dalam hubungannya dengan subsidi atau bantuan pemerintah pusat, sehingga akan berjalan lebih baik dari pada kondisi sekarang ini. Masalah hubungan antara pemerintah pusat dan daerah bukanlah sekedar masalah angka, tetapi merupakan hubungan refleksi dari hubungan fungsi antara instansi di pusat dan daerah yang sarat dengan berbagai muatan politik, ketatanegaraan dan sebagainya.

Guna efektifitas pelaksanaan pemerataan, maka fungsi distribusi akan lebih efektif tetap ditangani oleh pemerintah pusat, pengelolaan sumber-sumber penerimaan seyogyanya tetap diserahkan kepada pemerintah pusat, dengan pembagian hasil yang adil dan mencerminkan keutuhan negara kesatuan. Dan meskipun subsidi/bantuan merupakan sumber pendapatan daerah yang dominan, bukanlah berarti tidak ada otonomi daerah, karena otonomi daerah pada dasarnya adalah pembagian kekuasaan kepada daerah dalam merencanakan dan menggunakan dananya sesuai dengan prioritas daerah itu sendiri. Bantuan tersebut pada giliran seluruhnya hanya dalam bantuan umum (*block grant*). Meskipun peningkatan PDS harus terus diupayakan, namun sulit sekali dibayangkan apabila dimaksudkan menjadi sumber utama pembiayaan semua daerah di Indonesia dan perlu dijaga juga agar semangat meningkatkan PAD oleh masing-masing daerah tidak menimbulkan disintegrasi bangsa.¹⁵

Sumber-sumber pendapatan daerah, di bagi menjadi 3 (tiga) bagian, antara lain sebagai berikut:

1. Pendapatan Asli Daerah (PAD), dari:
 - a. Hasil pajak;
 - b. Hasil restribusi daerah;
 - c. Hasil perusahaan daerah;
 - d. Hasil-hasil usaha daerah yang sah lainnya.
2. Pendapatan berasal dari pemberian:
 - a. Sumbangan pemerintah;

¹⁵ Irawan Sujito, *Hubungan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah*, PT. Pembangunan, Jakarta, 2005, hal. 87-90.

- b. Sumbangan-sumbangan lainnya yang diatur oleh peraturan Perundang-undangan.
3. Lain-lain dari pendapatan yang sah

Ketentuan-ketentuan di atas, dilanjutkan dengan pasal yang menyatakan bahwa perimbangan keuangan antara pemerintahan pusat dan daerah diatur dengan undang-undang. Dan masalah perimbangan keuangan antara pemerintahan pusat dan daerah di masa lalu telah menyebabkan terjadinya berbagai gejolak politik yang nyaris membawa negara kesatuan RI ke arah disintegrasi. Masalah perimbangan keuangan ini sampai sekarang belum tuntas, dan harus segera diselesaikan secara adil demi menjaga keharmonisan negara kesatuan, dan menetralkan kecemburuan daerah terhadap pusat. Yang terpenting propinsi yang banyak menghasilkan pendapatan nasional terutama devisa, minyak bumi dan gas bumi, tembaga, nikel, emas, kayu, batubara dan komoditas-komoditas yang dikuasai pemerintah, harus secara nyata menunjukkan kemajuannya, dan jaga untuk tidak menjadi daerah terbelakang. Sehingga kekayaan alamnya dirasakan bermanfaat pula bagi dirinya atau masyarakat yang bersangkutan.¹⁶

D. Perangkat Daerah dan Hubungan Hukumnya

Menurut UU No. 32 Tahun 2004, Pasal 120 ayat (1) menyebutkan bahwa perangkat daerah provinsi terdiri atas sekretariat daerah, sekretariat DPRD, dinas daerah, dan lembaga teknis daerah. Dalam ayat (2) perangkat daerah

¹⁶ Rudini, *Otonomi Daerah sebagai Otonomi Nyata dalam Perspektif Ekonomi dan Politik*, Pustaka Sinar Harapan, 2001, hal. 46-47.

kabupaten/kota terdiri atas sekretariat daerah, sekretariat DPRD, dinas daerah, lembaga teknis daerah, kecamatan, dan kelurahan.

Pasal 121 ayat (1) menyebutkan bahwa sekretariat daerah dipimpin oleh Sekretaris Daerah. Dalam ayat (2) bahwa sekretaris daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas dan kewajiban membantu kepala daerah dalam menyusun kebijakan dan mengkoordinasikan dinas daerah dan lembaga teknis daerah. Pada ayat (3), dalam pelaksanaan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sekretaris daerah bertanggung jawab kepada kepala daerah. Sedangkan pada ayat (4), apabila sekretaris daerah berhalangan melaksanakan tugasnya, tugas sekretaris daerah dilaksanakan oleh pejabat yang ditunjuk oleh kepala daerah.

Pasal 122, ayat (1) Sekretaris Daerah diangkat dari pegawai negeri sipil yang memenuhi persyaratan. Ayat (2) Sekretaris Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk provinsi diangkat dan diberhentikan oleh Presiden atas usul Gubernur sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Ayat (3) Sekretaris Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk kabupaten/kota diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur atas usul Bupati/Walikota sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Ayat (4) Sekretaris Daerah karena kedudukannya sebagai pembina pegawai negeri sipil di daerahnya.

Pasal 123, ayat (1) Sekretariat DPRD dipimpin oleh Sekretaris DPRD. Ayat (2) Sekretaris DPRD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur/Bupati/Walikota dengan persetujuan DPRD. Ayat (3) Sekretaris DPRD mempunyai tugas:

- a. menyelenggarakan administrasi kesekretariatan DPRD;
- b. menyelenggarakan administrasi keuangan DPRD;
- c. mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi DPRD; dan
- d. menyediakan dan mengkoordinasi tenaga ahli yang diperlukan oleh DPRD dalam melaksanakan fungsinya sesuai kemampuan keuangan daerah.

Ayat (4) Sekretaris DPRD dalam menyediakan tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d wajib meminta pertimbangan pimpinan DPRD.

ayat (5) Sekretaris DPRD dalam melaksanakan tugasnya secara teknis operasional berada dibawah dan bertanggung jawab kepada pimpinan DPRD dan secara administratif bertanggung jawab kepada kepala daerah melalui Sekretaris Daerah.

Ayat (6) susunan organisasi sekretariat DPRD ditetapkan dalam peraturan daerah berpedoman pada Peraturan Pemerintah.

Pasal 124 tentang dinas daerah, ayat (1) menyebutkan bahwa dinas daerah merupakan unsur pelaksana otonomi daerah. Ayat (2) dinas daerah dipimpin oleh kepala dinas yang diangkat dan diberhentikan oleh kepala daerah dari pegawai negeri sipil yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah. Ayat (3) kepala dinas daerah bertanggung jawab kepada kepala daerah melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 125 mengenai lembaga teknis daerah, dalam ayat (1) disebutkan bahwa lembaga teknis daerah merupakan unsur pendukung tugas kepala daerah dalam penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah yang bersifat spesifik berbentuk badan, kantor, atau rumah sakit umum daerah. Ayat (2) badan, kantor atau rumah sakit umum daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh kepala badan, kepala kantor, atau kepala rumah sakit umum daerah yang

diangkat oleh kepala daerah dari pegawai negeri sipil yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah. Ayat (3) kepala badan, kantor, atau rumah sakit umum daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertanggung jawab kepada kepala daerah melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 126 adalah tentang kecamatan, ayat (1) kecamatan dibentuk di wilayah kabupaten/kota dengan Perda berpedoman pada Peraturan Pemerintah. Ayat (2) kecamatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh camat yang dalam pelaksanaan tugasnya memperoleh pelimpahan sebagian wewenang bupati atau walikota untuk menangani sebagian urusan otonomi daerah. Ayat (3) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) camat juga menyelenggarakan tugas umum pemerintahan meliputi:

- a. mengkoordinasikan kegiatan pemberdayaan masyarakat;
- b. mengkoordinasikan upaya penyelenggaraan ketentraman dan ketertiban umum;
- c. mengkoordinasikan penerapan dan penegakan peraturan perundang-undangan;
- d. mengkoordinasikan pemeliharaan prasarana dan fasilitas pelayanan umum;
- e. mengkoordinasikan penyelenggaraan kegiatan pemerintahan di tingkat kecamatan;
- f. membina penyelenggaraan pemerintahan desa dan/atau kelurahan;
- g. melaksanakan pelayanan masyarakat yang menjadi ruang lingkup tugasnya dan/atau yang belum dapat dilaksanakan pemerintahan desa atau kelurahan.

Dalam ayat (4) disebutkan bahwa camat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat oleh Bupati/Walikota atas usul sekretaris daerah kabupaten/kota dari pegawai negeri sipil yang menguasai pengetahuan teknis pemerintahan dan memenuhi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Ayat (5) camat dalam menjalankan tugas-tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dibantu oleh perangkat kecamatan dan bertanggung jawab kepada Bupati/Walikota melalui Sekretaris Daerah kabupaten/kota. Ayat (6) Perangkat kecamatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bertanggung jawab kepada camat. Ayat (7) pelaksanaan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ayat (3), ayat (4), ayat (5), dan ayat (6) ditetapkan dengan peraturan bupati atau walikota dengan berpedoman pada Peraturan Pemerintah.

Pasal 127, ayat (1) kelurahan dibentuk di wilayah kecamatan dengan Perda berpedoman pada Peraturan Pemerintah. Ayat (2) kelurahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh lurah yang dalam pelaksanaan tugasnya memperoleh pelimpahan dari Bupati/Walikota. Ayat (3) selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) lurah mempunyai tugas:

- a. pelaksanaan kegiatan pemerintahan kelurahan;
- b. pemberdayaan masyarakat;
- c. pelayanan masyarakat;
- d. penyelenggaraan ketenteraman dan ketertiban umum; dan
- e. pemeliharaan prasarana dan fasilitas pelayanan umum.

Dalam ayat (4) disebutkan Lurah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat oleh Bupati/Walikota atas usul Camat dari pegawai negeri sipil yang

menguasai pengetahuan teknis pemerintahan dan memenuhi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Ayat (5) dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Lurah bertanggung jawab kepada Bupati/Walikota melalui Camat. Ayat (6) Lurah dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibantu oleh perangkat kelurahan. Ayat (7) perangkat kelurahan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) bertanggung jawab kepada Lurah. Ayat (8) untuk kelancaran pelaksanaan tugas Lurah sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dapat dibentuk lembaga lainnya sesuai dengan kebutuhan yang ditetapkan dengan Perda. Ayat (9) pelaksanaan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ayat (3), ayat (4), ayat (5), ayat (6), dan ayat (7) ditetapkan dengan peraturan bupati atau walikota sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Dalam Pasal 128, ayat (1) disebutkan bahwa susunan organisasi perangkat daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dalam Perda dengan memperhatikan faktor-faktor tertentu dan berpedoman pada Peraturan Pemerintah. Ayat (2) Pengendalian organisasi perangkat daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah untuk provinsi dan oleh Gubernur untuk kabupaten/kota dengan berpedoman pada Peraturan Pemerintah. Ayat (3) formasi dan persyaratan jabatan perangkat daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah dengan berpedoman pada Peraturan Pemerintah.

BAB III

KESADARAN HUKUM MASYARAKAT DALAM MENGIKUTI PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN (JPKMM)

A. Tingkat Kesadaran Hukum Masyarakat terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

Pemerintah Indonesia telah menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin sejak beberapa tahun lalu. Pendekatan yang digunakan untuk jaminan kesehatan penduduk miskin antara lain dengan cara *demand side*, yaitu dengan pemberian Kartu Sehat kepada penduduk miskin melalui program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) yang juga dikenal dengan program Askeskin. Program dimaksud berada di bawah payung hukum KEPMEN KES RI Nomor 56/MENKES/SK/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (JPKMM). Dengan demikian, program tersebut telah dituangkan dalam bentuk peraturan hukum yang menuntut kesadaran masyarakat untuk melaksanakannya.

Sesuai dengan fungsinya, hukum dapat mengubah kondisi masyarakat ke arah yang lebih baik. Dengan hukum hidup masyarakat menjadi teratur serta tidak ada pertentangan di antara mereka. Dengan demikian, untuk tercapainya sasaran itu, maka masyarakat harus secara sadar dapat melaksanakan peraturan hukum tersebut.

Untuk mengetahui tingkat kesadaran hukum masyarakat di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir dalam mengikuti program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, penulis menggunakan indikator yang dikemukakan oleh Soerjono Soekanto, di mana terdapat empat indikator kesadaran hukum, yang masing-masing merupakan suatu tahapan bagi tahapan berikutnya, yaitu: (1) pengetahuan hukum; (2) pemahaman hukum; (3) sikap hukum; dan (4) pola perilaku hukum.¹

Sistematika pembahasan tentang tingkat kesadaran hukum masyarakat dalam mengikuti program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin berdasarkan tahapan indikator-indikator di atas. Masing-masing tahapan indikator diuraikan secara lebih terperinci, supaya terlihat indikasi-indikasi yang jelas.

Dalam menjangkau informasi tentang kesadaran hukum masyarakat tersebut, penulis mengambil sejumlah sampel, dengan pertimbangan keterbatasan penulis untuk menjangkau seluruh populasi. Hasil penelitian terhadap sampel tersebut akan dijadikan generalisasi untuk keseluruhan populasi. Dalam penelitian ini, penulis mengambil 200 orang masyarakat miskin di Kecamatan Kateman, dengan perincian 60 orang dari Kelurahan Tagaraja dan 140 orang dari masing-masing desa, yang diambil secara acak (*random sampling*).

Tahap pertama dari tingkat kesadaran hukum masyarakat tersebut adalah pengetahuan hukum. Secara kongkrit, tingkat pengetahuan hukum masyarakat dapat dilihat pada tabel-tabel berikut:

¹ Soerjono Soekanto, *Kesadaran Hukum dan Kepatuhan Hukum*, CV. Rajawali, Jakarta, 1982, hal. 140

TABEL III. 1
MENGETAHUI ADANYA JAMINAN KESEHATAN
DARI PEMERINTAH BAGI MASYARAKAT MISKIN

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat mengetahui	102	51%
2	Mengetahui	84	42%
3	Kurang mengetahui	8	4%
4	Tidak mengetahui	6	3%
Jumlah		200	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa responden yang mengetahui adanya jaminan kesehatan dari pemerintah bagi masyarakat miskin, 102 orang (51%) menyatakan sangat mengetahui hal tersebut, 84 orang (42%) menyatakan cukup mengetahui, 8 orang (4%) menyatakan kurang mengetahui, sedangkan yang menyatakan tidak mengetahui sebanyak 6 orang (3%). Jawaban yang paling dominan adalah yang menyatakan sangat mengetahui, artinya responden mengetahui adanya jaminan kesehatan dari pemerintah bagi masyarakat miskin.

Hasil wawancara penulis dengan salah seorang responden, bahwa ia mengetahui informasi tentang adanya jaminan kesehatan dari pemerintah bagi masyarakat miskin adalah dari petugas kesehatan yang memberikan penyuluhan ke desa-desa.²

² Marwan (46 Tahun), Warga Desa Sungai Teritip, *Wawancara*, Tanggal 16 Agustus 2006

TABEL III. 2

MENGETAHUI SURAT KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
TENTANG JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN
BAGI MASYARAKAT MISKIN

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat mengetahui	45	22,5%
2	Mengetahui	54	27%
3	Kurang mengetahui	72	36%
4	Tidak mengetahui	29	14,5%
Jumlah		200	100%

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa responden yang mengetahui Keputusan Menteri Kesehatan tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, 45 orang (22,5%) menyatakan sangat mengetahui hal tersebut, 54 orang (27%) menyatakan mengetahui, 72 orang (36%) menyatakan kurang mengetahui, dan 29 orang (14,5%) menyatakan tidak mengetahui. Dengan demikian, kebanyakan masyarakat kurang mengetahui adanya Keputusan Menteri Kesehatan tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin secara kongkrit.

Sebagaimana dikatakan oleh seorang warga, bahwa meskipun ia mengetahui adanya adanya jaminan kesehatan dari pemerintah bagi masyarakat miskin, tapi belum pernah mendapatkan Surat Keputusan dari Menteri Kesehatan.³

³ Jumi (51 Tahun), Warga Desa Pejuru, *Wawancara*, Tanggal 17 Agustus 2006

TABEL III. 3

MEMBACA KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
TENTANG JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN
BAGI MASYARAKAT MISKIN

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	56	28%
2	Setuju	62	31%
3	Kurang setuju	48	24%
4	Tidak setuju	34	17%
Jumlah		200	100%

Tabel di atas menjelaskan pernyataan responden tentang membaca Keputusan Menteri Kesehatan tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, 56 orang (28%) dan 62 orang (31%) menyatakan sangat setuju dan setuju atau sudah membaca. Ada juga yang menyatakan kurang setuju atau kurang membaca, yaitu sebanyak 48 orang (24%), bahkan ada juga yang menyatakan tidak setuju atau tidak pernah membaca, yaitu sebanyak 34 orang (17%). Dengan demikian, sebagian besar masyarakat sudah membaca Keputusan Menteri Kesehatan tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.

Seorang responden menyatakan, bahwa ia sudah membaca Keputusan Menteri Kesehatan tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin pada waktu mendapat penyuluhan dari petugas kesehatan.⁴

Berdasarkan uraian di atas, tergambar tentang tingkat pengetahuan hukum masyarakat terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin. Sebagaimana dinyatakan Soerjono Soekanto, pengetahuan hukum adalah

⁴ Zuhri (48 Tahun), Warga Desa Air Tawar, *Wawancara*, Tanggal 20 Agustus 2006

pengetahuan seseorang mengenai beberapa perilaku tertentu yang diatur oleh hukum. Sudah tentu bahwa hukum yang dimaksud di sini adalah hukum tertulis dan hukum tidak tertulis. Pengetahuan tersebut berkaitan dengan perilaku yang dilarang ataupun perilaku yang diperbolehkan oleh hukum. Sebagaimana dapat dilihat di dalam masyarakat bahwa pada umumnya seseorang mengetahui bahwa membunuh, mencuri, dan seterusnya dilarang oleh hukum. Pengetahuan hukum tersebut erat kaitannya dengan asumsi bahwa masyarakat dianggap mengetahui isi suatu peraturan manakala peraturan tersebut telah diundangkan.⁵

Untuk mengetahui tingkat kesadaran hukum masyarakat dapat dilihat dari pemahaman hukum mereka. Untuk mengetahui lebih jelas tentang hal ini dapat dilihat pada tabel-tabel berikut:

TABEL III. 4

**MENGETI ISI PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN
KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN**

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat mengerti	68	38%
2	Mengerti	56	28%
3	Kurang mengerti	52	26%
4	Tidak mengerti	24	12%
Jumlah		200	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui responden yang mengerti isi program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, 68 orang (38%) menyatakan sangat mengerti, 56 orang (28%) menyatakan mengerti, 52 orang (26%) menyatakan kurang mengerti, dan 24 orang (12%) menyatakan tidak

⁵ Soerjono Soekanto, *loc.cit.*

mengerti sama sekali. Dengan demikian, sebagian besar responden mengerti isi program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Penulis melakukan wawancara dengan salah seorang responden, ia menyatakan bahwa ketika mendapat penjelasan dari petugas kesehatan tentang program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, ia sangat mengerti apa yang dimaksud dengan program tersebut, sehingga ia berkeinginan untuk mengikutinya.⁶

TABEL III. 5

MENGERTI TUJUAN PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN
KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat mengerti	82	41%
2	Mengerti	74	37%
3	Kurang mengerti	40	20%
4	Tidak mengerti	4	2%
Jumlah		200	100%

Tabel di atas menjelaskan kondisi responden yang mengerti tujuan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, 82 orang (41%) menyatakan sangat mengerti tujuan program dimaksud, 74 orang (37%) menyatakan mengerti. Tetapi ada juga yang menyatakan kurang mengerti, yaitu sebanyak 40 orang (20%); dan 4 orang (2%) menyatakan tidak mengerti sama sekali. Dengan demikian, sebagian besar responden sudah mengerti tujuan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

⁶ Saiful Bahri (56 Tahun), Warga Desa Sungai Simbar, *Wawancara*, Tanggal 24 Agustus 2006

Penulis melakukan wawancara dengan salah seorang responden, yang menyatakan bahwa ia tidak pernah mengikuti penyuluhan kesehatan dari petugas kesehatan, maka ia tidak mengerti sama sekali tentang tujuan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang selama ini sudah berlaku di kalangan masyarakat miskin.⁷

TABEL III. 6

**MENGETRI MANFAAT PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN
KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN**

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat mengerti	76	38%
2	Mengerti	52	26%
3	Kurang mengerti	40	20%
4	Tidak mengerti	32	16%
Jumlah		200	100%

Dari tabel di atas dapat diketahui tentang responden yang mengerti manfaat program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, 76 orang (38%) menyatakan sangat mengerti manfaat dari program tersebut, 52 orang (26%) menyatakan cukup mengerti. Ada juga yang menyatakan kurang setuju atau kurang mengerti, yaitu sebanyak 40 orang (20%), dan ada juga yang menyatakan tidak mengerti sama sekali, yaitu sebanyak 32 orang (16%). Dengan demikian, sebagian besar responden mengerti manfaat program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

⁷ Muhammad Nur (55 Tahun), Warga Desa Tanjung Raja, *Wawancara*, Tanggal 18 Agustus 2006

Sebagaimana hasil wawancara penulis dengan salah seorang responden yang menyatakan mengerti manfaat program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, bahwa setiap program yang diikuti harus dimengerti manfaat dan tujuannya.⁸

Mengenai pemahaman hukum ini, Soerjono Soekanto mengatakan bahwa pemahaman hukum dalam arti di sini adalah sejumlah informasi yang dimiliki seseorang mengenai isi peraturan dari suatu hukum tertentu. Dengan perkataan lain, pemahaman hukum adalah suatu pengertian terhadap isi dan tujuan dari suatu peraturan tertentu, tertulis maupun tidak tertulis, serta manfaatnya bagi pihak-pihak yang kehidupannya diatur oleh peraturan tersebut. Dalam hal pemahaman hukum, tidak disyaratkan seseorang harus terlebih dahulu mengetahui adanya suatu aturan tertulis yang mengatur suatu hal. Akan tetapi yang dilihat di sini adalah bagaimana persepsi mereka dalam menghadapi berbagai hal, dalam kaitannya dengan norma-norma yang ada dalam masyarakat. Persepsi ini biasanya diwujudkan melalui sikap mereka terhadap tingkah laku sehari-hari.⁹

Kemudian, tingkat kesadaran hukum masyarakat dapat pula diukur dari sikap hukumnya. Untuk mengetahui lebih jelas tentang sikap hukum masyarakat tersebut dapat dilihat pada tabel-tabel berikut:

⁸ Ahmad Sahilan (45 Tahun), Warga Kelurahan Tagaraja, *Wawancara*, Tanggal 19 Agustus 2006

⁹ Soerjono Soekanto, *op.cit.*, hlm. 141

TABEL III. 7

MENERIMA BERLAKUNYA KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
TENTANG JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN
BAGI MASYARAKAT MISKIN

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat menerima	166	83%
2	Menerima	28	14%
3	Kurang menerima	6	3%
4	Tidak menerima	-	-
Jumlah		200	100%

Tabel di atas menggambarkan tentang penerimaan responden terhadap berlakunya Keputusan Menteri Kesehatan tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, yang menyatakan sangat menerima sebanyak 166 orang (83%) dan yang menyatakan menerima sebanyak 28 orang (14%). Ada juga yang menyatakan kurang menerima, yaitu sebanyak 6 orang (3%), tak seorang yang menyatakan tidak menerima. Dengan demikian, sebagian besar responden sangat menerima berlakunya Keputusan Menteri Kesehatan tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.

Setelah penulis mewawancarai responden yang menyatakan kurang menerima, ternyata ia memang tidak tahu-menahu tentang Keputusan Menteri Kesehatan tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.¹⁰

¹⁰ Sairi (51 Tahun), Warga Desa Sarimulya, *Wawancara*, Tanggal 20 Agustus 2006

TABEL III. 8

MENDUKUNG PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN
KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	188	94%
2	Setuju	12	6%
3	Kurang setuju	-	-
4	Tidak setuju	-	-
Jumlah		200	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa seluruh responden menyatakan mendukung program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Dari jawaban yang mereka berikan, 188 orang (94%) menyatakan sangat setuju dan 12 orang (6%) menyatakan setuju. Tak seorang pun responden yang menyatakan kurang setuju atau tidak setuju. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa seluruh masyarakat mendukung program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Dari hasil wawancara yang penulis lakukan dengan salah seorang responden, bahwa ia sangat mendukung program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, karena program ini sangat bermanfaat bagi masyarakat miskin khususnya dan masyarakat desa pada umumnya. Ia mendukung baik lahir maupun batin, segala hal yang berhubungan program tersebut akan dibantu seadanya.¹¹

¹¹ Hamid (47 Tahun), Warga Desa Kuala Selat, *Wawancara*, Tanggal 20 Agustus 2006

TABEL III. 9

MEMBANTU TERLAKSANANYA PROGRAM JAMINAN
PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	175	87,5 %
2	Setuju	25	12,5 %
3	Kurang setuju	-	-
4	Tidak setuju	-	-
Jumlah		200	100 %

Dari tabel di atas dapat dilihat responden yang membantu terlaksananya program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. 175 orang (87,5%) menyatakan sangat setuju dan 25 orang (12,5%) menyatakan setuju. Tak seorang pun responden yang menyatakan kurang setuju atau tidak setuju. Dengan demikian, dapat ditegaskan bahwa seluruh responden membantu terlaksananya program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Data di atas didukung oleh hasil wawancara penulis dengan salah seorang petugas kesehatan di Puskesmas Pembantu Sungai Teritip, yang menyatakan bahwa masyarakat Desa Sungai teritip sangat membantu terlaksananya program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, mulai dari sosialisasi sampai dengan tahap pelaksanaan. Antara lain warga masyarakat sangat antusias untuk mengikuti penyuluhan yang diadakan oleh petugas kesehatan.¹²

Sebagaimana dinyatakan oleh Soerjono Soekanto, sikap hukum adalah suatu kecenderungan untuk menerima hukum karena adanya penghargaan terhadap hukum sebagai suatu yang bermanfaat atau menguntungkan jika hukum

¹² Ahmad Fahmi (39 Tahun), Petugas Kesehatan Puskesmas Pembantu Sungai Teritip, *Wawancara*, Tanggal 16 Agustus 2006

itu ditaati. Sebagaimana terlihat di sini bahwa kesadaran hukum berkaitan dengan nilai-nilai yang terdapat di masyarakat. Suatu sikap hukum akan melibatkan pilihan warga terhadap hukum yang sesuai dengan nilai-nilai yang dalam dirinya sehingga akhirnya warga masyarakat menerima hukum berdasarkan penghargaan terhadapnya.¹³

Tahap keempat dari tingkat kesadaran hukum masyarakat tersebut adalah pola perilaku hukum. Untuk mengetahui pola perilaku hukum masyarakat dapat dilihat pada tabel-tabel berikut:

TABEL III. 10

**MENGIKUTI PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN
KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN**

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	164	82 %
2	Setuju	36	18 %
3	Kurang setuju	-	-
4	Tidak setuju	-	-
Jumlah		200	100 %

Berdasarkan tabel III. 10 di atas dapat diketahui tentang responden yang mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Dari 200 orang responden, 164 orang (82%) menyatakan sangat setuju atau mengikuti program tersebut dengan baik, ada juga yang menyatakan setuju, yaitu sebanyak 36 orang (18%). Tak seorang pun responden yang menyatakan kurang setuju dan tidak setuju. Data tersebut mengindikasikan semua responden mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

¹³ Soerjono Soekanto, *op.cit.*, hlm. 142

Penulis juga melakukan wawancara dengan salah seorang responden, yang menyatakan bahwa semenjak mendapatkan Kartu Askeskin ia sekeluarga selalu menggunakannya untuk keperluan kesehatan, baik untuk kontrol kesehatan maupun untuk pengobatan.¹⁴

TABEL III. 11

MENGAJAK ORANG LAIN UNTUK MENGIKUTI PROGRAM JAMINAN
PEMELIHARAAN KESEHATAN
BAGI MASYARAKAT MISKIN

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	124	62%
2	Setuju	62	31%
3	Kurang setuju	14	7%
4	Tidak setuju	-	-
Jumlah		200	100%

Dari tabel di atas dapat diketahui tentang keinginan responden mengajak orang lain untuk mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. 124 orang (62%) menyatakan sangat setuju, 62 orang (31%) menyatakan setuju, 14 orang (7%) menyatakan kurang setuju, dan tak seorang pun yang menyatakan tidak setuju. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa sebagian responden mengajak orang lain untuk mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Data di atas juga didukung oleh hasil wawancara penulis dengan salah seorang responden, yang menyatakan bahwa tidak semuanya masyarakat miskin yang di desa mengetahui program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi

¹⁴ Bahrun (62 Tahun), Warga Kelurahan Tagaraja, *Wawancara*, Tanggal 23 Agustus 2006

masyarakat miskin, maka masyarakat yang tidak mengetahui tersebut harus diajak.¹⁵

TABEL III. 12

MERASAKAN MANFAAT JAMINAN PEMELIHARAAN
KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	178	89%
2	Setuju	12	6%
3	Kurang setuju	10	5%
4	Tidak setuju	-	-
Jumlah		200	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui tentang responden yang merasakan manfaat program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. 178 orang (89%) menyatakan sangat setuju atau sangat merasakan manfaat program dimaksud, 12 orang (6%) menyatakan setuju, 10 orang (5%) menyatakan kurang setuju, dan tak seorang pun responden menyatakan tidak setuju. Dengan demikian, sebagian besar responden menyatakan sangat merasakan manfaat program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Penulis mewawancarai responden yang menyatakan kurang merasakan manfaat program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, bahwa ia merasa kurang puas dengan program tersebut dikarenakan pelayanannya kurang maksimal. Sebagian petugas kesehatan kadang-kadang lebih mengutamakan

¹⁵ Burhan (54 Tahun), Warga Desa Sungai Teritip, *Wawancara*, 16 Agustus 2006

pasien umum daripada pasien yang menggunakan Kartu Askeskin, seperti dalam pemberian obat dan sebagainya.¹⁶

Sebagaimana dikatakan Soerjono Soekanto, pola perilaku hukum merupakan hal yang utama dalam kesadaran hukum, karena di sini dapat dilihat apakah suatu peraturan berlaku atau tidak dalam masyarakat. Dengan demikian, sampai seberapa jauh kesadaran hukum dalam masyarakat dapat dilihat dari pola perilaku hukum suatu masyarakat.¹⁷

Terdapat kaitan antara kesadaran hukum dengan kebudayaan hukum. Keterkaitan tersebut dapat dilihat bahwa kesadaran hukum banyak sekali berkaitan dengan aspek-aspek kognitif dan perasaan yang seringkali dianggap faktor-faktor yang mempengaruhi hubungan antara hukum dengan pola-pola perilaku dalam masyarakat. Ajaran kesadaran hukum lebih banyak mempermasalahkan kesadaran hukum yang dianggap sebagai mediator antara hukum dengan perilaku manusia, baik secara individual maupun kolektif. Oleh karenanya ajaran kesadaran hukum lebih menitikberatkan kepada nilai-nilai yang berlaku pada masyarakat. Sistem nilai-nilai akan menghasilkan patokan-patokan untuk berproses yang bersifat psikologis, antara lain pola-pola berpikir yang menentukan sikap mental manusia, sikap mental yang pada hakikatnya merupakan kecenderungan untuk bertingkah laku, membentuk pola-pola perilaku maupun kaidah-kaidah.

Dari uraian-uraian di atas dapat disimpulkan bahwa apabila indikator-indikator dari kesadaran hukum dipenuhi, maka derajat kesadarannya

¹⁶ Ismail (47 Tahun), Warga Desa Tanjung Raja, *Wawancara*, Tanggal 18 Agustus 2006

¹⁷ Soerjono Soekanto, *op.cit.*, hlm. 143

tinggi, begitu pula sebaliknya. Tingginya tingkat kesadaran hukum warga masyarakat mengakibatkan para warga masyarakat mentaati ketentuan-ketentuan hukum yang berlaku, begitu pula sebaliknya, apabila derajat kesadarannya rendah, maka derajat ketaatan terhadap hukum juga rendah.

B. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kesadaran Hukum Masyarakat Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir

Dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kesadaran hukum masyarakat dalam mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, mengacu kepada konsep yang dikemukakan oleh Leopold Pospisil dan Soerjono Soekanto tentang faktor-faktor yang menyebabkan masyarakat mematuhi hukum, antara lain sebagai berikut:

Pertama, compliance, yaitu sebagai suatu kepatuhan yang didasarkan pada harapan akan suatu imbalan dan usaha untuk menghindarkan diri dari hukuman atau sanksi yang mungkin dikenakan apabila seseorang melanggar ketentuan hukum.

Kedua, identification, terjadi bila kepatuhan terhadap kaidah hukum ada bukan karena nilai intrinsiknya, akan tetapi agar keanggotaan kelompok tetap terjaga serta ada hubungan baik dengan mereka yang diberi wewenang untuk menerapkan kaidah-kaidah hukum tersebut.

Ketiga, internalization, pada tahap ini seseorang mematuhi kaidah-kaidah hukum dikarenakan secara intrinsik kepatuhan tadi mempunyai nilai. Isi kaidah-

kaidah tersebut adalah sesuai dengan nilai-nilainya dari pribadi yang bersangkutan, atau oleh karena dia mengubah nilai-nilai yang semula dianutnya.¹⁸

Keempat, kepentingan para warga masyarakat terjamin oleh wadah hukum yang ada.¹⁹

Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kesadaran hukum masyarakat Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir dalam mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dapat dilihat pada tabel-tabel berikut:

TABEL III. 13

MEMATUHI HUKUM KARENA MENGHARAPKAN IMBALAN
DARI PEMERINTAH

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	-	-
2	Setuju	-	-
3	Kurang setuju	12	6%
4	Tidak setuju	188	94%
Jumlah		200	100%

Dari tabel di atas dapat diketahui responden yang mematuhi hukum karena mengharapkan imbalan dari pemerintah, 12 orang (6%) menyatakan kurang setuju dan 188 orang (94%) menyatakan tidak setuju, dan tak seorang pun yang menyatakan setuju dan sangat setuju. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tak seorang responden yang mematuhi hukum karena mengharapkan imbalan dari penegak hukum (pemerintah).

¹⁸ Leopold Pospisil, *Antropology of Law: A Comparative Theory*, Harper & Row Publishers, New York, 1959, hal. 200-201

¹⁹ Soerjono Soekanto, *Kegunaan Sosiologi Hukum bagi Kalangan Hukum*, Alumni, Bandung, 1989, hal. 50

Sebagaimana hasil wawancara penulis dengan salah seorang responden, yang menyatakan bahwa tak seorang pun yang patuh terhadap hukum karena mengharapkan imbalan dari siapa, karena hukum yang diberlakukan itu adalah untuk kepentingan yang melaksanakannya.²⁰

TABEL III. 14

MEMATUHI HUKUM KARENA TAKUT SANKSI ATAU HUKUMAN
DARI APARAT PEMERINTAH

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	-	-
2	Setuju	6	3%
3	Kurang setuju	28	14%
4	Tidak setuju	166	83%
Jumlah		200	100%

Tabel III. 14 di atas adalah tentang mematuhi hukum karena takut sanksi atau hukuman dari aparat pemerintah, 6 orang (3%) responden menyatakan setuju, 28 orang (14%) menyatakan kurang setuju, dan 166 orang (83%) menyatakan tidak setuju. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden mematuhi hukum bukan karena takut sanksi atau hukuman dari aparat pemerintah.

Berdasarkan hasil wawancara penulis dengan salah satu petugas kesehatan, yang menyatakan bahwa peraturan hukum tentang program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin tidak memiliki sanksi bagi masyarakat yang

²⁰ Arifin (41 Tahun), Warga Desa Penjuru, *Wawancara*, Tanggal 25 Agustus 2006

tidak mau melaksanakan atau mengikutinya, tergantung kesadaran masyarakat yang bersangkutan.²¹

Fenomena ini, oleh Leopold Pospisil diistilahkan dengan *compliance*, yaitu sebagai suatu kepatuhan yang didasarkan pada harapan akan suatu imbalan dan usaha untuk menghindarkan diri dari hukuman atau sanksi yang mungkin dikenakan apabila seseorang melanggar ketentuan hukum. Kepatuhan ini sama sekali tidak didasarkan pada suatu keyakinan pada tujuan kaidah hukum yang bersangkutan, dan lebih didasarkan pada pengendalian dari pemegang kekuasaan. Sebagai akibatnya, kepatuhan hukum akan ada apabila ada pengawasan yang ketat terhadap pelaksanaan kaidah-kaidah hukum tersebut.²²

TABEL III. 15

MEMATUHI HUKUM UNTUK MENJAGA HUBUNGAN BAIK ANTAR
SESAMA ANGGOTA MASYARAKAT

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	78	39%
2	Setuju	112	56%
3	Kurang setuju	8	4%
4	Tidak setuju	2	1%
Jumlah		200	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui tentang responden yang mematuhi hukum untuk menjaga hubungan baik antar sesama anggota masyarakat, 78 orang (39%) responden menyatakan setuju, 112 orang (56%) menyatakan setuju, 8 orang (4%) menyatakan kurang setuju, dan 2 orang (1%)

²¹ Hermanto (39 Tahun), Petugas Kesehatan Puskesmas Penjuru, *Wawancara*, Tanggal 25 Agustus 2006

²² Leopold Pospisil, *op.cit.*, hlm. 200

menyatakan tidak setuju. Artinya, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar masyarakat mematuhi hukum juga untuk menjaga hubungan baik antar sesama.

TABEL III. 16

**MEMATUHI HUKUM UNTUK MENJAGA HUBUNGAN BAIK DENGAN
APARAT PENEGAK HUKUM DAN PEMERINTAH**

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	64	32%
2	Setuju	126	63%
3	Kurang setuju	10	5%
4	Tidak setuju	-	-
Jumlah		200	100%

Tabel di atas menjelaskan tentang responden yang mematuhi hukum untuk menjaga hubungan baik dengan aparat penegak hukum dan pemerintah, 64 orang (32%) menyatakan sangat setuju, 126 orang (63%) menyatakan setuju, dan 10 orang (5%) menyatakan kurang setuju. Dari data ini dapat disimpulkan bahwa pada umumnya masyarakat mematuhi hukum juga untuk menjaga hubungan baik dengan aparat penegak hukum dan pemerintah.

Menurut Leopold Pospisil, kesadaran hukum yang dipengaruhi oleh fenomena di atas disebut dengan *identification*, yang terjadi bila kepatuhan terhadap kaidah hukum ada bukan karena nilai intrinsiknya, akan tetapi agar keanggotaan kelompok tetap terjaga serta ada hubungan baik dengan mereka yang diberi wewenang untuk menerapkan kaidah-kaidah hukum tersebut. Daya tarik untuk patuh adalah keuntungan yang diperoleh dari hubungan-hubungan tersebut, sehingga kepatuhan pun tergantung pada buruk-baiknya interaksi tadi. Walaupun seseorang tidak menyukai penegak hukum akan tetapi proses identifikasi

terhadapnya berjalan terus dan mulai berkembang perasaan-perasaan positif terhadapnya. Hal ini disebabkan, oleh karena orang yang bersangkutan berusaha untuk mengatasi perasaan-perasaan kekhawatirannya terhadap kekecewaan tertentu, dengan jalan menguasai obyek frustasi tersebut dengan mengadakan identifikasi. Penderitaan yang ada sebagai akibat pertentangan nilai-nilai di atasnya dengan menerima nilai-nilai penegak hukum.²³

TABEL III. 17

**MEMATUHI HUKUM KARENA TIDAK BERTENTANGAN DENGAN
KEBIASAAN-KEBIASAAN DALAM MASYARAKAT**

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	28	14%
2	Setuju	142	71%
3	Kurang setuju	18	9%
4	Tidak setuju	12	6%
Jumlah		200	100%

Dari tabel di atas dapat diketahui tentang kondisi responden yang mematuhi hukum karena tidak bertentangan dengan kebiasaan-kebiasaan dalam masyarakat, 28 orang (14%) menyatakan sangat setuju, 142 orang (71%) menyatakan setuju, 18 orang (9%) menyatakan kurang, dan 12 orang (6%) menyatakan tidak setuju. Sebagian responden mematuhi hukum juga karena tidak bertentangan dengan kebiasaan-kebiasaan dalam masyarakat.

²³ Leopold Pospisil, *op.cit.*, hlm. 201

TABEL III. 18

**MEMATUHI HUKUM KARENA DAPAT MENGUBAH POLA HIDUP
MASYARAKAT KE ARAH YANG LEBIH BAIK**

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	84	42%
2	Setuju	106	53%
3	Kurang setuju	5	2,5%
4	Tidak setuju	5	2,5%
Jumlah		200	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui responden yang mematuhi hukum karena dapat mengubah pola hidup masyarakat, 84 orang (42%) menyatakan sangat setuju, 106 orang (53%) menyatakan setuju, dan masing-masing 5 orang (2,5%) menyatakan kurang setuju dan tidak setuju. Data ini mengindikasikan bahwa sebagian besar responden mematuhi hukum karena dapat mengubah pola hidup masyarakat.

Tentang fenomena ini, Leopold Pospisil menyatakan bahwa kepatuhan hukum semacam ini dipengaruhi oleh *internalization*, yang mana pada tahap ini seseorang mematuhi kaidah-kaidah hukum dikarenakan secara intrinsik kepatuhan tadi mempunyai nilai. Isi kaidah-kaidah tersebut adalah sesuai dengan nilai-nilainya dari pribadi yang bersangkutan, atau oleh karena dia mengubah nilai-nilai yang semula dianutnya. Hasil dari proses tersebut adalah suatu komformitas yang didasarkan pada motivasi secara intrinsik. Titik sentral dari kekuatan proses ini adalah kepercayaan orang tadi terhadap tujuan dari kaidah-kaidah bersangkutan,

terlepas dari pengaruh atau nilai-nilainya terhadap kelompok atau pemegang kekuasaan maupun pengawasannya.²⁴

TABEL III. 19

**MEMATUHI HUKUM KARENA DAPAT MENINGKATKAN
TARAF HIDUP MASYARAKAT**

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	78	39%
2	Setuju	108	54%
3	Kurang setuju	12	6%
4	Tidak setuju	2	1%
Jumlah		200	100%

Tabel III. 19 di atas adalah kondisi responden yang mematuhi hukum karena dapat meningkatkan taraf hidup masyarakat, 78 orang (39%) menyatakan sangat setuju, 108 orang (54%) menyatakan setuju, 12 orang (6%) menyatakan kurang setuju, dan 2 orang (1%) menyatakan tidak setuju. Dengan demikian dapat disimpulkan sebagian besar responden mematuhi hukum juga karena dapat meningkatkan taraf hidup masyarakat.

TABEL III. 20

**MEMATUHI HUKUM KARENA DAPAT MENJAMIN
KEPENTINGAN MASYARAKAT**

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	94	47%
2	Setuju	102	51%
3	Kurang setuju	4	2%
4	Tidak setuju	-	-
Jumlah		200	100%

²⁴ *Ibid.*

Dari tabel di atas dapat diketahui tentang responden yang mematuhi hukum karena dapat menjamin kepentingan masyarakat, 94 orang (47%) menyatakan sangat setuju, 102 orang (51%) menyatakan setuju, dan 4 orang (2%) menyatakan kurang setuju. Dari data ini dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden mematuhi hukum juga dapat menjamin kepentingan masyarakat.

Soerjono Soekanto menyatakan bahwa kesadaran hukum masyarakat akan timbul apabila kepentingan para warga masyarakat terjamin oleh wadah hukum yang ada.²⁵

Hukum juga diartikan sebagai jaringan nilai-nilai yang merupakan refleksi dari suatu masyarakat. Masalah nilai-nilai dalam hukum erat kaitannya dengan kesadaran hukum. Hal itu dikarenakan kesadaran hukum merupakan suatu penilaian terhadap hukum yang ada serta hukum yang dikehendaki atau yang seharusnya ada. Kesadaran hukum dalam tulisan ini diartikan sebagai persepsi hukum individu atau masyarakat terhadap hukum. Persepsi tersebut mungkin sama mungkin pula tidak dengan hukum yang berlaku. Hukum dalam arti di sini menunjuk pada hukum yang berlaku dan hukum yang dicita-citakan.

Kesadaran hukum berkaitan dengan nilai-nilai yang tumbuh dan berkembang dalam suatu masyarakat. Dengan demikian, masyarakat mentaati hukum bukan karena paksaan, melainkan karena hukum itu sesuai dengan nilai-nilai yang ada dalam masyarakat itu sendiri. Dalam hal ini telah terjadi internalisasi hukum dalam masyarakat yang diartikan bahwa kaidah-kaidah hukum tersebut telah meresap dalam diri masyarakat.

²⁵ Soerjono Soekanto, *loc.cit.*

C. Bentuk Kegiatan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

Di wilayah Kecamatan Kateman terdapat beberapa sarana kesehatan yang tersebar pada beberapa desa/kelurahan seperti Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, yaitu:

1. Puskesmas Induk di Sungai Guntung Kelurahan Tagaraja.
2. Puskesmas Pembantu di Sungai Simbar.
3. Puskesmas Pembantu di Kuala Selat.
4. Puskesmas Pembantu di Sungai Teritip.
5. Puskesmas Pembantu di Penjuru.

Setiap Puskesmas di Kecamatan Kateman, baik Puskesmas Induk maupun Puskesmas Pembantu, telah melaksanakan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Adapun program-program dimaksud adalah sebagai berikut:

1. Program pelayanan kesehatan dasar:
 - a. Rawat jalan tingkat pertama (RJTP).
 - b. Rawat inap tingkat pertama (RITP).
 - c. Pelayanan kesehatan di luar gedung.
 - d. Pekan Imunisasi Nasional (PIN)
2. Program pelayanan persalinan:
 - a. Pemeriksaan kehamilan.
 - b. Pertolongan persalinan/tindakan medis persalinan.
 - c. Akomodasi dan makan penderita/pasien.

- d. Perawatan ibu dan bayi baru lahir.
- e. Pemeriksaan laboratorium sederhana.
- f. Pemberian obat dan bahan habis pakai.
- g. Rujukan ke Puskesmas dan Rumah Sakit bila diperlukan.

Masing-masing kegiatan di atas akan dirinci jumlah frekuensi pelaksanaannya di Puskesmas Induk di Kelurahan Tagaraja. Laporan-laporan tersebut berasal dari seluruh Puskesmas Pembantu yang ada di Kecamatan Kateman.

Adapun frekuensi pelaksanaan kegiatan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kecamatan Kateman dapat dilihat pada tabel-tabel berikut:

TABEL III. 21

**PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN DASAR
TAHUN 2005**

No	Kegiatan	Frekuensi	Rata² Perbulan
1	Rawat jalan tingkat pertama (RJTP)	312	26
2	Rawat inap tingkat pertama (RITP)	65	5,42
3	Pelayanan kesehatan di luar gedung	34	2,83
Jumlah		411	34,25

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui program pelayanan kesehatan dasar pada Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kecamatan Kateman, bahwa selama tahun 2005 sebanyak 411 kali, dengan rata-rata perbulan sebanyak 34,25 kali.

Rawat jalan tingkat pertama (RJTP) terdiri dari: 1) konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan; 2) laboratorium sederhana (darah,

urin, dan feses rutin); 3) tindakan medis kecil; 4) pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal; dan 5) pemberian obat sesuai obat generik.

Rawat inap tingkat pertama (RITP) terdiri dari: 1) akomodasi rawat inap; 2) konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan; 3) laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin); 4) tindakan medis kecil; 5) pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal; dan 6) pemberian obat sesuai obat generik.

Sedangkan pelayanan kesehatan di luar gedung yang diselenggarakan untuk meningkatkan jangkauan dan cakupan pelayanan kesehatan dasar, meliputi: 1) pelayanan kesehatan di Posyandu; 2) pelayanan kesehatan melalui kunjungan rumah (perawatan kesehatan masyarakat; 3) penyuluhan kesehatan; dan 4) operasional kegiatan Pekan Imunisasi Nasional (PIN).

TABEL III. 22

PROGRAM PELAYANAN PERSALINAN
TAHUN 2005

No	Kegiatan	Frekuensi	Rata ² Perbulan
1	Pemeriksaan kehamilan	67	5,58
2	Pertolongan persalinan/ tindakan medis persalinan	84	7
3	Akomodasi dan makan penderita/pasien	84	7
4	Perawatan ibu dan bayi baru lahir	84	7
5	Pemeriksaan laboratorium sederhana	28	2,33
6	Pemberian obat dan bahan habis pakai	69	5,75
7	Rujukan ke Puskesmas dan Rumah Sakit	23	1,92
Jumlah		439	36,58

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa program pelayanan persalinan sebagai pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kecamatan Kateman, selama tahun 2005 sebanyak 439 kali, dengan rata-rata perbulan 36,58 kali. Dengan rincian: (1) pemeriksaan kehamilan sebanyak 67 kali, dengan rata perbulan sebanyak 5,58 kali; (2) pertolongan persalinan/tindakan medis persalinan sebanyak 84 kali, dengan rata-rata perbulan sebanyak 7 kali; (3) akomodasi dan makan penderita/pasien sebanyak 84 kali, dengan rata-rata perbulan sebanyak 7 kali; (4) perawatan ibu dan bayi baru lahir sebanyak 84 kali, dengan rata-rata perbulan sebanyak 7 kali; (5) pemeriksaan laboratorium sederhana sebanyak 28 kali, dengan rata-rata perbulan sebanyak 2,33 kali; (6) pemberian obat dan bahan habis pakai sebanyak 69 kali, dengan rata-rata perbulan sebanyak 5,75 kali; dan (7) rujukan ke Puskesmas dan Rumah Sakit bila diperlukan sebanyak 23 kali, dengan rata-rata perbulan sebanyak 1,92 kali.

Kedua data tentang program pelayanan kesehatan dasar dan program pelayanan persalinan di atas mengindikasikan bahwa Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir berjalan dengan baik dan lancar. Terlihat frekuensi masing-masing kegiatan menunjukkan tingginya partisipasi masyarakat mengikuti program tersebut.

Tingginya partisipasi masyarakat untuk mengikuti Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kecamatan Kateman didukung oleh kinerja petugas kesehatan dan pegawai Puskesmas-Puskesmas di Kecamatan Kateman yang cukup memadai. Hal ini dapat dilihat dari laporan

bulanan yang dilaksanakan oleh Puskesmas-Puskesmas Pembantu kepada Puskesmas Induk di Kelurahan Tagaraja.

Di samping itu, pelaksanaan pengawasan untuk Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kecamatan Kateman sangat mendukung terlaksananya program tersebut. Pengawasan tersebut terdiri dari: 1) pengawasan langsung; 2) pengawasan tidak langsung; 3) pengawasan fungsional; dan 4) pengawasan masyarakat.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan temuan-temuan penelitian yang telah dikemukakan pada bab-bab dari pembahasan sebelumnya, maka penulis dapat menyimpulkan:

1. Tingkat kesadaran hukum masyarakat di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir dalam mengikuti program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin cukup tinggi. Hal ini dapat dilihat dari indikator-indikator dari kesadaran hukum masyarakat menunjukkan persentase di atas 50%. Indikator-indikator tersebut adalah sebagai berikut:
 - a. pengetahuan hukum;
 - b. pemahaman hukum;
 - c. sikap hukum; dan
 - d. pola perilaku hukum.
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesadaran hukum masyarakat dalam mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah sebagai berikut:
 - a. untuk menjaga hubungan baik antar sesama anggota masyarakat;
 - b. untuk menjaga hubungan baik dengan aparat penegak hukum dan pemerintah;

- c. karena tidak bertentangan dengan kebiasaan-kebiasaan dalam masyarakat;
 - d. karena dapat mengubah pola hidup masyarakat;
 - e. karena dapat meningkatkan taraf hidup masyarakat; dan
 - f. dapat menjamin kepentingan masyarakat.
3. Bentuk pelaksanaan kegiatan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir adalah sebagai berikut:
- a. Program pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:
 - 1) Rawat jalan tingkat pertama (RJTP).
 - 2) Rawat inap tingkat pertama (RITP).
 - 3) Pelayanan kesehatan di luar gedung.
 - b. Program pelayanan persalinan:
 - 1) Pemeriksaan kehamilan.
 - 2) Pertolongan persalinan/tindakan medis persalinan.
 - 3) Akomodasi dan makan penderita/pasien.
 - 4) Perawatan ibu dan bayi baru lahir.
 - 5) Pemeriksaan laboratorium sederhana.
 - 6) Pemberian obat dan bahan habis pakai.
 - 7) Rujukan ke Puskesmas dan Rumah Sakit bila diperlukan.

B. Saran-saran

1. Kepada masyarakat miskin agar memiliki kesadaran hukum untuk tetap dapat mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan sebaik-baik mungkin, agar pemerataan pembangunan di bidang kesehatan dapat tercapai, khususnya dalam rangka menuju Indonesia Sehat 2010.
2. Kepada petugas kesehatan dan pegawai Puskesmas yang ada di Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir, untuk dapat melaksanakan tugas-tugas dengan sebaik-baiknya, khususnya untuk meningkatkan kesadaran hukum masyarakat dalam mengikuti program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.
3. Hendaknya kegiatan *safe guarding* terhadap program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin tetap dilaksanakan dengan baik, untuk menjamin dan mengamankan kegiatan-kegiatan tersebut agar tepat sasaran, berhasil guna dan berhasil guna, serta dapat meningkatkan kesadaran hukum masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- A.A. Gde Muninjaya, *Manajemen Kesehatan*, EGC, Jakarta, 2004
- Abdulkadir Muhammad, *Hukum dan Penelitian Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2004
- Adam Podgorecki, "Public Opinion About Law," dalam C.M. Campbell, et.al. (eds.), *Knowledge and Opinion of Law*, Martin Roberston, London, 1973
- Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996
- , *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Yayasan Penerbit IDI, Jakarta, 1994
- Berl Kutchinsky, "The Legal Consciousness: A Survey of Research on Knowledge and Opinion of Law," dalam C.M. Campbell, et.al. (eds.), *Knowledge and Opinion of Law*, Martin Roberston, London, 1973
- C.S.T. Kansil, *Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, 1989
- Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) 2005*, Departemen Kesehatan, Jakarta, 2005
- Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rujukan Rawat Jalan dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit yang Dijamin Pemerihatah*, Departemen Kesehatan, Jakarta, 2005
- Departemen Kesehatan RI, *Petunjuk Teknis Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) bagi Rumah Sakit*, Departemen Kesehatan, Jakarta, 1999
- Hasbullah Thabrany (editor), *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2005
- Irawan Sujito, *Hubungan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah*, PT. Pembangunan, Jakarta, 2005
- Jehezkel Dror, "Law and Social Change," dalam Rita Janes Simon (ed.), *The Sociology of Law*, Chandler Publishing Company, San Francisco, 1968

- Leopold Pospisil, *Antropology of Law: A Comparative Theory*, Harper & Row Publishers, New York, 1959
- Moenir, *Manajemen Pelayanan Umum*, Bumi Aksara, Jakarta, 1995
- Philipus M. Hadjon, *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1993
- R. Otje Salman, *Beberapa Aspek Sosiologi Hukum*, Alumni, Bandung, 1992
- Sampara Lukman dan Sugiyanto, *Pengembangan Pelaksanaan Pelayanan Prima*, LAN-RI, Jakarta, 2001
- Sekretariat Jenderal Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN) 2006*, Departemen Kesehatan, Jakarta, 2006
- Soerjono Soekanto dan Mustafa Abdullah, *Sosiologi Hukum dalam Masyarakat*, CV. Rajawali, 1987
- Soerjono Soekanto, *Kegunaan Sosiologi Hukum bagi Kalangan Hukum*, Alumni, Bandung, 1989
- , *Kesadaran Hukum dan Kepatuhan Hukum*, CV. Rajawali, Jakarta, 1982
- T.B. Silalahi, *Otonomi Ditinjau dari Aspek Sumber Daya Manusia*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 2001
- Trihono, *Pedoman Manajemen Puskesmas*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2002
- Yogie SM., “Perwujudan Otonomi Daerah,” dalam Buku *Otonomi Daerah, Peluang dan Tantangannya*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 2001

Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Penerima Dana Puskesmas dan Jaringannya untuk Tiap Kabupaten/Kota serta dana Pelayanan Kesehatan Daerah Kepulauan dan Terpencil untuk Propinsi

Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin
(PKPS-BBM Bidang Kesehatan) Tahun Anggaran 2005

Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hilir tentang Penerima
Dana Puskesmas dan Jaringanannya Program Jaminan Pemeliharaan
Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PKPS-BBM Bidang Kesehatan)
Kabupaten Indragiri Hilir Tahun Anggaran 2005

KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Mohon kuesioner ini diisi oleh bapak/ibu/saudara untuk menjawab seluruh pernyataan yang ada guna memperlancar penelitian.
2. Bapak/ibu/saudara cukup memberikan tanda “√” pada kolom yang tersedia, yaitu dengan memilih alternatif jawaban yang tersedia. Ada empat alternatif jawaban, yaitu: SS (Sangat Setuju), S (Setuju), KS (Kurang Setuju) dan TS (Tidak Setuju).

No	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		SS	S	KS	TS
A. Pengetahuan Hukum					
1	Mengetahui adanya jaminan kesehatan dari pemerintah bagi masyarakat miskin				
2	Mengetahui Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				
3	Membaca Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				
B. Pemahaman Hukum					
4	Mengerti isi program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				
5	Mengerti tujuan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				
6	Mengerti manfaat dari program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi masyarakat miskin				
C. Sikap Hukum					
7	Menerima berlakunya Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				
8	Mendukung program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				
9	Membantu terlaksananya program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				
D. Pola Perilaku Hukum					
10	Mengikuti program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				

11	Mengajak orang lain untuk mengikuti program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				
12	Merasakan manfaat Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin				
E. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kesadaran Hukum					
13	Mematuhi hukum karena mengharapkan imbalan dari pemerintah				
14	Mematuhi hukum karena takut sanksi atau hukuman dari aparat pemerintah				
15	Mematuhi hukum untuk menjaga hubungan baik antar sesama anggota masyarakat				
16	Mematuhi hukum untuk menjaga hubungan baik dengan aparat penegak hukum dan pemerintah				
17	Mematuhi hukum karena tidak bertentangan dengan kebiasaan-kebiasaan dalam masyarakat				
18	Mematuhi hukum karena dapat mengubah pola hidup masyarakat ke arah yang lebih baik				
19	Mematuhi hukum karena dapat meningkatkan taraf hidup masyarakat				
20	Mematuhi hukum karena dapat menjamin kepentingan masyarakat				