

Reformasi Sistem Perlindungan Korban

Integrasi LPSK, Kemenkes, BPJS, dan PEMDA

dalam Rencana Aksi Nasional

Oleh. Dr. Muhammad Ramdan, SH, M.Si.¹

Abstrak

Pembiayaan rumah sakit bagi korban tindak pidana di Indonesia masih menghadapi kendala struktural dan kelembagaan. Korban kerap terbebani biaya medis karena keterbatasan regulasi, tumpang tindih kewenangan antar-lembaga, serta minimnya dukungan anggaran, baik di tingkat pusat maupun daerah. Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban (LPSK), meskipun mandat utamanya bukan pembiayaan medis, sering menjadi tumpuan bagi korban akibat kekosongan regulasi, terutama setelah terbitnya Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan yang mengecualikan korban tindak pidana tertentu dari BPJS Kesehatan. Artikel ini disusun dengan menggabungkan dua pendekatan: kajian normatif terhadap regulasi terkait kesehatan, pemerintahan daerah, dan perlindungan korban; serta pengalaman empirik penulis sebagai praktisi yang terlibat langsung dalam pelayanan korban maupun forum pembahasan regulasi. Temuan kajian menunjukkan adanya kesenjangan antara norma hukum dengan praktik lapangan, serta lemahnya respons pemerintah daerah dan kementerian dalam menindaklanjuti rekomendasi LPSK. Oleh karena itu, diperlukan reformasi sistemik yang meliputi aspek regulasi, kelembagaan, dan pendanaan guna membangun skema pembiayaan kesehatan korban tindak pidana yang adil, berkelanjutan, dan terintegrasi dalam kerangka rencana aksi nasional.

Kata Kunci: Pembiayaan Rumah Sakit, Korban Tindak Pidana, LPSK, Jaminan Kesehatan, Reformasi Sistemik, Perlindungan Sosial, Indonesia

Abstract

Hospital financing for crime victims in Indonesia continues to face structural and institutional challenges. Victims are often burdened with medical costs due to regulatory gaps, overlapping institutional mandates, and limited budget allocation at both national and local levels. The Witness and Victim Protection Agency (LPSK), although primarily mandated to provide legal, psychological, and restitution assistance, frequently becomes the main recourse for victims seeking medical aid. This situation is exacerbated by the issuance of Presidential Regulation No. 59 of 2024 on Health Insurance, which excludes certain crime victims from BPJS Health coverage, assuming they will be covered by sectoral or regional programs. This article employs a dual approach: a normative analysis of health, local governance, and victim protection regulations; and the author's empirical experiences as a practitioner engaged in both victim services and regulatory discussions. The findings reveal a persistent gap between written law and practical realities, coupled with inconsistent governmental responses to LPSK recommendations. Accordingly, a systemic reform encompassing regulatory, institutional, and financial dimensions is urgently required to establish an equitable, sustainable, and nationally integrated scheme for crime victims' healthcare financing.

Keywords: Hospital Financing, Crime Victims, LPSK, Health Insurance, Systemic Reform, Social Protection, Indonesia

¹ Kepala Biro Penelaahan Permohonan, Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban.

I. Pendahuluan

Pembiayaan rumah sakit bagi korban tindak pidana di Indonesia hingga kini masih menghadapi tantangan serius. Korban sering kali dihadapkan pada kendala pembiayaan medis karena keterbatasan regulasi, tumpang tindih kewenangan antar lembaga, dan minimnya anggaran yang tersedia di tingkat pusat maupun daerah. Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban (LPSK), meskipun mandat utamanya adalah memberikan perlindungan hukum, psikologis, serta fasilitasi restitusi maupun kompensasi, dalam praktik sering kali menjadi tumpuan korban untuk meminta bantuan medis. Situasi ini muncul karena adanya kekosongan regulasi, salah satunya ketentuan dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan, yang mengecualikan korban tindak pidana tertentu dari jaminan BPJS Kesehatan, dengan asumsi bahwa mereka akan dijamin melalui program kementerian/lembaga atau pemerintah daerah.²

Tulisan ini disusun berdasarkan dua landasan utama. Pertama, kerangka normatif yang menelaah kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku, seperti Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, serta Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2006 jo. Undang-Undang Nomor 31 Tahun 2014 tentang Perlindungan Saksi dan Korban. Kajian normatif ini penting mengingat hukum kesehatan dan perlindungan korban merupakan bagian dari rezim hukum hak asasi manusia yang diakui secara universal.³ Kedua, pengalaman empirik penulis sebagai pegawai yang secara langsung melayani masyarakat dalam mengakses hak-haknya, termasuk hak korban tindak pidana atas pelayanan kesehatan. Pengalaman ini semakin diperkaya dengan keterlibatan penulis dalam forum pembahasan rancangan perubahan Perpres Nomor 59 Tahun 2024, yang memperlihatkan dinamika nyata bagaimana kementerian, lembaga, dan pemerintah daerah menanggapi persoalan pembiayaan kesehatan korban.

Kombinasi antara kajian normatif dan pengalaman praktis ini memberikan perspektif yang lebih utuh. Di satu sisi, terlihat adanya kesenjangan antara norma

² Lihat Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan. Bandingkan juga dengan analisis implementasi jaminan kesehatan dalam konteks perlindungan sosial pada Dewi Fortuna Anwar, *Social Protection in Indonesia: Past, Present, and Future Directions* (Jakarta: CSIS, 2021), hal. 45–48.

³ World Health Organization (WHO), *Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries* (Geneva: WHO Press, 2020), 12–16; Satjipto Rahardjo, *Hukum dan Masyarakat* (Bandung: Angkasa, 2019), hal. 177.

hukum yang tertulis dengan kondisi faktual di lapangan.⁴ Di sisi lain, pengalaman empirik memberi gambaran nyata mengenai respons pemerintah dan lembaga terkait, sekaligus menegaskan pentingnya rencana aksi nasional yang terintegrasi. Dengan demikian, tulisan ini diharapkan dapat menjadi kontribusi akademik sekaligus praktis dalam merumuskan alternatif solusi dan model reformasi pembiayaan kesehatan bagi korban tindak pidana di Indonesia.

II. Kerangka Teori dan Landasan Hukum Nasional

2.1. Teori Perlindungan Korban

Perlindungan korban tindak pidana merupakan bagian integral dari perlindungan hak asasi manusia yang diakui secara universal. Dalam perspektif viktimologi, korban tindak pidana memiliki kerentanan ganda: pertama, kerentanan primer akibat penderitaan langsung dari tindak pidana; kedua, kerentanan sekunder akibat kesulitan mengakses keadilan maupun layanan dasar, termasuk layanan kesehatan.⁵ Teori viktimologi menegaskan bahwa negara tidak dapat berhenti pada penghukuman pelaku, tetapi harus menjamin adanya pemulihan bagi korban melalui skema bantuan medis, psikologis, dan sosial.

Dalam kerangka teori negara kesejahteraan (welfare state), perlindungan korban dipandang sebagai bagian dari kewajiban konstitusional negara untuk memastikan jaminan sosial dan kesehatan bagi seluruh warga negara.⁶ Dengan demikian, pemberian layanan kesehatan terhadap korban tindak pidana tidak semata-mata dipandang sebagai urusan teknis medis, melainkan perwujudan tanggung jawab negara untuk menghapus hambatan struktural yang dialami korban dalam proses pemulihan.

2.2. Landasan Hukum Nasional

- a. Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) menegaskan bahwa *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan*

⁴ Nurjannah Hidayat, “Kesenjangan Regulasi dan Implementasi Hak Kesehatan Korban Kekerasan di Indonesia,” *Jurnal Hukum & Pembangunan* 51, no. 2 (2021): 234–251; John Tobin, *The Right to Health in International Law* (Oxford: Oxford University Press, 2020), hal. 89–92.

⁵ Arif Gosita, *Masalah Perlindungan Anak* (Jakarta: Akademika Pressindo, 2018), hal. 45.

hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Norma ini menegaskan bahwa hak atas kesehatan bersifat konstitusional, sehingga korban tindak pidana tidak dapat dikecualikan dari pemenuhan hak tersebut.⁶

- b. Pasal 4 UU *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan* menyatakan secara eksplisit bahwa *“Setiap orang berhak atas kesehatan.”* Norma ini mengandung prinsip nondiskriminasi, artinya negara wajib menyediakan akses layanan kesehatan kepada seluruh warga, termasuk korban tindak pidana. Jika korban kejahatan harus menanggung biaya perawatan rumah sakit akibat celah regulasi, maka hal tersebut dapat dipandang bertentangan dengan amanat UU Kesehatan.⁷
- c. Undang-Undang Nomor 31 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2006 tentang Perlindungan Saksi dan Korban, memberikan mandat kepada LPSK untuk menyediakan perlindungan, termasuk bantuan medis, psikologis, dan psikososial.⁸ Namun, sifat bantuan medis tersebut lebih menekankan pada fasilitasi, misalnya merujuk korban ke rumah sakit atau membantu advokasi biaya pengobatan, bukan pembiayaan langsung. Hal ini sering kali menimbulkan kesenjangan karena korban tetap menghadapi hambatan administratif maupun finansial.
- d. Pasal 12 ayat (1) huruf c Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menegaskan bahwa kesehatan merupakan urusan wajib pemerintah daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar.⁹ Dengan demikian, pemerintah daerah memiliki tanggung jawab hukum untuk mengalokasikan anggaran kesehatan, termasuk bagi penanganan korban tindak pidana. Namun dalam praktiknya, ketersediaan dan alokasi anggaran sering kali tidak memadai, sehingga korban justru menghadapi diskriminasi struktural dalam memperoleh layanan kesehatan.

⁶ Jimly Asshiddiqie, *Konstitusi dan Hak Asasi Manusia* (Jakarta: Sinar Grafika, 2020), 78.

⁷ Andi Hamzah, *Hukum Kesehatan di Indonesia* (Jakarta: Rajawali Pers, 2021), hal. 134.

⁸ Lilik Mulyadi, *Perlindungan Saksi dan Korban dalam Sistem Peradilan Pidana* (Bandung: PT Citra Aditya Bakti, 2022), hal. 89

⁹ Maria Farida Indrati, *Ilmu Perundang-Undangan* (Yogyakarta: Kanisius, 2020), hal. 201.

III. Pembahasan

3.1. Kesenjangan Regulasi

Jika disandingkan, terlihat adanya kontradiksi dalam kerangka hukum. BPJS Kesehatan melalui Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2024 secara eksplisit mengecualikan tanggungan pembiayaan kesehatan bagi korban tindak pidana tertentu.¹⁰ Kebijakan ini lahir dari logika jaminan sosial yang lebih menitikberatkan pada risiko kesehatan umum, seperti penyakit atau kecelakaan non-kriminal, dibandingkan risiko akibat kejahatan. Padahal, korban tindak pidana seringkali membutuhkan layanan medis segera dan kompleks, misalnya operasi darurat atau rehabilitasi panjang. Pengecualian ini menunjukkan adanya bias regulatif yang memandang korban tindak pidana sebagai anomali dalam sistem kesehatan, bukan sebagai subjek hak yang seharusnya memperoleh perlindungan universal.

Sementara itu, Peraturan Pemerintah No. 29 Tahun 2025 mengatur mekanisme Dana Bantuan Korban, namun pembatasannya hanya menyasar korban Tindak Pidana Kekerasan Seksual (TPKS).¹¹ Dari sisi kebijakan, langkah ini bisa dianggap progresif karena memberi perhatian khusus pada korban TPKS yang selama ini menghadapi trauma ganda, baik fisik maupun psikologis. Namun, pendekatan eksklusif ini secara tidak langsung menciptakan hierarki korban, di mana penderitaan akibat kejahatan lain—seperti terorisme, penganiayaan berat, atau perampokan bersenjata—tidak diakomodasi. Kebijakan yang bersifat parsial seperti ini berisiko menimbulkan diskriminasi substantif antar korban, padahal secara prinsip hak asasi, semua korban tindak pidana berhak atas perlindungan yang setara. Lebih lanjut, Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menegaskan bahwa penyediaan layanan kesehatan merupakan urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar.¹² Namun, norma tersebut berhenti pada level prinsipil dan tidak diturunkan dalam mekanisme teknis yang mengikat bagi pemerintah daerah. Akibatnya, tanggung jawab penyediaan layanan medis bagi korban tindak pidana sering bergantung pada ketersediaan anggaran daerah dan sensitivitas kepala daerah terhadap isu perlindungan korban. Dalam praktiknya, banyak Pemda yang tidak memasukkan skema pembiayaan

¹⁰ Republik Indonesia, Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, Lembaran Negara Tahun 2024.

¹¹ Republik Indonesia, Peraturan Pemerintah No. 29 Tahun 2025 tentang Dana Bantuan Korban Tindak Pidana Kekerasan Seksual, Lembaran Negara Tahun 2025.

¹² Republik Indonesia, Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Lembaran Negara Tahun 2014.

korban tindak pidana dalam APBD, sehingga korban kerap berhadapan dengan birokrasi panjang atau bahkan harus menanggung biaya sendiri. \

Di sisi lain, Undang-Undang No. 31 Tahun 2014 tentang Perlindungan Saksi dan Korban memberikan mandat kepada LPSK untuk menyelenggarakan bantuan medis, psikologis, dan psikososial.¹³ Akan tetapi, peran LPSK dalam regulasi ini lebih bersifat fasilitatif, yakni melakukan pendampingan, advokasi, atau rujukan terhadap fasilitas kesehatan, bukan membiayai secara langsung layanan medis di rumah sakit. Dengan keterbatasan kewenangan dan anggaran, LPSK tidak mampu menutup celah biaya yang ditinggalkan oleh regulasi lainnya. Hal ini menjadikan mandat perlindungan hanya bersifat normatif tanpa jaminan eksekutif yang kuat di lapangan.

Dengan demikian, korban tindak pidana di luar kategori TPKS masih berada pada ruang abu-abu kebijakan. Mereka berisiko menanggung biaya medis secara mandiri apabila pemerintah daerah tidak menyiapkan anggaran khusus, atau jika koordinasi lintas lembaga (LPSK, Pemda, BPJS Kesehatan, dan Kemenkes) tidak berjalan optimal. Kondisi ini tidak hanya menimbulkan ketidakpastian hukum, tetapi juga memperlebar kesenjangan akses terhadap hak konstitusional korban atas pelayanan kesehatan. Pada titik inilah, regulasi yang saling bertubrukan justru melahirkan kekosongan praktis yang melemahkan prinsip keadilan restoratif dalam sistem hukum Indonesia.

3.2. Hak Korban yang Terabaikan

Dari perspektif hak asasi manusia dan viktimologi, kondisi regulasi yang timpang ini jelas tidak selaras dengan prinsip keadilan. Korban tindak pidana, sebagaimana ditegaskan dalam teori viktimologi modern, harus diposisikan sebagai pihak yang menderita kerugian nyata akibat kejahatan dan oleh karenanya berhak memperoleh pemulihan menyeluruh.¹⁴ Alih-alih dipulihkan, banyak korban justru menanggung beban ganda karena biaya medis yang timbul akibat kejahatan tidak dijamin penuh oleh negara.

Ketiadaan jaminan pembiayaan ini pada akhirnya menimbulkan krisis kebijakan publik. Pertama, rumah sakit menagih biaya medis korban karena kasus

¹³ Republik Indonesia, Undang-Undang No. 31 Tahun 2014 tentang Perlindungan Saksi dan Korban, Lembaran Negara Tahun 2014.

¹⁴ Arif Gosita, Masalah Perlindungan Anak (Jakarta: Akademika Pressindo, 2019), 45.

mereka tidak ditanggung dalam skema BPJS Kesehatan.¹⁵ Kedua, pemerintah daerah sering kali tidak memiliki anggaran khusus atau bahkan enggan mengalokasikan pembiayaan karena dasar hukum yang tidak eksplisit.¹⁶ Ketiga, LPSK yang menjadi tumpuan harapan korban menerima permohonan bantuan, namun pada kenyataannya berada di luar kewenangannya untuk menanggung biaya medis secara penuh.¹⁷ Kombinasi ketiga faktor ini menjadikan korban sebagai pihak yang paling dirugikan oleh sistem hukum yang seharusnya hadir untuk melindungi mereka.

Menyadari kekosongan ini, LPSK mengambil inisiatif dalam membantu korban. Secara normatif, UU No. 31 Tahun 2014 memang tidak memberikan kewenangan kepada LPSK untuk membiayai langsung rumah sakit,¹⁸ tetapi dalam praktiknya lembaga ini tetap berupaya agar korban tidak kehilangan akses terhadap layanan kesehatan. Skema bantuan medis LPSK kemudian muncul sebagai solusi alternatif yang bersifat darurat, meski tidak permanen.

Bentuk inisiatif tersebut tampak melalui tiga mekanisme utama. Pertama, fasilitasi dan koordinasi dengan rumah sakit, Dinas Kesehatan, atau BPJS agar korban tidak ditolak ketika membutuhkan layanan.¹⁹ Kedua, penerbitan keputusan internal yang memungkinkan LPSK memberikan bantuan medis terbatas dalam keadaan tertentu, meskipun dengan anggaran minim.²⁰ Ketiga, rekomendasi resmi kepada pemerintah daerah, Kementerian Kesehatan, atau lembaga terkait agar korban memperoleh pembiayaan sesuai mandat regulasi.²¹ Dengan demikian, meski berada di luar mandat utamanya, LPSK secara proaktif mengambil peran demi memastikan korban tidak terabaikan.

Namun, inisiatif ini menghadapi kendala serius. Keterbatasan anggaran LPSK membuat bantuan medis tidak bisa diberikan secara berkelanjutan. Di sisi lain, respon pemerintah daerah sangat beragam: ada yang sigap menindaklanjuti rekomendasi LPSK, ada pula yang justru mengabaikannya dengan alasan keterbatasan fiskal.²² Terakhir, terdapat risiko pelebaran kewenangan, sebab publik dapat menganggap bahwa LPSK bertanggung jawab atas pembiayaan medis

¹⁵ Lihat Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan.

¹⁶ UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Pasal 12 ayat (1).

¹⁷ Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban, Laporan Tahunan LPSK 2023 (Jakarta: LPSK, 2024), hal. 87.

¹⁸ UU No. 31 Tahun 2014 tentang Perlindungan Saksi dan Korban, Pasal 7A.

¹⁹ LPSK, Laporan Tahunan LPSK 2023, op. cit., hal. 92.

²⁰ Ibid., hal. 94.

²¹ Ibid., hal. 95.

²² Ibid., hal. 98.

korban secara menyeluruh, padahal secara hukum hal itu bukan mandat utama lembaga ini.²³

3.3. Skema Bantuan Medis LPSK

Dalam praktiknya, skema bantuan medis LPSK diberikan setelah permohonan korban diputuskan diterima oleh Pimpinan LPSK. Mekanisme ini bersifat selektif dan terbatas, dengan besaran bantuan yang diatur melalui kebijakan internal berdasarkan ketersediaan anggaran.²⁴ Bantuan ini dimaksudkan sebagai dukungan darurat agar korban tetap dapat mengakses layanan kesehatan tanpa harus terhenti oleh hambatan administratif atau finansial.

Namun, terdapat batasan mendasar. Pertama, bantuan ini tidak dapat menutup seluruh biaya medis korban.²⁵ Kedua, ketersediaan bantuan sangat tergantung pada anggaran internal LPSK yang relatif kecil dibanding kebutuhan korban secara nasional.²⁶ Ketiga, bantuan medis tidak bisa menjadi solusi jangka panjang bagi semua jenis korban tindak pidana karena sifatnya yang darurat dan sementara.²⁷

Walau demikian, inisiatif ini menjadi bukti nyata komitmen LPSK untuk menjawab kebutuhan korban meski berada di luar mandat utamanya. Dari sudut pandang viktimologi, upaya ini menunjukkan adanya orientasi humanis dalam penegakan hukum di Indonesia: korban tidak sekadar dilihat sebagai objek prosedural, melainkan subjek yang berhak atas pemulihan nyata.²⁸ Akan tetapi, tanpa dukungan regulasi yang lebih jelas dan ketersediaan dana khusus dari negara, beban ini akan tetap sulit dipikul oleh LPSK sendiri.²⁹

3.4. Alternatif Solusi dan Model Reformasi Nasional

Kebuntuan pembiayaan rumah sakit bagi korban tindak pidana tidak dapat diselesaikan hanya melalui inisiatif terbatas LPSK. Diperlukan sebuah model reformasi nasional yang lebih menyeluruh, agar korban memperoleh kepastian hak

²³ Ibid., hal. 100

²⁴ Ibid., hal. 103

²⁵ Ibid., hal. 105

²⁶ Ibid., hal. 106.

²⁷ Ibid., hal. 108.

²⁸ Gosita, Masalah Perlindungan Anak, op. cit., hal. 60.

²⁹ LPSK, Laporan Tahunan LPSK 2023, op. cit., hal. 110

atas layanan kesehatan tanpa harus berhadapan dengan kerumitan birokrasi maupun tarik-menarik kewenangan antar lembaga.³⁰

3.4.1. Pembentukan Dana Bantuan Korban Nasional

Langkah pertama yang dapat ditempuh adalah pembentukan Dana Bantuan Korban Nasional yang bersumber dari APBN dan APBD. Skema ini dapat meniru Dana Bantuan Korban Tindak Pidana Kekerasan Seksual sebagaimana diatur dalam PP No. 29 Tahun 2025, namun cakupannya diperluas agar juga mencakup korban tindak pidana perdagangan orang (TPPO), korban tindak pidana terorisme, korban kekerasan berat, serta korban pelanggaran HAM berat.³¹ Dana ini dapat dikelola secara bersama oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, dan LPSK, dengan prinsip akses cepat dan langsung bagi korban tanpa prosedur administratif yang berbelarut.

3.4.2. Integrasi dengan Sistem BPJS Kesehatan

Alternatif kedua adalah integrasi melalui skema subsidi silang dalam sistem BPJS Kesehatan. Meskipun Pasal 52 ayat (1) huruf r Perpres No. 59 Tahun 2024 mengecualikan korban tindak pidana tertentu dari jaminan BPJS, tetap dimungkinkan adanya mekanisme kompensasi. Dalam model ini, rumah sakit tetap wajib melayani korban dengan pembiayaan awal ditanggung oleh BPJS. Selanjutnya, biaya diklaim kembali kepada pemerintah pusat atau daerah melalui alokasi dana khusus korban tindak pidana.³² Dengan demikian, korban mendapatkan kepastian layanan medis tanpa menunggu proses anggaran pemerintah daerah.

3.4.3. Skema Berbasis Pemerintah Daerah

Alternatif ketiga menekankan pada peran daerah. Berdasarkan UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, kesehatan merupakan urusan wajib daerah.³³ Oleh karena itu, setiap Pemda perlu diwajibkan menyusun Peraturan Daerah (Perda) tentang Perlindungan Korban Tindak Pidana. Perda ini harus

³⁰ Muladi, Hak Asasi Manusia, Politik dan Sistem Peradilan Pidana (Semarang: Badan Penerbit Undip, 2009), hal. 121.

³¹ Peraturan Pemerintah No. 29 Tahun 2025 tentang Dana Bantuan Korban Tindak Pidana Kekerasan Seksual

³² Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 52 ayat (1) huruf r.

³³ UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Pasal 12 ayat (1)

mengalokasikan dana medis darurat yang bersifat fleksibel, misalnya melalui pos Belanja Tidak Terduga (BTT). Dinas Kesehatan kemudian dapat ditugaskan sebagai penyalur bantuan medis dengan rekomendasi dari LPSK.³⁴

3.4.4. Penguatan Peran LPSK

LPSK pada dasarnya tidak ditujukan untuk menjadi lembaga pembiaya rumah sakit. Namun, kewenangan LPSK perlu diperkuat agar rekomendasinya bersifat mengikat bagi instansi lain. Apabila LPSK merekomendasikan agar Pemda atau Kementerian Kesehatan menanggung biaya medis korban, maka rekomendasi tersebut wajib dipatuhi.³⁵ Dengan model ini, LPSK tetap menjadi fasilitator utama sesuai mandat UU No. 31 Tahun 2014, namun tidak lagi dipaksa menjadi pembiaya darurat yang terus-menerus menanggung di luar kewenangannya.

3.4.5. Model Kemitraan Multisektor

Alternatif kelima adalah membangun kemitraan multisektor antara LPSK, Kementerian Kesehatan, Pemda, BPJS, dan rumah sakit. Kemenkes memastikan alokasi nasional tersedia, BPJS menyediakan sistem klaim awal, Pemda menyediakan cadangan anggaran daerah, dan rumah sakit menjadi mitra layanan dengan tarif yang disepakati bersama.³⁶ Kemitraan ini dapat dituangkan dalam bentuk Peraturan Bersama (Joint Regulation) lintas lembaga, sehingga tidak lagi terjadi tarik-menarik kewenangan.

3.4.6. Praktik Internasional: Skema Kerjasama Antar Lembaga

Pengalaman internasional memperlihatkan bahwa pembiayaan korban tindak pidana hampir selalu dikelola melalui kemitraan multisektor, bukan oleh satu lembaga saja. Beberapa contoh yang relevan:

a. Inggris

Criminal Injuries Compensation Authority (CICA) dikelola oleh Kementerian Kehakiman, namun terintegrasi dengan *National Health Service (NHS)*. NHS

³⁴ Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban, *Laporan Tahunan LPSK 2023* (Jakarta: LPSK, 2024), 112

³⁵ UU No. 31 Tahun 2014 tentang Perlindungan Saksi dan Korban, Pasal 7A.

³⁶ LPSK, *Laporan Tahunan LPSK 2023*, op. cit., hal. 115.

menanggung biaya medis awal, sementara CICA memberikan kompensasi finansial atas biaya tambahan dan kerugian jangka panjang.³⁷

b. Belanda

Schadefonds Geweldsmisdrijven dibentuk oleh Kementerian Kehakiman dan Keamanan, namun bekerja sama dengan asuransi kesehatan nasional dan pemerintah daerah. Rumah sakit tetap memberikan layanan segera, sementara klaim biaya ditanggung dana korban.³⁸

c. Australia

Victims of Crime Assistance Tribunal (VOCAT) dikelola peradilan negara bagian, namun terhubung dengan rumah sakit pemerintah dan departemen kesehatan. Korban dapat menerima biaya rumah sakit, rehabilitasi, maupun dukungan psikososial melalui koordinasi lintas lembaga.³⁹

d. Jepang

Crime Victim Benefit System dikelola oleh *National Police Agency (NPA)* bersama Kementerian Kesehatan, Tenaga Kerja, dan Kesejahteraan. Biaya medis awal ditanggung sistem kesehatan, sementara kompensasi tambahan diberikan oleh pemerintah melalui NPA.⁴⁰

e. Korea Selatan

Crime Victim Relief Fund dikelola oleh Kementerian Kehakiman, namun implementasinya melibatkan National Health Insurance Service (NHIS), rumah sakit pemerintah, dan pemerintah daerah. Skema ini bersifat co-financing, di mana biaya korban dibagi antara asuransi nasional, dana keadilan, dan subsidi lokal.⁴¹

³⁷ Criminal Injuries Compensation Authority (CICA), "Guidance for Applicants," Ministry of Justice, UK, 2023. <https://www.gov.uk/government/organisations/criminal-injuries-compensation-authority>, diakses 29 Agustus 2025.

³⁸ Schadefonds Geweldsmisdrijven, "Annual Report 2022," Netherlands Ministry of Justice and Security. <https://www.schadefonds.nl/home-english>, diakses 29 Agustus 2025.

³⁹ Victims of Crime Assistance Tribunal (VOCAT), "Annual Report 2022–2023," State of Victoria, Australia. <https://vocat.vic.gov.au/annual-report-20232024-0>, diakses 29 Agustus 2025.

⁴⁰ National Police Agency (NPA), *Crime Victim Benefit System Overview* (Tokyo: NPA, 2022). https://www.keishicho.metro.tokyo.lg.jp/multilingual/english/safe_society/become_a_victim/you_victim.html, diakses 29 Agustus 2025.

⁴¹ Ministry of Justice, Republic of Korea, *Crime Victim Relief Fund Report 2023*. https://elaw.klri.re.kr/eng_mobile/viewer.do?hseq=68045&key=7&type=part&utm, diakses 29 Agustus 2025.

Dari praktik internasional tersebut, jelas bahwa model integrasi lintas lembaga merupakan pendekatan terbaik untuk memastikan korban tidak terbebani biaya akibat tindak pidana. Indonesia dapat mengadaptasi pola serupa dengan mengoptimalkan peran LPSK sebagai koordinator, sementara beban pembiayaan dibagi antara pemerintah pusat, daerah, dan sistem jaminan kesehatan nasional.

3.5. Implikasi bagi Indonesia: Model Kemitraan Multisektor

Dari praktik internasional yang telah dikaji, terlihat adanya pola konsisten bahwa perlindungan dan pemulihan korban tindak pidana tidak dapat hanya ditanggung oleh satu lembaga. Model kemitraan multisektor menjadi jalan tengah yang memungkinkan keterlibatan lintas kementerian/lembaga dengan pembagian peran yang jelas. Dalam konteks Indonesia, beberapa implikasi dapat dirumuskan sebagai berikut:

3.5.1. Pemerintah pusat bertanggung jawab utama melalui dana kompensasi nasional.

Pemerintah pusat perlu menjadi penanggung jawab utama dalam memastikan adanya dana kompensasi korban. Hal ini selaras dengan logika *welfare state*, di mana negara berkewajiban hadir untuk menanggung beban warga yang menjadi korban tindak pidana serius, khususnya kasus pelanggaran HAM berat, terorisme, atau kekerasan sistematis. Kompensasi ini tidak boleh hanya bersifat simbolis, melainkan harus menjadi instrumen nyata dalam memulihkan hak-hak korban. Skema semacam ini telah lama dijalankan di negara-negara seperti Jerman dan Korea Selatan yang mengalokasikan dana kompensasi korban melalui mekanisme APBN, sehingga kontinuitasnya terjamin.⁴²

3.5.2. Kementerian Kesehatan atau sistem kesehatan nasional menanggung biaya medis awal agar korban tidak tertunda mendapat layanan.

Korban tindak pidana, khususnya yang mengalami kekerasan fisik, sering kali menghadapi hambatan biaya pada tahap awal perawatan medis. Bila layanan medis bergantung pada mekanisme restitusi atau putusan pengadilan yang memakan waktu, korban berisiko kehilangan kesempatan penyelamatan nyawa.

⁴² Anneke Smit, *Victims of Crime and State Compensation Systems: Comparative Perspectives* (London: Routledge, 2020), hal. 134–137.

Oleh karena itu, peran Kementerian Kesehatan bersama BPJS menjadi strategis dalam menjamin korban langsung dapat dirawat tanpa birokrasi panjang. Mekanisme first responder medical coverage semacam ini dipraktikkan di Inggris dan Australia, di mana biaya awal selalu ditanggung oleh sistem kesehatan publik, lalu dapat ditagihkan kembali melalui mekanisme kompensasi atau restitusi di kemudian hari.⁴³

3.5.3. Pemerintah daerah memperkuat dengan layanan sosial dan psikososial.

Selain perawatan medis, korban tindak pidana membutuhkan dukungan jangka menengah berupa konseling psikologis, bantuan sosial, serta dukungan komunitas. Pemerintah daerah, melalui Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial, memiliki posisi strategis dalam menyediakan layanan darurat yang berbasis lokal, misalnya rumah aman (shelter), konseling psikososial, dan bantuan biaya hidup sementara. Hal ini relevan dengan amanat UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang menempatkan perlindungan masyarakat sebagai urusan wajib pelayanan dasar. Artinya, beban tanggung jawab tidak hanya di pusat, tetapi juga melekat pada pemerintah daerah sebagai pelaksana langsung di lapangan.⁴⁴

3.5.4. Lembaga perlindungan korban (seperti LPSK di Indonesia) berfungsi sebagai koordinator.

LPSK tidak dapat berjalan sendiri sebagai “single fighter” dalam melindungi korban. Peran yang lebih tepat adalah sebagai koordinator yang menjembatani kebutuhan korban dengan berbagai lembaga lain. LPSK bisa memberikan rekomendasi pembiayaan medis, memastikan akses ke layanan sosial, serta memberikan perlindungan hukum kepada korban atau saksi. Dengan demikian, LPSK berfungsi sebagai hub institution yang mengintegrasikan sumber daya negara agar korban tidak terjebak dalam birokrasi sektoral. Hal ini sejalan dengan mandat UU No. 31 Tahun 2014 yang memperluas peran LPSK, tidak hanya dalam aspek perlindungan hukum, tetapi juga pemulihan korban melalui restitusi dan kompensasi.⁴⁵

⁴³ Joanna Shapland, “Victim Services and Access to Justice: A Comparative Analysis,” *International Review of Victimology* 27, no. 1 (2021): hal. 45–63.

⁴⁴ Ni'matul Huda, *Hukum Pemerintahan Daerah* (Yogyakarta: Nusa Media, 2019), hal. 212.

⁴⁵ Lilik Mulyadi, *Perlindungan Hukum terhadap Saksi dan Korban dalam Sistem Peradilan Pidana Indonesia* (Jakarta: Prenadamedia, 2021), hal. 178–180.

Berdasarkan empat peran di atas, Indonesia dapat membangun sebuah model kemitraan multisektor dengan kerangka sebagai berikut:

- a. Kementerian Kesehatan & BPJS menjamin layanan medis segera tanpa prasyarat administratif yang berbelit.
- b. LPSK mengoordinasikan perlindungan hukum, mengeluarkan rekomendasi pembiayaan medis, serta memastikan akses korban ke restitusi atau kompensasi.
- c. Pemerintah Daerah/Dinas Kesehatan menyiapkan dana darurat korban dari APBD yang bersifat contingency fund.
- d. Kementerian Sosial memperkuat dengan layanan sosial, rehabilitasi, dan pemulihan psikososial berkelanjutan.

Model ini menegaskan bahwa beban perlindungan korban tidak dipikul sendirian oleh LPSK, melainkan merupakan tanggung jawab bersama antar-lembaga, sesuai dengan semangat konstitusi dan berbagai peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dengan demikian, negara hadir secara nyata dalam memberikan perlindungan komprehensif bagi korban tindak pidana.

3.6. Tantangan Implementasi di Indonesia

Meskipun kerangka hukum mengenai perlindungan korban tindak pidana telah tersedia, realitas implementasi di Indonesia masih menghadapi sejumlah kendala serius. Tantangan ini bersifat struktural dan praktis, sehingga menghambat terwujudnya perlindungan korban yang komprehensif. Beberapa tantangan utama dapat diuraikan sebagai berikut:

3.6.1. Keterbatasan Anggaran Daerah.

Banyak pemerintah daerah tidak mengalokasikan anggaran khusus bagi korban tindak pidana, meskipun UU No. 23 Tahun 2014 telah menempatkan perlindungan masyarakat sebagai urusan wajib pelayanan dasar. Ketidaktersediaan anggaran khusus ini menyebabkan terjadinya funding gap ketika korban membutuhkan layanan medis segera. Dalam praktiknya, rumah sakit sering membebankan biaya langsung kepada korban atau keluarganya, yang menimbulkan beban finansial tambahan dan bahkan memicu trauma sekunder.

Kondisi ini menunjukkan lemahnya prioritas daerah dalam mengarusutamakan perlindungan korban.⁴⁶

3.6.2. Beban Berlebih pada LPSK

Sering kali korban atau keluarga korban mengajukan permohonan pembiayaan medis kepada LPSK. Padahal, berdasarkan UU No. 31 Tahun 2014, LPSK tidak diberikan kewenangan untuk menanggung biaya medis secara penuh. LPSK hanya dapat memberikan bantuan terbatas dalam bentuk biaya pengobatan darurat atau rekomendasi kepada lembaga terkait. Keterbatasan ini menyebabkan adanya expectation gap antara harapan korban dan kapasitas lembaga. Akibatnya, beban LPSK menjadi tidak proporsional, seolah-olah lembaga ini adalah satu-satunya pintu masuk bagi pemulihan korban, sementara dukungan multisektor tidak optimal.⁴⁷

3.6.3. Respon yang Beragam dari Pemda dan Kementerian

Dalam praktiknya, rekomendasi LPSK kepada Pemda, BPJS, atau Kementerian Kesehatan sering mendapat respon yang beragam. Ada pemerintah daerah yang sigap menindaklanjuti, tetapi banyak pula yang menolak atau menunda dengan alasan keterbatasan anggaran serta ketiadaan regulasi teknis di level daerah. Variasi respon ini menimbulkan ketidakpastian hukum (legal uncertainty) dan inkonsistensi implementasi, sehingga korban tidak memiliki kepastian akses terhadap hak-haknya. Fenomena ini menegaskan bahwa koordinasi antar-lembaga masih bergantung pada political will lokal, bukan pada suatu standar nasional yang mengikat.⁴⁸

3.6.4. Tidak Adanya Mekanisme Klaim yang Seragam.

Rumah sakit sebagai garda terdepan dalam penanganan korban sering menghadapi kebingungan administratif terkait klaim biaya medis. Khususnya untuk korban tindak pidana yang tidak tercakup oleh BPJS, belum tersedia mekanisme klaim baku yang dapat dijadikan pedoman. Hal ini menyebabkan setiap rumah sakit membuat interpretasi sendiri-sendiri, sehingga menimbulkan

⁴⁶ Huda, Hukum Pemerintahan Daerah, hal. 215.

⁴⁷ Mulyadi, Perlindungan Hukum terhadap Saksi dan Korban, hal. 182–185.

⁴⁸ Erna Ratnaningsih, “Koordinasi Antar Lembaga dalam Perlindungan Korban Tindak Pidana,” Jurnal Hukum dan Pembangunan 52, no. 3 (2022): hal. 485–502.

disparitas pelayanan. Akibatnya, tidak sedikit korban yang dirugikan karena diminta membayar biaya darurat terlebih dahulu, padahal kondisi mereka sudah sangat rentan. Tantangan ini menunjukkan perlunya regulasi teknis lintas sektor yang mengikat seluruh fasilitas kesehatan.⁴⁹

3.6.5. Keterbatasan Sosialisasi Regulasi.

Peraturan baru, seperti PP No. 29 Tahun 2025 tentang Mekanisme Pelayanan Korban Tindak Pidana, belum tersosialisasikan secara luas. Regulasi tersebut hanya dipahami oleh kalangan terbatas, sementara aparat daerah maupun manajemen rumah sakit sering kali tidak mengetahui substansi aturan. Akibatnya, implementasi di lapangan menjadi tidak konsisten. Sosialisasi yang minim ini menunjukkan lemahnya strategi komunikasi kebijakan publik pemerintah, padahal efektivitas suatu regulasi sangat ditentukan oleh pemahaman aktor pelaksana di lapangan.⁵⁰

Secara keseluruhan, kelima tantangan ini memperlihatkan adanya kesenjangan antara norma hukum dan praktik implementasi (*gap between law in the books and law in action*). Tanpa strategi yang sistematis untuk mengatasi hambatan tersebut, maka tujuan besar reformasi perlindungan korban di Indonesia akan sulit tercapai.

IV. Kebutuhan Reformasi Sistemik, Arah Kebijakan, dan Implementasi Rencana Aksi

Melihat tantangan implementasi yang telah diuraikan, jelas bahwa solusi parsial atau ad hoc tidak lagi memadai. Pola respons sektoral yang selama ini berjalan menunjukkan bahwa setiap institusi hanya menjalankan fungsi sesuai mandat minimalnya, tanpa adanya skema koordinasi yang terintegrasi dan berkelanjutan. Kondisi ini tidak hanya memperlambat akses korban terhadap layanan yang vital, tetapi juga menimbulkan duplikasi fungsi dan saling lempar tanggung jawab antar lembaga. Oleh karena itu, Indonesia membutuhkan reformasi

⁴⁹ Nurul Hidayati, "Kendala Implementasi Perlindungan Korban di Fasilitas Kesehatan," *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia* 18, no. 1 (2023): hal. 67–75.

⁵⁰ Andrew Heywood, *Policy Implementation and the Role of Communication* (New York: Palgrave Macmillan, 2020), 144.

sistemik yang menyentuh tiga aspek pokok: regulasi, kelembagaan, dan pendanaan.

Pertama, dari aspek regulasi, reformasi harus diarahkan pada pembentukan kerangka hukum yang lebih tegas dan mengikat bagi semua pihak yang berkewajiban memberikan perlindungan kepada korban tindak pidana. Saat ini, norma hukum yang ada masih bersifat parsial dan sektoral: UU No. 31 Tahun 2014 tentang Perlindungan Saksi dan Korban mengatur mandat LPSK, UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur akses layanan kesehatan, dan UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah mengatur kewajiban Pemda. Namun, tidak ada aturan yang menyatukan mekanisme intersektoral secara konkret. Oleh sebab itu, diperlukan regulasi turunan berbentuk Peraturan Pemerintah atau bahkan Peraturan Presiden yang menegaskan kewajiban lintas lembaga, termasuk tata cara koordinasi, mekanisme klaim, serta standar operasional bersama dalam penanganan korban.

Kedua, dari aspek kelembagaan, tantangan nyata adalah fragmentasi dan lemahnya koordinasi antar aktor. LPSK, Kementerian Kesehatan, BPJS, Kemensos, serta pemerintah daerah seringkali bekerja dalam silo masing-masing. Reformasi kelembagaan harus diarahkan pada pembentukan mekanisme koordinasi formal yang memiliki kekuatan mengikat. Bentuk yang memungkinkan misalnya adalah *National Coordinating Body on Victim Protection* di bawah payung Presiden atau Kementerian Koordinator. Badan ini tidak hanya berfungsi sebagai forum koordinasi, tetapi juga sebagai pengawas dan evaluator kebijakan, sehingga standar perlindungan korban dapat diterapkan secara merata di seluruh Indonesia.

Ketiga, dari aspek pendanaan, realitas menunjukkan bahwa banyak pemerintah daerah tidak mengalokasikan anggaran khusus bagi korban tindak pidana, sementara LPSK sendiri memiliki keterbatasan fiskal. Situasi ini memperlihatkan bahwa tanpa model pembiayaan yang berkelanjutan, kebijakan perlindungan korban akan terus menghadapi hambatan. Salah satu arah kebijakan yang dapat dipertimbangkan adalah pembentukan Victim Compensation Fund yang bersumber dari APBN dan diperkuat oleh kontribusi APBD. Dana ini dapat dikelola secara multisektor, dengan mekanisme klaim yang jelas dan terstandar, sehingga korban tidak lagi menjadi pihak yang dirugikan akibat keterlambatan birokrasi maupun tarik-menarik kewenangan antar lembaga.

Dengan menyentuh ketiga aspek ini secara serentak—regulasi, kelembagaan, dan pendanaan—Indonesia dapat bergerak menuju sistem perlindungan korban yang lebih berkeadilan, responsif, dan berkelanjutan. Implementasi dari arah kebijakan ini harus dituangkan dalam Rencana Aksi Nasional Perlindungan Korban Tindak Pidana, yang berfungsi sebagai pedoman bagi semua pemangku kepentingan. Rencana aksi ini sebaiknya dilengkapi dengan indikator capaian, mekanisme monitoring-evaluasi, serta insentif dan sanksi bagi lembaga yang tidak menjalankan kewajiban. Dengan demikian, perlindungan korban dapat ditempatkan bukan hanya sebagai kewajiban moral negara, tetapi juga sebagai komitmen hukum yang konkret dan terukur.

4.1. Kebutuhan Reformasi Sistemik

4.1.1. Reformasi Regulasi

Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2024 masih menempatkan korban tindak pidana dalam posisi rentan, karena mekanisme pembiayaan yang tersedia hanya bersifat pengecualian. Oleh karena itu, diperlukan revisi regulasi untuk memperjelas mekanisme pembiayaan korban tindak pidana. Selain itu, pemerintah perlu memperluas cakupan Dana Bantuan Korban sebagaimana diatur dalam PP No. 29 Tahun 2025 agar tidak terbatas pada korban Tindak Pidana Kekerasan Seksual (TPKS), tetapi juga meliputi Tindak Pidana Perdagangan Orang (TPPO), terorisme, hingga tindak pidana serius lainnya.⁵¹

4.1.2. Penguatan Lembaga Koordinator

LPSK harus diperkuat bukan hanya sebagai lembaga penerima permohonan perlindungan, tetapi juga sebagai koordinator formal akses korban terhadap layanan medis. Rekomendasi LPSK seharusnya bersifat mengikat bagi Pemda, BPJS, dan Kementerian Kesehatan. Dengan penguatan ini, korban tidak lagi menjadi “bola pingpong” birokrasi, melainkan mendapatkan kepastian layanan sesuai mandat konstitusi.⁵²

⁵¹ Bandingkan dengan Anneke Smit, *Victims of Crime and State Compensation Systems: Comparative Perspectives* (London: Routledge, 2020), ha. 134–137.

⁵² Lilik Mulyadi, *Perlindungan Hukum terhadap Saksi dan Korban dalam Sistem Peradilan Pidana Indonesia* (Jakarta: Prenadamedia, 2021), hal. 190.

4.1.3. Pendanaan Berlapis (*Layered Financing*).

Salah satu kelemahan utama sistem saat ini adalah ketergantungan pada satu jalur pembiayaan. Skema pendanaan berlapis menjadi alternatif realistis:

- a. BPJS menanggung biaya awal melalui mekanisme subsidi silang;
- b. APBN/APBD menyediakan pos dana khusus untuk korban tindak pidana;
- c. Dana Darurat (Belanja Tidak Terduga/BTT) dikelola Pemda untuk kebutuhan mendesak.

Model ini akan menciptakan sistem yang lebih adaptif, berkelanjutan, dan tidak membebani hanya satu sektor.⁵³

4.1.4. Kerjasama Multisektor Formal

Diperlukan peraturan bersama (joint regulation) antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kemendagri, Pemda, BPJS, dan LPSK mengenai mekanisme pembiayaan korban. Dengan regulasi ini, model kemitraan multisektor akan memperoleh legitimasi hukum yang lebih kuat, sehingga mengurangi disparitas implementasi antar daerah.⁵⁴

4.1.5. Sosialisasi dan Edukasi Publik.

Sosialisasi kebijakan tidak boleh berhenti di tingkat pusat. Aparat Pemda, rumah sakit, dan aparat penegak hukum harus mendapatkan pemahaman teknis mengenai mekanisme pembiayaan korban. Selain itu, masyarakat juga harus diedukasi agar korban tidak takut mengakses haknya. Dalam jangka panjang, sosialisasi ini akan menciptakan kultur hukum baru yang lebih berpihak pada korban.⁵⁵

4.1.6. Rencana Aksi Nasional Pembiayaan Korban Tindak Pidana.

Sebagai penutup dari agenda reformasi, diperlukan sebuah Rencana Aksi Nasional (RAN) yang secara eksplisit mengatur pembiayaan rumah sakit bagi korban

⁵³ Ibid., hal. 192.

⁵⁴ Erna Ratnaningsih, "Koordinasi Antar Lembaga dalam Perlindungan Korban Tindak Pidana," *Jurnal Hukum dan Pembangunan* 52, no. 3 (2022): hal. 497.

⁵⁵ Andrew Heywood, *Policy Implementation and the Role of Communication* (New York: Palgrave Macmillan, 2020), hal. 144.

tindak pidana. RAN ini akan menjadi instrumen koordinasi lintas lembaga sekaligus memastikan adanya indikator kinerja yang terukur.

4.2. Arah Kebijakan

Reformasi sistemik tersebut harus diarahkan pada tiga hal pokok. Pertama, menjamin hak korban tindak pidana atas pelayanan kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia dan kewajiban negara. Kedua, menyinergikan peran Kementerian Kesehatan, BPJS, Kemensos, Kemendagri, Pemda, dan LPSK dalam pembiayaan dan layanan medis korban tindak pidana. Ketiga, menghapus kesenjangan regulasi dan praktik yang selama ini menimbulkan beban ganda bagi korban.

Untuk mencapai arah kebijakan tersebut, pemerintah perlu mengembangkan model pembiayaan berlapis multisektor, sekaligus mendorong revisi Perpres No. 59 Tahun 2024, khususnya Pasal 52 ayat (1) huruf r. Revisi ini penting agar korban tindak pidana kembali memiliki akses ke layanan BPJS atau skema alternatif pembiayaan lainnya.⁵⁶

4.3. Implementasi Rencana Aksi

Reformasi sistemik harus diturunkan dalam langkah operasional yang terukur. Implementasi rencana aksi dapat dibagi menjadi tiga tahap:

a. Jangka Pendek (0–1 Tahun)

- Pembentukan Gugus Tugas Nasional. Dipimpin Kemenkes, beranggotakan BPJS, Kemensos, Kemendagri, LPSK, dan perwakilan Pemda. Tugas utamanya adalah merumuskan mekanisme pembiayaan korban.
- Sosialisasi Regulasi. Kemenkes dan Kemendagri mensosialisasikan revisi Perpres No. 59/2024 dan PP No. 29/2025 kepada seluruh Pemda dan rumah sakit.
- *Pilot Project* dilaksanakan di lima provinsi dengan fokus pada kasus TPKS, TPPO, dan terorisme.

⁵⁶ Ni'matul Huda, *Hukum Pemerintahan Daerah* (Yogyakarta: Nusa Media, 2019), hal. 220.

b. Jangka Menengah (1–3 Tahun)

- Penerbitan Peraturan Bersama. Kemenkes, Kemensos, Kemendagri, BPJS, dan LPSK menyepakati aturan formal tentang mekanisme pembiayaan korban.
- Penguatan Kapasitas Daerah. Kemendagri mewajibkan Pemda mengalokasikan BTT untuk korban, sekaligus memberi pelatihan teknis bagi RSUD dan aparat layanan korban.
- Integrasi Sistem Data Korban. Kemenkes, BPJS, dan LPSK mengembangkan database terpadu.

c. Jangka Panjang (3–5 Tahun)

- Dana Bantuan Korban Nasional. Dibentuk melalui APBN dan dikelola bersama oleh Kemenkes, Kemensos, dan LPSK. Dana ini melengkapi skema BPJS melalui subsidi silang pusat–daerah.
- Integrasi ke Sistem BPJS. Korban tetap dilayani melalui BPJS, dengan tagihan dibayar menggunakan Dana Bantuan Korban Nasional.
- Evaluasi dan Reformasi Regulasi. Dilakukan secara berkala agar sistem tetap relevan dengan kebutuhan korban.
- Benchmarking Internasional. Kemenkes dan LPSK melakukan kerjasama dengan negara-negara seperti Inggris, Belanda, Australia, Jepang, dan Korea Selatan.
- Penegasan *Political Will*. Keberhasilan rencana aksi sangat bergantung pada keberanian politik pemerintah pusat untuk menempatkan korban sebagai prioritas perlindungan negara.

V. Penutup

5.1. Kesimpulan

Pembiayaan rumah sakit bagi korban tindak pidana di Indonesia hingga kini masih diwarnai hambatan regulasi, kelembagaan, serta ketersediaan pendanaan. Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban (LPSK) kerap menjadi tumpuan harapan para korban, meskipun secara normatif kewenangannya hanya terbatas pada pemberian bantuan medis darurat dengan sumber anggaran yang sangat terbatas. Sementara itu, Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2024 Pasal 52 ayat (1) huruf r justru mengecualikan korban tindak pidana tertentu dari jaminan BPJS Kesehatan, dengan asumsi beban penanganan dapat ditanggung kementerian/lembaga atau pemerintah daerah. Asumsi normatif tersebut dalam praktiknya tidak berbanding lurus dengan kapasitas riil: banyak Pemda maupun K/L tidak memiliki pos anggaran khusus untuk korban, sehingga lahir ruang kosong perlindungan yang berujung pada terancamnya hak fundamental korban atas pelayanan kesehatan.

Pengalaman internasional memberi pelajaran penting bahwa negara-negara dengan sistem perlindungan korban yang mapan menyiapkan dana kompensasi khusus berbasis regulasi yang kokoh, dikelola secara lintas lembaga, dan dilaksanakan dengan prinsip akuntabilitas. Model ini bukan saja menjamin keberlanjutan layanan medis korban, tetapi juga mendistribusikan tanggung jawab negara secara proporsional, sehingga tidak terjadi pemusatan beban hanya pada satu lembaga. Dengan demikian, Indonesia perlu mengembangkan model kemitraan multisektor berbasis co-funding dan koordinasi, di mana pembiayaan korban tindak pidana menjadi tanggung jawab kolektif lintas aktor negara, sekaligus dimagari oleh norma hukum yang jelas.

5.2. Rekomendasi

- a. Revisi Regulasi. Pemerintah bersama DPR perlu segera melakukan revisi terhadap Perpres No. 59 Tahun 2024 Pasal 52 ayat (1) huruf r, agar korban tindak pidana tidak lagi dikecualikan dari jaminan BPJS. Revisi ini akan menjadi landasan normatif bahwa korban tindak pidana adalah subjek yang wajib dilindungi, bukan dikecualikan.

- b. Dana Bantuan Korban Nasional. Negara perlu menyiapkan alokasi APBN khusus untuk pembiayaan korban tindak pidana, dikelola secara sinergis oleh Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Sosial, dengan mekanisme pengawasan melekat oleh LPSK. Skema ini akan menjadi jaring pengaman nasional yang menjamin kesinambungan layanan.
- c. Optimalisasi LPSK. LPSK harus difokuskan sebagai fasilitator dan pengawas, bukan penanggung biaya utama layanan kesehatan. Dengan demikian, fungsi LPSK akan lebih strategis sebagai penghubung antara korban dengan sistem kesehatan, sosial, dan keadilan.
- d. Penguatan Pemda. Kementerian Dalam Negeri wajib menginstruksikan setiap pemerintah daerah mengalokasikan anggaran khusus melalui Belanja Tidak Terduga (BTT) atau pos kesehatan daerah untuk korban tindak pidana. Hal ini akan menghindari kesenjangan antarwilayah sekaligus memperkuat peran Pemda dalam melindungi warganya.
- e. Integrasi Data. Kemenkes, BPJS, dan LPSK harus membangun database nasional korban tindak pidana. Integrasi data ini penting untuk mempercepat koordinasi, menghindari tumpang tindih, dan memastikan setiap korban mendapat haknya tanpa birokrasi berbelit.
- f. Kemitraan Multisektor. Penguatan kerja sama lintas sektor harus ditopang oleh Peraturan Bersama antara Kemenkes, BPJS, Kemensos, Kemendagri, Pemda, dan LPSK. Instrumen ini akan meneguhkan kerangka kerja kolektif yang mengikat, sembari mengambil inspirasi dari praktik internasional yang telah terbukti berhasil.
- g. Sosialisasi Publik. Pemerintah harus melakukan kampanye masif mengenai hak korban tindak pidana atas layanan kesehatan. Dengan demikian, masyarakat tidak lagi berada dalam posisi lemah, melainkan dapat menuntut haknya secara tepat, sah, dan legitim.

Dengan langkah-langkah tersebut, Indonesia dapat membangun sistem pembiayaan rumah sakit bagi korban tindak pidana yang berkeadilan, berkelanjutan, dan responsif. Reformasi ini bukan semata persoalan teknis administrasi, melainkan sebuah penegasan bahwa negara hadir secara nyata dalam melindungi hak asasi korban tindak pidana. Hanya dengan cara demikian, mandat konstitusi tentang perlindungan warga negara akan benar-benar menemukan makna substantifnya.

Daftar Pustaka

Buku

- Anwar, Dewi Fortuna. *Social Protection in Indonesia: Past, Present, and Future Directions*. Jakarta: CSIS, 2021.
- Asshiddiqie, Jimly. *Konstitusi dan Hak Asasi Manusia*. Jakarta: Sinar Grafika, 2020.
- Gosita, Arif. *Masalah Perlindungan Anak*. Jakarta: Akademika Pressindo, 2018.
- . *Masalah Perlindungan Anak*. Jakarta: Akademika Pressindo, 2019.
- Hamzah, Andi. *Hukum Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Rajawali Pers, 2021.
- Heywood, Andrew. *Policy Implementation and the Role of Communication*. New York: Palgrave Macmillan, 2020.
- Huda, Ni'matul. *Hukum Pemerintahan Daerah*. Yogyakarta: Nusa Media, 2019.
- Indrati, Maria Farida. *Ilmu Perundang-Undangan*. Yogyakarta: Kanisius, 2020.
- Muladi. *Hak Asasi Manusia, Politik dan Sistem Peradilan Pidana*. Semarang: Badan Penerbit Undip, 2009.
- Mulyadi, Lilik. *Perlindungan Saksi dan Korban dalam Sistem Peradilan Pidana*. Bandung: PT Citra Aditya Bakti, 2022.
- . *Perlindungan Hukum terhadap Saksi dan Korban dalam Sistem Peradilan Pidana Indonesia*. Jakarta: Prenadamedia, 2021.
- Rahardjo, Satjipto. *Hukum dan Masyarakat*. Bandung: Angkasa, 2019.
- Smit, Anneke. *Victims of Crime and State Compensation Systems: Comparative Perspectives*. London: Routledge, 2020.
- Tobin, John. *The Right to Health in International Law*. Oxford: Oxford University Press, 2020.

Jurnal

- Hidayat, Nurjannah. "Kesenjangan Regulasi dan Implementasi Hak Kesehatan Korban Kekerasan di Indonesia." *Jurnal Hukum & Pembangunan* 51, no. 2 (2021): 234–251.
- Hidayati, Nurul. "Kendala Implementasi Perlindungan Korban di Fasilitas Kesehatan." *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia* 18, no. 1 (2023): 67–75.

Ratnaningsih, Erna. "Koordinasi Antar Lembaga dalam Perlindungan Korban Tindak Pidana." *Jurnal Hukum dan Pembangunan* 52, no. 3 (2022): 485–502.

Shapland, Joanna. "Victim Services and Access to Justice: A Comparative Analysis." *International Review of Victimology* 27, no. 1 (2021): 45–63.

Peraturan Perundang-Undangan

Republik Indonesia. Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Lembaran Negara Tahun 2014.

———. Undang-Undang No. 31 Tahun 2014 tentang Perlindungan Saksi dan Korban. Lembaran Negara Tahun 2014.

———. Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan. Lembaran Negara Tahun 2024.

———. Peraturan Pemerintah No. 29 Tahun 2025 tentang Dana Bantuan Korban Tindak Pidana Kekerasan Seksual. Lembaran Negara Tahun 2025.

Laporan Lembaga

Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban (LPSK). Laporan Tahunan LPSK 2023. Jakarta: LPSK, 2024.

World Health Organization (WHO). *Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries*. Geneva: WHO Press, 2020.

Sumber Internet

Criminal Injuries Compensation Authority (CICA). "Guidance for Applicants." Ministry of Justice, UK, 2023.
<https://www.gov.uk/government/organisations/criminal-injuries-compensation-authority>

Schadefonds Geweldsmisdrijven. "Annual Report 2022." Netherlands Ministry of Justice and Security. <https://www.schadefonds.nl/home-english>

Victims of Crime Assistance Tribunal (VOCAT). "Annual Report 2022–2023." State of Victoria, Australia. <https://vocat.vic.gov.au/annual-report-20232024-0>

National Police Agency (NPA). *Crime Victim Benefit System Overview*. Tokyo: NPA, 2022.
https://www.keishicho.metro.tokyo.lg.jp/multilingual/english/safe_society/become_a_victim/you_victim.html

Ministry of Justice, Republic of Korea. *Crime Victim Relief Fund Report 2023*.
https://elaw.klri.re.kr/eng_mobile/viewer.do?hseq=68045&key=7&type=part&utm