

**EFEKTIVITAS SOSIALISASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN TERHADAP
PENGETAHUAN DAN SIKAP RUMAH TANGGA USAHA PERTANIAN NON PBI DI
KABUPATEN JEMBER TAHUN 2015**

***Effectiveness of Health Insurance Program Socialization for Knowledge and Attitudes
of House hold Farming Non PBI in Jember 2015***

Abu Khoiri

Dosen Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember

Email : abukhoiri@unej.ac.id,

Abstract

Jember as a regional center for agriculture and plantations in East Java has a population with considerable professional farmers. Health insurance for farmers is indispensable as by the implementation of a national health insurance program as of 1 January 2014. The problem that arises was that the number of informal sector workers (including farmers not PBI) which register was still very little. Therefore, it was necessary to study on the effectiveness of the program socialization JKN on knowledge and attitudes of family farmers. This type of research wasa descriptive observational where researchers conducted interviews and questionnaires as well as performing measurements on several variables being studied without the intervention of the research object. This study was conducted in three (3) districts which have a number of farming households highest in Jember, in August 2015. The variables in the research was the respondents' knowledge, attitude, and information source. The results showed that only 40 respondents (45.4%) had knowledge of the health insurance program. Of the 40 respondents, only 20% were aware of how the mechanism of registration, 22.5% know the mechanism of payment, and 20% know how to take advantage of health services in the health insurance program. Sources of information that most (52.5%) are in the vicinity (word of mouth). The attitude of the majority of respondents rejected the health insurance program participants (68.9%).the socialization of the health insurance program as part of a policy of running less effective communication, especially in the aspect of the transmission, clarity, and consistency.

Keywords: *socialization, participation, health insurance.*

Abstrak

Kabupaten Jember sebagai daerah sentra pertanian dan perkebunan di wilayah Jawa Timur memiliki jumlah penduduk dengan profesi petani yang cukup banyak. Jaminan kesehatan bagi petani sangat diperlukan seiring dengan telah diimplementasikannya program Jaminan Kesehatan nasional per 1 Januari 2014. Masalah yang muncul adalah bahwa jumlah pekerja sektor informal (termasuk di dalamnya petani Bukan Penerima Bantuan Iuran) yang mendaftar masih sangat sedikit. Oleh karena itu diperlukan kajian tentang efektivitas sosialisasi program JKN terhadap pengetahuan dan sikap keluarga

1. Abu Khoiri adalah Dosen Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember

petani. Jenis penelitian adalah deskriptif observasional dimana peneliti melakukan wawancara dan pengisian kuesioner serta melakukan pengukuran pada beberapa variabel yang sedang diteliti tanpa memberikan intervensi terhadap obyek penelitian. Penelitian dilakukan di 3 (tiga) kecamatan yang memiliki jumlah rumah tangga usaha pertanian tertinggi di Kabupaten Jember, pada bulan Agustus 2015. Variabel dalam penelitian adalah pengetahuan responden, sikap, dan sumber informasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya 40 responden (45,4%) memiliki pengetahuan tentang adanya program jaminan kesehatan. Dari 40 responden, hanya 20% yang mengetahui bagaimana mekanisme pendaftaran, 22,5 % mengetahui mekanisme pembayaran, dan 20% mengetahui cara memanfaatkan layanan kesehatan dalam program jaminan kesehatan. Sumber informasi yang paling banyak (52,5%) adalah orang yang ada di sekitarnya (dari mulut ke mulut). Sikap mayoritas responden menolak menjadi peserta program jaminan kesehatan (68,9%). Kesimpulan bahwa sosialisasi program jaminan kesehatan sebagai bagian dari komunikasi kebijakan berjalan kurang efektif, terutama pada aspek transmisi, kejelasan, dan konsistensi.

Kata Kunci : *Sosialisasi, kepesertaan, jaminan kesehatan.*

PENDAHULUAN

Sebagaimana amanah UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), bahwa setia porang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Untuk mewujudkan tujuan SJSN tersebut, berdasarkan UU Nomor 24 Tahun 2011 dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan bertanggungjawab untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, dimana salah satu tugas BPJS yang tertuang dalam UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS pasal 10 adalah memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.¹ Dengan demikian masyarakat berhak untuk mendapatkan informasi yang benar dan jelas dari BPJS Kesehatan terkait hak dan kewajiban masyarakat dalam program

jaminan kesehatan yang sudah dimulai sejak 1 Januari 2014.

Di dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 12 Tahun 2013 yang disempurnakan oleh Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 111 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan disebutkan bahwa kepesertaan dalam SJSN ini bersifat wajib (*mandatory*) dan dilakukan secara bertahap sehingga kelak dapat menjangkau seluruh penduduk.² Kepesertaan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terbagi dalam 2 (dua) kelompok utama, yaitu : peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Bukan Penerima Bantuan Iuran (non PBI). Peserta PBI meliputi orang yang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu dimana pembayaran iuran ditanggung oleh pemerintah (pusat dan daerah) dengan sumber dana APBN dan APBD. Sedangkan peserta non PBI meliputi pekerja penerima upah dan keluarganya, serta bukan pekerja dan keluarganya. Pembayaran iuran bagi peserta non PBI ditanggung oleh individu dan pemberi

kerja sesuai ketentuan (PP no. 86 Tahun 2013).³

Tahap pertama yang telah dimulai sejak 1 Januari 2014, yang menjadi peserta JKN adalah Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan, PNS/TNI/POLRI dan keluarganya, peserta ASKES dan keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan perusahaan JAMSOSTEK beserta keluarganya. Sedangkan pada tahap kedua, masyarakat yang belum masuk sebagai peserta JKN, maka paling lambat 1 Januari 2019 seluruh masyarakat Indonesia dapat terjangkau dan masuk sebagai peserta (*Universal Health Coverage/UHC*). Untuk mencapai target tersebut, maka BPJS Kesehatan telah berupaya melakukan sosialisasi kepada seluruh masyarakat, terutama bagi masyarakat non PBI.⁴

Penyebaran informasi tentang program jaminan kesehatan melalui upaya sosialisasi yang tepat, cermat, dan akurat adalah prasyarat yang harus dilakukan oleh BPJS Kesehatan agar program ini dapat dipahami oleh seluruh masyarakat dengan baik.⁶Tidak hanya terkait prosedur administrasinya, namun yang lebih penting adalah substansi dari program jaminan kesehatan bagi masyarakat sehingga masyarakat memiliki kesadaran tentang hak dan kewajibannya dalam memanfaatkan jaminan kesehatan secara baik dan benar (jauh dari *moral hazard*).

Kabupaten Jember sebagai daerah sentra pertanian dan perkebunan di wilayah Jawa Timur memiliki jumlah penduduk dengan profesi petani yang cukup banyak. Berdasarkan hasil Sensus Pertanian Kabupaten Jember tahun 2013 oleh Badan Pusat Statistik Jember, diperoleh jumlah Rumah Tangga Usaha Pertanian (RTUP) sebanyak 325.062 rumah tangga. Kecamatan Silo, Wuluhan, dan Sumberbaru merupakan kecamatan

dengan jumlah RUTP terbanyak.⁵RUTP merupakan salah satu kelompok sasaran program jaminan kesehatan yang harus diperhatikan. RTUP merupakan rumah tangga yang salah satu atau lebih anggota rumah tangganya mengelola usaha pertanian dengan tujuan sebagian atau seluruh hasilnya untuk dijual, baik usaha pertanian milik sendiri, secara bagi hasil, atau milik orang lain dengan menerima upah, dalam hal ini termasuk jasa pertanian. RTUP bukanlah buruh tani atau pekerja keluarga, sehingga mayoritas kelompok masyarakat ini tergolong peserta mandiri dalam program jaminan kesehatan dan harus memenuhi kewajiban membayar iuran (premi) secara mandiri.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Unit Pemasaran BPJS Kesehatan Jember diperoleh informasi bahwa BPJS Kesehatan Jember telah melakukan upaya sosialisasi melalui media cetak, elektronik, dan diskusi interaktif. Namunsampai dengan pertengahan tahun 2015, kepesertaan dari masyarakat petani (bukan buruh tani) masih sangat sedikit. Jumlah pekerja sektor informal (termasuk di dalamnya petani Bukan PBI) yang mendaftar sebanyak 76.603 orang atau 4,6% dari total peserta. Jumlah tersebut merupakan gabungan dari wilayah kerja BPJS Kesehatan Jember yaitu Kabupaten Jember, Bondowoso dan Lumajang. Memperhatikan kondisi tersebut, maka diperlukan evaluasi terhadap efektivitas upaya sosialisasi program jaminan kesehatan oleh BPJS Kesehatan sebagai upaya untuk memperbaiki metode dan instrumen yang digunakan untuk sosialisasi kebijakan sehingga dapat meningkatkan kepesertaan masyarakat RTUP di Kabupaten Jember.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif observasional, dimana peneliti melakukan pengamatan, wawancara dan pengisian kuesioner serta melakukan pengukuran pada beberapa variabel yang sedang diteliti tanpa memberikan intervensi terhadap obyek penelitian yang dilakukan di 3 (tiga) kecamatan (Silo, Wuluhan, dan Sumberbaru) di Kabupaten Jember pada bulan Agustus 2015. Pendekatan yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dan kuantitatif (*mix methode*). Variabel penelitian terdiri dari pengetahuan, sikap, sumber informasi responden tentang program jaminan kesehatan. Unit analisis dalam penelitian ini adalah rumah tangga (keluarga) dengan responden kepala keluarga atau anggota keluarga yang dianggap mengetahui kondisi keluarga atau terlibat dalam pengambilan keputusan keluargasejumlah 90 responden. Data

kualitatif diperoleh dari hasil wawancara dengan Kepala Unit Pemasaran BPJS Kesehatan Jember. Berdasarkan waktu pelaksanaannya, maka penelitian ini termasuk *cross sectional*, karena data tentang variabel diperoleh pada waktu tertentu.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Unit analisis dalam penelitian ini adalah keluarga atau rumah tangga. Hal ini karena kepesertaan dalam program jaminan bersifat kolektif berbasis keluarga, bukan individu. Responden adalah mereka yang mampu mengambil keputusan dalam keluarga atau anggota keluarga yang sangat mengetahui keadaan keluarga sehingga dapat menjadi representasi dari keluarga tersebut dalam mengambil keputusan. Berikut adalah gambaran responden berdasarkan karakteristik demografi dan ekonomi :

Tabel 1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi dan Ekonomi

Variabel	Kategori	Σ	%
Umur	20 - <30 tahun	2	2,2
	30 - <40 tahun	17	18,9
	40 - <50 tahun	32	35,6
	≥ 50 tahun	39	43,3
Jenis kelamin	Laki-laki	66	73,3
	Wanita	24	26,7
Pendidikan	Tidak Sekolah	9	10,0
	Tamat SD	53	58,9
	Tamat SMP	18	20,0
	Tamat SMA	10	11,1
	Tamat PT	0	
Jumlah anggota keluarga (tertanggung)	1-4 orang	74	82,2
	≥ 5 orang	16	17,8
	Rata-rata	3,6 \approx 4 orang	

Variabel	Katagori	Σ	%
Rata-rata pendapatan keluarga (per bulan)	Rp 2.491.661		
Rata-rata pengeluaran keluarga (per bulan) :			
Rata-rata pengeluaran pangan	Rp 882.464		
Rata-rata pengeluaran pangan non esensial	Rp 224.270		
Rata-rata pengeluaran non pangan	Rp 1.634.620		

Sumber : data primer, 2015.

Distribusi responden berdasarkan umur paling banyak berusia ≥ 50 tahun. Jenis kelamin responden terbanyak adalah laki-laki (73,3%). Pendidikan formal yang pernah ditempuh oleh responden terbanyak pada katagori pendidikan tingkat dasar (tidak sekolah, SD, SMP). Untuk mengidentifikasi pendapatan rumah tangga digunakan 3 (tiga) pendekatan, yaitu : hasil produksi pertanian (panen), pendapatan lain, dan jumlah pengeluaran. Rata-rata pendapatan dihitung berdasarkan jumlah penghasilan riil dari seluruh anggota rumah tangga (dari hasil tanam dan sumber lain) yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perseorangan dalam rumah tanggadalam tiap bulannya. Pendapatan yang bersumber dari hasil panen dihitung dengan menanyakan perolehan hasil panen terakhir dibagi dengan lama tanam (dalam bulan) pada masing-masing jenis tanaman yang dihasilkan. Sehingga diperoleh rata-rata penghasilan keluarga dari hasil panen per

bulannya. Sedangkan sumber lain adalah pendapatan rata-rata per bulan yang dihasilkan oleh seluruh anggota keluarga di luar hasil panen. Pengeluaran per keluarga dihitung dengan mengidentifikasi pengeluaran rata-rata per bulan untuk kebutuhan pangan, pangan non esensial, dan non pangan.

Pengetahuan responden dalam penelitian ini digunakan untuk mengidentifikasi sejauh mana kecukupan informasi yang dimiliki responden yang dapat mempengaruhi keputusan untuk menjadi peserta mandiri jaminan kesehatan. Pengetahuan responden terbagi dalam 4 (empat) aspek penilaian, yaitu pengetahuan tentang adanya program jaminan kesehatan, pengetahuan tentang prosedur pendaftaran sebagai peserta, pengetahuan tentang mekanisme pembayaran iuran (premi), dan pengetahuan tentang mekanisme pemanfaatan jaminan kesehatan. Distribusi responden berdasarkan pengetahuannya sebagai berikut :

Tabel 2 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuannya

No.	Pertanyaan	Pengetahuan				Total
		Tahu		Tidak Tahu		
		Σ	%	Σ	%	
1	adanya program jaminan kesehatan	40	44,4	50	55,6	90
2	prosedur pendaftaran sebagai peserta	8	20,0	32	80,0	40
3	mekanisme pembayaran iuran (premi)	9	22,5	31	77,5	40
4	mekanisme pemanfaatan jaminan kesehatan	8	20,0	32	80,0	40

Sumber : data primer, 2015.

Pengetahuan responden tentang adanya program jaminan kesehatan cukup rendah, dimana 50 responden (55,6%) tidak mengetahui adanya kebijakan tentang jaminan kesehatan. Sedangkan dari 40 responden yang mengetahui adanya program jaminan kesehatan, diketahui bahwa pengetahuan responden tentang prosedur pendaftaran sebagai peserta masih sangat rendah (80% tidak mengetahui). Pengetahuan responden pada aspek mekanisme pembayaran premi juga rendah, terdapat 77,5 % responden tidak mengetahui. Sedangkan pada aspek mekanisme pemanfaatan layanan jaminan, hanya 20% responden yang mengetahuinya.

Sikap responden terhadap program jaminan kesehatan

diidentifikasi dengan menanyakan kesiapan responden untuk menjadi peserta mandiri dalam program jaminan kesehatan. Hasil jawaban responden yang bersedia menjadi peserta mandiri program jaminan kesehatan adalah 28 responden (31,1%). Sedangkan sisanya sebanyak 62 responden (68,9%) menyatakan tidak bersedia menjadi peserta program jaminan kesehatan dengan berbagai alasan. Alasan yang paling banyak adalah tidak tahu (35 responden atau 38,9%) dan tidak mampu (36 responden atau 40%).

Sumber informasi dari 40 responden yang mengetahui adanya program jaminan kesehatan sebagai berikut :

Tabel 3 Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Informasi

No	Sumber Informasi	Σ	%
1	Televisi	7	17,5
2	Pelayanan Kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik)	6	15,0
3	Koran	0	0
4	Orang lain (saudara, tetangga, perangkat desa)	21	52,5
5	Poster (di mini market, bank)	6	15,0
6	Dialog interaktif dengan BPJS Kesehatan	0	0
Total		40	100

Sumber : data primer, 2015.

Berdasarkan tabel 3 diperoleh informasi bahwa 52,5% informasi yang diterima responden berasal dari orang lain di sekitarnya. Artinya penyampaian informasi dari mulut ke mulut (*word to mouth*) menjadi mekanisme yang paling banyak digunakan oleh responden dalam memperoleh informasi.

BPJS Kesehatan Jember telah melakukan upaya sosialisasi melalui media cetak, elektronik, dan diskusi interaktif sebagaimana hasil wawancara dengan Kepala Unit Pemasaran BPJS Kesehatan Jember diperoleh informasi

bahwa "...kami sudah melakukan upaya sosialisasi melalui beberapa media, seperti TV lokal Jember, talkshow di beberapa radio, iklan setengah halaman di koran harian ternama, penyebaran *leaflet* dan brosur pada acara dialog dengan masyarakat..." (IP, line 27). Pernyataan yang lain bahwa "...selama ini belum ada sosialisasi secara khusus kepada kelompok tani, karena yang jadi parameter adalah jumlah peserta sehingga kami sampaikan sosialisasi kepada masyarakat luas, tidak kelompok per kelompok..." (IP, line 32).

Sejak diberlakukan mulai Januari 2014 yang lalu, implementasi kebijakan JKN sarat dengan berbagai permasalahan, diantaranya adalah masih belum meratanya sosialisasi terutama untuk wilayah-wilayah terpencil.⁶Sosialisasi sebagai bagian dari komunikasi kebijakan merupakan tahap awal yang harus terpenuhi dalam implementasi kebijakan. Menurut Edwards (dalam Winarno, B., 2002)terdapat 3 (tiga) hal penting dalam proses komunikasi kebijakan, yakni transmisi, kejelasan (*clarity*), dan konsistensi.⁷

Transmisi dalam kebijakan JKN adalah proses pemberian informasi kepada semua pihak yang terlibat (*actor*), baik sebagai pelaku (*implementor*) maupun sasaran dari kebijakan ini terkait dengan substansi dan konten kebijakan agar dapat dipahami dan dilaksanakan apa yang menjadi agenda dari kebijakan JKN. Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. perilaku merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya.⁸

Proses transmisi program JKN sudah diupayakan oleh pihak BPJS Kesehatan dengan melakukan upaya sosialisasi melalui berbagai media dan metode interaktif. Namun jika melihat hasil penelitian, bahwa 55,6% responden tidak mengetahui adanya program JKN mengindikasikan adanya masalah dalam proses transmisi kebijakan ini. Beberapa hal yang menjadi hambatan adalah : *pertama*, penggunaan media sosialisasi belum disesuaikan dengan sasaran. Dengan karakteristik RTUP yang memiliki latar belakang pendidikan

dasar (SMP ke bawah) serta mayoritas berusia di atas 50 tahun, maka penggunaan media dan metode penyampaian harus disesuaikan.Oleh karena itu diperlukan identifikasi kemampuan melek huruf masyarakat dan kecakapan dalam penggunaan bahasa Indonesia dengan baik dan benar. Penggunaan bahasa yang sesuai dengan kemampuan masyarakat akan mengurangi hambatan dalam proses transmisi informasi.

Kedua, kelompok masyarakat petani ini lebih mudah merespon informasi yang diterima dari orang yang ada di sekitarnya. Hal ini ditunjukkan dengan hasil penelitian bahwa sumber informasi terbanyak (52,5%) adalah orang yang ada di sekitarnya (dari mulut ke mulut). Efektivitas transmisi informasi pada kelompok masyarakat ini tidak hanya ditentukan oleh kecanggihan media dan kemutakhiran metode, namun lebih pada kebiasaan atau tradisi masyarakat dan keyakinan mereka terhadap sumber informasi yang dianggap dapat dipercaya. Penyebaran informasi berbasis masyarakat perlu dipertimbangkan sebagai alternatif solusi upaya peningkatan pengetahuan masyarakat dengan karakteristik yang khas. Oleh karena itu diperlukan *Training of Trainer*(TOT) yang ditujukan untuk masyarakat (seperti : kader kesehatan, perangkat desa, dan tokoh masyarakat). Masyarakat tersebut tidak hanya sebagai obyek sosialisasi, namun juga diharapkan mampu berperan sebagai subyek. Terutama tokoh masyarakat yang dianggap sebagai sumber kebenaran perlu dilibatkan lebih maksimal.Sebagaimana disampaikan oleh Azwar (2010) bahwa faktor lingkungan memiliki kekuatan besar dalam menentukan perilaku, bahkan kekuatannya lebih besar dari karakteristik individu.⁹*Ketiga*,

keterlibatan stakeholder kebijakan JKN dalam upaya sosialisasi program perlu dievaluasi lebih jauh. Pengorganisasian pelaksanaan sosialisasi program JKN perlu dimatangkan, sehingga sosialisasi ini tidak hanya bertumpu pada BPJS Kesehatan saja. Sebagai saluran primer dalam proses transmisi informasi program JKN, Puskesmas dan Rumah Sakit harusnya lebih dimaksimalkan perannya dalam sosialisasi program selain fungsi pelayanan kesehatan.

Setelah transmisi informasi dapat diselesaikan, maka agenda kebijakan yang tertuang dalam pasal per pasal tersebut harus jelas. Indikasi kejelasan dalam kebijakan JKN ini adalah bagaimana 3 (tiga) pilar manajemen penyelenggaraan JKN ini dapat dipahami oleh masyarakat secara luas, yaitu kepesertaan, pembiayaan, dan pelayanan kesehatan. Dari hasil penelitian diketahui bahwa hanya 20% dari 40 responden yang mengetahui adanya program JKN mengetahui cara atau prosedur pendaftaran sebagai peserta JKN. Mekanisme pembayaran iuran (premi) hanya diketahui oleh 22,5%. Sedangkan responden yang memahami bagaimana mekanisme pemanfaatan layanan kesehatan hanya 20%. Perhatian terhadap kejelasan informasi ini selain dari aspek pemberian informasi yang detail dan jelas, juga perlu diperhatikan daya tanggap dari masyarakat. Informasi yang sederhana dan mudah dipahami menjadi kunci keberhasilan penyampaian informasi yang efektif. Oleh karena itu harus diupayakan bagaimana menjelaskan berbagai mekanisme kepesertaan, pembiayaan, dan pelayanan kesehatan dalam program JKN dengan bahasa dan alur yang sederhana. Seringkali instruksi-instruksi yang terlalu spesifik menyangkut implementasi kebijakan dapat menghambat kejelasan informasi.

Masyarakat akan terbebani dengan informasi yang terlalu banyak dan melupakan informasi yang utama. Dari hasil penelitian diketahui bahwa sumber informasi yang menjadi perhatian masyarakat adalah poster. Poster menyajikan informasi dengan bahasa yang singkat dan padat sehingga lebih mudah dipahami, selain tulisan juga terdapat gambar yang menarik perhatian masyarakat. Sedangkan metode dialog interaktif belum menjadi sumber informasi responden, dan hal ini sesuai dengan penjelasan Kepala Unit Pemasaran BPJS Kesehatan Jember bahwa kelompok tani belum menjadi prioritas secara khusus.

Faktor ketiga yang menentukan efektivitas komunikasi kebijakan adalah konsistensi. Dalam tataran operasional, instruksi yang tertuang dalam kebijakan harus konsisten agar tidak menimbulkan multi tafsir dan kebingungan dari pelaksanaannya. Banyaknya regulasi yang mengatur berjalannya program JKN, mulai dari undang-undang sampai peraturan internal BPJS Kesehatan harus saling terkait dan meminimalkan terjadinya distorsi komunikasi.

Pengetahuan yang dimiliki akan mendorong terbentuknya sikap seseorang terhadap sesuatu apa yang diketahuinya. Sikap merupakan salah satu *predisposing factor* yang sangat berkontribusi terhadap terbentuknya perilaku seseorang, baik perilaku yang mendukung maupun yang menghambat. Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa 68,9% responden memilih sikap tidak bersedia menjadi peserta program JKN. Terdapat 2 (dua) alasan yang paling banyak disampaikan responden, yaitu tidak tahu (35 responden atau 38,9%) dan tidak mampu (36 responden atau 40%). Alasan ketidaktahuan responden sudah banyak dikupas di atas. Namun ada satu hal yang harus dikaji lebih jauh

yaitu berkaitan dengan pengetahuan masyarakat tentang manfaat (*benefit*) program JKN. Dari hasil penelitian, hanya 20% yang mengetahui bagaimana mereka memanfaatkan layanan kesehatan dalam program JKN ini. Masyarakat akan lebih mudah berfikir dengan logika untung atau rugi ketika mereka mendaftarkan diri sebagai peserta mandiri. Kekhawatiran mendapatkan layanan yang tidak sesuai harapan (dirugikan) dapat menjadi penghambat dalam keikutsertaan masyarakat dalam program JKN. Pada beberapa kajian telah menghubungkan antara kepuasan pasien dengan keadilan dalam pelayanan kesehatan (*equity in healthcare*).

Terkait alasan kemampuan responden, mereka menilai bahwa pembayaran iuran sejumlah premi dikalikan anggota keluarga per bulan dirasa memberatkan. Terdapat dua alasan utama dari aspek kemampuan, yaitu besaran dan waktu pembayaran. Besaran premi telah ditetapkan antara Rp 25.500,- sampai Rp 59.500 per orang per bulan.² Jika rata-rata jumlah anggota keluarga tertanggung adalah 4 orang, maka besaran premi yang harus dibayar tiap bulan antara Rp 102.000,- sampai Rp 238.000,-. Beberapa batasan atau pendekatan yang dapat digunakan untuk menggambarkan kemampuan membayar premi oleh masyarakat. Diantaranya adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5% dari pengeluaran non pangan. Batasan ini didasarkan bahwa pengeluaran untuk kesehatan.¹⁰ Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata pengeluaran non pangan responden sebesar Rp 1.634.620,-. Hal ini berarti kemampuan membayar premi masyarakat petani sekitar Rp 81.731 per bulan. Padahal untuk tingkatan premi yang paling rendah saja dalam program

JKN dengan rata-rata anggota keluarga tertanggung 4 orang adalah sebesar Rp 102.000,-. Sehingga alasan ketidakmampuan responden dalam membayar premi sangat dimungkinkan mengingat kemampuan membayar RTUP masih dibawah kebutuhan pembayaran premi per keluarga per bulan. Peran pemerintah diperlukan untuk menutup defisit kemampuan membayar non PBI pada kelompok tertentu, sehingga sangat dimungkinkan adanya *cost sharing* antara peserta dengan pemerintah.

Alasan kedua dari aspek kemampuan adalah waktu pembayaran. Karakteristik petani yang khas adalah pendapatan atau penghasilan utamanya berasal dari hasil tanam ketika panen. Jenis tanaman yang banyak dibudidayakan seperti jagung, kopi, tembakau, lombok, sengon yang membutuhkan waktu berbulan-bulan untuk sampai panen dan menghasilkan pendapatan. Sehingga jika aturan keterlambatan pembayaran premi dikenakan denda sebesar 2% (dua persen) dari total iuran yang tertunggak, maka hal ini akan memberatkan para petani. Memperhatikan beberapa hasil penelitian ini, maka upaya untuk meningkatkan partisipasi kepesertaan RTUP perlu adanya sosialisasi secara khusus terhadap kelompok tani atau koperasi tani. Pembayaran secara kolektif yang dikoordinasi oleh kelompok tani atau koperasi, merupakan alternatif solusi yang bisa ditawarkan. Sehingga premi RTUP non PBI akan dibayar lebih dulu oleh pengelola kelompok tani atau koperasi, kemudian setelah panen tiba petani baru membayar premi ke kelompok tani atau koperasi.

SIMPULAN DAN SARAN

Sosialisasi program JKN belum efektif dalam meningkatkan pengetahuan serta membentuk sikap Rumah Tangga Usaha Pertanian (RTUP) non PBI yang bersedia untuk berpartisipasi dalam program JKN. Hal yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan pengetahuan adalah penggunaan media sosialisasi yang disesuaikan dengan sasaran, penyelenggaraan TOT bagi masyarakat (seperti : kader kesehatan, perangkat desa, tokoh masyarakat), dan meningkatkan keterlibatan stakeholder kebijakan JKN dalam upaya sosialisasi program. Peran pemerintah diperlukan untuk menutup defisit kemampuan membayar RTUP non PBI, sehingga adanya mekanisme *cost sharing* antara peserta dengan pemerintah sangat dimungkinkan.

DAFTAR RUJUKAN

1. Kemenkes RI. *Buku Saku FAQ BPJS Kesehatan*. Jakarta : Sekretariat Jenderal; 2013.
2. Pemerintah RI. *Peraturan Presiden No. 111 tahun 2013 perihal Perubahan atas Peraturan Presiden no. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta : BPJS Kesehatan; 2013.
3. Pemerintah RI. *Peraturan Presiden No. 86 tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial*. Jakarta : Kementerian Kesehatan; 2013.
4. Pemerintah RI. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Kementerian Kesehatan. Diambil dari website : <http://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan-sosialisasi-jkn.pdf>; 2015.
5. Badan Pusat Statistik. Hasil Sensus Pertanian 2013. Kabupaten Jember. Diambil dari website : <http://www.bps.jember.go.id>; 2013.
6. Pusat Inovasi Pelayanan Publik. *Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional: Permasalahan dan rekomendasi*. Policy Brief. Jakarta : Lembaga Administrasi Negara; 2014.
7. Winarno, B. *Kebijakan Publik : Teori dan Proses*. Yogyakarta : Media Pressindo (Anggota IKAPI); 2002.
8. Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan dan Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta; 2007.
9. Azwar, S. *Sikap Manusia dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar; 2010.
10. Kemenkes R.I. *Pedoman Penetapan Premi JPKM*. Jakarta: Sekretariat Jenderal; 2004.