

AKIBAT HUKUM DOKTER LAYANAN PRIMER DALAM PERANNYA SEBAGAI GATE KEEPER UNTUK SISTEM RUJUKAN BERJENJANG

Endang Sutrisno¹, Bety Dina Lambok², Taty Sugiarti³, dan Paulus Mulyono⁴

Abstrak

Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) telah mereformasi sistem pelayanan kesehatan. Dokter Layanan Primer yang seharusnya berperan sebagai gate keeper di Fasilitas Kesehatan Primer belum menjalankan fungsinya dengan optimal. Fasilitas Kesehatan Primer yang seharusnya dapat menangani penyakit-penyakit dasar dengan tuntas kerap kali mengeluarkan surat rujukan ke rumah sakit, sehingga gate keeper concept dan sistem managed care tidak berjalan sebagaimana mestinya. Kajian pada budaya hukum dokter layanan primer perannya sebagai gate keeper dalam sistem rujukan berjenjang dan upaya untuk meningkatkan kepatuhan hukum. Pendekatan penelitian socio legal research, sebab berkaitan rendahnya kesadaran hukum, pengetahuan hukum, sikap dan perilaku hukum. Budaya hukum yang berupa sikap, anggapan, persepsi, gagasan yang apatis, pragmatis kurang mendukung terlaksananya gate keeper concept dengan baik, dibutuhkan kepatuhan hukum dokter layanan primer melalui pengetahuan hukum dan komunikasi hukum dengan cara sosialisasi, edukasi.

Kata Kunci : *Budaya Hukum, Dokter Layanan Primer, Sistem Rujukan Berjenjang*

I. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan pengertian Sistem Kesehatan Nasional, maka subsistem pertama SKN adalah upaya kesehatan. Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia. Penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan tersebut memerlukan dukungan dana, sumber daya manusia, sumber daya obat, dan perbekalan kesehatan. Dukungan dana sangat berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan yang semakin penting dalam menentukan kinerja SKN. Mengingat kompleksnya pembiayaan kesehatan maka pembiayaan kesehatan ditetapkan menjadi subsistem kedua SKN. Tingginya angka kesakitan juga berdampak terhadap biaya

kesehatan yang pada gilirannya akan memperberat beban ekonomi masyarakat. Hal ini terkait dengan besarnya dana yang harus dikeluarkan masyarakat untuk berobat serta hilangnya pendapatan akibat tidak bekerja.⁵

UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah menentukan pasal 28 H ayat 3 bahwa “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”. Tentunya program jaminan sosial tersebut diantaranya termasuk jaminan pemeliharaan kesehatan dan agar hak warganegara atas jaminan kesehatan sosial tersebut dapat terpenuhi pada Pasal 34 ayat 2 UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah mengamanatkan bahwa Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan

¹ Dr. H. Endang Sutrisno, SH.,M.Hum : Dosen di Fakultas Hukum dan Pascasarjana Universitas Swadaya Gunung Jati. Cirebon – Indonesia

² Dr. Betty Dina Lambo, SH.,MH : Dosen di Fakultas Hukum dan Pascasarjana Universitas Swadaya Gunung Jati. Cirebon – Indonesia

³ Dr. Taty Sugiarti, SH.,MH : Dosen di Fakultas Hukum dan Pascasarjana Universitas Swadaya Gunung Jati. Cirebon – Indonesia

⁴ Paulus Mulyono : Mahasiswa Pascasarjana Universitas Swadaya Gunung Jati. Cirebon – Indonesia

⁵ Ali Gufron Mukti - Moertjahjo, *Sistim Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi, Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan*, Yogyakarta, FK UGM bekerjasama dengan Asosiasi Jaminan Sosial Daerah, PT KHM, 2008, hlm.4. Ibid, hlm. 4

masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.⁶

Sistem Jaminan Sosial Nasional mempunyai 5 (lima) program yaitu program Jaminan Kesehatan, program Jaminan Kecelakaan Kerja, Program Jaminan Kematian, Program Jaminan Hari Tua dan Program Jaminan Pensiun. Program Jaminan Kesehatan adalah prioritas pertama yang dijalankan PT ASKES yang bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan mulai 1 Januari 2014. Sedangkan PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan per 1 Januari 2015.⁷

Berlandaskan Pasal 24 ayat 3 Undang Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menyebutkan bahwa “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas”. Maka sejak 1 Januari 2014 mulai berlakulah reformasi di bidang kesehatan yang sebelumnya pelayanan kesehatan “tidak terstruktur” menjadi terstruktur. Pada era Jaminan Kesehatan Nasional memakai sistem “*managed care*” sebagai landasan operasional BPJS Kesehatan, yaitu sistem rujukan berjenjang dimana pelayanan kesehatan dibagi menjadi pelayanan kesehatan primer, pelayanan kesehatan sekunder, dan pelayanan kesehatan tersier. Pada sistem rujukan berjenjang ini fasilitas kesehatan tingkat pertama yang saat ini dilakukan di Puskesmas, dokter praktek umum, dokter keluarga, klinik pratama, Rumah Sakit Pratama tipe D ini berperan sangat besar dan penting dan menjadi fokus pada sistem ini. Dengan memakai “*gate keeper concept*” fasilitas kesehatan primer berfungsi sebagai penjaga gerbang / pintu masuk pasien dalam mengakses pelayanan kesehatan, menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan yang dituntut mampu menapis 155 penyakit, sehingga jumlah rujukan ke Fasilitas

Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan tidak banyak.

Kualitas pelayanan kesehatan di tingkat primer harus optimal mengingat efek dari implementasi Jaminan Kesehatan Nasional ke depan akan mengakibatkan naiknya permintaan/*demand* masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.⁸ Sebagai tempat kontak pertama pelayanan antara pasien dan fasilitas kesehatan sebelum pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan sekunder ataupun tersier, kontinuitas pelayanan, koordinasi layanan, komprehensivitas layanan, orientasi kesehatan keluarga dan komunitas.

Sebagai *gate keeper* dokter primer harus bertindak menangani berbagai macam diagnosa kasus penyakit yang seharusnya bisa ditangani sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya sebagai dokter layanan primer sesuai dengan peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia yaitu level 4 A. Dokter juga berperan sebagai *care manager* bagi keluarga pasien, menangani secara komprehensif dan holistik bukan saja segi kuratif saja tetapi juga mengutamakan promotif, preventif dan rehabilitatif, menjunjung tinggi etika, moral dan hukum sesuai dengan konsep dokter keluarga.⁹ Apabila konsep *gate keeper* ini berjalan baik maka akan mengurangi angka rujukan ke rumah sakit karena harapannya pasien akan mendapatkan pengobatan yang efektif, efisien dan optimal di dokter primer. Peran penting Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah akan mengurangi beban negara dalam pembiayaan kesehatan karena mampu menurunkan angka kesakitan. Pasien tidak selalu harus ditangani langsung oleh dokter spesialis di rumah sakit/fasilitas kesehatan tingkat sekunder, jika penyakitnya bisa ditangani oleh dokter umum/dokter keluarga.¹⁰

Dokter layanan primer yang seharusnya berperan sangat penting sebagai *gate keeper*

⁶ BPDPK Perintis Asuransi Sosial, *Info Askes, Edisi Khusus (Juli 2012)*, hlm.11.

⁷ Diding Lukmana, *Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional*, disampaikan pada ceramah sosialisasi JKN-BPJS Kesehatan di Kota Tegal, Maret 2014, hlm.3.

⁸ BPDPK Perintis Asuransi Sosial, *Info Askes, Edisi Khusus (Juli 2012)*, Op.Cit,hlm.11.

⁹ Sugito Wonodirekso, *Materi Pelatihan Dokter Keluarga Paket A&B*, Jakarta, PDKI,2009 ,hlm.6.

¹⁰ BPDPK Perintis Asuransi Sosial, *Info Askes Edisi Khusus (Juli 2012)*, Op.Cit, hlm.11.

ini belum menjalankan perannya secara optimal. Hal ini dikarenakan oleh berbagai macam faktor, antara lain belum berubahnya paradigma masyarakat dan kurang siapnya dokter layanan primer dan sumber daya manusia, sarana dan prasarana fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan belum optimalnya peran *gate keeper concept* membuat jumlah rujukan ke Rumah Sakit tetap tinggi. Mudah-mudahan sebagian Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan kesadaran hukum dokter layanan primer yang rendah dalam membuat surat rujukan membuat rumah sakit kebanjiran pasien. Tingginya angka rujukan menunjukkan kegagalan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sebagai penjaga gerbang layanan kesehatan. Puskesmas yang seharusnya mampu menangani penyakit penyakit dasar tidak mudah merujuk pasien ke rumah sakit.¹¹

Berbagai payung hukum telah dibentuk demi kelancaran program Jaminan Kesehatan Nasional namun tetap saja masih timbul kekecewaan dari peserta, dokter, dan rumah sakit.¹² Kenyataan di lapangan setelah program Jaminan Kesehatan Nasional berjalan dari berbagai sumber di laporan media massa, sistim rujukan berjenjang yang menjadi dasar pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional belum berjalan optimal disamping belum berubahnya kebiasaan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang spesialisik dan kurang siapnya tenaga kesehatan membuat jumlah rujukan tetap tinggi.¹³

Data nasional dari konferensi pers Dewan Jaminan Sosial Nasional BPJS Kesehatan pada Desember 2014 menyebutkan angka rujukan lebih dari 20 persen, idealnya angka rujukan pasien dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke fasilitas kesehatan sekunder hanya 12 persen. Begitu pula dari data yang penulis telusuri menurut Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin standar rasio

rujukan dari pelayanan primer ke sekunder adalah 12 persen¹⁴.

Sementara itu dari data dari BPJS Kesehatan Kota Tegal selama periode 2014 dari 10 fasilitas kesehatan tingkat pertama swasta yang terdiri dari 3 dokter keluarga dan 7 klinik pratama menunjukkan bahwa rata-rata ratio rujukan sekitar 18 persen, tetapi bila dilihat dari masing masing fasilitas kesehatan tingkat pertama menunjukkan bahwa ratio rujukan tidak merata ada fasilitas kesehatan tertentu yang cenderung ratio rujukannya tinggi, dan ada ratio rujukannya dalam batas normal. FKTP swasta yang ratio rujukannya tinggi di atas 15 %, yaitu klinik Ananda 18,94 %, klinik JalaMedika 15,51 %, klinik Polresta 15,17 %, klinik Siti Hajar 17,87 %, Dr Ruszaeni 19,54 %, dr M,Dahlan 16,8,7 % dan klinik Medicall 20,31 %. Dari data tersebut menyimpulkan dari 10 fasilitas kesehatan tingkat pertama swasta tersebut ternyata 70 % ratio rujukannya diatas ratio yang ideal¹⁵. Berdasarkan hasil studi dokumentasi tahap awal tersebut dapat disebutkan bahwa ratio rujukan yang terjadi di fasilitas kesehatan tingkat pertama swasta di Kota Tegal selama periode 2014 masih melebihi batas normal yang ditetapkan yaitu 15 persen.¹⁶

Berdasarkan pengamatan dan wawancara *pra-survey* terhadap beberapa dokter layanan primer terdapat sikap, perilaku apatis, pesimis, pragmatis terhadap nilai-nilai implementasi *gate keeper concept* dalam sistem rujukan berjenjang yang disebabkan karena situasi sosial di masyarakat yang memiliki sikap Rumah Sakit / dokter spesialis *minded* dan kurang mempercayai fasilitas kesehatan tingkat pertama baik dari sarana dan prasarana medis dan kemampuan tenaga kesehatannya. Hal ini disebabkan karena pola pikir dan kebiasaan yang sudah berlangsung lama terjadi di masyarakat bahwa puskesmas dianggap sebagai tempat untuk meminta “surat rujukan”. Beberapa dokter lebih memilih bersikap apatis, masa bodoh terhadap

¹¹ Ibid, hlm.6.

¹² Aries Kelana - Hayati Nupus - Umaya Khusniah, "Aturan Hukum Menuai Protes", *Majalah Gatra 8 XXI*, (Desember 2014), hlm. 98.

¹³ Kompas, tanggal 18 Desember 2014, hlm,13.

¹⁴ Dwi Murtiningsih, *Pengaruh Metode Pembayaran kepada Dokter Keluarga terhadap Efisiensi Biaya dan Kualitas Pelayanan, 2008*, Tesis UNS, Solo.

¹⁵ Hasil wawancara dengan Kepala MPKP BPJS Kesehatan Kota Tegal Jawa Tengah.

¹⁶ Optimalisasi fungsi utama pelayanan primer BPJS Kesehatan, (Lampiran peraturan direksi BPJS Kes.Nomor 095 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Optimalisasi Fungsi Pelayanan Primer).

aturan tersebut karena masyarakat menuntut pelayanan ke Rumah Sakit daripada berobat di puskesmas karena mereka merasa telah membayar iuran/premi BPJS.

II. RUMUSAN MASALAH

Bagaimanakah budaya hukum dokter layanan primer di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sebagai *gate keeper* dalam Sistem Rujukan Berjenjang ?

III. LANDASAN TEORI

Campur tangan hukum yang semakin meluas ke dalam bidang-bidang kehidupan masyarakat menyebabkan pengaitannya dengan masalah masalah sosial juga semakin intensif. Hal ini menjadikan hubungan antar tertib hukum dan tertib sosial yang lebih luas kian menjadi permasalahan pokok di dalam ilmu hukum. Dalam kerangka pemikiran yang demikian studi hukum harus memperhatikan pula hubungan yang demikian itu, maka kompleksitas hubungan yang berlangsung antara tertib hukum dan tertib sosial tersebut harus mendapat perhatian serius agar dapat memahami secara baik seluk beluk masalah yang diaturnya¹⁷. Hukum tidak mampu menjalankan fungsinya untuk melakukan *social engineering* di saat masyarakat mengalami proses perubahan yang terus-menerus terjadi, akibat dari proses pembangunan yang membawa implikasi sangat besar dalam gerak dinamika perkembangan masyarakat¹⁸. Pembahasan tentang hukum dan perubahan sosial akan berkisar pada pengkajian tentang bagaimana hukum yang berfungsi untuk menertibkan masyarakat dapat bersaing dengan perubahan sosial. Dalam hal ini hukum mempunyai fungsi sebagai sarana pengendalian sosial dan sarana untuk melakukan “*social engineering*”. Itu artinya hukum diharapkan untuk dapat membentuk, mengarahkan, dan pada saat saat tertentu juga merubah masyarakat menuju sesuatu yang dicita-citakan. Fungsi hukum yang demikian ini, ternyata tidak selalu

didukung oleh kehidupan sosial dimana hukum itu diterapkan. Untuk memaksimalkan fungsi hukum itu harus ditunjang oleh tingkat kesadaran hukum masyarakat yang memadai¹⁹.

Demikian juga dokter layanan primer dalam menjalankan konsep *gate keeper* sebagai suatu aturan di dalam menjalankan profesinya pada fasilitas kesehatan tingkat pertama pada era Jaminan Kesehatan Nasional. Sumber daya manusia (dokter) yang baik dipengaruhi oleh sistem pendidikan sebelum lulus fakultas kedokteran dan setelah lulus dokter yang sudah diatur melalui Undang Undang No.29 Tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran. Yang kedua mengenai sistem pelayanan kesehatan yang telah diatur melalui berbagai Undang Undang antara lain Undang Undang No.36 tentang Kesehatan, Undang Undang No.44 tentang Rumah Sakit, Permenkes No.28 tahun 2009 tentang Klinik, Permenkes No.2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktek Kedokteran dan lain-lain. Yang ketiga adalah sistem pembiayaan yang telah diatur melalui Undang Undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dan Undang Undang No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Selain ketiga faktor diatas terdapat faktor yang tak kalah pentingnya adalah faktor kesadaran etika profesi dan hukum.

Menurut Lawrence M. Friedman bahwa hukum merupakan suatu sistem yang terdiri dari Struktur Hukum, Substansi Hukum dan Kultur Hukum. Komponen struktur hukum yaitu kelembagaan yang diciptakan oleh sistem hukum itu dengan berbagai macam fungsi dalam kerangka mendukung bekerjanya sistem tersebut. Komponen ini dimungkinkan untuk melihat bagaimana sistem hukum itu memberikan pelayanan terhadap penggarapan bahan hukum secara teratur. Komponen substansi hukum yaitu sebagai output dari sistem hukum berupa peraturan peraturan, keputusan keputusan

¹⁷ Esmi Warassih, *Pranata Hukum Sebuah Telaah Sosiologis*, Semarang: Penerbit PT Suryandaru Utama, 2005, hlm.4.

¹⁸ Endang Sutrisno, *Bunga Rampai Hukum dan Globalisasi*, Yogyakarta: Penerbit Genta Press, 2007, hlm.46.

¹⁹ Rianto Adi, *Sosiologi Hukum: Kajian Hukum Secara Sosiologis*, Jakarta, Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2012, hlm. 59.

yang digunakan baik oleh pihak yang mengatur maupun yang diatur. Komponen kultur hukum yaitu terdiri dari nilai-nilai, sikap-sikap, persepsi, *custom, ways of doing, ways of thinking, opinion*, yang mempengaruhi bekerjanya hukum. Kultur hukum inilah yang berfungsi sebagai jembatan yang menghubungkan antara peraturan hukum dengan tingkah laku hukum seluruh warga masyarakat.²⁰ Seseorang menggunakan atau tidak menggunakan, dan patuh antara tidak patuh terhadap hukum sangat ditentukan oleh nilai-nilai kultur hukum yang dihayati oleh anggota masyarakatnya.

Konsep budaya hukum mempunyai keuntungan dapat menarik perhatian terhadap nilai-nilai yang berhubungan dengan hukum dan proses hukum. Berdasarkan pengertian tersebut maka budaya hukum tak diragukan lagi dapat mempengaruhi proses bekerjanya hukum di masyarakat yang pada akhirnya berpokok pangkal pada masalah kesadaran dan kepatuhan hukum. Budaya hukum itu berupa nilai-nilai, tradisi, dan kekuatan spiritual yang menentukan bagaimana hukum itu dapat dijalankan masyarakat. Hukum tidak hanya terfokuskan kepada pengertian hukum sebagai aturan-aturan, norma-norma, dan asas-asas sebab pada dasarnya kenyataan sosial mempunyai pengaruh yang besar terhadap bekerjanya hukum dalam kehidupan sehari-hari sehingga akan mempengaruhi institusi-institusi dan perilaku orang dalam menyikapi aturan dan norma-norma.²¹ Demikian juga analoginya seorang dokter layanan primer di dalam menjalankan perannya konsep *gate keeper* agar berfungsi optimal di samping faktor-faktor kendala-kendala lain antara lain sistem pelayanan, sistem pembiayaan kesehatan, dan faktor sumber daya manusianya sendiri, juga terdapat faktor budaya hukum dalam menjalankan suatu peraturan.

Menurut Soerjono Soekanto²² konsep budaya hukum mencakup tentang kesadaran hukum. Dengan demikian budaya hukum itu adalah tidak lain dari keseluruhan faktor yang menentukan bagaimana sistem hukum memperoleh tempatnya yang logis dalam kerangka budaya milik masyarakat umum (dokter). Budaya hukum dokter layanan primer menyangkut pula sikap dokter terhadap hukum dan sistem hukum seperti kepercayaan, nilai, ide, dan harapan-harapan atau juga sering diartikan sebagai situasi pemikiran sosial dan kekuatan sosial yang dapat menentukan bagaimana hukum itu ditaati, dilanggar dan disimpangi. Titik berat tentang budaya hukum ini adalah terhadap nilai-nilai yang berhubungan dengan hukum dan proses hukum. Seseorang dokter menggunakan atau tidak menggunakan hukum, patuh atau tidak patuh terhadap konsep *gate keeper* dalam sistem rujukan berjenjang sangat tergantung pada budaya hukumnya. Berdasarkan hal tersebut maka harus dibangun budaya hukum yang positif bagi dokter layanan primer dalam menjalankan perannya sebagai *gate keeper* menuju bentuk kultur hukum yang positif²³ bagi perkembangan masyarakat.

Berpijak pada teori interaksionisme simbolik, dokter layanan primer dalam menjalankan suatu aturan atau kebijakan sebagai *gate keeper* memandang *gate keeper concept* sebagai suatu simbol, dimana simbol itu memiliki makna sesuai dengan interaksi sosial dengan pasiennya. Bahwa sesungguhnya realitas suatu hukum/aturan yang ada tidak terlepas dari hasil interpretasi manusia. Pemaknaannya pun sangat beragam berdasarkan persepsi, keyakinan, opini dan sikap dokter dalam menginterpretasinya dan kemajemukan makna akan selalu terjadi. Seorang dokter layanan primer dalam memahami dan menginterpretasi *gate keeper concept* sebagai suatu simbol, perlu suatu pemahaman/*verstehen* dengan pendekatan

²⁰ Lawrence M Friedman, *The Legal System: A Social Science Perspective*, New York, Russel Sage Foundation, 1986, hlm.17.

²¹ Endang Sutrisno, *Rekonstruksi Budaya Hukum Masyarakat Nelayan untuk Membangun Kesejahteraan Nelayan Studi Kritis Terhadap Pemaknaan Hukum*, Yogyakarta, Genta Press, 2013, hlm. 57.

²² Soerjono Soekanto, *Kesadaran Hukum dan Kepatuhan Hukum*, Jakarta, Penerbit Rajawali, 1982, hlm. 153-154.

²³ Endang Sutrisno, Op.Cit, *Rekonstruksi Budaya Hukum Masyarakat Nelayan untuk Membangun Kesejahteraan Nelayan Studi Kritis Terhadap Pemaknaan Hukum*, hlm.18-19.

hermeneutika.²⁴ . Pemahaman hukum tidak sekedar hanya berhenti pada perilaku hukum yang berlandaskan pada tekstual hukum/ *das sollen*, tetapi merambah pada perilaku substansial/ *das sein* sebagai fundamental hukum yang sebenarnya. Dalam berinteraksi dengan pasiennya seorang dokter akan menginterpretasi *gate keeper concept* di mana dengan heurmetika bukan lagi diarahkan kepada teks melainkan kepada realita itu sendiri bagaimana menangkap makna sebuah realitas yang mengandung simbol.

Perilaku hukum adalah perilaku yang dipengaruhi oleh aturan, keputusan perintah atau undang undang. Perilaku hukum seorang dokter dapat digunakan sebagai indikator terhadap kesadaran hukum dokter itu sendiri sebab adakalanya suatu ketentuan hukum sebagian besar dipatuhi dan ada pula yang tidak sepenuhnya dipatuhi akibatnya perilaku hukum dokter dalam menghayati *gate keeper concept* dalam kondisi derajat kepatuhan yang berbeda beda, sehingga pada dasarnya antara kesadaran hukum dan kepatuhan hukum saling berhubungan erat. Kesadaran hukum mencakup unsur unsur pengetahuan hukum, pengetahuan tentang isi hukum, sikap hukum, dan pola perilaku hukum.²⁵ Faktor yang mempengaruhi perilaku hukum dokter adalah faktor komunikasi hukum dan selanjutnya faktor pengetahuan hukum dokter layanan primer itu sendiri.

Upaya peningkatan kesadaran hukum dokter merupakan upaya komunikasi hukum yaitu menginformasikan *gate keeper concept* dalam sistim rujukan berjenjang kepada para dokter layanan primer yang menjadi sasaran informasi guna membangkitkan suatu *compliance* melalui sosialisasi, edukasi atau inkulturasi hukum yang menyentuh ke lubuk sanubari para dokter. Pada saat kesadaran hukum dokter terhadap *gate keeper concept* telah terbentuk dan mengalami proses internalisasi maka terbentuklah kepatuhan hukum.

Chambliss dan Robert B. Seidmann mengemukakan adanya pengaruh kekuatan-kekuatan sosial dalam bekerjanya hukum. Kekuatan-kekuatan sosial, budaya, ekonomi dan politik akan selalu mempengaruhinya, untuk itu perlu disadari bahwa hukum memang merupakan bagian dari kehidupan sosial dan dengan demikian tidak akan pernah berada dalam ruang hampa dan berhadapan dengan hal hal yang abstrak. Melainkan ia selalu berada dalam tatanan sosial tertentu dan manusia-manusia yang hidup²⁶ . Dokter layanan primer sebagai pemegang peran dalam teori Chambliss dan Seidmann dituntut untuk secara optimal menjalankan peran sebagai *gate keeper*, tetapi pada kenyataannya banyak faktor-faktor sosial yang mempengaruhinya sehingga tuntutan sebagai *gate keeper* itu tidak berjalan sebagai mana mestinya.

IV. METODE PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif/ naturalistik, dengan metode ini diharapkan akan ditemukan makna makna/*verstehen* yang tersembunyi di balik suatu obyek maupun subyek yang diteliti konsep ataupun ungkapan ungkapan yang berkembang dalam dunia dan lingkungan responden.²⁷ Proses terjadinya suatu fenomena sosial menjadi lebih diutamakan dibandingkan sekedar hasil penelitian. Latar belakang tingkah laku atau perbuatan dicari maknanya. Makna dibalik tingkah laku para dokter layanan primer dalam menjalankan konsep *gate keeper* merupakan hal yang pokok bagi penelitian ini. Metoda kualitatif memungkinkan kita memahami masyarakat secara personal dan memandang mereka sebagaimana mereka mengungkapkan pandangan dunianya. Dalam penelitian kualitatif pengumpulan data dilakukan dalam kondisi alamiah atau *natural setting*. Peneliti mengumpulkan data berdasarkan observasi dan wawancara. Peneliti sebagai alat

²⁴ Kinayanti Djojuroto, *Filsafat Bahasa*, Yogyakarta:Penerbit Pustaka Obor Publisher,2007, hlm.238.

²⁵ Soerjono Soekanto, Op.Cit. hlm.159 dalam B. Kutschincky, *Knowlege and Opinion about Law*,Martin Robertson, London,1973.

²⁶ Esmi Warassih,Op,Cit,hlm.11.

²⁷ Esmi Warassih,*Metodologi Penelitian Bidang Humaniora dalam Metodologi Penelitian Ilmu Sosial (Dengan Orientasi Penelitian Bidang Hukum)*, Materi Pelatihan Metodologi Ilmu Sosial Semarang, Bag.Humas FH UNDIP, 1999, hlm. 47.

penelitian dalam melakukan penelitiannya merupakan alat utama pengumpulan data.²⁸

2. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan non doktrinal/*socio legal research* yaitu penelitian hukum yang mempergunakan sumber data primer yaitu meneliti tingkah laku manusia dengan ciri cirinya yang khusus seperti tingkah laku verbal dan tingkah laku nyata.²⁹ Dalam penelitian ini hukum dikonsepsikan sebagai pranata sosial (memandang hukum sebagai fenomena sosial) yaitu hukum dikonsepsikan sebagai simbol atau sebagai *human action* dengan pendekatan hermeutika. Penggunaan pendekatan *socio legal* dalam penelitian ini lebih ditujukan untuk meneliti bagaimana budaya hukum dokter layanan primer di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama terhadap konsep *gate keeper* dalam menjalankan sistem rujukan berjenjang dengan meneliti pengetahuan hukum tentang pemberlakuan, isi, sikap, dan perilaku terhadap peraturan rujukan berjenjang, serta upaya upaya apa saja yang dilakukan untuk mewujudkan budaya hukum yang positif.

3. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Pemerintah di Puskesmas Tegal Selatan dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Swasta di Klinik *Medicall*. Penelitian diutamakan terlebih dahulu di FKTP Swasta yang mempunyai angka *ratio* rujukannya tinggi kemudian bergulir ke FKTP yang lain. Demikian juga FKTP Pemerintah/ Puskesmas diutamakan yang menunjukkan angka *ratio* rujukannya tinggi kemudian dilanjutkan ke Puskesmas yang *ratio* rujukannya lebih rendah sampai mendapatkan data yang lengkap.

4. Jenis Data

Data yang diperlukan untuk penelitian ini diperoleh dari berbagai sumber data yang meliputi antara lain data primer dan data

sekunder. Data primer ialah data yang diperoleh langsung dari sumber pertama. Data sekunder ialah data yang diperoleh dari sumber kepustakaan yang mencakup dokumen, buku, laporan penelitian dan lain lain.³⁰

V. HASIL DAN PEMBAHASAN

Temuan Penelitian dan Pembahasan Masalah

Pembahasan tentang hukum dan perubahan sosial akan berkisar pada pengkajian tentang bagaimana hukum yang berfungsi untuk menertibkan masyarakat dapat bersaing dengan perubahan sosial. Dalam hal ini hukum mempunyai fungsi sebagai sarana pengendalian sosial dan sarana untuk melakukan "*social engineering*" yang berarti hukum diharapkan untuk dapat membentuk, mengarahkan, dan merubah masyarakat menuju sesuatu yang dicita-citakan.³¹ Fungsi Hukum yang demikian itu ternyata tidak selalu didukung oleh kehidupan sosial dimana hukum itu diterapkan untuk memaksimalkan fungsi hukum itu harus ditunjang oleh budaya hukum yang memadai yang akhirnya berpokok pangkal pada kesadaran dan kepatuhan hukum.³²

Sejak 1 Januari 2014 Pemerintah Indonesia telah memberlakukan Jaminan Kesehatan Nasional (*Universal Health Coverage*) berdasarkan Undang-Undang No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Nasional (BPJS) dimana sebelumnya pemerintah juga telah menetapkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai landasan jaminan sosial di Indonesia. Berlandaskan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 24 Ayat(3) yang menyebutkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas.

²⁸ Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D*, Bandung, Penerbit Alfa Beta,2012,hlm.55.

²⁹ Amiruddin - Zainal Asikin, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Jakarta, PT Raja Grafindo,2005, hlm.133.

³⁰ Soerjono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta, Penerbit UI Press,1986,hlm.12.

³¹ Mochtar Kusumaatmaja, *Hukum, Masyarakat dan Pembinaan Hukum Nasional*, Bandung, Penerbit Binacipta, 1976, hlm.5.

³² Ibid. hlm.17.

Kemudian dijabarkan dalam landasan operasional BPJS Kesehatan berupa sistem *Managed Care* dimana dengan sistem rujukan berjenjang pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu primer, sekunder dan tersier.

Pada era Jaminan Kesehatan Nasional terjadilah “reformasi” di bidang kesehatan dimana sebelumnya pelayanan kesehatan “tidak terstruktur” diubah menjadi “terstruktur”, pola pembiayaan kesehatan yang tadinya “*fee for service*” menjadi “*prospective payment/capitation*”. Dengan memakai sistem *Managed Care* sebagai landasan operasional maka pelayanan kesehatan dibagi menjadi pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier. Pada sistem *Managed Care*, fasilitas kesehatan tingkat pertama ini menjadi titik fokus berperan sangat besar dan penting dengan konsep “*gate keeper*” / penjaga gerbang untuk akses ke pelayanan kesehatan secara berjenjang, dimana dokter dituntut untuk berperan optimal sesuai kompetensinya dan kewenangannya sebagai dokter layanan primer harus mampu menapis 155 jenis diagnosa penyakit.³³

Jaminan Kesehatan Nasional telah berjalan lebih dari satu tahun dan masih banyak kekurangan-kekurangan, ketidakpuasan dan keluhan-keluhan dari masyarakat pengguna jasa kesehatan BPJS, maupun tenaga kesehatan sendiri. Hal ini disebabkan berbagai macam faktor baik oleh sarana kesehatan dan tenaga kesehatannya maupun belum berubahnya paradigma masyarakatnya dari kuratif ke promotif-preventif.³⁴

Jadi seorang dokter keluarga / Dokter Layanan Primer (DLP) di dalam menjalankan profesinya dan perannya sebagai *gate keeper* menghadapi berbagai kendala-kendala baik internal maupun external antara lain sistem pelayanannya, sarana dan prasarananya fasilitas kesehatan, sistem pembiayaannya, sistem sumber daya manusia, juga terdapat faktor kultur hukum dalam menjalankan suatu peraturan hukumnya.

Budaya hukum dokter layanan primer menyangkut sikap dokter terhadap atau sering juga diartikan sebagai situasi pemikiran dan kekuatan sosial yang dapat menentukan bagaimana hukum itu ditaati, dilanggar dan disimpangi. Titik berat budaya hukum ini adalah terhadap nilai-nilai yang berhubungan dengan hukum dan proses hukum. Seorang dokter layanan primer menggunakan hukum atau tidak menggunakan hukum, patuh atau tidak patuh dalam menjalankan konsep *gate keeper* dalam sistem rujukan berjenjang sangat tergantung pada budaya hukumnya.

Budaya hukum dokter layanan primer adalah keseluruhan faktor yang menentukan bagaimana sistem hukum (peraturan) konsep *gate keeper* memperoleh tempatnya yang logis sehingga sistem hukum tersebut dapat berjalan. Berdasarkan hal tersebut maka harus dibangun budaya hukum yang positif bagi dokter layanan primer dalam menjalankan perannya sebagai *gate keeper* menuju budaya hukum yang positif bagi perkembangan masyarakat.

Kesadaran hukum menyangkut pula masalah pengetahuan hukum, pengakuan hukum dan penghargaan hukum. Menurut B. Kutchinsky, kesadaran hukum merupakan konsepsi-konsepsi abstrak di dalam diri manusia tentang keserasian antara ketertiban dan ketentraman yang dikehendaki atau ditandai dengan indikator antara lain pengetahuan tentang peraturan-peraturan hukum (*law awaranness*), pengetahuan tentang isi peraturan-peraturan hukum (*law acquaintance*), sikap terhadap peraturan-peraturan hukum (*legal attitude*) dan pola-pola perilaku hukum (*legal behaviour*).³⁵

Kesadaran hukum dokter layanan primer harus mampu dideskripsikan melalui bagaimana mereka mengetahui bahwa hubungan-hubungan yang terjalin dalam tatanan sosial mereka diatur oleh tatanan hukum sehingga interaksi yang terjalin dalam masyarakat dapat berlangsung dengan tertib, para dokter layanan primer memiliki pengetahuan dan pemahaman tentang isi hukum, selain itu pula didukung oleh sikap

³³ Kompas, tanggal 18 Desember 2014, hlm. 6.

³⁴ Ibid, hlm.13.

³⁵ Soerjono Soekanto, Op, Cit, *Kesadaran dan Kepatuhan Hukum*, hlm.159 dalam Berl Kutchinsky,

Knowledge dan Opinion about Law (Martin Robertson, London), 1973.

hukum para dokter untuk melakukan penilaian terhadap aturan-aturan hukum yang ada menyangkut profesi dokter dan pada sisi lain harus ada perilaku hukum dari para dokter layanan primer yang sesuai dengan aturan hukum yang berlaku.

Berdasarkan hasil penelitian³⁶ yang dilakukan terhadap 6 (enam) informan yang terdiri dari 2 (dua) dokter Puskesmas dan 5 (lima) dokter klinik swasta di Puskesmas Tegal Selatan dan Klinik *Medicall* Kota Tegal, pengetahuan hukum para dokter layanan primer sangat penting untuk mengetahui persepsi dokter tentang hukum, agar tidak ada persepsi yang salah antara peneliti dengan informan mengenai hukum atau peraturan bahwa pengetahuan dokter menyangkut hukum belum dapat digunakan untuk memahami tentang dokter layanan primer dan perannya sebagai *gate keeper* dalam perspektif normatif³⁷. Selanjutnya mengenai pengetahuan hukum (*Legal Awareness*) pengetahuan para dokter layanan primer mengenai Jaminan Kesehatan Nasional/ BPJS dan Dokter Layanan Primer hanya mengetahui tetapi tentang substansi dari kaidah hukum yang diatur dalam Undang-Undang tentang BPJS tidak memahaminya dengan seksama sehingga proses untuk membangun kesadaran dan kepatuhan hukum menjadi sangatlah sulit.

Menurut Soerjono Soekanto³⁸ pengakuan masyarakat terhadap ketentuan-ketentuan hukum berarti bahwa masyarakat mengetahui isi/ substansi dari norma-norma hukum tersebut. Berarti ada suatu derajat pemahaman tertentu terhadap ketentuan-ketentuan hukum yang berlaku. Namun hal ini belum merupakan jaminan bahwa warga masyarakat yang mengakui ketentuan-ketentuan hukum tertentu dengan sendirinya mematuhi, tetapi juga perlu diakui bahwa orang-orang yang memahami suatu ketentuan hukum ada kalanya cenderung untuk mematuhi. Maka agar lebih spesifik pengetahuan yang dimaksud yaitu

pemahaman isi/ substansi hukum ini (*Legal Acquaintance*) adalah pengetahuan tentang peran dan fungsi sebagai *gate keeper*. Bahwa sebagian besar dokter sudah menegatahui istilah *gate keeper* hanya persoalannya dokter tidak memahami makna yang terkandung dibalik substansi norma hukum yang mengatur tentang *gate keeper* ini, hal ini-pun berpengaruh kepada pemahaman tentang pemahaman yang dimaksud Sistem Rujukan Berjenjang dokter tidak semuanya dapat menafsirkan mauatan makna yang terkandung dalam peraturan tertulis yang tertuang dalam norma-norma hukum yang berlaku yang mengatur hal tersebut.

Sikap hukum (*Legal Attitude*) seseorang mempunyai kecenderungan untuk mengadakan penilaian tertentu terhadap hukum, penghargaan atau sikap tertentu terhadap ketentuan hukum yaitu sampai sejauh manakah suatu tindakan atau perbuatan yang dilarang hukum diterima oleh sebagian besar masyarakat. Juga reaksi masyarakat yang didasarkan pada sistem nilai-nilai berlaku. Masyarakat mungkin menentang dan mematuhi hukum karena kepentingan mereka terjamin pemenuhannya.³⁹ Seorang warga masyarakat patuh pada peraturan mungkin karena bersikap fundamental atau karena sikapnya yang instrumental. Kepatuhan yang disebabkan karena sikap yang fundamental jelas lebih mantap oleh karena didasarkan pada pemikiran yang mantap tidak didasarkan pada kepentingan-kepentingan pribadi. Sikap instrumental timbul apabila mematuhi hukum karena rasa takut terhadap sanksinya, karena ada petugas pengawas atau karena kebanyakan orang mematuhi peraturan tersebut.⁴⁰ Sikap para dokter layanan primer dalam menjalankan konsep *gate keeper* termasuk pada sikap instrumental yaitu sikap yang timbul apabila mematuhi hukum karena rasa takut terhadap sanksi hal ini disebabkan adanya pengawasan dari BPJS Kesehatan.

Berdasarkan penelitian bahwa informan mendukung peraturan *gate keeper concept*

³⁶ Penelitian dilakukan semenjak 27 April sampai dengan 26 Mei 2015

³⁷ Wawancara dengan beberapa orang dokter di Puskesmas Tegal Selatan dan dokter di Klinik *Medicall* pada tanggal 6 Mei 2015, 10 Mei 2015, 7 Mei 2015, 8 Mei 2015, dan 20 Mei 2015.

³⁸ Soerjono Soekanto, Op.Cit, *Kesadaran dan Kepatuhan Hukum*, hlm.160.

³⁹ Ibid.hlm. 244-245

⁴⁰ Loc.Cit.

tersebut, namun dalam pelaksanaannya belum sepenuhnya optimal dalam berperan⁴¹. Dari hasil wawancara yang mendalam terhadap informan bahwa dokter berupaya untuk menjalankan peran sebagai *gate keeper* namun terbentur pada hambatan eksternal antara lain masyarakat masih beranggapan sejak dahulu bahwa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/ Puskesmas belum dipercaya sebagai sarana kesehatan yang handal dalam mengobati, Puskesmas hanyalah sebagai tempat untuk meminta surat rujukan kemudian mereka mendesak untuk minta surat rujukan berobat ke Rumah Sakit dengan alasan mereka sudah membayar premi setiap bulannya sehingga menjadi hak mereka untuk memilih Rumah Sakit sebagai fasilitas kesehatan yang lebih dipercaya.⁴²

Faktor lain adalah karena lokasi Puskesmas Tegal Selatan terletak di perkotaan dan sangat dekat dengan dua Rumah Sakit besar yang ada di kota Tegal menyebabkan masyarakat lebih suka memilih untuk berobat ke fasilitas Rumah Sakit, dan hanya memanfaatkan Puskesmas sebagai tempat untuk meminta Surat Rujukan. Bahkan perilaku masyarakat ada yang lebih ekstrim hanya menyuruh keluarganya untuk meminta surat rujukan tetapi pasiennya sendiri tidak ikut hadir untuk di wawancara dan diperiksa dokternya.⁴³

Kesadaran hukum dokter layanan primer terhadap perannya sebagai *gate keeper* adalah belum memadai. Hal ini dapat dilihat dari rendahnya pengetahuan dan pemahaman informan serta sikap dan perilaku tentang peraturan terhadap peran dokter layanan primer sebagai *gate keeper*. Hal ini dapat diketahui dari rendahnya pengetahuan dan pemahaman para informan yang belum merujuk pada Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Pasal 24 Ayat(3) mengenai Sistem Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional dan Peraturan Menteri Kesehatan No.001 tentang Sistem Rujukan Berjenjang dan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No.095 Tahun 2014

tentang Pedoman Pelaksanaan Program Optimalisasi Fungsi Utama Pelayanan Primer. Pengetahuan dan pemahaman yang ada pada dokter hanyalah pengetahuan dan pemahaman tentang pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional dan BPJS Kesehatan hanya mengetahui bahwa peraturan Jaminan Kesehatan Nasional dan sistem konsep *gate keeper* dalam sistem rujukan berjenjang telah diatur dengan Undang Undang dan Peraturan Menteri Kesehatan.

Melalui pendekatan teori interaksionisme simbolik yang menyatakan bahwa kehidupan masyarakat terbentuk melalui proses interaksi dan komunikasi antar individu dan antar kelompok dengan menggunakan simbol-simbol yang dipahami maknanya melalui proses belajar.⁴⁴ Tindakan seorang dokter dalam proses interaksi bukan semata-mata merupakan suatu tindakan langsung terhadap suatu stimulus yang datang dari lingkungannya tetapi hasil interpretasi, jadi merupakan proses belajar dalam memahami simbol-simbol dan saling menyesuaikan makna simbol-simbol itu. Berpijak pada interaksionisme simbolik dokter layanan primer dalam menjalankan suatu aturan atau kebijakan sebagai *gate keeper* memandang konsep *gate keeper* sebagai suatu simbol dimana simbol itu memiliki makna sesuai dengan interaksi sosialnya. Dalam berinteraksi dengan pasiennya seorang dokter akan menginterpretasi konsep *gate keeper* dimana dengan pemahaman/*verstehen* dengan pendekatan heurmenetika bukan lagi diarahkan kepada teks melainkan kepada realita itu sendiri bagaimana menangkap makna sebuah realitas yang mengandung simbol.

Berpijak pada teori bekerjanya hukum menurut Chambliss dan Robert B. Seidman mengemukakan adanya pengaruh kekuatan-kekuatan sosial dalam bekerjanya hukum. Kekuatan-kekuatan sosial, budaya, politik dan ekonomi akan selalu mempengaruhinya, perlu

⁴¹ Wawancara dengan informan kunci Kepala Puskesmas Tegal Selatan dan Pimpinan Klinik *Medical* tanggal 5 Mei 2015.

⁴² Ibid.

⁴³ Wawancara dengan dokter di Klinik *Medical* pada tanggal 8 Mei 2015.

⁴⁴ Endang Sutrisno, Op.Cit, *Konstruksi Budaya Hukum Masyarakat Nelayan Untuk Membangun Kesejahteraan Nelayan, Studi Kritis Terhadap Pemaknaan Hukum*, hlm.18.

disadari memang hukum merupakan bagian dari kehidupan sosial daengan demikian tidak berada dalam ruang hampa dan berhadapan dengan hal-hal yang abstrak dan selalu berada dalam tatanan sosial tertentu dan manusia-manusia yang hidup. Dokter layanan primer sebagai “*role occupant*” (pemegang peran) dalam teori Chambliss dan Seidman dituntut bekerja optimal oleh BPJS Kesehatan untuk menjalankan peran sebagai *gate keeper* dimana dokter akan menjadi kontak pertama (*first contact care*) saat pasien sakit, menjalankan kontinuitas layanan (*continuity care*), koordinasi layanan (*coordinated care*), komprehensivitas layanan (*comprehensive care*), dengan orientasi kesehatan keluarga dan komunitas (*family and community oriented care*) fokus pada usaha kesehatan promotif dan preventif, dengan metode pembayaran kapitasi (*prospective payment*).

Faktanya banyak faktor sosial yang mempengaruhi sehingga tuntutan peran yang optimal sebagai *gate keeper* tidak berjalan sebagai mana mestinya yang disebabkan oleh kekuatan-kekuatan sosial dan personal, ekonomi, politik, dan kekuatan lainnya.⁴⁵ Antara lain faktor tersebut adalah faktor ekonomi dimana tarif kapitasi dan INA-CBGs yang dibayarkan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut yang ditetapkan Kementerian Kesehatan rendah.⁴⁶ Kecilnya kapitasi tentu membuat pendapatan dokter layanan primer menjadi kecil terutama untuk praktek mandiri/ swasta, apalagi semua biaya dan pendapatan dokter layanan primer berasal dari dana kapitasi.⁴⁷

Pelaksanaan BPJS/ SJSN akan mempunyai dua implikasi yaitu *pertama* kesejahteraan bagi masyarakat dan kesejahteraan bagi pemberi pelayanan yakni dokter; *kedua* BPJS/ SJSN dapat menyebabkan bencana bagi pasien dan dokter. Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS Kesehatan dapat memberikan kesejahteraan

dan manfaat apabila adanya keadilan bagi dokter maupun masyarakat dan sebaliknya⁴⁸. Konsep nilai-nilai sebagai bentuk perumusan budaya hukum dokter layanan primer dalam perannya sebagai *gate keeper* tercermin pada beberapa pemahaman bahwa program Jaminan Kesehatan Nasional bermanfaat dan memberi keadilan dan kepastian bukan hanya untuk masyarakat sebagai pengguna jasa kesehatan, tetapi juga memberikan keadilan, kemanfaatan dan kepastian bagi dokter layanan primer sebagai ujung tombak dan *gate keeper* dalam sistem rujukan berjenjang dan memberikan kesejahteraan bagi warga profesi kedokteran dan kebahagiaan bagi semua orang.⁴⁹

VI. PENUTUP

Simpulan

Budaya hukum dokter layanan primer di fasilitas kesehatan tingkat pertama di Puskesmas Tegal Selatan dan Klinik Pratama Medicall Kota Tegal adalah budaya yang negatif berupa persepsi, pandangan, gagasan, perilaku, dan nilai-nilai yang pesimistis, apatis, masa bodoh, pragmatis terhadap konsep *gate keeper* dalam sistim rujukan berjenjang. Upaya-upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan hukum dengan meningkatkan pengetahuan hukum dan komunikasi hukum yaitu dengan cara menginformasikan konsep *gate keeper* dalam sistem rujukan berjenjang/sistem *managed care* kepada dokter layanan primer di dalam setiap kesempatan forum ilmiah, seminar, simposium, rapat di Puskesmas, Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit guna membangkitkan *compliance* melalui sosialisasi, edukasi dan inkulturisasi dan internalisasi hukum.

Saran-Saran

1. Dokter Umum yang bertugas sebagai dokter layanan primer saat ini harus ditingkatkan kompetensinya dan

⁴⁵ Ibid, hlm.114.

⁴⁶ Aries Kelana, Hayati Nupus, Umayu Khusniah, *Aturan Hukum Menuai Protes*, (Gatra, Edisi 8-XX1, 25 Desember, 2014) hlm.99.

⁴⁷ Ibid, hlm.99.

⁴⁸ Priyo Sidipratomo, *BPJS Berjalan Kesejahteraan Dokter Meningkat*, (Buletin Info Askes, Edisi Juli 2012), hlm.55.

⁴⁹ PB IDI, *Pandangan IDI terhadap Pelaksanaan JKN Tahun 2014, Menjamin Hak Setiap Warga Memperoleh Kesehatan Bermutu*, Jakarta, Seminar ARSADA, 5 September 2013), hlm.1.

- pengetahuan hukumnya sesuai dengan standar konsep kedokteran keluarga/dokter layanan primer agar *gate keeper concept* berjalan dengan optimal.
2. Peningkatan usaha kesehatan promotif dan preventif bagi dokter dan masyarakat harus terus ditingkatkan dalam jangka waktu yang lama dan menjadi tugas Pemerintah dan segenap jajaran Kementerian Kesehatan dari pusat sampai ke daerah agar Jaminan Kesehatan Nasional sukses dan BPJS Kesehatan tidak merugi.

DAFTAR PUSTAKA

Buku-Buku:

- Amiruddin - Zainal Asikin, 2005, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, PT Raja Grafindo, Jakarta.
- Ali Gufron Mukti - Moertjahjo, 2008, *Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi*, Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan, FK UGM bekerjasama dengan Asosiasi Jaminan Sosial Daerah, PT KHM, Yogyakarta.
- Diding Lukmana, Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional, disampaikan pada ceramah sosialisasi JKN-BPJS Kesehatan di Kota Tegal, Maret 2014, hlm.3
- Esmi Warassih, 2005, *Pranata Hukum Sebuah Telaah Sosiologis*, Semarang: Penerbit PT Suryandaru Utama.
- Endang Sutrisno, 2007, *Bunga Rampai Hukum dan Globalisasi*, Genta Press, Yogyakarta.
- _____, 2013, *Rekonstruksi Budaya Hukum Masyarakat Nelayan untuk Membangun Kesejahteraan Nelayan Studi Kritis Terhadap Pemaknaan Hukum*, Genta Press, Yogyakarta.
- Kinayanti Djojuroto, 2007, *Filsafat Bahasa*, Pustaka Obor Publisher, Yogyakarta.

Lawrence M Friedman, 1986, *The Legal System: A Social Science Perspective*, New York, Russel Sage Foundation.

Mochtar Kusumaatmaja, 1976, *Hukum, Masyarakat dan Pembinaan Hukum Nasional*, Binacipta, Bandung.

Rianto Adi, 2012, *Sosiologi Hukum: Kajian Hukum Secara Sosiologis*, Yayasan Pustaka Obor Indonesia, Jakarta.

Soerjono Soekanto, 1982, *Kesadaran Hukum dan Kepatuhan Hukum*, Rajawali, Jakarta.

Sugiyono, 2012, *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D*, Alfa Beta, Bandung.

Sugito Wonodirekso, 2009, *Materi Pelatihan Dokter Keluarga Paket A&B*, PDKI, Jakarta.

Soerjono Soekanto, 1986, *Pengantar Penelitian Hukum*, UI Press, Jakarta.

Majalah:

Aries Kelana - Hayati Nupus - Umayya Khusniah, "Aturan Hukum Menuai Protes", *Majalah Gatra* 8 XXI, (Desember 2014), hlm. 98 & hlm.99.

BPDPK Perintis Asuransi Sosial, *Info Askes*, Edisi Khusus (Juli2012), hlm.11.

Priyo Sidipratomo, *BPJS Berjalan Kesejahteraan Dokter Meningkat*, (Buletin Info Askes, Edisi Juli 2012), hlm.55.

Hasil Penelitian Tesis:

Dwi Murtiningsih, 2008, *Pengaruh Metode Pembayaran kepada Dokter Keluarga terhadap Efisiensi Biaya dan Kualitas Pelayanan*, Tesis UNS, Solo.

Peraturan Perundang-undangan:

Optimalisasi Fungsi Utama Pelayanan Primer BPJS Kesehatan, Lampiran Peraturan Direksi BPJS Kes. Nomor 095 Tahun

2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Optimalisasi Fungsi Pelayanan Primer

Media Massa:

Kompas 18 Desember 2014, hlm.6 dan hlm.13.

Sumber-Sumber Lain:

Esmi Warassih, *Metodologi Penelitian Bidang Humaniora dalam Metodologi Penelitian Ilmu Sosial (Dengan Orientasi Penelitian Bidang Hukum), Materi Pelatihan Metodologi Ilmu Sosial*, (Semarang, Bag.Humas FH UNDIP, 1999), hlm.47.

PB IDI, Pandangan IDI terhadap pelaksanaan JKN Tahun 2014, *Menjamin Hak Setiap Warga Memperoleh Kesehatan*

Bermutu, Seminar ARSADA, Jakarta, 5 September 2013,hlm.1.

Hasil Wawancara dengan Kepala MPKP BPJS Kesehatan Kota Tegal Jawa Tengah.

Hasil Wawancara dengan beberapa orang dokter di Puskesmas Tegal Selatan dan dokter di Klinik *Medicall* pada tanggal 6 Mei 2015, 10 Mei 2015, 7 Mei 2015, 8 Mei 2015, dan 20 Mei 2015.

Hasil Wawancara dengan informan kunci Kepala Puskesmas Tegal Selatan dan Pimpinan Klinik *Medicall* tanggal 5 Mei 2015.

Hasil Wawancara dengan dokter di Klinik *Medicall* pada tanggal tanggal 8 Mei 2015.