

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG PENELITIAN

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya, termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Demikian juga halnya dalam Konvensi International Labour Organization (Konvensi ILO) Nomor 102 Tahun 1952 yang menganjurkan semua negara untuk memberikan perlindungan minimum kepada setiap tenaga kerja. Sejalan dengan ketentuan tersebut, Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia dalam ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat (TAP MPR) Nomor X/ MPR/ 2001 menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu.

Pembentukan Sistem Jaminan Sosial Nasional, direalisasikan melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) yang mempunyai program jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Jaminan sosial ini merupakan upaya pemerintah dalam menangani krisis moneter. Sebagaimana diketahui krisis dimulai sejak tahun 1997 sampai sekarang, disebabkan oleh faktor multidimensi di antaranya pengalihan program subsidi bagi masyarakat miskin berupa subsidi Bahan Bakar Minyak (BBM) untuk sektor kesehatan bagi masyarakat miskin menjadi program Jaring Pengaman Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM).

Untuk dapat melanjutkan hidupnya manusia memerlukan beberapa kebutuhan pokok dan terdapat beberapa kebutuhan pokok yang minimal sangat dibutuhkan sehingga manusia dapat hidup terus. Salah satu di antara kebutuhan yang dimaksud adalah kesehatan.

Kebutuhan pokok minimal yang semakin sulit didapat bagi sebagian warga, terutama warga miskin, harus diupayakan dicapai oleh pemerintah dengan berbagai cara. Salah satu upaya yakni dengan program asuransi sosial bagi masyarakat miskin. Dalam program ini masyarakat miskin akan didata terlebih dahulu dengan beberapa kriteria yang telah ditentukan sebelumnya agar terdapat keseragaman dalam melaksanakan pendataan tersebut. Pada pelaksanaannya pendataan yang dihasilkan tidak seperti yang diharapkan sebelumnya karena berbagai kendala. Kendala yang dimaksud antara lain kriteria yang menjadi acuan tidak terlalu jelas batasan yang menjadi acuan bagi para pendata, sehingga terkesan pendataannya seperti tidak tepat sasaran. Selain itu kondisi geografi yang tidak sama antara satu daerah dengan daerah lainnya. Ada daerah yang sulit untuk dijangkau sehingga pendataan tidak sampai sasaran. Faktor ekonomi yang tidak kunjung membaik, hal ini tampak dari laporan Bank Dunia yang memperhitungkan 108,78 juta orang atau 49 persen dari total penduduk Indonesia dalam kondisi miskin dan rentan menjadi miskin [1]

Sehat menurut definisi Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan Pasal 1 butir 1 adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, sosial yang memungkinkan setiap orang dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Sebagaimana diketahui kesehatan adalah hak setiap individu tanpa membedakan yang mampu maupun yang tidak mampu. Oleh karena itu menjadi tugas negara untuk menyediakan segala fasilitas yang diperlukan agar rakyatnya tetap sehat sehingga sudah sewajarnya kesehatan mendapatkan

subsidi yang besar. Sebab pada dasarnya kesehatan merupakan sebuah investasi sehingga patut mendapat perhatian dari pemerintah. Bila rakyat suatu negara sehat maka pembangunan dalam berbagai bidang dapat dilaksanakan secara optimal.

Untuk mendapatkan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin ada beberapa syarat atau kriteria yang harus dipenuhi, namun perlu juga dikemukakan di sini bahwa ada pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh PT Askes, seperti untuk *general check up*, *prothesis* gigi tiruan, kosmetika, pengobatan alternative, penunjang diagnosa canggih, kecuali untuk penyelamatan jiwa (*life saving*), serta *infertilitas*.

Adanya keterbatasan pelayanan kesehatan membawa dampak bagi warga miskin yakni rentan terhadap berbagai macam penyakit, karena pada umumnya golongan masyarakat ini mempunyai gizi buruk, pengetahuan tentang kesehatan kurang, perilaku kesehatan kurang, lingkungan pemukiman buruk, biaya kesehatan tidak tersedia serta kurang mendapat akses informasi kesehatan.

Pada hakekatnya pelayanan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah, pemerintah provinsi/kabupaten/kota berkewajiban memberi kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak Tahun 1998 Pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring

Pengaman Sosial (JPS-BK) Tahun 1998 - 2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) Tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002-2004. Program-program tersebut di atas berbasis pada pelaksana kesehatan artinya dana disalurkan langsung ke Puskesmas dan Rumah Sakit yang berfungsi ganda yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kondisi seperti ini menimbulkan beberapa permasalahan antara lain terjadinya defisit di beberapa Rumah Sakit dan sebaliknya dana yang berlebih di Puskesmas.

Untuk itu pada tahun 2004, dengan mengacu kepada UU Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakanlah Aseskin sebagai jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin, yang kemudian pada tahun 2008 yang lalu program tersebut berganti menjadi Jamkesmas sebagaimana diatur dalam S.K. Menkes No. 125 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas Tahun 2008.

Adanya pembatasan-pembatasan pelayanan yang diterapkan dalam penyelenggaraan program JPKMM ini (misalnya pembatasan biaya kaca mata, alat bantu dengar, tongkat/alat bantu berjalan bagi mereka yang lumpuh) menyebabkan pelayanan kepada mereka yang membutuhkan sekali alat bantu tersebut menjadi terhambat. Disamping pembatasan masih ada lagi jenis pelayanan yang tidak ditanggung sama sekali oleh program Jamkesmas ini sebagaimana tercantum dalam S.K. Menkes No. 125 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas Tahun 2008 tersebut.

Program JAMKESMAS ini sebenarnya cukup baik tujuannya namun dalam pelaksanaannya tidak semua masyarakat miskin dapat merasakan manfaatnya karena keterbatasan dana pemerintah sehingga pemerintah menetapkan kuota tertentu untuk perlindungan masyarakat miskin yang dibiayai

dari APBN, sedangkan sisanya yang tidak termasuk dalam kuota JAMKESMAS diserahkan ke pemerintah daerah setempat untuk ditanggulangi oleh dana yang berasal dari APBD masing-masing daerah.

## **B. PERUMUSAN MASALAH**

Dari latar belakang masalah di atas dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: Apakah adanya ketentuan tentang pembatasan pelayanan kesehatan bagi warga miskin melanggar Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan? Karena tidak semua sarana pelayanan kesehatan dapat digunakan oleh masyarakat miskin, kecuali keadaan gawat darurat (*emergency*) serta adanya ketentuan pelayanan kesehatan yang di batasi dan yang tidak di jamin. Pada dasarnya setiap warga Negara baik yang kaya atau yang miskin mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatannya, sehingga dari hal hal yang melatar belakang permasalah kesehatan bagi warga miskin tersebut dapat dibuat identifikasi masalah yakni:

1. Bagaimana wujud pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang ideal?
2. Bagaimana hubungan pelayanan kesehatan masyarakat miskin melalui program JAMKESMAS dan pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang ideal?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

1. Untuk mengetahui dan memahami tentang pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin yang ideal;
2. Untuk mengetahui dan memahami tentang analisis hubungan pelayanan kesehatan masyarakat miskin melalui program JAMKESMAS dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin yang ideal.

#### D. MANFAAT PENELITIAN

##### 1. Secara teoritis.

Dari hasil penelitian ini dapat melakukan kemungkinan-kemungkinan baru dalam menelaah jaminan kesehatan bagi masyarakat khususnya bagi masyarakat yang berpenghasilan rendah serta bermanfaat dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Dengan melaksanakannya melalui penerapan standar pelayanan kesehatan dengan bimbingan teknis teratur dan berkesinambungan baik di puskesmas maupun rumah sakit dengan akreditasi. Yang dimaksud dengan akreditasi adalah pengaturan formal kepada suatu lembaga untuk melaksanakan kegiatan.

##### 2. Secara praktis.

Diharapkan penelitian ini bermanfaat bagi pengambil kebijakan dan pengelola program Askeskin dalam melakukan pembatasan-pembatasan pelayanan kesehatan terhadap warga miskin sehingga tidak melanggar Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 serta bermanfaat untuk:

- a. Terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sesuai standar dengan kendali mutu dan biaya.
- b. Terselenggaranya sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di seluruh Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) baik milik pemerintah maupun swasta yang melakukan kontrak dengan PT. Askes (Persero).
- c. Terselenggaranya sarana pelayanan kesehatan yang tidak mengadakan kontrak dengan PT. Askes (Persero) bagi masyarakat miskin untuk kasus gawat darurat.

- d. Terselenggaranya pelayanan kesehatan dengan konsep pelayanan dokter keluarga, konsep pelayanan rujukan, konsep pelayanan wilayah.

