

Kebijakan sosial Pemerintah Terhadap Program BPJS Kesehatan
(Study Kasus di Masyarakat Desa Bontobiraeng Selatan Kecamatan
Bontonompo Kabupaten Gowa)



Skripsi

OLEH

NURSYAMSI

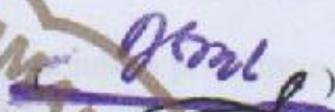
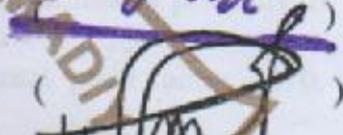
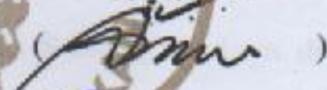
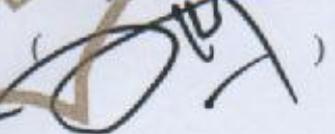
10538276913

Program Studi Jurusan Pendidikan Sosiologi
Fakultas Keguruan Dan Ilmu Pendidikan Universitas Muhammadiyah
Makassar
Januari 2018

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi atas nama Nursyamsi, NIM 10538267913 diterima dan disahkan oleh Panitia Ujian Skripsi berdasarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar Nomor: 010 Tahun 1439 H/ 2018 M, Sebagai salah satu syarat guna memperoleh Gelar **Sarjana Pendidikan** pada Prodi Pendidikan Sosiologi Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Muhammadiyah Makassar, Yudisium pada hari Rabu tanggal 31 Januari 2018.

19 Jumadil Awwal 1439 H
Makassar, _____
05 Februari 2018 M

- PANITIA UJIAN**
- Pengawas Umum : Dr. H. Abd. Rahman Rahim, SE, MM ()
- Ketua : Erwin Akib, S.Pd., M.Pd., Ph.D. ()
- Sekretaris : Dr. Khaeruddin, M.Pd. ()
- Penguji
1. Drs. H. Nurdin, M.Pd. ()
 2. Dr. Muhammad Akhir, M.Pd. ()
 3. Dr. Jaelan Usman, M.Si. ()
 4. Syarifuddin, S.Pd., M.Pd. ()

Mengetahui

Dekan FKIP
Universitas Muhammadiyah Makassar


Erwin Akib, S.Pd., M.Pd., Ph.D.
NBM: 860 934

Ketua Prodi
Pendidikan Sosiologi


Dr. H. Nursalam, M.Si.
NBM: 951 829

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Judul Skripsi : Kebijakan Sosial Pemerintah Terhadap Program BPJS Kesehatan
(Studi Kasus Masyarakat di Desa Bontobiraeng Selatan
Kecamatan Bontonompo Kabupaten Gowa).

Nama : Nursyamsi

Nim : 10538267913

Prodi : Pendidikan Sosiologi

Fakultas : Keguruan dan Ilmu Pendidikan

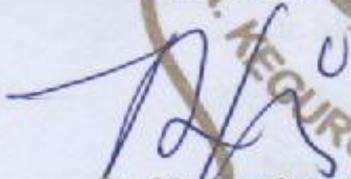
Setelah diteliti dan diperiksa ulang, skripsi ini telah memenuhi syarat untuk dipertanggung jawabkan di depan tim penguji skripsi Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Muhammadiyah Makassar.

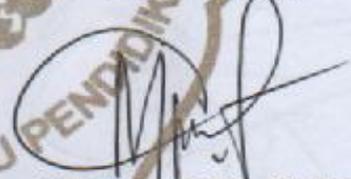
Makassar, 05 Februari 2018

Disahkan oleh

Pembimbing I

Pembimbing II


Dr. Nurlina Subair, M.Si.


Muhair, S.Pd., M.Pd

Mengetahui

Dekan FKIP

Universitas Muhammadiyah Makassar


Erwin Akib, S.Pd., M.Pd., Ph.D
NBM: 860 934

Ketua Prodi
Pendidikan Sosiologi


Dr. H. Nursalam, M.Si.
NBM: 951 829



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
FAKULTAS KEGURUAN DAN ILMU PENDIDIKAN

Alamat : Jl. Sultan Alauddin No. 259 Tlpm (0411) 860132 Makassar 9022 www.fkip-unismuh.info

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **Nursyamsi**

Nim : 10538 276913

Jurusan : Pendidikan Sosiologi

Judul Skripsi : Kebijakan Sosial Pemerintah Terhadap Program BPJS Kesehatan (studi kasus masyarakat di Desa Bontobiraeng Selatan Kabupaten Gowa)

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya ajukan di depan tim penguji adalah hasil karya saya sendiri dan bukan hasil ciptaan orang lain atau dibuat oleh siapapun.

Demikian pernyataan ini saya buat dan saya bersedia menerima sanksi apabila pernyataan ini tidak benar.

Makassar, 03 November 2017

Yang membuat pernyataan

Nursyamsi



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
FAKULTAS KEGURUAN DAN ILMU PENDIDIKAN

Alamat : Jl. Sultan Alauddin No. 259 Tlpm (0411) 860132 Makassar 9022 www.fkip-unismuh.info

SURAT PERJANJIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **Nursyamsi**
Nim : 10538 276913
Jurusan : PendidikanSosiologi

Dengan ini menyatakan perjanjian sebagai berikut:

1. Mulai dari penyusunan proposal sampai selesainya skripsi saya, saya akan menyusun sendiri skripsi saya (tidak dibuatkan oleh siapapun).
2. Dalam penyusunan skripsi saya akan selalu melakukan konsultasi dengan pembimbing, yang telah ditetapkan oleh pimpinan fakultas.
3. Saya tidak akan melakukan penjiplakan (Plagiat) dalam menyusun skripsi saya.
4. Apabila saya melanggar perjanjian saya seperti butir 1, 2, dan 3, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai aturan yang berlaku.

Demikian perjanjian ini saya buat dengan penuh kesadaran.

Makassar, 03 November 2017
Yang Membuat Perjanjian

Nursyamsi

ABSTRAK

Nursyamsi, 2017. Kebijakan Sosial Pemerintah terhadap Program BPJS Kesehatan ,skripsi Jurusan Pendidikan Sosiologi Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Unismuh Makassar. Dibimbing oleh Ibu Nurlina Subair sebagai pembimbing I dan Bapak Muhajir sebagai pembimbing II.

Permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana Kebijakan Soisal pemerinta terhadap pengintegrasian Bpjs kesehatan di desa Bontobiraeng Selatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kebijakaan pemerintah tentang integrasi jaminan kesehatan di Desa Bontobiraeng Selatan. Penelitian yang dilaksanakan merupakan penelitian sosial budaya yang jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif kualitatif dengan cara penentuan sampel melalui teknik *Purposive Sampling* dengan memilih beberapa informan yang memiliki kriteria yang telah ditentukan oleh peneliti yakni masyarakat setempat.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa di Desa Bontobiraeng Selatan ada pelayanan Bpjs kesehatan di anggap memneuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat.

Kata Kunci : Kebijakan pemerintah, Masyarakat

MOTO DAN PERSEMBAHAN

MOTO

“Berbuat baiklah berulang kali karena hidup hanya sekali”

PERSEMBAHAN

1. Kedua orang tuaku (Jamaluddin & Dahliah) dan nenek saya (Patimah DG Pajja) yang selalu memberikan doa, dukungan dan pertanyaan-pertanyaan terkait perkembangan skripsi setiap hari
2. Untuk Teman Dekatku (Syahbuddin Prasbhara) saya yang banyak membantu dalam pembuatan skripsi, dan selalu memberi semangat.
3. Untuk ke dua adikku (Syahrul dan Nurhikmah) yang bekerja keras membantu ke dua orang tua untuk bisa mencukupi kebutuhan finansial ku selama kuliah.
4. Untuk sahabat-sahabatku yang selalu menanyakan kapan selesai (Anthy, Via, Ika, Anhy)
5. Dan untuk adek2 dan letting serta senior yang selalu menanyakan kapan sarjana Terimah kasih selalu mengingatkan (Sofyan, Rhini, Supi, Kak Lulu, Rian, Narti dll yang tdk sempat say sebut stu persatu namanya)
6. Dan untuk teman-teman kelas Sosiologi 13.E (Linda, Ekky, Fikar, Indra, Niar, Minhy, Tina, dll) terimakasih untuk segala bantuannya selama ini.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa, atas Rahmat dan Karunia-Nya yang begitu besar yang senantiasa menyertai penulis dalam memulai, menjalani dan mengakhiri masa perkuliahan serta dapat mengerjakan sekaligus menyelesaikan Skripsi ini.

Skripsi yang berjudul “**Kebijakan sosial Pemerintah Terhadap Program BPJS Kesehatan (Study Kasus Masyarakat di Desa Bontobiraeng Selatan Kabupaten Gowa)**”, ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menempuh ujian sarjana pada jurusan Pendidikan Sosiologi Fakultas Keguruan Dan Ilmu Pendidikan Universitas Muhammadiyah Makassar.

Dalam merampung Skripsi ini, penulis memperoleh bantuan, bimbingan dan nasehat serta doa restu dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada **ALLAH SWT** yang senantiasa memberikan rahmat dan ridonya dari awal studi penulis hingga akhir, yang selalu memberikan kesehatan dan kemampuan dalam menyelesaikan Proposal ini.

Kepada ibu **Dr. Nurlina Subair, M.Si** selaku pembimbing I, terima kasih atas segala kepercayaan dan bimbingannya sehingga penulis mampu menyelesaikan Skripsi ini dan Bapak **Muhajir, S.Pd., M.Pd** selaku pembimbing II, terima kasih

untuk setiap waktu yang diberikan juga kerja sama dan masukannya sehingga penulis mampu mengerjakan Skripsi ini.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya sampaikan pula kepada Ke dua orang Tua-ku Jamaluddi dan Dahliah Terima kasih Telah menjadi ibu dan Ayah yang selalu mendoakanku dalam hal kebaikan dan keberhasilanku, Kepada Nenekku Fatimah terima kasih telah membesarkanku sehingga aku bisa seperti ini dan selalu mendo'akan ku supaya aku bisa jadi sarjana, Kepada adik2.ku Nurhikma dan syahrul kalian akan seperti kakakmu menjadi Sarjana juga, Kepada Teman Dekatku Syahbuddin terima kasih telah membuatku bisa menjadi seperti ini dan membantuku untuk bisa menyelesaikan Skripsiku, Bapak Dr. H. Abdul Rahman Rahim, S.E.MM selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar, Bapak Erwin Akib, S. Pd.,M.Pd.,PhD selaku Dekan Fakultas Keguruan Dan Ilmu Pendidikan, Dr .H. Nursalam M.Si selaku Ketua Jurusan Pendidikan Sosiologi Fakultas Keguruan Dan Ilmu Pendidikan Universitas Muhammadiyah Makassar, Seluruh Bapak dan Ibu Dosen yang saya banggakan dan telah mendidik penulis dalam pendidikan di Jurusan Sosiologi Fakulta Keguruan Dan Ilmu Pendidikan sehingga penulis bisa menyelesaikan studi dengan baik. Terima kasih atas ilmu yang diberikan selama ini, Seluruh staf akademik sosiologi yang telah memeberikan bantuan kepada penulis selama menjadi mahasiswa (Kak Amir) yang selalu menyemangati untuk cepat-cepat menyelesaikan penulisan Skripsi, Seluruh Staf akademik Fakultas Keguruan Dan Ilmu Pendidikan yang telah banyak membantu penulis dalam pengurusan berkas.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA DAN KAJIAN TEORI.....	11
A. Kajian Teori	11
B. Kebijakan Sosial.....	19
C. Bpjs Kesehatan (Badan Penyelenggara jaminan Sosial).....	29
E. Kerangka Konseptual.....	33
BAB III METODE PENELITIAN	36
A. Pendekatan Penelitian	34
B. Waktu Dan Lokasi Penelitian.....	34
C. Tipe Dasar Penilitan.....	35
D. Tehnik Pengumpulan Informan.....	35
E. Tekhnik Pengumpulan Data.....	35
F. Analisis Data	40
BAB IV GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	42
A. Sejarah berdirinya Desa Bontobiraeng Selatan.....	39
B. Keadaan Geografis Desa	43
C. Keadaan Statitika Sosial.....	53
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	54
A. Deskripsi Informan Penelitian.....	54

B. Deskripsi Hasil Penelitian	57
C. Pembahasan Hasil Penelitian	61
BAB VI PENUTUP	71
A. Kesimpulan	71
B. Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA	73

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan Negara kesejahteraan, hal ini jelas tercantum pada Pancasila dan Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang mengamanatkan negara mempunyai tanggung jawab untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum dalam rangka mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, upaya mewujudkan kesejahteraan rakyat antara lain yang dilakukan pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial.

Upaya-upaya yang dilakukan Pemerintah untuk mengatasi persoalan pelayanan kesehatan diantaranya adalah dengan membuat regulasi yang salah satunya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. Selain itu dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan, Pemerintah mulai menggalakkan program-program yang diarahkan kepada masyarakat kurang mampu sehingga semua masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan secara adil dan merata. Upaya memaksimalkan pelayanan kesehatan di kabupaten gowa dalam bentuk kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Akan tetapi sejak tahun 2014 pelaksanaan program Bpjs menuai banyak permasalahan hingga memuncak

pada awal tahun 2017 dikarenakan adanya program dan pembiayaan sosial dengan Jamkesda.

Oleh karena itu, Pemerintah Kabupaten Gowa, Sulawesi Selatan, menghentikan kepesertaan 119.000 warga tak mampu dari program Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Sebab, Pemerintah Kabupaten memutuskan kembali mengelola program jaminan kesehatan gratis (kompas, 2017). Jenis kepesertaan yang dimaksud adalah integrasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) termasuk penerima bantuan iuran (PBI) atau warga tak mampu di Gowa yang 60% iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditanggung Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Gowa dan 40% ditanggung APBD Provinsi Sulsel. Kebijakan sosial tersebut telah membawa dampak bagi masyarakat kurang mampu yang terdaftar karena dengan demikian iuran kepesertaan mengalami peningkatan. Peningkatan iuran tersebut disebabkan karena pada tahun 2016 pemerintah daerah telah menanggung anggaran Jaminan Kesehatan Nasional sebesar Rp. 20 milyar, Sehingga untuk tahun 2017 masyarakat yang masih terdaftar dalam program JKN berpotensi akan membiayai secara penuh kepesertaannya.

Program Jaminan Kesehatan Nasional juga akan ikut ambil bagian dalam menunjang kesehatan masyarakat yang sangat bertumpu pada BPJS Kesehatan dengan membebaskan iuran kepesertaan. Padahal, kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat dan negara wajib untuk menjamin semua rakyatnya dan yang terjadi adalah justru sebaliknya. Karena sistem pembebanan

iuran tersebut sangat berdampak pada kelompok masyarakat menengah kebawah dengan skala nominal yang besar. Masyarakat yang kurang mampu sangat banyak di Indonesia, Khususnya di Kabupaten Gowa, yang sebagian besar pendapatan masyarakat dari sektor pertanian tidak menentu. Selanjutnya, pendapatan masyarakat harus menjadi perhatian bagi pemerintah sebagai institusi tertinggi yang bertanggung jawab atas pemeliharaan kesejahteraan kesehatan masyarakat sebagai salah satu program pelayanan sosial yang berpotensi hanya dapat dirasakan kebermanfaatannya oleh masyarakat menengah keatas. Maka pemerintah daerah Kabupaten Gowa akan mendapat permasalahan baru terkait kebijakan sosial yang berpengaruh pada kesejahteraan masyarakat di bidang kesehatan.

Gugatan pemerintah kabupaten gowa atas Undang undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, kemudian di tolak berdasarkan hasil yang dikeluarkan Mahkamah Konstitusi dengan demikian niat Pemda untuk mengelola secara mandiri program kesehatannya dalam menangani pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tidak bisa di wujudkan. Hal tersebut karena pada bulan oktober 2017 pemda gowa harus kembali mengintegrasikan Jamkesda dengan Bpjs kesehatan (Waode Nurmin, 2017). Rencana integrasi berdasarkan pada kesepakatan antara pemkab gowa dan Bpjs kesehatan setelah menggelar rapat koordinasi yang mengikutsertakan seluruh SKPD dan Camat (Darwin fatir, 2017).

Keluarnya keputusan integrasi tersebut bukan berarti menyelesaikan

problem yang dihadapi pemerintah kabupaten gowa mengenai kondisi sosial yang dihadapi terutama untuk mewujudkan kesejahteraan sosial sebagai tujuan akhir dari suatu kebijakan. Tidak adanya titik temu antara program jaminan kesehatan daerah yang bersifat lokal dengan BPJS kesehatan yang bersifat nasional dan spontan, sehingga program kesehatan daerah sangat sulit untuk menyesuaikan diri dengan program jaminan kesehatan nasional yang diawasi dan dilaksanakan langsung oleh BPJS kesehatan.

Integrasi bukan hanya sebuah kesepakatan, melainkan keterpautan antara biaya, efisiensi dan efektifitas, kualitas dan mutu pelayanan, serta kebersesuaian program. Sehingga permasalahan tersebut dapat berubah menjadi suatu orientasi tindakan antara pihak pemerintah dengan BPJS Kesehatan di masyarakat nantinya khususnya di desa Bontobiraeng Selatan. Persoalan kesehatan memberikan suatu gambaran deskriptif tentang fenomena yang terjadi kebijakan sosial yang nantinya akan diimplementasikan oleh Pemerintah Kabupaten Gowa. Oleh karena itu, kebijakan sosial menjadi sorotan untuk melihat bentuk-bentuk aktifitas pelayanan kesehatan yang terealisasikan pada daerah tingkat II seperti di RSUD kabupaten Gowa pada umumnya. Kebijakan sosial adalah salah satu bentuk dari kebijakan publik. Kebijakan sosial merupakan ketetapan pemerintah yang dibuat untuk merespon isu-isu yang bersifat publik, yakni mengatasi masalah sosial atau memenuhi kebutuhan masyarakat banyak. Menurut Besstant, Watts, Dalton dan Smith (2006) kebijakan sosial merujuk pada apa yang dilakukan oleh pemerintah sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup manusia melalui

pemberian beragam tunjangan, pendapatan, pelayanan kemasyarakatan dan program-program tunjangan sosial lainnya.

Salah satu kebijakan sosial yang dimaksud berupa pelayanan kesehatan masyarakat yang seharusnya terpenuhi agar perencanaan pembangunan tidak melenceng dari salah satu indikator kesejahteraan. Dengan melihat kondisi objektif yang terdapat di kabupaten Gowa mengenai praktek pelayanan kesehatan dan keputusan pemerintah untuk keluar dari integrasi BPJS maka beberapa asumsi dasar yang dapat kita ambil untuk melihat fenomena tersebut adalah Proses perumusan kebijakan yang tidak tepat, informasi yang kurang lengkap dan akurat, metodologi yang tidak tepat, atau formulasi kebijakan yang tidak realistis. Selanjutnya Tidak sejalannya perencanaan dan implementasi kebijakan, kebijakan yang dilaksanakan tidak sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan sebelumnya. Asumsi lainnya yang dapat menjadi penyebab dari persoalan tersebut adalah kebijakan bersifat *top down dametis* dalam arti hanya melibatkan kelompok tertentu saja yang dianggap ahli. Kebijakan yang menganut bias profesional ini tidak memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada masyarakat untuk berpartisipasi dalam mengambil keputusan dan pelaksanaan kebijakan (Edi Suharto, 1997).

Asumsi mengenai pemberlakuan program kesehatan gratis diatas telah memberikan sedikit gambaran kondisi objektif yang sangat potensial di masyarakat saat ini, Khususnya bangsa indonesia yang senantiasa mengkampanyekan negara kesejahteraan (*welfare state*). Sistem negara

kesejahteraan berfungsi dalam memenuhi kebutuhan dasar dibidang medis untuk segala kelompok usia (William N. Dunn, 1999). Maka dari itu, sejak tahun 1968 pemerintah senantiasa mengeluarkan kebijakan mengenai pelayanan kesehatan untuk menjamin hak masyarakat dengan prinsip, prosedur, dan tata cara yang termaktub dalam undang-undang ataupun peraturan pemerintah yang berlaku. Sehingga praktik kebijakan tersebut sebaiknya kita simak dalam penjelasan selanjutnya dan semakin mempertegas upaya pemerintah untuk pemenuhan kesehatan untuk masyarakat secara luas, hingga melahirkan pro dan kontra di kabupaten gowa atas pemberlakuan JKN melalui konten BPJS Kesehatan.

Tahun 1968 Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), dimana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G.A. Siwabessy) dinyatakan sebagai cikal-bakal Asuransi Kesehatan Nasional. Kemudian, tahun 1984 untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya.

Pada Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti dan diizinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela setelah terbitnya Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991.

Menjelang setahun kemudian, Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) atau PT.Askes (Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri dan pada tahun 2005 diberi tugas oleh Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI, Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MEN-KES/SK/I/2005, Sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin. Sehingga, pada tahun 2014 pemerintah gowa resmi melakukan integrasi antara BPJS Kesehatan dan Jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) yang termaktub dalam UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang telah diubah menjadi UU Nomor 9 Tahun 2015. Karena, diharapkan menjadi alternatif pelayanan kesehatan terjangkau untuk seluruh lapisan masyarakat di tanah air.

Adapun teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan teknik *purposive sampling*, yaitu penentuan sampel dilakukan dengan sengaja. Dalam hal ini, yang akan menjadi sampel dalam penelitian ini adalah pengguna BPJS Kesehatan dan Kesehatan Gratis dari Pemerintah Kabupaten Gowa. Kemajuan dunia kesehatan pada era globalisasi ini adalah

salah satu bidang yang banyak mendapatkan perhatian dan sorotan dari masyarakat. Salah satunya mengenai kinerja pemerintah daerah dalam mengawal kebijakan sosial yang telah ditetapkan dalam bidang kesehatan. Bagi pandangan masyarakat awam pemerintah adalah pihak yang mengelola, mengawasi dan memiliki wewenang yang sangat signifikan dalam menunjang fleksibilitas program kesehatan untuk kelompok masyarakat menengah kebawah. Berdasarkan pandangan ini maka sudah menjadi suatu keharusan bagi para pejabat terkait untuk tetap menjalankan tupoksinya sehingga amanat konstitusi diimplementasikan dengan kongkret dan memenuhi harapan dalam menunjang kesehatan sosial bagi segenap rakyat.

Masyarakat harus ikut serta dalam proses pembangunan kesehatan sesuai situasi dan kondisi yang seharusnya menentukan secara objektif tingkat posisi partisipasinya dalam proses pembangunan bukan keputusan sepihak birokrasi yang selalu cenderung menafikan potensi masyarakat yang pada akhirnya sering menempatkan masyarakat sebagai objek pembangunan. Konsekuensinya, **Selznick** (19xx) mengemukakan bahwa akan muncul ketegangan dalam pembuatan keputusan antara tujuan formal rasional dengan struktur sosial yang informal dan irrasional dimana struktur ini tidak pernah berhasil untuk ditaklukkan dimensi perilakunya.

Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat pada bidang kesehatan, pemerintah daerah Gowa membentuk sebuah kebijakan yang dipandu oleh Tim verifikasi pengendali kesehatan gratis dalam menyusun SOP yang dipilih dari

beberapa unsur OPD. Dari berbagai permasalahan yang terjadi terhadap implementasi kebijakan kesehatan ditengah-tengah masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan serta ketimpangan yang terjadi antara kebijakan pelayanan kesehatan dengan pelaksanaannya. Peneliti menganggap perlu untuk mengkaji mengenai pelaksanaan kebijakan kesehatan tersebut serta penerapannya ditengah-tengah Masyarakat. Kemudian, pembaharuan mengenai JAMKESDA agar segera diterbitkan dan di sosialisasikan prinsip dasar hingga mekanismenya untuk menjawab permasalahan yang terjadi karena masih berdasar pada Peraturan Gubernur nomor 13 Tahun 2008 serta Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2009. Berdasarkan atas pemikiran-pemikiran diatas maka penulis mengajukan peneliti-an dengan judul **“Kebijakan sosial Pemerintah Terhadap Program BPJS Kesehatan (Studi Kasus Masyarakat Deda Bontobiraeng Selatan Kabupaten Gowa)”**, yang diharapkan dapat menjadi sumbangan pemikiran bagi para pihak yang peduli pada pencapaian pelaksanaan kebijakan kesehatan demi tercapainya derajat kesehatan yang merata untuk masyarakat.

B. Rumusan Masalah

Untuk mencapai derajat kesehatan yang baik, sangat diperlukan perhatian dan tanggung jawab dari Pihak pemerintah, dewan pengawas dan direksi terkait pelaksanaan pelayanan kesehatan yang berpihak pada kelompok masyarakat kurang mampu. Masyarakat merupakan komponen yang sangat penting dalam pencapaian tujuan dan hasil dari pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi. Olehnya itu Penulis membatasi permasalahan

dengan lingkup sebagai berikut:

1. Bagaimana kebijakan pemerintah tentang pelaksanaan jaminan kesehatan daerah di Desa Bontobiraeng Selatan Kabupaten Gowa.?
2. Bagaimana Pelaksanaan BPJS kesehatan di Desa Bontobiraeng Selatan Kabupaten Gowa?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui kebijakan sosial pemerintah tentang integrasi jaminan kesehatan daerah di Desa Bontobiraeng Selatan Kabupaten Gowa.
2. Untuk mengetahui bagaimana Pelaksanaan BPJS kesehatan di Desa Bontobiraeng Selatan Kabupaten Gowa.

D. Manfaat Penelitian

1. Penelitian ini diharapkan dapat berguna untuk menunjang ilmu pengetahuan, maupun sebagai bahan masukan bagi yang tertarik mengkaji masalah kebijakan sosial dalam pelayanan kesehatan dengan pengguna kartu BPJS secara perseorangan.
2. Sebagai kontribusi pemikiran ilmiah dalam melengkapi kajian yang mengarah pada pengembangan ilmu pengetahuan terutama yang menyangkut kebijakan sosial pemerintah.

BAB II

KAJIAN TEORI DAN KERANGKA KONSEPTUAL

A. Kajian Teori

1. Teori Kelembagaan (Institutional Theory)

Sejak ribuan tahun yang lalu para filosof Yunani telah menyadari bahwa institusi yang satu dengan yang lainnya saling berinteraksi. Abad 19an Max Weber mencoba mengkaji birokrasi dan institusi secara sistematis. Weber melihat bahwa politik sebagai hal yang berkaitan dengan penyelenggaraan negara. Dalam hal ini, Max Weber merumuskan negara sebagai komunitas manusia yang secara sukses memonopoli penggunaan paksaan fisik yang sah dalam hal tertentu.

Negara dipandang sebagai sumber utama hak untuk menggunakan paksaan fisik yang sah. Oleh karena itu, politik bagi Weber merupakan persaingan untuk membagi kekuasaan atau persaingan untuk mempengaruhi pembagian untuk membagi kekuasaan atau persaingan untuk mempengaruhi pembagian kekuasaan antar negara maupun antar kelompok di dalam suatu negara. Menurutnya negara merupakan suatu struktur administrasi atau organisasi yang konkret, dan dia membatasi pengertian negara semata-mata sebagai paksaan fisik yang digunakan untuk memaksakan ketaatan.

Berdasarkan pendapat Weber disimpulkan tiga aspek sebagai ciri negara yaitu:

- a. Berbagai struktur yang mempunyai fungsi yang berbeda, seperti jabatan, peranan, dan lembaga-lembaga, yang semua memiliki tugas yang jelas batasnya, yang bersifat kompleks, formal dan permanen.
- b. Kekuasaan untuk menggunakan paksaan dimonopoli oleh negara memiliki kewenangan yang sah untuk membuat putusan yang final dan mengikat seluruh warga negara. Para pejabatnya mempunyai hak untuk menegakan putusan itu seperti menjatukan hukuman dan enanggalkan hak milik. Dalam hal ini untuk melaksanakan kewenangan maka negara menggunakan aparatnya, seperti polisi, militer, jaksa, hakim, dan petugas lembaga pemasyarakatan, dan Kewenangan untuk menggunakan paksaan fisik hanya berlaku dalam batas-batas wilayah negara tersebut.

Madzab institusionalis AS berkembang sejak tahun 1880an dipengaruhi oleh madzab institusionalis Jerman dan pemikiran-pemikiran Thorten Zveblen (1899). Dalam perkembangannya karena pertentangan internal para institusional tentang metodologi, khususnya antara Richard T.Ely Vs Simon Newcomb, menyebabkan pengaruh institusionalis memudar dikalangan akademimisi AS. Semakin kuatnya pengaruh kelompok marginalis dalam kajian akademik di banyak perguruan ting-gi besar di AS seperti Yale, Harvard dan Chicago membuat pengaruh institusionalis semakin menurun. Pada tahun 1920an tinggal beberapa perguruan tinggi seper-ti *Univarsity of Colombia* (dibawah Wisley Cmittell) dan Wisconsin (dibawah John Commons) dimana pengaruh para institusioanalis masih dirasakan.

Saat ini banyak penelitian Institusionalisme baru mengkaji pengaruh besar institusi terhadap perilaku manusia melalui aturan dan Norma yang dibangun oleh institusi berkaitan dengan pengaruh individu terhadap perilaku manusia, ada dua anggapan yaitu: pertama menyebabkan individu berusaha memaksimalkan man-faat atura dalam institusi, yang kedua perilaku sekedar menjalankan tugas sesuai aturan. Institusionalisme memperkaya dengan menambahkan aspek kognitif, yaitu bahwa individu dalam institusi berperilaku tertentu bukan karena takut pada hukuman atau karena sudah menjadi kewajiban (duty), melainkan karena konsepsi individu tersebut mengenai norma-norma sosial dan tatanan nilai yang ada dalam kenyataan institusi baru itu terpecah dalam berbagai aliran.

Teori kelembagaan merupakan suatu visi yang meliputi beberapa pendekatan lain, bahkan beberapa bidang ilmu pengetahuan lain seperti sosiologi dan ekonomi. Institusionalisme baru mempunyai banyak aspek dan variasi. Misalnya, institusi-onalisme baru sosiologi, institusionalisme baru ekonomi, dan sebagainya. Disebut institusional baru karena merupakan penyimpangan dari institusionalisme lama. Institusionalisme baru melihat institusi negara sebagai hal yang dapat diperbaiki ke arah suatu tujuan tertentu, seperti misalnya membangun masyarakat yang lebih makmur. Usaha itu perlu ada semacam rencana yang secara praktis menentukan langkah-langkah untuk tercapainya tujuan itu.

Intitusionalisme baru sebenarnya dipicu oleh pendekatan behavioralis yang melihat politik dan kebijakan publik sebagai hasil dari perilaku kelompok besar atau massa, dan pemerintah sebagai institusi yang hanya mencerminkan kegiatan masa itu. Bentuk dan sifat institusi ditentukan oleh aktor

sertapilihannya. Dengan demikian kedudukan sentral dari institusi-institusi dalam membentuk kebijakan publik dinomorduakan.

Maka timbul keinginan untuk merenungkan kembali pandangan ini, dan kembali memandang negara, dengan berbagai institusinya, sebagai instansi utama, yang merupakan faktor penting dalam menentukan dan membatasi berbagai aspek yang diutamakan oleh pendekatan behavioralis. Pendekatan institusionalisme baru menjelaskan bagaimana organisasi institusi itu, apa tanggung jawab dari setiap peran dan bagaimana peran dan institusi berinteraksi.

Dapat dikatakan bahwa suatu institusi adalah organisasi adalah organisasi yang tertata melalui pola perilaku yang diatur oleh peraturan yang telah diterima sebagai standar. Menurut Jan-Erik Lane dan Svante Ersson, intitusi mencakup (1) struktur fisik, (2) struktur demografis, (3) perkembangan historis, (4) jaringan pribadi, dan (5) struktur sementara. Institusi adalah peraturan-peraturan yang stabil, yang memungkinkan orang yang sebenarnya hanya mementingkan diri sendiri untuk bekerjasama dengan orang lain untuk tujuan bersama.

Institusi-institusi memengaruhi dan menentukan cara para aktor berusaha mencapai tujuannya. Intitusi menentukan, siapa aktor yang sah, jumlah aktor, siapa menentukan tindakan.intitusi memberik stabilitas, sebab tidak dapat diubah begitu saja. Intitusi mempunyai kekuasaan yang sedikit banyak otonom dan para aktor yang ingin mengubah institusi tertentu akan mempertimbangkan akibat-akibat yang sering tidak dapat diramalkan.

Inti dari institusionalisme baru dirumuskan oleh Robert E. Goodin sebagai berikut:

- a. Aktor dan kelompok melaksanakan proyeknya dalam suatu konteks yang dibatasi secara kolektif.
- b. Pembatasan-pembatasan itu terdiri dari institusi-institusi yaitu: pola norma dan pola peran yang telah berkembang dalam kehidupan sosial, dan perilaku dari mereka yang memegang peran itu. Peran itu ditentukan secara sosial dan mengalami perubahan terus-menerus.
- c. Sekalipun demikian, pembatasan-pembatasan ini dalam banyak hal juga member keuntungan bagi individu atau kelompok dalam mengejar proyek mereka masing-masing.
- d. Hal ini disebabkan karena faktor-faktor yang membatasi kegiatan individu dan kelompok, juga memengaruhi pembentukan preferensi dan motivasi dari aktor dan kelompok-kelompok.
- e. Pembatasan ini mempunyai akar historis, sebagai peninggalan dari tindakan dan pilihan-pilihan masa lalu.
- f. Pembatasan ini mewujudkan, memelihara, dan memberikan peluang serta kekuatan yang berbeda kepada individu dan kelompok masing-masing.

Bagi penganut institusionalisme baru, pokok masalah ialah bagaimana membentuk institusi yang dapat menghimpun secara efektif sebanyak mungkin preferensi dari para aktor untuk menentukan kepentingan kolektif. Dalam usaha menentukan institusi yang terbaik terjadi wacana dalam masyarakat mengenai cara bagaimana mengubah institusi yang ada agar menjadi lebih demokratis.

Perbedaan dengan institusionalisme lama ialah perhatian institusionalisme baru lebih tertuju pada analisis ekonomi, kebijakan fiskal, dan moneter, pasar dan globalisasi ketimbang pada masalah konstisusi yuridis. Dapat dikatakan bahwa ilmu politik, dengan mengembalikan fokus atas negara termasuk aspek legal/ins-titusionalnya, telah mengalami suatu lingkaran penuh.

Pada umumnya pendekatan institusional akan lebih berkonsentrasi dalam penggambaran aspek formal instansi pemerintah, legal power procedure, fungsi atau kegiatan-kegiatan pokok lembaga. Hubungan-hubungan formal dengan lembaga/institusi juga menjadikan perhatiannya. Pendekatan ini kurang perhatian terhadap bagaimana lembaga itu beroperasi serta kurang melihat hubungan di antara lembaga.

Institusionalisme yang menekankan pada struktur formal, melihat lembaga satu penangkal pola perilaku manusia yang ada sepanjang masa. Pola perilaku ini membedakan satu institusi dengan institusi yang lain, sesuai dengan fungsi masing-masing. Walaupun demikian hubungan antara satu kebijakan publik dengan lainnya sangat erat karena kebijakan public dilaksanakan oleh instansi publik (public agency) yang merupakan suatu bagian daripada suatu system birokrasi yang besar. Di mana output dari suatu publik agency (sub-system) menjadi input sub sistem yang lain, sehingga tercipta hubungan yang sinergis dalam system birokrasi tersebut.

Ciri pembeda paradigma institusionalisme adalah dalam melihat hakekat organisasi. Ide mereka adalah organisasi lebih merupakan sistem sosial yang bentuknya dipengaruhi oleh sistem simbolis, budaya dan aspek sosial yang lebih

luas dimana organisasi tersebut berada. Scott (1987) mengatakan bahwa pandangan konstitusional dan instrumentalitas adalah saling melengkapi (komplementer). Kendati demikian kajian yang dilakukan para institusioanalisis menyatakan bahwa struktur organisasional seharusnya bukan untuk dipahami sebagai adaptasi rasional terhadap faktor-faktor kontijensi dalam modus teknikal instrumentalis, tapi dengan merujuk pada: Norma, kewajiban legitimasi, mitos, kepercayaan dan faktor-faktor teknikal instrumentalitas (Donaldson, 2000).

Tentu saja normal, mitos, kepercayaan dan faktor budaya lainnya bisa saja konsisten ataupun tidak konsisten dengan faktor teknikal instrumentalitas. Yang terpenting tidak ada pemikiran a priori bahwa kedua macam pemikiran tersebut harus konsisten atau tidak konsisten satu sama lain. Namun karena independensi pemikiran tersebut, teori-teori institusional justru sering menjadi teori tandingan dari teori kontijensi struktural. Kajian empiris para institusionalis, terutama pendukung teori kontijensi dengan menggambarkan organisasi sebagai hal yang irrasional Hal ini tidak berarti bahwa teori institusional memiliki penjelasan yang serupa dengan teori non fungsionalis lainnya. Kenyataannya menunjukkan bahwa antara pendekatan institusionalis dengan pendekatan Marxis sering berseberangan.

2. Teori pluralis

Dalam teori pluralis, negara merupakan alat dari masyarakat. Inilah kekuatan eksternal yang mengatur negara. Menurut kaum pluralis, dalam masyarakat ada banyak kelompok yang berbeda kepentingannya. Tidak ada

kelompok yang terlalu dominan. Untuk menjadi mayoritas, kepentingan yang beragam ini melakukan kompromi. Arif Budiman (1997) dalam konteks teori pluralis memberikan contoh sebagai berikut. Misalnya, kaum pengusaha menginginkan pajak yang ringan. Sedangkan kaum pekerja menginginkan pajak yang tinggi bagi yang kaya, supaya negara bisa membiayai proyek-proyek sosialnya. Kemudian ada lagi kelompok imigran yang menginginkan supaya proyek-proyek sosial bisa membantu mereka juga. Semua kepentingan itu harus dikompromikan. Politikus yang bisa membuat formula di mana kepentingan sebagian besar masyarakat terpenuhi, dialah yang akan mendapatkan kepercayaan untuk memimpin negara. Dialah yang menjadi dominan. Karena bisa mengkom-promikan berbagai kepentingan kelompok yang ada di masyarakat (Cholisin dkk, 2006: 51-52).

Menurut penjelasan Dahl, Polsby, dan penganut aliran pluralis lainnya, kekuasaan dianggap didistribusikan secara luas dan sistem politik sangat teratur sehingga proses politik pada esensinya dikendalikan oleh tuntutan dan opini publik. Dahl dalam studinya tentang New Haven (1961), menyatakan bahwa: “sistem politik Amerika tidak terdiri dari kelas homogen dengan kepentingan kelas yang terdefinisi dengan baik. Dalam kenyataan, sistem politik di New Haven mudah ditembus oleh siapa saja yang memerhatikan dan berkepentingan dengan kultur stratum politik” (Wayne Parsons, 2008). Menurut Steven Lukes tentang model pluralis ini mengatakan fokus analisisnya ialah terletak pada perilaku, pembuatan keputusan, isu-isu kunci, konflik yang terbuka dan dapat

diamati, serta kepentingan preferensi subjektif yang bisa diamati dalam partisipasi politik terbuka (Wayne Parsons, 2008).

Di wilayah pluralis, setidaknya di Haven, partisipasi dalam permainan politik terbuka untuk semua orang. Akan tetapi pandangan demokrasi liberal ini ditentang oleh Schattschneider ketika dia mengatakan, “tidak selalu benar bahwa orang dengan kebutuhan terbanyak akan paling aktif dalam partisipasi di pentas politik barang siapa yang menentukan permainan akan berlaku maka ia juga akan menentukan siapa yang boleh masuk ke permainan”. Dahl, misalnya berpendapat bahwa kekuasaan terletak dalam kapasitas A untuk membuat B melakukan sesuatu yang sebenarnya tidak diinginkan oleh B. Kekuasaan dalam pengertian ini mencakup kontrol perilaku. Dahl menunjukkan bahwa kekuasaan didistribusikan di antara kelompok, pembuat kebijakan di area seperti pendidikan dan pembangunan kembali (redevelopment) kawasan urban dilakukan oleh sederetan oleh kalangan minoritas, bukan lagi oleh elite tunggal. Seperti dikatakan oleh Polsby “dalam setiap bidang isu, muncul aktor yang berbeda-beda, perannya juga berbeda serta jenis alternatif yang mereka pilih juga berbeda-beda. Namun, dalam merespon model ini Bachrach dan Baratz mengatakan bahwa hal yang gagal dipahami oleh pluralis adalah sejauh mana pihak-pihak yang berkuasa itu bisa menyingkirkan isu dan problem dari agenda pembuatan kebijakan. Politik bukan sekedar seperti yang didefinisikan Laswell sebagai persoalan “siapa yang mendapat, kapan, dan bagaimana dia mendapatkan”, tetapi juga siapa yang disingkirkan kapan dan bagaimana dia disingkirkan (Wayne Parsons, 2008: 137-138).

3. Kebijakan Sosial

Kebijakan sosial terdiri dari dua kata yang memiliki banyak makna yakni kata kebijakan dan kata sosial. Kebijakan sosial adalah salah satu bentuk dari kebijakan publik yang merupakan ketetapan pemerintah yang dibuat untuk merespon isu-isu yang bersifat publik, yakni mengatasi masalah sosial atau memenuhi kebutuhan masyarakat banyak. Kebijakan sosial juga adalah ketetapan yang dirancang secara kolektif untuk mencegah terjadinya masalah sosial (fungsi kuratif) yang mempromosikan (fungsi pengembangan sebagai wujud kewajiban negara (state obligation) dalam memenuhi hak warga negaranya. Dalam hal lainnya kebijakan sosial dapat dikatakan sebagai sebuah aspek sosial yaitu sesuatu yang berkaitan dengan bidang kesejahteraan sosial. Kebijakan sosial adalah prinsip-prinsip, prosedur dan tata cara dari undang-undang yang telah ada, sebagai panduan administrasi dan regulasi pada lembaga yang mempengaruhi kesejahteraan masyarakat.

Dalam kaitannya dengan kebijakan sosial maka kata sosial dapat diartikan baik secara umum atau luas maupun spesifik. Secara generik kata sosial menunjukkan pada pengertian umum mengenai bidang-bidang atau sektor-sektor pembangunan yang menyangkut aspek manusia dalam konteks masyarakat atau kolektifitas. Istilah sosial dalam pengertian ini mencakup antara lain bidang pendidikan, kesehatan politik, hukum budaya atau pertanian. Dalam arti spesifik kata sosial menyangkut sektor kesejahteraan sosial atau kesejahteraan rakyat yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup manusia terutama mereka yang dikategorikan sebagai kelompok rentan. Kata sosial ini menyangkut

program dan pelayanan sosial untuk mengatasi masalah sosial, seperti kemiskinan ketidak fungsi fisik dan psikis, tuna sosial, kenakalan remaja dan kesehatan bagi masyarakat.

Dalam penelitian ini istilah kebijakan sosial dapat diartikan sebagai kebijakan yang menyangkut aspek sosial dalam pengertian spesifik yakni yang menyangkut bidang kesejahteraan sosial. Pengertian kebijakan sosial ini selaras dengan pengertian perencanaan sosial yang dikemukakan oleh conyers (1992), bahwa perencanaan sosial adalah perencanaan perundang-undangan tentang pelayanan kesejahteraan sosial yang pertama kali muncul di Eropa Barat dan Amerika Utara. Pengertian perencanaan sosial diintegrasikan secara meluas, di masyarakat Barat berkembang anggapan bahwa perencanaan sosial senantiasa berkaitan erat dengan perencanaan kesejahteraan sosial.

Beberapa pendapat lain tentang kebijakan sosial:

- a. Kebijakan sosial adalah kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan tindakan yang memiliki dampak langsung terhadap kesejahteraan warga negara melalui penyediaan pelayanan sosial atau bantuan keuangan (Rein, 1970)
- b. Kebijakan sosial adalah perencanaan untuk mengatasi biaya sosial peningkatan pemerataan dan pendistribusian pelayanan dan bantuan sosial (Rein, 1970)

- c. Kebijakan sosial adalah strategi tindakan-tindakan atau rencana-rencana untuk mengatasi masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial (Hutman 1981)
- d. Kebijakan sosial kebijakan yang berkaitan dengan kesejahteraan (welfare), baik dalam yang meluas, maupun dalam arti sempit, yang merujuk pada beberapa jenis pemberian pelayanan koleksi tertentu kaitannya koleksi tertentu guna melindungi kesejahteraan rakyat (Spiker 1995)
- e. Kebijakan sosial adalah studi mengenai peranan negara dalam kaitannya dengan kesejahteraan rakyat (Hill.1996).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut, maka kebijakan sosial merupakan bagian dari kebijakan publik yang bertujuan untuk mengangani permasalahan sosial dan dalam pemenuhan kebutuhan sosial bagi masyarakat.

Kata sosial yang mendefenisikan oleh para ahli tersebut, menunjukkan pada manfaat-manfaat TU bantuan-bantuan kesejahteraan sosial (sosial welfare benefits). Manfaat dan bantuan kesejahteraan sosial yang mencakup dalam pengertian ini antara lain meliputi : perlindungan sosial (social assistance) maupun asuransi sosial (social insurance): program pemeliharaan penghasilan: rehabilitasi sosial para penderita cacat ,eks narapidana ,wanita atu pria tuansila ,atau eks penderita penyakit kronis perawatan kesehatan mental ;pendidikan dan pelatihan bagi pengguran,pelayan bagi manusia yang berusia lanjut perawatan dan perlindungan

anak; konseling perkawinan; dan keluarga; serta pelayanan rekreasi dan pengisian waktu luang.

Kebijakan sosial di negara-negara barat sebagian besar menjadi tanggung jawab pemerintah. Ini dikarenakan sebagian besar dana untuk kebijakan sosial dihimpun dari masyarakat (publik) melalui pajak. seperti negara-negara skandinavia di-antaranya Denmark, swedia ,dan norwegia serta negara-negara eropa barat seperti belanda jerman inggris dan prancis pelayanan-pelayanan sosial menjadi bagian integral dari system negara kesejahteraan (Welfare state) yang berfungsi dalam memenuhi kebutuhan dasar dibidang medik untuk segala kelompok usia (anak-anak, remaja ,lanjut usia dan status sosial ekonomi (orang kaya atau miskin).

1. Tabel

Pergesran paradigrama dalam kebijakan publik

ASPEK	GOVERNMENT	GOVER
PROSES PERUMUSAN	Pemerintah Kebijakan	1.pemerintah 2.Stakholder 3. Analisis Kebijakan

		4. Independent <i>Think thank</i>
PENETAPAN KEBIJAKAN	Pemerintah	Pemerintah
ANALISIS KEBIJAKAN	1.Pemerintah 2.public contractor 3.Goverment	1.Stakeholder 2.Analisis kebijakan 3.Independen Think Thank

Namun demikian, seperti ditunjukkan oleh tabel 2.1, terjadinya pergeseran paradigma dalam ketatanegaraan dan kebijakan publik dari government ke governance (tata kelola), kebijakan sosial dipandang bukan lagi sebagai dominasi pemerintah. Makna publik juga bergeser dari penguasa orang banyak yang diidentikkan dengan pemerintah, ke bagi kepentingan orang banyak yang identik dengan istilah stakeholder atau pemangku kepentingan.

Para analis kebijakan dan kelompok pemikir yang independen kemudian muncul sebagai profesi baru yang banyak berperan mengkritisi beroperasinya kebijakan sosial dan kemudian mengajukan saran-saran perbaikannya demi terwujudnya *good governance* sejalan dengan menguatnya semangat demokratisasi, *civil society* dan transparansi.

Dalam konteks pembangunan sosial, kebijakan sosial merupakan suatu perangkat, mekanisme, dan sistem yang dapat mengarahkan dan menterjemahkan tujuan-tujuan pembangunan. Kebijakan sosial senantiasa berorientasi kepada pencapaian tujuan sosial. Tujuan sosial ini mengandung dua pengertian yang

saling terkait, yakni: memecahkan masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial.

a. Tujuan Kebijakan Sosial

Tujuan pemecahan masalah itu mengandung arti mengusahakan atau mengadakan perbaikan karena ada sesuatu keadaan yang tidak diharapkan (misalnya kemiskinan) atau kejadian yang bersifat destruktif atau patologis yang mengganggu dan merusak tatanan masyarakat (misalnya kenakalan remaja). Tujuan pemenuhan kebutuhan mengandung arti menyediakan pelayanan-pelayanan sosial yang diperlukan, baik dikarenakan adanya masalah maupun tidak ada masalah, dalam arti bersifat pencegahan (mencegah terjadinya masalah, mencegah tidak terulang atau timbul lagi masalah, atau mencegah meluasnya masalah) atau pengembangan (meningkatkan kualitas suatu kondisi agar lebih baik dari keadaan sebelumnya). Secara lebih rinci, tujuan kebijakan sosial (Suharto, 2005:60), adalah:

- 1) Mengantisipasi, mengurangi, atau mengatasi masalah sosial yang terjadi di masyarakat.
- 2) Memenuhi kebutuhan individu, keluarga, kelompok atau masyarakat yang tidak dapat mereka penuhi secara sendiri-sendiri melainkan harus melalui tindakan kolektif.
- 3) Meningkatkan hubungan intrasosial manusia dengan mengurangi kedisfungsian sosial individu atau kelompok yang disebabkan oleh faktor internalnya-personal ataupun eksternal-struktural.

- 4) Meningkatkan situasi dan lingkungan sosial-ekonomi yang kondusif bagi upaya pelaksanaan peranan sosial dan pencapaian kebutuhan masyarakat sesuai dengan hak, harkat dan martabat manusia.

Mengacu pada Dunn (1991), analisis kebijakan sosial adalah ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode penelitian dan argumentasi untuk menghasilkan informasi yang relevan dalam analisis masalah sosial yang mungkin timbul akibat diterapkannya suatu kebijakan. Ruang lingkup dan metode analisis kebijakan umumnya bersifat deskriptif dan faktual mengenai sebab dan akibat suatu kebijakan. Analisis kebijakan sosial, merujuk Quade (1995), adalah suatu jenis penelaahan yang menghasilkan informasi sedemikian rupa yang dapat dijadikan dasar pertimbangan para pembuat kebijakan dalam memberikan penilaian terhadap penerapan kebijakan sehingga diperoleh alternatif terhadap perbaikannya. Kegiatan analisis kebijakan dapat bersifat formal dan hati-hati yang melibatkan penelitian mendalam terhadap isu atau masalah yang berkaitan dengan evaluasi suatu program yang akan ataupun telah dilaksanakan. Namun demikian, beberapa kegiatan analisis kebijakan dapat pula bersifat informal yang melibatkan tidak lebih dari sekedar kegiatan berfikir secara cermat dan hati-hati mengenai dampak kebijakan terhadap kehidupan masyarakat.

Analisis kebijakan sosial dapat diartikan sebagai usaha yang terencana dan sistematis dalam membuat analisis akurat mengenai konsekuensi kebijakan

sosial, baik sebelum maupun sesudah kebijakan tersebut diimplementasikan (Suharto, 2004a; lihat Sheafor, Horejsi dan Horejsi, 2000). Menurut Dunn (1998:117-123) ada tiga model analisis kebijakan, yaitu model prospektif, retrospektif dan model integratif.

1. Model prospektif adalah bentuk analisis kebijakan yang mengarahkan kajiannya pada konsekuensi kebijakan 'sebelum' suatu kebijakan diterapkan. Model ini dapat disebut sebagai model prediktif, karena seringkali melibatkan teknik-teknik peramalan (forecasting)
2. Model retrospektif adalah analisis kebijakan yang dilakukan terhadap akibat kebijakan 'setelah' suatu kebijakan diimplementasikan. Model ini biasanya disebut sebagai model evaluatif, karena banyak melibatkan pendekatan evaluasi terhadap dampak kebijakan yang sedang atau telah diterapkan
3. Model integratif adalah model perpaduan antara kedua model itu. Model ini kerap disebut sebagai model komprehensif atau model holistik, karena analisis dilakukan terhadap konsekuensi kebijakan yang mungkin timbul, baik sebelum maupun sesudah suatu kebijakan di-operasikan. Model analisis kebijakan ini biasanya melihat teknik per-amalan dan evaluasi secara terintegrasi.

Penelaahan terhadap kebijakan sosial, yang menggunakan model prospektif, retrospektif, dan integratif, didasari oleh prinsip atau patokan umum yang membentuk kerangka analisis. Kerangka analisis tersebut secara umum berpijak

pada dua pedoman, yaitu fokus dan parameter analisis. Analisis kebijakan dapat difokuskan kedalam berbagai asas. Namun, tiga fokus utama yang umumnya dipilih dalam analisis kebijakan sosial meliputi:

1. Definisi masalah sosial, perumusan atau pernyataan masalah sosial yang akan direspon atau ingin ditanggulangi oleh kebijakan.
2. Implementasi kebijakan sosial, pernyataan mengenai cara atau metode dengan mana kebijakan sosial tersebut diimplementasikan atau diterapkan. Implementasi kebijakan juga mencakup operasi alternatif kebijakan yang dipilih melalui beberapa program atau kegiatan.
3. Akibat-akibat kebijakan sosial berbagai pertimbangan mengenai konsekuensi kebijakan atau akibat yang mungkin timbul sebagai dampak diterapkannya suatu kebijakan sosial. Konsekuensi atau dampak yang ditimbulkan oleh kebijakan bisa bersifat positif maupun negatif biaya. Akibat kebijakan bisa diprediksi sebelum kebijakan di implementasikan (model prospektif), sesudah diimplementasikan (model retrospektif), ataupun sebelum dan sesudah di implementasikan (model integratif).

Dalam analisis ketiga fokus tersebut, diperlukan pendekatan atau parameter analisis yang dapat dijadikan basis bagi pengambilan keputusan atau pilihan kebijakan.

1. Penelitian dan rasionalisasi yang dilakukan untuk menjamin keilmiahan dari analisis yang dilakukan. Penelitian dan rasionaliasasi merupakan dua aspek yang berbeda, namun saling terkait. Penelitian menunjukkan pada

pengetahuan yang diperoleh melalui observasi dan eksperimen yang dapat membantu membuat pilihan-pilihan kebijakan. Rasionalisasi menunjuk pada logika dan konsistensi internal. Misalnya, apakah berbagai bagian kebijakan berkaitan secara rasional? Apakah kebijakan sudah bersifat konsisten secara logis dan internal?

2. Orientasi nilai yang dijadikan patokan atau kriteria untuk menilai kebijakan sosial tersebut berdasarkan nilai baik dan buruk. Nilai-nilai merupakan keyakinan dan opini masyarakat mengenai baik dan buruk. Nilai juga merupakan sesuatu yang diharapkan atau kriteria untuk membuat keputusan mengenai sesuatu yang diharapkan.
3. Pertimbangan politik yang umumnya dijadikan landasan untuk menjamin keamanan dan stabilitas. Politik berkenaan dengan suatu cara bagaimana kebijakan-kebijakan dirumuskan dikembangkan dan diubah dalam konteks demokrasi. Lebih khusus lagi, politik menunjuk pada individu-individu dan kelompok-kelompok kepentingan yang berpartisipasi atau berusaha memengaruhi proses perumusan dan pengembangan kebijakan.

4. BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan)

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Soisial Kesehatan) merupakan Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan jaminan Kesehatan

Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan besar-ta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa.

BPJS Kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional_ (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014. BPJS Kesehatan sebelumnya bernama Askes (Asuransi Kesehatan), yang dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero), namun sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. Askes Indonesia berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014.

Setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang sudah bekerja di Indonesia dan warga asing yang sudah bekerja di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi anggota BPJS. Ini sesuai pasal 14 UU BPJS. Setiap perusahaan wajib mendaftarkan pekerjaan sebagai anggota BPJS. Sedangkan orang atau keluarga yang tidak bekerja pada perusahaan wajib mendaftarkan diri dan anggota keluarganya pada BPJS. Setiap peserta BPJS akan di Tarik iuran yang besarnya ditentukan kemudian. Sedangkan bagi warga miskin, iuran BPJS ditanggung pemerintah melalui program bantuan iuran.

Menjadi peserta BPJS tidak hanya wajib bagi pekerja disektor formal namun juga pekerja informal .pekerja informal juga wajib menjadi anggota BPJS kesehatan .para pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan membayar iuran sesuai dengan tingkatan manfaat yang diinginkan.

1. Visi dan Misi Bpjs Kesehatan

a. Visi

Terwujudnya jaminan Kesehatan (JKN-KIS) yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019 berlandaskan gotong royong yang berkeadilan melalui BPJS kesehatan yang handal ,unggul dan terpercaya.

b. Misi

- 1) Meningkatkan kualitas layanan yang ke-pada peserta, pemberi pelayanan kesehatan dan pe-mangku kepentingan lainnya melalui sistem kerja yang efektif dan efesien.
- 2) Memperluas kepesertaan JKN-KIS mencakup seluruh Indonesia paling lambat 1 januari 2019 melalui peningkatan kemitraan denagn seluruh pemangku kepentingan dan mendorong partisipasi masyarakat serta mening-katkan kepatuhan kepesertaan.
- 3) Menjaga kesinambungan program JKN-KIS dengan mengoptimalkan kolektibilitas iuran sistem pembayaran

fasilitas kesehatan dan pengelolaan keuangan secara transparan dan akuntabel.

- 4) Memperkuat kebijakan dan implementasi program JKN-KIS melalui peningkatan kerja sama antara lembaga kemitraan koordinasi dan komunikasi dengan seluruh pemangku kepentingan.
- 5) Memperkuat kapasitas dan tata kelola organisasi dukungan SDM yang profesional, penelitian, perencanaan dan evaluasi pengelolaan proses bisnis dan manajemen risiko yang efektif dan efisien serta infrastruktur dan teknologi informasi yang handal.

B. Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu ini menjadi salah satu acuan penulis dalam melakukan penelitian sehingga penulis dapat memperkaya teori yang digunakan dalam mengkaji penelitian yang dilakukan. Dari penelitian terdahulu, penulis tidak menemukan penelitian dengan judul yang sama seperti judul penelitian penulis. Namun penulis mengangkat beberapa penelitian sebagai referensi dalam memperkaya bahan kajian pada penelitian penulis. Berikut merupakan penelitian terdahulu berupa beberapa jurnal terkait dengan penelitian yang dilakukan penulis.

No	Nama	Judul	Tahun	Hasil Penelitian
1.	Andreas g.ch tampi	Dampak Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Masyarakat di Kelurahan Tingkulu	2016	dari hasil penelitian tampak bahwa pelayanan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan (bpjs-kesehatan) sudah baik, namun demikian masih terdapat beberapa keluhan dari masyarakat khusus-nya peserta bpjs kesehatan. Khususnya, cara pelayanan pe-ngambilan kartu bpjs yang hanya dipusatkan pada kantor utama di teling, sehingga antrian sangat panjang dan memakan waktu yang cukup lama untuk dilayani, selain itu penjelasan dari pelaksana kurang jelas sehingga para calon peserta Bpjs kesehatan harus bolak-balik untuk melengkapi berkas
2.	Zeithaml	Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan	2005	Bahwa semestinya petugas ataupun pegawai yang bersikap baik dalam memberikan

		(Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Di Puskesmas Kota Wilayah Utara Kota Kediri		<p> pelayanan dan menunjukkan rasa perhatian sopan karena merupakan salah satu penentu pelayanan tersebut berkualitas ataupun tidak. Dimensi kualitas pelayanan untuk mengukur tingkat keberhasilan dalam memberikan pelayanan. </p>
--	--	--	--	--

Apa yang telah dijabarkan pada tabel diatas telah menuai adanya permasalahan terkait pelayanan kesehatan terutama bagi peserta JKN-KIS yang seringkali mendapat perlakuan kurang baik atas hak kesehatannya. Selain itu, beberapa pihak rumah sakit cenderung tidak memenuhi standar kualitas pelayanan kesehatan.

Kegiatan pelayanan umum diharapkan pada terselenggaranya pelayanan untuk memenuhi kepentingan umum atau kepentingan perorangan, melalui cara-cara yang tepat dan memuaskan pihak yang dilayani. Supaya pelayanan umum berhasil baik unsur pelaku sangat menentukan, Pelaku dapat berbentuk badan atau organisasaasi yang bertanggungjawab atas terselenggaranya pelayanan dan manusia sebagai pegawai. Pelayanan dapat berjalan baik jika pemerintah selaku penyelenggara pelayanan publik memiliki orientasi yang benar mengenai akikat dari suatu kedudukannya sebagai abdi masyarakat dan menganggap masyarakat sebagai klien yang harus senantiasa dijaga kepuasan atas pelayanan yang telah diberikan kepada mereka.

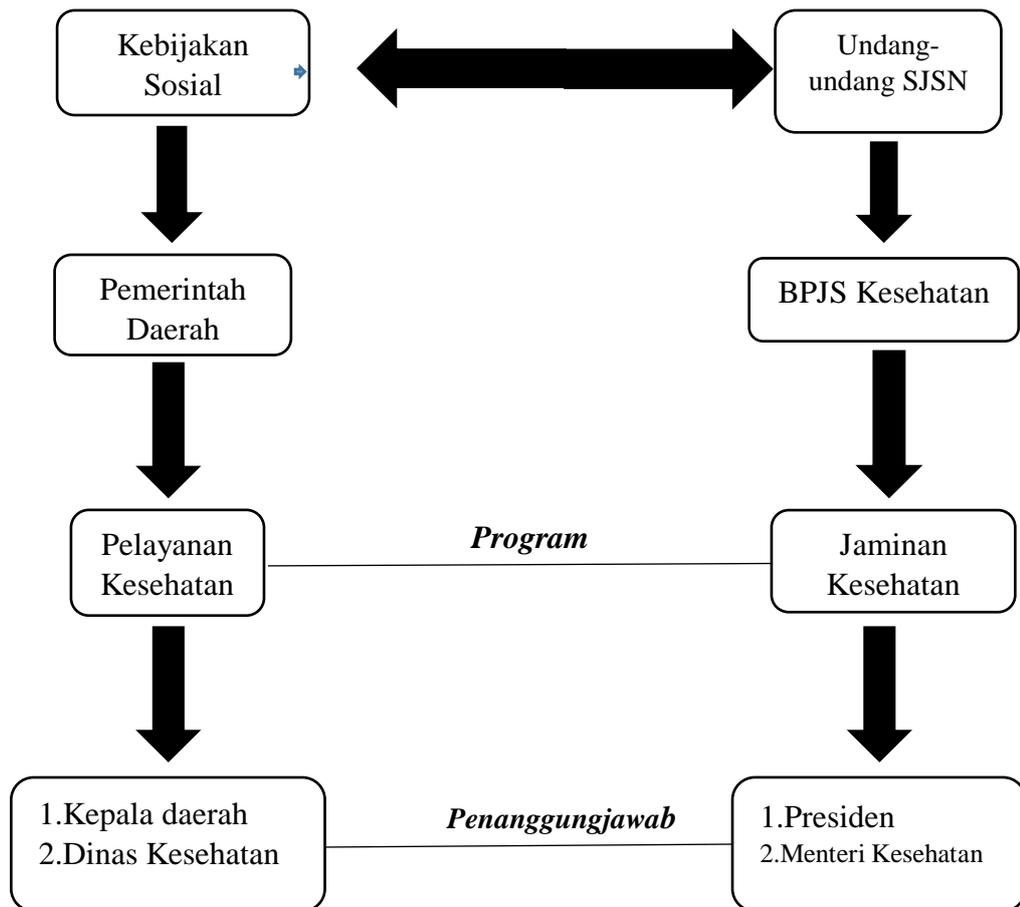
C. Kerangka Konseptual

Proses teoritis berkaitan dengan kegiatan untuk menjelaskan masalah dengan menggunakan teori yang relevan, serta menyusun kerangka teoritis/kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian.

Konsep adalah abstraksi atau gambaran yang dibangun dengan menggeneralisasi suatu pengertian. Konsep tak bisa diamati, tak bisa diukur secara langsung. Agar bisa diamati konsep harus dijabarkan dalam variabel-variabel. Misalnya, konsep ilmu alam lebih jelas dan konkrit, karena dapat diketahui dengan paca indera. Sebaliknya, banyak konsep ilmu-ilmu sosial menggambarkan fenomena sosial yang bersifat abstrak dan tidak segera dapat dimengerti. Seperti konsep tentang tingkah laku, kecemasan, kenakalan remaja dan sebagainya. Oleh karena itu perlu kejelasan konsep yang dipakai dalam penelitian.

Kerangka konsep merupakan susunan konstruksi logika yang diatur dalam rangka menjelaskan variabel yang diteliti. Dimana, kerangka ini di rumuskan untuk menjelaskan konstruksi aliran logika untuk mengkaji secara sistematis kenyataan empirik. Kerangka pemikiran/kerangka konseptual ini ditujukan untuk memper-jelas variabel yang diteliti sehingga elemen pengeukurnya dapat dirinci secara kongkrit. Maka dari itu penulis menghadirkan kerangka konseptual sebagai berikut:

Gambar Kerangka Konseptual



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Dilakukan dengan cara pengamatan langsung dan wawancara mendalam dengan informan yang ditentukan secara bertujuan oleh penulis. Kemudian, data yang ditemukan dari hasil wawancara dan pengamatan tersebut akan dianalisis secara kualitatif.

B. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober hingga November tahun 2017 dan berlokasi di wilayah Kabupaten Gowa, Provinsi Sulawesi-Selatan.

C. Tipe dan Dasar Penelitian

Dasar penelitian yang dilaksanakan adalah studi kasus, yaitu penelitian yang digunakan dan dilakukan secara intensif terperinci dan mendalam terhadap suatu objek, dalam hal ini terkait dengan tipe penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, yaitu penelitian dengan memberikan gambaran secara jelas dan sistematis terkait dengan objek yang diteliti demi memberi informasi dan data yang valid terkait dengan fakta dan fenomena yang ada di lapangan.

Penelitian ini didasari dengan maksud untuk menggambarkan secara deskriptif bagaimana sistem pelayanan kesehatan bagi pengguna Bpjs kesehatan. Hal-hal tersebutlah yang menjadi fokus dan dikaji serta dianalisis secara

deskriptif kualitatif dalam penelitian ini.

D. Teknik Penentuan Informan

Informan adalah pihak yang ditentukan oleh peneliti yang akan memberikan informasi terkait objek yang akan diteliti. Penentuan informan dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, atau dikenal dengan teknik penentuan sampel bertujuan, yaitu penentuan informan dengan mencari tahu siapa tokoh yang memiliki pengetahuan yang mapan terkait masalah yang diteliti. Teknik penentuan informan dalam hal ini ditempuh dengan mencari pihak yang terlibat langsung dengan Bpjs kesehatan, dalam hal ini adalah masyarakat pengguna Bpjs Kesehatan. Seperti itulah proses penentuan informan hingga mendapatkan informasi yang sesuai dengan masalah yang diteliti.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Observasi

Observasi yaitu teknik pengumpulan data dengan melihat kondisi dan realitas secara langsung di lapangan. Dengan teknik ini, peneliti melakukan kunjungan langsung ke lokasi penelitian yang dijadikan oleh peneliti sebagai basis penelitian yang berlokasi di Desa Bontobiraeng Selatan Kabupaten Gowa.

2. Wawancara

Teknik pengumpulan data ini dilakukan dengan mengajukan pertanyaan secara lisan dan langsung (bertatap muka) dengan informan yang telah ditetapkan. Dengan tujuan mendapatkan informasi secara lengkap, mendalam, dan komprehensif sesuai dengan tujuan penelitian, serta mencari tahu tentang permasalahannya dengan orang-orang sekitar tempat penelitian. Pertanyaan

yang diajukan peneliti berupa pertanyaan lisan dengan tetap merujuk pada pedoman wawancara yang ada, dan jawaban informan dijawab secara lisan.

Wawancara mendalam dilakukan oleh peneliti kepada informan yang terpilih sebagai sebuah teknik untuk mengumpulkan data. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran terkait dengan masalah yang diteliti agar peneliti dapat memperoleh data yang mendukung validitas hasil penelitian yang dilaksanakan.

3. Dokumentasi

Dokumentasi berupa foto-foto, arsip-arsip kegiatan, serta berkas lainnya yang mengabadikan moment yang terkait dengan objek penelitian.

F. Teknik Analisi Data

Teknik analisis data yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah teknik analisis deskriptif kualitatif, yaitu data yang diperoleh dari hasil penelitian dengan menggunakan beberapa teknik pengumpulan data yang telah dikemukakan sebelumnya, akan dianalisis dengan metode menyusun data yang diperoleh kemudian diinterpretasikan dan dianalisis sehingga memberikan informasi demi menjawab fokus permasalahan yang menjadi inti dari penelitian yang dilaksanakan secara lebih rinci.

berikut akan diuraikan bagaimana tahapan yang dilakukan oleh peneliti dalam menganalisa penelitian kualitatif :

1. Mengorganisasikan data

Data terkait sistem pelayanan kesehatan bagi pengguna Bpjs kesehatan yang diperoleh peneliti dengan menggunakan berbagai teknik khususnya dari hasil

wawancara mendalam yang dituliskan dan direkam oleh peneliti, kemudian dibuat transkripnya dengan mengubah data berupa rekaman menjadi data yang tertera dalam bentuk uraian tertulis. Data yang terpilih kemudian dibaca berulang-ulang oleh peneliti untuk mendapatkan gambaran hasil yang jelas.

2. Pengelompokan data

Pada fase pengelompokan data, berdasarkan kerangka teori dan pedoman wawancara, peneliti menyusun sebuah kerangka awal analisis sebagai acuan dan pedoman dalam melakukan pengkodean data. Dengan pedoman ini, peneliti kemudian membaca kembali transkrip wawancara dan melakukan coding, melakukan pemilihan data yang relevan dengan pokok pembicaraan. Data yang relevan diberi kode dan penjelasan singkat kemudian dikelompokkan dan dikategorikan berdasarkan kerangka analisis yang telah dibuat. Perlu dipahami bersama bahwa di fase inilah semua data yang diperoleh peneliti di lapangan melalui beberapa teknik pengumpulan data yang digunakan, dikelompokkan berdasarkan yang dibutuhkan oleh peneliti. Hal ini ditempuh untuk menentukan apakah data yang telah didapatkan bisa menjawab rumusan masalah penelitian.

3. Menguji asumsi atau permasalahan yang ada terhadap data

Pada tahap ini, kategori yang telah didapat melalui analisis ditinjau kembali berdasarkan tinjauan teori yang digunakan, sehingga dapat diuji apakah ada kesamaan antara landasan teoritis dengan hasil yang diperoleh. Selain itu, peneliti melihat dari data yang dikelompokkan, apakah data tersebut sesuai dengan asumsi yang dikembangkan oleh peneliti tentang masalah yang dikaji itu

sesuai atau tidak dengan temuan di lapangan.

4. Mencari alternatif penjelasan bagi data

Dalam tahap ini, peneliti melakukan penjelasan terkait data yang telah diperoleh. Tak hanya itu, peneliti juga mencari alternatif penjelasan lain karena bisa saja ditemukan adanya hal baru yang berbeda dengan kesimpulan awal yang didapatkan atau menyimpang dari asumsi terkait sistem pelayanan kesehatan bagi pengguna kesehatan Bpjs yang semula dikembangkan peneliti dan tidak pernah terfikirkan sebelumnya. Tahap penjelasan ini dibantu dengan berbagai referensi teoritis untuk memudahkan peneliti dalam menarik sebuah kesimpulan penelitian.

5. Menuliskan Hasil Penelitian

Tahap akhir adalah penulisan hasil penelitian yakni peneliti mulai menuliskan hasil penelitian yang didapatkan di lapangan untuk mengantarkan peneliti dalam merumuskan sebuah kesimpulan tentang bagaimana gambaran masalah yang diteliti.

BAB IV

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

A. Sejarah Berdirinya Desa Bontobiraeng Selatan

Berdasarkan namanya Bontobiraeng Selatan terdiri dari tiga suku kata yaitu Bonto, berarti bukit ini melambangkan suatu mitos bahwa selalu di atas dalam hal apapun. Biraeng berarti beringin adalah pohon yang kokoh dan kuat dan mempunyai akar dan dahan ketanah yang akan membuat pohon beringin ini menjadi kuat dan kokoh dan tidak tumbang walaupun diterpa badai. Ini menimbulkan mitos bahwa hubungan antara pemimpin dan masyarakatnya tetap langgeng walaupun men-ghadapi masalah, sedangkan selatan diambil berdasarkan hasil pemecahan desa induk yang sebelumnya yakni bontobiraeng yang berpindah ke utara Taipale'leng dengan Nama asli Desa Bontobiraeng ada di Selatan.

Desa Bontobiraeng sebelumnya adalah Desa Bontobiraeng, kecamatan Bontonompo Kabupaten Gowa yang di pimpin oleh kepala desa yang kemudian di pecah menjadi dua desa. Desa Bontobiraeng Selatan dan Desa Bontobiraeng, Desa Bontobiraeng yang berkedudukan di Taipale'leng adalah menjadi desa induk dan pemekaran pada tahun 2000. Desa Bontobiraeng Selatan pada saat ini dipimpin oleh Kepala Desa bernama Rusdi Mattoreang yang telah menjabat dua periode. Dan dalam dua jabatan yang memuat dua periode dengan melihat pertumbuhan penduduk yang semakin pesat maka Desa Bontobiraeng Selatan melakukan pemekaran tiga dusun yakni:

1. Dusun Anassappu

2. Dusun Kacci-kacci
3. Dusun Kaleanassppu

Sejarah berdirinya Desa Bontobiraeng Selatan dituangkan dalam suatu keputusan Desa No 20/DB/UI/2000 yakni:

1. Tentang rancangan pemekaran Desa Bontobiraeng Selatan, Kecamatan Bontonompo Kabupaten Gowa yang di laksanakan pada tanggal 14 juni 2000 dengan hasil musyawarah LMD Desa Bontobiraeng yang membahas.
 - a. Rancangan pemekaran Desa Bontobiraeng
 - b. Batas-batas desa dan pemekaran
 - c. Nama desa pemekaran persiapan
2. Rapat musyawarah berlangsung dengan aman tertib dan lancar dimana setelah mendengar masukan, saran dan pendapat dari peserta rapat maka dapat disimpulkan sebagai berikut:
 - a. Disepakati untuk pemekaran Desa Bontobiraeng dengan membagi desa
 - 1) Desa induk meliputi Dusun Taipale'leng dan Dusun persiapan-an Kokowa
 - 2) Desa pemekaran persiapan meliputi Dusun Anassppu dan Dusun Kacci-kacci
 - b. Desa pemekaran tersebut diberi nama Desa persiapan Bontobiraeng Selatan

- c. Secara mufakat para peserta menyetujui keputusan dan kesimpulan rapat tersebut diatas. Dan ditetapkan pada tanggal 14 juli 2000.

Pada rapat pemekaran desa, di kantor Desa Bontobiraeng di sepakati dan diajukan bahwa M.Rusdi Mattoreang sebelumnya adalah sekretaris desa yang aman tentram dan berkesinambungan, budaya dan sosial politik masyarakat meski harus disadari bahwa masih banyak yang harus di capai desa ini bersama sama oleh karena itu, pemerintah desa dan badan permusyawaratan desa selau mendampingi masyarakat dal setiap kegiatan. Desa Bontobiraeng Selatan bagian dari daerah Kabupaten Gowa yang khususya di Kecamatan Bontonompo baik sebagai subjek maupun objek pada tingkat desa yang mendukung pelaksanaan pembangunan desa yang terus berkelanjutan demi masa depan Kabupaten Gowa pada umumnya.

3. Visi dan misi Desa Bontobiraeng Selatan

a. Visi

“Terwujudnya Desa Bontobiraeng Selatan ynag dinamis, kondusif, beragama, bersih, dan berkarakteristik yang kuat denagan berbasis pada potensi sumber daya manusia dan sumber daya alam”.

b. Misi

- 1) Membangun dan mendorong majunya bidang pendidikan baik formal maupun non formal yang sudah diaskes dan dinikmati seluruh warga masyarakat tanpa terkecuali, membangun dan mendorong terciptanya pendidikan yang menghasilkan insan intelektual, inovatif dan interprenatur.

- 2) Menjamin dan mendorong usaha-usaha terciptanya pembangunan disegala bidang yang berwawasan lingkungan dan keberencanaan sehingga terjadi keberlanjutan usaha-usaha pembangunan dan pemanfaatannya serta mengoptimalkan pelestarian lingkungan hidup.
- 3) Membangun dan mendorong pembangunan infrastruktur yang menunjang dan mengembangkan usaha-usaha sektor pertanian, perkebunan, peternakan baik pada tahap produksi maupun pengelolaan hasilnya sampai pemasaran.
- 4) Mengembangkan partisipasi aktif masyarakat, semakin berdayaguna dan semakin tumbuhnya kesadaran masyarakat untuk ikut serta terintegrasi dan terpadu mengambil bagian pada seluruh dimensi kehidupan masyarakat di Desa Bontobiraeng Selatan dan meningkatkan kualitas, kapasitas, sumber daya manusia dengan moral dan ahlak yang tinggi serta keterampilan yang memadai.
- 5) Mengkatkan perekonomian dan berfokus pada usaha kecil menengah (UKM) dalam segala hal baik permodalan, keterampilan, mengemas maupun pemasaran untuk menambah pendapatan keluarga.
- 6) Meningkatkan kelembagaan serta peran pemerintah desa dan masyarakat serta membuka lebar hubungan kerjasama baik antar desa maupun pihak lain.

- 7) Mengoptimalkan kesadran hukum masyarakat dan menghentikan kinerja petugas keamanan yang ada di desa (hansip) untuk terciptanya desa yang kondusif.
- 8) Peningkatan produksi pertaniandengan menggunakan teknologi tepat guna dan irigasi yang memadai.

B. Keadaan Geografis Desa

Desa Bontobiraeng Selatan berdaa 34 kilometer dari ibu Kota propinsiatau 21 kilometer dari Kota sungguminasa ibu Kota Kabupaten Gowa atau 3 kilometer dari ibu Kota Kecamatan Bontonompo. Desa Bontobiraeng Selatan denagn luas wilayah 1,45km.

Batas-batas wilayah Desa Bontobiraeng Selatan yaitu:

1. Sebelah utara berrbatasan dengan Desa Bontobiraeng Utara Kecamatan Bontonompo.
2. Sebelah timu berbatasan dengan Kelurahan Bontonompo Kecamatan Bontonompo
3. Sebelah selatan berbatasan deangan Desa Kale Barembeng Kecamatan Bontonompo
4. Sebelah Barat berbatasan deangan Desa Romanglasa Kecamatan Bontonompo

C. Keadaan Demografis

Keadaan demografis Desa Bontobiraeng Selatan dapat dilihat dari tabel di bawah ini. Yang menyangkut mata pencaharian penduduk, potensi peternakan desa, kemilikan kendaraan bermotor, bahan bakar yang di

gunakan sampai peneragan yang di guankan penduduk yaitu sebagai berikut:

1. Mata pencarian penduduk Desa Bontobiraeng Selatan

Tabel 4.1 Mata pencarian penduduk Desa Bontobiraeng Selatan

No	Jenis pekerjaan	Jumlah KK
1.	PNS	73
2.	TNI	3
3.	POLRI	5
4	PENSIUNAN	53
5.	Pedagang	15
6.	Petani	713
7.	Pertukangan	4
8.	Wiraswastan	68
9.	Sopir	24
10	Ojek	5
11.	Perbengkelan	6
12.	Karyawan swasta	77
13	Tenaga honorer	77
14.	Satpol pp	7
15.	Pekerja lepas	300
	1430	

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

2. Potensi peternakan di Desa Bontobiraeng Selatan

Tabel 4.2 peternakan di Desa Bontobiraeng Selatan

No	Potensi peternakan	Jumlah ekor	Keterangan
1.	Ternak sapi	12	
2.	Ternak kerbau	5	
3.	Ternak itik	5	
4.	Ternak Ayam	5	Ayam potong
.			

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

3. Pemilik kendaraan

Tabel 4.3 Kepemilikan bermotor dan Roda Empat

No	Jenis kendaraan	Volume	Anassappu	Kacci-kacci	Kaleanssappu
1.	Pemilik kendaraan roda empat	92	52	32	8
2.	Pemilik kendaraan roda dua	686	302	258	126
3.	Hand tractor	78	35	24	19
	Jumlah	856	389	314	153

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

4. Bahan bakar yang di gunakan penduduk

Tabel 4.4 bahan bakar yang di gunakan masyarakat Desa Bontobiraeng Selatan

No	Uraian	Jumlah
1.	Rumah tangga yang menggunakan minyak tanah untuk bahan bakar	2
2.	Rumah tangga yang menggunakan kayu bakar untuk bahan bakar	9
3.	Rumah tangga yang menggunakan gas untuk bahan bakar	
		729

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

5. Penerang yang di gunakan penduduk

Tabel 4.5 penerang penduduk Desa Bontobiraeng Selatan

No	Uraian	Jumlah
1.	Rumah tangga yang menggunakan lampu listrik	740
2.	Ruamh tangga yang menggunakan lampu minyak	-
3.	Rumah tangga yang menggunakan listrik a. Tenaga diesel b. Tenaga surya c. Tenaga sumber air	-
		740

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

D. Keadaan Statistik Dan Budaya Sosial

Desa Bontobiraeng Selatandengan jumlah penduduk 3050 jiwa berdasarkan daftar keluarga tahun 2017 yang terdiri dari laki-laki 1.500 jiwa perempuan 1550 jiwa dengan jumlah penduduk (KK) 849 kk dengan menganut agama islam 100 persen. Adapun keadaan statisti budaya Desa Bontobiraeng Selatan antara lain sebagai berikut:

Tabel 4.6 keadaan dan jumlah penduduk Dusun Desa Bontobiraeng Selatan

No	Wilayah lingkungan/Dusun	Laki-laki	Perempuan	Jumlah penduduk
1.	Dusun Anassappu	664	675	366
2.	Dusun Kacci-kacci	520	563	321
3	Dusun Kaneanassappu	316	312	162
		1500	1550	849

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

Tabel 4.7 Komposisi jumlah Kepala keluarga (KK) Desa Bontobiraeng Selatan

No	Wilyah lingkungan/Dusun	Jumlah KK
1.	Dusun Anassappu	366
2.	Dusun Kacci-kacci	321
3.	Dusun Kaneanassappu	162
	Jumlah	849

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

Tabel 4.8 keadaan jumlah penduduk Desa Bontobiraeng Selatan menurut golongan umur

No	Golongan umur	Laki-laki (jiwa)	Perempuan (jiwa)	Jumlah
1.	0-3	106	102	208
2.	4-6	75	71	146
3.	7-12	171	136	307
4.	13-15	125	97	222
5.	16-22	170	170	340
6.	23-45	486	523	1.009
7.	46-60	248	272	520
8.	61 ke atas	119	179	298
	jumlah	1.500	1550	3.050

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

Tabel 4.9 Prasarana pendidikan formal Desa Bontobiraeng Selatan

No	Prasarana	Jumlah
1.	PAUD	2 unit
2.	TK	2 unit
3.	SD	1 unit
4.	MI	2 unit
5.	TK/TPA	7 unit
	Jumlah	14 unit

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

Tabel 4.11 Kaeadaan tingkat pendidkan Desa Bontobiraeng Selatan

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah
1.	Tamat SD	552
2.	Tamat SLTP	409
3.	Tamat SLTA	596
4.	Tamat perguruan tinggi	227
5.	Tidak tamat sekolah	148
6.	Sementara SD	327
7.	Semntara SLTP	115
8.	Sementara SLTA	119
9.	Sementara kuliah	108
10	Belum sekolah	314
11.	Tidak pernah sekolah	85
	Jumlah	3050

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

Tabel 4.12 Sarana dan prasaran Desa Bontobiraeng Selatan

No	Sarana	jumlah
1.	Pustu	1 unit
2.	Posyandu	3 unit
	Jumlah	4 unit

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

Tabel 4.13 Sarana peribadatan Desa Bontobiraeng Selatan

No	Sarana	jumlah
1.	Mesjid	6 unit
2.	Mushollah	2 unit
3.	TK/TPA	7 unit
	Jumlah	15 unit

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

Tabel 4.14 Prasarana jalanan darat yang ada di Desa Bontobiraeng Selatan

No	Kelas jalan	Panjang	Kondisi
1.	Jalan Kabupaten	2300 m	Aspal
2.	Jalan Desa	1400 m	Paving/perkerasan
3.	Jalan Dusun	1500 m	Paving tanah
		52000 m	

(Sumber dari Desa Bontobiraeng Selatan)

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pembahasan pada BAB V ini didasarkan pada seluruh data yang berhasil dihimpun pada saat penulis melakukan penelitian lapangan di Desa Bontobiraeng Selatan, Kecamatan Bontonompo, Kabuten Gowa. Data yang dimaksud dalam hal ini merupakan data primer yang bersumber dari jawaban para informan dengan menggunakan pedoman wawancara atau wawancara secara langsung sebagai media pengumpulan data yang dipakai untuk keperluan penelitian. Dari data ini diperoleh beberapa jawaban menyangkut tentang bagaimana Kebijakan Sosial Pemerintah tentang integrasi pelayanan di Desa Bontobiraeng Selatan dan bagaimana pelaksanaan Bpjs Kesehatan di Desa Bontobiraeng Selatan.

A. Deskripsi Informan Penelitian

Jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak enam orang dimana dalam menentukan informan dilakukan dengan cara teknik (*purposive sampling*) yang dipilih secara sengaja berdasarkan kriteria tertentu yaitu masyarakat setempat. Dalam penentuan informan, pertama-tama dipilih satu atau dua orang, tetapi karena dengan dua orang ini belum merasa lengkap terhadap data yang diberikan, maka peneliti mencari orang lain yang dipandang lebih tahu dan dapat melengkapi data yang diberikan oleh dua orang sebelumnya. Begitu seterusnya, sehingga jumlah informan yang peneliti temukan sebanyak enam orang.

Identitas informan yang dipilih didasarkan atas beberapa identifikasi seperti, Nama, Agama, Jenis kelamin, Status dalam keluarga, dan Pekerjaan.

Profil Informan :**1. Informan “SR” (Perempuan)**

Informan WN bekerja sehari-hari menjadi Ibu Rumah Tngga memiliki 1 orang anak, beragama Islam, ia berasal dari Desa Bontobiraeng Selatan sekarang menetap di menetap di Desa Bontobiraeng Selatan.

2. Informan “AT” (Laki-laki)

Informan AT bekerja sehari-hari menjadi Petani 2 orang anak, beragama Islam, ia berasal dari Desa Romanglasa dan sekarang menetap di menetap di Desa Bontobiraeng Selatan.

3. Informan “DN” (Perempuan)

Informan DN bekerja sehari-hari menjadi Ibu Rumah Tngga memiliki 3 orang anak, beragama Islam, ia berasal dari Desa Bontobiraeng Selatan sekarang menetap di menetap di Desa Bontobiraeng Selatan.

4. Informan “AN” (Laki-laki)

Informan AN bekerja sehari-hari menjadi Petani memiliki 3 orang anak, beragama Islam, ia berasal dari Desa Bontobiraeng Selatan sekarang menetap di menetap di Desa Bontobiraeng Selatan.

5. Informan “SR” (Perempuan)

Informan SR bekerja sehari-hari menjadi Ibu Rumah Tangga memiliki 2 orang anak, beragama Islam, ia berasal dari Desa Bontobiraeng Selatan sekarang menetap di menetap di Desa Bontobiraeng Selatan.

6. Informan “SW” (Perempuan)

Informan SW bekerja sehari-hari menjadi Ibu Rumah Tngga memiliki 1 orang anak, beragama Islam, ia berasal dari Desa Bontobiraeng Selatan sekarang menetap di menetap di Desa Bontobiraeng Selatan.

B. Deskripsi Hasil Penelitian

1. Kebijakan Sosial Pemerintah Terkait Pelayanan Kesehatan di Desa Bontobiraeng Selatan

Bontobiraeng selatan adalah salahsatu desa di kecamatan bontonompo yang berbatasan wilayah dengan Desa Bontobiraeng Utara (utara), Kelurahan Bontonompo (timur), Desa Kale Barembeng (selatan), dan Desa Romanglasa (barat). Berdasarkan data tahun 2017 dari Kantor desa Bontobiraeng Selatan, sarana pelayanan kesehatan yaitu Posyandu dan pustu, dengan masing-masing berjumlah 4 unit dan 1 unit. Lokasi atau tempat pelayanan kesehatan tersebut berada didusun Annasappu, Kacci-kacci, dan Kale Anassappu.

Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) dan Pustu (Puskesmas Pembantu) yang ada di desa Bonto Biraeng Selatan merupakan tempat pelayanan kesehatan yang paling sering dan mudah untuk diakses untuk masyarakat. Sehingga, ba-nyak masyarakat memeriksakan kesehatannya, terutama Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk pemeriksaan Ibu Hamil dan pasca melahirkan, dan imunisasi di posyandu. Sedangkan pelayanan KB dan persalinan di Pustu. Tetapi, dalam praktiknya pelayanan kesehatan di Posyandu dan Pustu terbilang sangat lamban dalam penanganannya. Hal ini diperkuat oleh salah seorang narasumber berinisial SN.

Inisial SN mengatakan bahwa:

”Waktu itu mauki melahirkan sampai disana ternyata tidak bidan ataupun perawat di puskesmas jadi setengah mati lagi di cari itu bidan di rumahnya sementara mauma ini melahirkan, sampai di puskesmas itu bidannya na kerjaji tapi 3 hari ka disana tidak ada pembukaan sama sekali jadi terpaksa di bawa ke rumah sakit umum untuk di cesar. Sampai di rumah sakit di marahika lagi sama dokternya karena lama sekaligus baru ke rumah sakitka seharusnya bedeng dari 2 hari yang lalu ji dan karena saya termasuk orang tidak mampu jadi saya punya BPJS JKN-KIS dari pemerintah jadi separuhji saya bayar untuk biaya sesarku itupun banyak persyaratan dan harus di urus yah kalau tidak di urus bayar full begitu mungkin kalau orang tidak adaki pasti di kasi begitu sama pelayanan rumah sakit”. (Wawancara 03 oktober 2017)

Sehingga apa yang menjadi dugaan kami mengenai minimnya pelayanan kesehatan dengan menggunakan BPJS kesehatan pada waktu itu terbukti karena kejadian diatas termasuk kasus terbaru ditahun 2017, dan kasus ini bersamaan dengan upaya pemerintah untuk keluar dari integrasi JKN-KIS. Tetapi, pelayanan yang diberikan oleh dokter Rumah Sakit Umum untuk membantu pasien adalah pelayanan JAMKESDA yang paling potensial. Selain itu pelayanan kesehatan JKN-KIS tidak mesti melalui fasilitas rujukan, karena BPJS Kesehatan memberikan kemudahan dalam hal ini, sebagai salah satu bentuk fasilitas pelayan kepada Peserta.

Pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Desa Bonto Biraeng Selatan yaitu Pustu dan Posyandu. Pelayanan kesehatan merupakan aspek krusial yang melingkupi kehidupan sosial dalam suatu bingkai penguatan kesejahteraan masyarakat. Mengingat, biaya kesehatan sangatlah tinggi untuk bisa memperoleh pelayanan yang maksimal. Adanya pengeluaran yang tidak terduga apabila seseorang terkena penyakit, apalagi tergolong penyakit berat yang menuntut stabilisasi yang rutin seperti hemodialisa atau biaya operasi yang sangat tinggi. Hal ini berpengaruh pada penggunaan pendapatan seseorang dari pemenuhan kebutuhan hidup pada umumnya menjadi biaya perawatan dirumah sakit, obat-obatan, operasi, dan lain lain. Hal ini tentu menyebabkan kesukaran ekonomi bagi diri sendiri maupun keluarga. Sehingga munculah istilah “SADIKIN”, sakit sedikit jadi miskin. Dapat disimpulkan, bahwa kesehatan tidak bisa digantikan dengan uang, dan tidak ada orang kaya dalam menghadapi penyakit karena dalam sekejap kekayaan yang dimiliki seseorang dapat hilang untuk mengobati penyakit yang dideritanya (Humas BPJS Kesehatan, 2013).

Dengan demikian, akses pelayanan melalui kebijakan sosial bagi kelompok masyarakat miskin menjadi prioritas utama pemerintah. SR menuturkan bahwa pemerintah sebaiknya harus senantiasa memperhatikan tingkat pelayanan kesehatan bagi petani yang memiliki pendapatan yang tidak mone-ntu, berikut penuturan dari DN:

Inisial DN mengatakan bahwa:

“kalau saya pendapatku dek kalau biaya kesehatan yang mahal kodong semua orang yang sehat karena apamamo kita ini mau di biayai anak2-anakta mahal semuami apa-apayya sekarang kesehatanka lagi mahal tidak ada ji orang mau sakit kodong tapi apa paeng, nia lebbba keluargaku gara-gara tidak ada uangnya beli obat mahal untuk penyakit gula (diabetes) matiki kodong itumi saya pemerintahya apa mamo antu bisa nu bantukan masyarakat kalau biaya kesehatan juga naikki kodong. (Wawancara oleh SR 04 November 2017)

Tahap pelaksanaan kebijakan seharusnya dapat diawasi dengan baik untuk pencapaian kebutuhan masyarakat yang sesuai hak, harkat dan martabatnya. Karena dalam beberapa kasus di masyarakat seringkali mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai seperti jenis pelayanan kesehatan kelas III, seperti bapak AT yang terpaksa harus menempati ruang perawatan kelas II, alasannya disebabkan kapasitas ruangan perawatan telah mencapai bat-as maksimal, berikut penuturan bapak AT ketika wawancara di kediamannya.

Inisial AT megatakan bahwa:

“Saya pernah mengalami kecelakaan sy di bawa k rumah sakit dan sampai d rumah sakit ternyata tidak ada ruangan perawatan kls III

katanya penuh jadi akhirnya di pindhakanka ke ruangan kelas II dan haruska membayar padahal adaji jaminan kesehatanku” (wawancara 03 oktober 2017)

Menilai soal kebijakan pemerintah untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat, cenderung dinilai baik bagi masyarakat. Karena, hampir sebagian besar masyarakat yang kami tanyai sangat mendukung program tersebut. Poin penilaian penting dari masyarakat adalah mengenai pelayanan kesehatan rujukan yang mudah. Tidak mesti melalui permintaan Surat rujukan dari puskesmas ataupun rumah sakit, apabila ada penyakit yang tidak mampu ditangani pihak rumah sakit, puskesmas dan jaringannya di Kabupaten Gowa. Dilain pihak, ada masyarakat yang memandang program integrasi ini tidak terlalu membawa dampak yang signifikan untuk peningkatan pemenuhan pelayanan kesehatan. Karena, pemerintah hanya memberikan fasilitas obat-obatan generik tanpa menambah kuantitas jaminan obat-obatan yang lain.

2. Pelaksanaan BPJS Kesehatan di Desa Bontobiraeng Selatan

Terkait Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang merupakan konten pemenuhan aspek portabilitas dan aksesibilitas dikabupaten gowa telah mengalami kinerja yang nyata dimasyarakat, apalagi sejak Pemerintah Kabupaten Gowa telah menandatangani kerjasama integrasi pada tanggal 29 September 2017. Sehingga jumlah peserta JKN-KIS Kabupaten Gowa yang telah terdaftar sebanyak 485.217 karena adanya penambahan dari

peserta Jamkesda yang diintegrasikan ke program JKN-KIS sebanyak 122.246 jiwa (Humas BPJS Kesehatan, 2017).

Inisial AN mengatakan bahwa:

“Kalau saya menurutku fasilitas kesehatan di BPJS JKN-KIS lebih bagus sekarang karena kemarin ada tetangga yang sakit parah bisa langsung dirujuk ke Rumah sakit Tamalanrea padahal dulu biasanya kita ke puskesmas dulu baru rumah sakit kalaupun saja dari sanapi baru bisa ke rumah sakit kota dan penyakitnya itu diabetes .(Wawancara 03 oktober 2017

Berdasarkan pernyataan dari hasil wawancara kasus bahwa mayoritas masyarakat di Desa Bontobiraeng Selatan secara substansi pernah mengalami kejadian yang serupa dengan MA dan DH sehingga pelaksanaan BPJS di Desa Bontobiraeng Selatan dianggap memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat, hal ini didasarkan pada hasil wawancara dengan menggunakan 6 informan 5 dari 6 narasumber menganggap pelaksanaan dari program BPJS di Desa Bontobiraeng Selatan terbilang baik.

Pengguna kartu JKN-KIS merupakan masyarakat berkategori PBI (Penerima Bantuan Iuran) yang sumber pendanaannya dari Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Dari segi rendahnya kualitas manajemen mutu yang selama ini dicanangkan oleh BPJS Kesehatan untuk mempermudah akses pelayanan bagi peserta. Karena, dalam praktiknya, banyak sekali masyarakat

masih tidak terlayani dengan maksimal, seperti: padatnya antrian registrasi dan penanganan pasien yang terbilang lamban. Mengenai kasus yang tersebut, penulis mendapat pengakuan langsung dari informan SR dan SW:

Informan inisial SR mengatakan bahwa:

“Kalau saya ke rumah sakit pelayanannya lama sekali antri bahkan biasa kalau ada salah satu dokter disana yang keluarganya datang berobat pasti keluarganya lebih di utamakan padahal kami yang biasa antri berjam-jam belum ada pelayanan”

Informan inisial SW mengatakan bahwa

“Terkadang lama antri PNS atau orang kaya lebih duluan obat-obatannya juga lebih banyak di bandingkan kami yang menggunakan JKN-KIS yang biasanya membeli obat dari luar dengan harga yang mahal pemeriksaannya juga .pernah kejadian saya sakit telinga dan akhirnya saya pergi di RSUD syekh yusuf sampai disana saya ditangani oleh dokter POLI THT dan pelayanannya sungguh sangat mengecewakan dia mengatakan sy sudah sembuh nah pada kenyataannya sya masih sakit sampai berbulan-bulan dan responnya pun ketika memeriksa saya biasa saja seolah-olah ini hanya penyakit biasa padahal saya kadang tidak bisa tidur dan beraktivitas dengan baik gara-gara penyakit yang saya derita berbulan-bulan lamanya bahkan saya sempat search d sosmed tentang kelakuan dokter RSUD syekh yusuf itu supaya pemerintah tau apa kerja dokter di rumah sakit

itu.sama sekali jauh dari kata sempurna.”(Wawancara 04 November 2017)

Pelayanan prima bagi seluruh peserta BPJS adalah suatu yang mutlak harus didapatkan, termasuk masyarakat kelas menengah kebawah. Padahal kartu JKN-KIS memiliki tujuan untuk mewujudkan *Universal Health Coverage*. BPJS Kesehatan selama ini telah mengabaikan kasus-kasus tersebut dan peneliti tidak pernah menemukan adanya aduan peserta untuk pelayan kesehatan kemitraannya di Kantor Cabang setempat. Lantas perhatian BPJS hanya menyangkut penambahan kepesertaan, perluasan jaringan kemitraan, dan pengelolaan kelembagaan yang berprinsip *Good G*

Governance. Padahal BPJS memiliki kewajiban untuk melindungi hak-hak bagi pesertanya dalam aktivitas pelayanan rumah sakit. Tidak mungkin peralihan aset PT. Askes ke BPJS Kesehatan yang memunculkan tanda penjaminan dari JAMKESMAS ke JKN-KIS hanyalah perubahan fisik semata. Tetapi, masyarakat mengharapkan untuk penjaminan kesehatannya dapat ditampung aspirasinya sebagai stakeholder kebijakan.

C. Pembahasan Hasil Penelitian

Pemerintah daerah telah menyadari beberapa permasalahan terkait jaminan kesehatan sehingga, untuk memberikan manfaat jaminan kesehatan secara adil dan merata bagi semua masyarakat, perlu dibuat standarisasi pengelolaan dan penentuan penerima bantuan iuran terkait sulitnya integrasi ke BPJS Kesehatan. Sehingga, dalam melihat problem integrasi maka pendekatan kelembagaan

menjadi metode yang tepat dalam melihat kedua organisasi tersebut. Pendekatan yang digunakan dalam melihat institusi Pemerintah Daerah dan BPJS Kesehatan yaitu pendekatan paradigma institusionalisme sosiologi yang dikembangkan oleh Dimagio dan Powel.

Standarisasi pengelolaan jaminan kesehatan dalam BPJS kesehatan sudah termasuk yang paling mutakhir dalam melayani pesertanya. Sehingga, pemerintah akan mengupayakan untuk mengikuti standar pengelolaan tersebut untuk dituangkan dalam aturan pemerintah dalam bentuk kebijakan, agar tidak terjadi tumpang tindih kewenangan antara Pemerintah Kabupaten dengan BPJS Kesehatan. Hal ini senada dengan apa yang dinyatakan oleh Di Maggio dan Powell (1983), bahwa organisasi terbentuk oleh lingkungan institusional yang ada disekitar mereka. Ide-ide yang berpengaruh kemudian di institusionalkan dan dianggap sah dan diterima sebagai cara berpikir ala organisasi tersebut.

Menurut Dimagio dan Powel dalam teori kelembagaan menggambarkan bagaimana organisasi mengutamakan legitimasi lebih cenderung berusaha dalam penyesuaian diri untuk harapan eksternal atau harapan sosial pada setiap organisasi berada. Teori institusional memberikan kontribusi sebagai dalil-dalil bahwa beberapa unsur struktur internal organisasi dimunculkan oleh lingkungan institusional, khususnya oleh negara yang memaksakan adanya pemenuhan atau penyesuaian. Maka organisasi publik seperti pemerintah daerah, apabila ingin mendapatkan legitimasi dari masyarakat biasanya cenderung beradaptasi dan berupaya memiliki kesamaan dengan lingkungan di sekitar organisasi. Situasi tersebut dikenal dengan istilah isomorfisme (*isomorphism*). Perubahan

institusional dapat berdampak pada masalah karakter dan integritas organisasi (Dacin *et al*, 2002).

Pertama, dari segi kategorial, Pemerintah Daerah terlalu banyak memiliki spesifikasi kerja para pegawainya sehingga tidak memiliki fokus kinerja yang ingin diselesaikan terlebih dahulu. Sedangkan, BPJS Kesehatan hanya memiliki satu fokus kategorial yaitu bagaimana mewujudkan cakupan semesta kesehatan secara Nasional. *Kedua*, dari segi struktural, Pemerintah Daerah tidak memiliki alur yang jelas mengenai tugas, fungsi dan wewenang, sehingga terjadi tumpang tindih kewenangan. Sedangkan Pada BPJS Kesehatan memiliki bentuk dan alur struktural yang jelas dan bersifat direksional. *Ketiga*, prosedural lembaga Pemerintah Daerah hanya bertumpu pada satu adopsi saja yaitu hanya bersumber pada UU SJSN dan Peraturan Gubernur. Sedangkan BPJS Kesehatan memiliki pedoman pelaksanaan organisasi yang berstandar Good Governance dalam bentuk prinsip-prinsip pelaksanaan. Keempat, personil kepegawaian pada Pemerintah Daerah tidak di dukung oleh tenaga profesional dan ahli, hanya terdiri dari mayoritas para politisi yang cenderung tidak sabar dan kapasitasnya yang hanya mampu tawar-menawar (*bergaining*). Sedangkan untuk BPJS Kesehatan sangat didominasi oleh ahli-ahli profesional yang bertanggungjawab dalam suatu tugas dengan rasa antusiasme dan percaya diri yang tinggi

Dari pemaparan diatas telah memberikan kita gambaran mengenai perbedaan-perbedaan organisasional diantara Pemerintah Daerah dengan BPJS Kesehatan. Sehingga, perbedaan itulah yang semestinya menjadi titik fokus untuk dapat melakukan upaya integrasi. Jaminan kesehatan sebagai salah satu indikator

pencapaian *social welfare* tidak serta merta dapat terwujud tanpa melihat indikator-indikator integrasi dalam struktural pemerintahan. Jadi, bukan hanya program yang diintegrasikan tetapi dalam teori kelembagaan terdapat perubahan yang krusial dalam meningkatkan mutu jaminan kesehatan. Melalui integrasi kelembagaan tersebut akan menjadi legitimasi hadirnya pengaruh dari luar lingkungan organisasi yang sangat kuat sehingga untuk mempertahankan eksistensinya terhadap tekanan-tekanan dari luar tersebut, maka bentuk pertahanan yang dilakukan adalah adanya penyesuaian diri melalui integrasi ke BPJS Kesehatan.

Persoalan integrasi selanjutnya adalah Penerima Bantuan Iuran yang mengalami simpang siur dalam penanganannya. Sebelum membahas lebih jauh mengenai adanya ketidakjelasan mengenai orang-orang yang semestinya dimasukkan dalam Penerima Bantuan Iuran maka sebaiknya kita kembali pada amanat UUD 1945 pasal 34. Dalam pasal tersebut telah diterangkan dengan sangat jelas, yang berbunyi: Ayat (1): Fakir Miskin dan anak-anak terlantar dipelihara Oleh negara; Ayat (2): Negara mengembangkan sistem jaminan Sosial bagi Seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak Mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan; Ayat (3): Negara bertanggung jawab atas penyediaan Fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas Pelayanan umum yang layak.

Berdasarkan pasal 34 dalam UUD 1945 telah menegaskan mengenai orang-orang yang semestinya dimasukkan dalam kategori Penerima Bantuan Iuran baik dari APBN maupun APBD sebagai wujud keseriusan pemerintah dalam

meningkatkan kualitas hidup masyarakat yang tergolong kurang mampu dengan memenuhi kebutuhan material dan non materialnya. Kebutuhan material dalam kesehatan yang harus terpenuhi misalnya obat-obatan dan kebutuhan non material yang harus dipenuhi adalah mendapat pelayanan yang baik. Tetapi, Penerima Bantuan Iuran (PBI) khususnya di kabupaten gowa sangat sulit untuk direalisasikan apalagi jika kita berdasar pada konstitusi.

BPJS Kesehatan juga mengelola aset Dana Jaminan Sosial (DJS) yg diperuntukkan untuk pembayaran manfaat atau pembiayaan layanan Jaminan Kesehatan, sebagai dana operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial yang jumlahnya sebesar 6,25% dari total Dana Jaminan Sosial dan keperluan investasi yang dananya bersumber dari iuran peserta dan sumber-sumber lainnya. Pada kenyataannya banyak sekali masyarakat yang seharusnya mendapat bantuan tetapi diluar ekspektasi malah warga yang mampu dapat apakah terkait alasan keluarga atau teman dekat (Wa Ode Nurmin, 2017).

Telah diketahui bersama bahwa PBI terbagi atas (1) PBI yang terdaftar di pemerintah pusat dan (2) PBI yang didaftarkan oleh Pemerintah daerah. Poin pertama bagi penelitian ini tidak menjadi titik fokus dalam penelitian ini tetapi poin kedua dari PBI menjadi perhatian utama karena pada tahap penetapan akan ada banyak pihak-pihak yang berupaya untuk mempengaruhi kebijakan dalam menetukannya. Dalam proses kebijakan, menurut Charles O. Jones dalam Solichin Abdul Wahab (2012) sedikitnya ada empat go-longan atau tipe aktor (pelaku) yang terlibat seperti para rasionalis, inkrementalis, dan reformis dalam pengambilan keputusan kebijakan. Mengenai penentuan PBI yang ditanggung

oleh Pemerintah yang sangat banyak dipengaruhi oleh aktor-aktor kebijakan maka sebaiknya untuk pene-tuannya kebijakan tersebut harus melalui proses dan tahapan yang sangat matang dengan mengamati beberapa pertimbangan.

Menurut Mulyono (2009) ada beberapa dasar atau nilai-nilai yang mempengaruhi perilaku pembuat keputusan yaitu: politik, organisasi, kepribadian, ideologis dan nilai kebijakan. Dengan menggunakan beberapa pertimbangan diatas maka dapat mengantisipasi faktor-faktor eksternal yang dapat menyekat peng-ambilan keputusan nantinya. Selain itu, ada beberapa faktor yang menjadi dasar untuk kembalinya pemerintah kabupaten gowa dalam integrasi tersebut yaitu: pemerintah daerah harus mendukung terwujudnya *Universal Healt Coverage*, peningkatan pelayan portabilitas dan aksesibilitas, dan ditolaknya gugatan bupati oleh mahkamah konstitusi.

Untuk mendorong peningkatan pelaksanaan pelayanan maka BPJS Kesehatan mengharapkan peran pemerintah dalam membantu terwujudnya tujuan tersebut dengan kerjasama dengan Pemerintah Daerah dalam memperluas cakupan kepesertaan, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan peningkatan tingkat kepatuhan (Humas BPJS Kesehatan, 2017). Keseriusan BPJS dalam target pencapaian pelayanan terbukti dari tingginya kepesertaan, cakupan kepesertaan JKN mencapai 67, 6% dari total penduduk. Biaya yang dibayarkan kepada Faskes selama 3 tahun sebesar Rp.166 Triliun yaitu Rp.34 Triliun dibayarkan ke FKTP dan Rp.132 Triliun Dibayarkan ke FKRTL.

Akan tetapi dalam penelitian capaian tersebut hanyalah sebuah angka diatas kertas karena dari segi pelayanan masih banyak yang merasa kurang puas atas kinerja BPJS Kesehatan. Terutama persoalan biaya kesehatan yang masih jauh dari kata terjangkau untuk seluruh lapisan masyarakat berdasarkan keterangan masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian dari Andreas G. Ch. Tampi dkk dengan judul Dampak Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Masyarakat Di Kelurahan Tingkulu bahwa obat-obatan yang disediakan oleh Pihak BPJS-Kesehatan semuanya adalah obat generik yang sesuai dengan DPHO yang dikeluarkan oleh BPJS-Kesehatan dan tidak ada obat-obat paten, sehingga ketika pasien memerlukan obat yang tidak masuk dalam DPHO terpaksa harus membeli sendiri di apotik-apotik dengan harga yang cukup memberatkan keluarga pasien, yang seharusnya BPJS Kesehatan harus bisa menyediakan obat-obat paten yang harganya terjangkau oleh seluruh peserta BPJS Kesehatan.

Penelitian diatas telah menunjukkan hasil yang serupa dengan penelitian yang dilakukan di desa Bonto Biraeng Selatan, padahal menurut Maya Rusady (2017) bahwa JKN memberikan perlindungan keuangan (*financial protection*) kepada peserta agar mereka tidak mengalami kesulitan biaya ketika sakit. Kemudian ditambahkan pula oleh Andreas G. Ch. Tampi dkk (2016) mengenai tujuan program BPJS Kesehatan adalah meringankan biaya pengobatan dan bagi seluruh masyarakat, dengan cara bergotong-royong sesama anggota masyarakat dalam bentuk asuransi kesehatan massal.

Kinerja BPJS kesehatan di Gowa dan Khususnya di Masyarakat Desa Bonto Biraeng Selatan dinilai lamban dalam menangani permasalahan-permasalahan

peserta di Rumah Sakit termasuk fasilitas dan pelayanan program BPJS Kesehatan. Hal ini kemudian diperkuat oleh hasil penelitian dari Muhammad Irvan Nur Iva dengan judul Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Kota Makassar menerangkan bahwa Pada tahun 2014, jumlah keseluruhan pegawai BPJS Kesehatan cabang Makassar sebanyak 111 orang yang terdiri dari 1 orang manager, 10 orang asisten manager dan 100 orang staf pegawai. Sehingga, penanganan dari pihak BPJS dalam melindungi pesertanya menjadi lamban karena kurangnya tenaga kepegawaian terutama setelah penandatanganan kerjasama dengan Pemerintah Kabupaten Gowa yang secara otomatis beberapa staf di pindahkan ke kantor cabang setempat. Terlebih lagi dengan kapasitas peserta JKN-KIS untuk dikabupaten Gowa sebanyak 485.217 jiwa.

Kualitas pelayanan di rumah sakit maupun puskesmas bagi masyarakat sangat jauh dari kata sesuai standar pelayanan terbukti dari hasil penelitian yang telah dipaparkan pada sub Bab 5 diatas cenderung mengabaikan pasien yang ingin ditangani. Menurut Pamellla Rina Lina dalam penelitiannya dengan judul Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Di Puskesmas Kota Wilayah Utara Kota Kediri bahwa semestinya petugas ataupun pegawai yang bersikap baik dalam memberikan pelayanan dan menunjukkan rasa perhatian sopan karena merupakan salah satu penentu pelayanan tersebut berkualitas ataupun tidak. Dimensi kualitas pelayanan untuk mengukur tingkat keberhasilan dalam memberikan pelayanan (Zeithaml, dkk, dalam Umar, 2005:153) yakni *Tangible, Reliability, Responsiveness, Assurance, Empathy*.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilaksanakan di Desa Bontobiraeng Selatan tentang Kebijakan Sosial pemerintah terhadap Program Bpjs kesehatan, dapat dirumuskan beberapa kesimpulan bahwa:

1. Kebijakan sosial terdiri dari dua kata yang memiliki banyak makna yakni kata kebijakan dan kata sosial. Kebijakan sosial adalah salah satu bentuk dari kebijakan publik yang merupakan ketetapan pemerintah yang dibuat untuk merespon isu-isu yang bersifat publik, yakni mengatasi masalah sosial atau memenuhi kebutuhan masyarakat banyak.
2. Bagi pemerintah pelayanan kesehatan tidak lagi ditangani langsung melainkan dilimpahkan kepada BPJS Kesehatan. Pemerintah sebagai penanggung jawab pencapaian kesejahteraan sosial melakukan berbagai program integrasi untuk memenuhi tuntutan sosial terutama bagi masyarakat miskin. Dengan demikian, peran pemerintah hanya sebagai penyedia anggaran dan penetapan regulasi pelayanan kesehatan sosial. Karena, secara teknis BPJS kesehatan sudah memiliki formulasi pelayanan dengan tingkat efektifitas dan efisiensi yang tinggi.

3. Pelaksanaan BPJS di Desa Bontobiraeng Selatan di anggap memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah di sajikan pada Bab terdahulu, maka dapat diberikan saran sebagai berikut:

1. Pemerintah

Perlunya partisipasi pemerintah setempat untuk mendukung dan melakukan sosialisasi kepada masyarakat Desa Bontobiraeng Selatan dan memberikan pemahaman tentang katru BPJS kesehtan dan bagaimana mestinya. Dan pemerintah harus melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakatnya karena keshatan masyarkat adalah hal paling terpenting bagi pembangunan desa tersebut.

2. Masyarakat

Harus melakukan konsultasi kepada pemerintah setempat terkait apa yang di alami sekang mengenai kesehatan, karena pemerintah setempat sudah menyiapkan pustu, dan apa bila ada ketidak sesuaian maka silah-kan laporkan kepada pemerintah setempat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, Isbandi Rukminto. 2002. *Pemikiran-pemikiran dalam Pembangunan Kesejahteraan Sosial*. Lembaga Penerbitan FEUI. Jakarta
- Bessant, Judith, Rob Watts, Tony Dalton dan Paul Smith. 2006. *Talking Policy: How Social Policy in Made*, Crows Nest: Allen and Unwin
- Arief, Budiman. 1997. *Teori Negara*, Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- DiMaggio, Paul J., Walter W. Powell, 1983. *The Iron Cage Revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational field*. American Sociological Review.
- Dunn, William N. 1999. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Fatir, Darwin. 2017. *Pemkot Gowa Kembali Kerjasama BPJS Kesehatan*. <http://makassar.antaraneews.com>. Diakses pada tanggal 1 oktober 2017
- Huda, Miftahul. 2009. *Pekerjaan Sosial dan Kesejahteraan Sosial: Sebuah Pengantar*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Iva, Muhammad Irvan Nur. 2015. "Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Kota Makassar". Majene: Jurusan Ilmu Administrasi Universitas Sulawesi Barat
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. 2000. *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington, National Academy Press.
- Lina, Pamela Rina Maha. 2015. "Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Di Puskesmas Kota Wilayah Utara Kota Kediri". Surabaya: *Jurnal UNESA*
- Meyer, Roberth R. & Ernest Greenwood. 1984. *Perencanaan Sosial* (terjemahan). Jakarta: Rajawali.
- Midgley, James. 2005. *Pembangunan Sosial, Perspektif Pembangunan Dalam Kesejahteraan Sosial*. Direktorat Perguruan Tinggi Agama Islam Depag RI. Jakarta.
- Muhyidin, Syarif. 1986. *Perencanaan Sosial*. Bandung: Kopma STKS.
- Mulyono. 2009. *Kriteria dalam Mengambil Keputusan*. [http://mulyono.staff.uns.ac.id /2009/06/17/kriteria-nilai-nilai-dalam-mengambil-keputusan-criteria-values-in-taking-decision/](http://mulyono.staff.uns.ac.id/2009/06/17/kriteria-nilai-nilai-dalam-mengambil-keputusan-criteria-values-in-taking-decision/) (online). Diakses pada tanggal 25 September 2017.

- Nonet & Zelznick. 1978. *Law and Society in Transisition; Toward Responsive Law*. New York New York and Row
- Nurmin, Wa Ode. 2017. *Gowa Resmi Tak Pakai Lagi BPJS Kesehatan*. <http://tribungowa.com>. Diakses pada tanggal 13 Mei 2017.
- _____. 2017. *Oktober, Kabupaten Gowa Kembali Integrasi ke BPJS Kesehatan*. <http://makassar.tribunnews.com>. Diakses pada tanggal 1 oktober 2017
- Prayitno, Ujianto Singgih. 2009. *Tantangan Pembangunan Sosial di Indonesia*. Pusat Pengkajian Data dan Informasi (P3DI). Sekretariat Jendral DPR RI. Jakarta
- Rusady, Maya A,. 2017. *Peranan BPJS Kesehatan Dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan*. Rakerkesnas BPJS Kesehatan.
- Suharto, Edi. 1997. *Pembangunan, Kebijakan Sosial dan Pekerjaan Sosial: Spektrum Pemikiran*, Bandung: Lembaga Studi Pembangunan-STKS
- _____. 2005. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. PT. Refika Aditama. Bandung
- _____. 2008. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Alfabeta. Bandung.
- Suwarsono & SO, Alvin. 1999. *Perubahan Sosial dan Pembangunan di Indonesia*. LP3ES. Jakarata
- Tampi, Andreas G. Ch., Evelin J.R. Kawung, Juliana W. Tumiwa. 2016. "Dampak Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Masyarakat Di Kelurahan Tingkulu". *e-journal Acta Diurna*, Vol. V., No.1., pp 1-14.
- Tittmuss, R. M. 1974. *social policy, An Introduction*, George Allen & UNwin Ltd. London.
- Todaro, MP. 1989. *Economic Development in The Third World*. Longman Group Limited.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2009, *Tentang Kesejahteraan Sosial*.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Wahab, Solichin Abdul. 2012. *Analisis Kebijakan*. Jakarta: Bumi Aksara.

DAFTAR WAWANCARA INFORMAN

Hasil wawancara dengan masyarakat Desa Bontobiraeng Selatan

1. Bagaimana menurut anda pelayanan Kartu Bpjs di abndingkn sebelum menggunakan Kartu Bpjs?

a. Nama : Suriati dg. Ngintang

Jesnis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Jawab “pelayanannya bagus juga tapi masih seperti biasji tawah harus antri di puskesmas”(wawancara 04 oktober 2017)

b. Nama : Aco Dg tarru

Jesnis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pekerjaan : Petani

Jawab “bagusji tawwah lebih cepat datang dokternya .(wawancara 03 oktober 2017)

c. Nama : Dahlia dg.Ngugi

Jesnis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pekerjaa : Ibu Rumah Tangga

Jawab “masih seperti duluji yah kita antri dan kalau ada pihak keluarganya dokter pasti diaji juga duluan di layani” .(wawancara 03 oktoer 2017)

d. Nama : aziz Dg.nyampa

Jesnis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pekerjaa : Petani

Jawab”lebih bagus dari kemarin karena bisa menjangkau rumah sakit di Kota tanpa harus ke RSUD syekh yusuf dulu. .(wawancara 03 oktoer 2017)

e. Nama : Sarianti

Jesnis kelamin : perempuan

Agama : Islam

Pekerjaa : Penjual

Jawab”kalau pelayananya samaji seperti yang kemarin ituji” .(wawancara 04 oktoer 2017)

2. Jenis penyakit apa yang menurut anda harus di tanggung oleh pihak pemerintah

a. Nama : Suriati dg. Ngintang

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Jawab “ yah banyak penyakit kasian terutama katte ini semua untuk org miskin yah asma dan paru-paru sama operasi-operasi apapun. (wawancara 04 oktober 2017)

b. Nama : Aco Dg tarru

Jesnis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pekerjaan : Petani

Jawab “yah penyakit yang bikin susah masyarakat sekarang gatal kurap sama panu haruski di sembuhkan baik-baik itu ada orang meninggal gra-gara itu. (wawancara 03 oktober 2017)

c. Nama : Dahlia dg.Ngugi

Jesnis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Jawab “penyakit gula (diabetes) ada kemarin keluargaku meninggal gara-gara tidak ada uangnya meninggal gara- penyakit gula atau diabetes.(wawancara 03 oktober 2017)

d. Nama : aziz Dg.nyampa

Jesnis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pekerjaan : Petani

Jawab”menurutku penyakit jantung karena banyakji juga orang miskin ku lihat penyakit begitu nah itu hasrus di perhatikan kodong. (wawancara 03 oktober 2017)

e. Nama : Sarianti

Jesnis kelamin : perempuan

Agama : Islam

Pekerjaa : Penjual

Jawab”penyakit kanker atau bayak juga yang mengeluarkan uang banyak jadi akhirnya tidak di obatimi kalau tidak ad uangx” .(wawancara 04 oktober 2017)

3. Apa kekurangan dan kelebihan memakai kartu Bpjs Kesehatan?

a. Nama : Suriati dg. Ngintang

Jesnis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Jawaban “kelebihannya yah banyak tawwah karena akan bisaki di rujuk ke rumah sakit yang ada di kota, kekurangannya msh banyak obat di beli kalau mahal.

(wawancara 04 oktoer 2017)

b. Nama : Aco Dg tarru

Jesnis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pekerjaan : Petani

Jawaban “banyak rumah sakit yang bisa di pilih kekurangan banyak. (wawancara 03 oktoer 2017)

c. Nama : Dahlia dg.Ngugi

Jesnis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Jawab “bagus juga tawwah banyak kelebihanannya rumah sakit rujukan lebih bisa di pilih bukan mereka lgi pilihkanki. Kekurangan obat ituji. (wawancara 03 oktober 2017)

d. Nama : aziz Dg.nyampa

Jesnis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pekerjaan : Petani

Jawab “Kekuarangannya masalah obat dan tidak semua penyakit di tanggung dan
kelebihannya baik dari waktu pake Jamkesmas. (wawancara 03 oktoer 2017)

e. Nama : Sarianti

Jesnis kelamin : perempuan

Agama : Islam

Pekerjaa : Penjual

Jawab”kelebihannya bisa menjangkau rumah sakit umum tidak seperti dulu.

(wawancara 04 oktoer 2017)