

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Berdasarkan hasil pencacahan Sensus Penduduk 2010, jumlah penduduk Indonesia, jumlah penduduk Indonesia adalah sebesar 237.556.363 orang ¹ yang terdiri dari 119.507.580 laki-laki dan 118.048.783 perempuan. Distribusi penduduk Indonesia masih terkonsentrasi di Pulau Jawa yaitu sebesar 58 persen, yang diikuti oleh Pulau Sumatera sebesar 21 persen. Selanjutnya untuk pulau-pulau atau kelompok kepulauan lain berturut-turut adalah sebagai berikut: Sulawesi sebesar 7 persen; Kalimantan sebesar 6 persen; Bali dan Nusa Tenggara sebesar 6 persen; dan Maluku dan Papua sebesar 3 persen. Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah adalah tiga provinsi dengan urutan teratas yang berpenduduk terbanyak, yaitu masing-masing berjumlah 43.021.826 orang, 37.476.011 orang, dan 32.380.687 orang. Sedangkan Provinsi Sumatera Utara merupakan wilayah yang terbanyak penduduknya di luar Jawa, yaitu sebanyak 12.985.075 orang.

Luas wilayah Indonesia yang sekitar 1.910.931 km², maka rata-rata tingkat kepadatan penduduk Indonesia adalah sebesar 124 orang per km². Provinsi yang paling tinggi kepadatan penduduknya adalah Provinsi DKI Jakarta, yaitu sebesar 14.440 orang per km². Sementara itu, provinsi yang paling rendah tingkat kepadatan penduduknya adalah Provinsi Papua Barat, yaitu sebesar 8 orang per km². Penduduk Indonesia terus bertambah dari waktu ke waktu. Ketika pemerintah Hindia Belanda

¹ Buku Hasil Sensus Penduduk Tahun 2010 data Agregat per Provinsi-BPS, 2010

mengadakan sensus penduduk tahun 1930 penduduk nusantara adalah 60,7 juta jiwa. Pada tahun 1961, ketika sensus penduduk pertama setelah Indonesia merdeka, jumlah penduduk sebanyak 97,1 juta jiwa. Pada tahun 1971 penduduk Indonesia sebanyak 119,2 juta jiwa, tahun 1980 sebanyak 146,9 juta jiwa, tahun 1990 sebanyak 178,6 juta jiwa, tahun 2000 sebanyak 205,1 juta jiwa, dan pada tahun 2010 sebanyak 237,6 juta jiwa.

Jumlah penduduk miskin di Indonesia pada Maret 2011 sebesar 30,02 juta orang (12,49 persen). Dibandingkan dengan jumlah penduduk miskin pada Maret 2010 yang berjumlah 31,02 juta orang (13,33 persen), jumlah penduduk miskin berkurang 1,00 juta orang. Jumlah penduduk miskin di daerah pedesaan turun lebih besar daripada di daerah perkotaan. Selama periode Maret 2010 – Maret 2011, penduduk miskin di daerah pedesaan berkurang sekitar 0,95 juta orang, sementara di daerah perkotaan berkurang sekitar 0,05 juta orang.²

Angka kemiskinan di Kabupaten Semarang pada 2011 menurut Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Semarang tercatat ada 96.000 warga miskin (gakin). Jumlah tersebut tersebar di 19 wilayah kecamatan di Kabupaten Semarang. Jumlah warga miskin tahun 2011 sebanyak 10% dari jumlah total penduduk 960.000 jiwa.³

Kemiskinan akan menimbulkan suatu permasalahan dalam pemenuhan kebutuhan hidup. Salah satu pemenuhan kebutuhan dasar adalah pelayanan kesehatan, dengan tingginya biaya pelayanan kesehatan tentunya menimbulkan permasalahan pemenuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

² Berita Resmi Statistik No. 45/07/Th.XIV, 1 Juli 2011

³ Buku Hasil Sensus Penduduk Kabupaten Semarang, BPS, 2011

Direktur Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Ida Bagus Indra Gotama mengakui bahwa derajat kesehatan Indonesia sangat rendah apabila dibandingkan dengan negara di Asia, apalagi bagi orang miskin. Pada masyarakat miskin angka kematian ibu lebih tinggi hingga 7 kali lipat. Salah satu penyebabnya adalah akses pelayanan kesehatan yang masih minim. Hal ini dipengaruhi oleh faktor geografis (masyarakat miskin tinggal di tempat yang sulit dijangkau), ekonomi (masalah besarnya biaya yang dikeluarkan dalam mengakses pelayanan kesehatan), dan pengetahuan (perilaku hidup sehat masih rendah). Sehingga menyebabkan derajat kesehatan rendah dan mengakibatkan sumber daya yang rendah di masa depan.

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H, ayat (1) setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, ayat (3) setiap orang berhak atas jaminan sosial yang menunjukkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat; Pasal 34 ayat (1) fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh Negara, ayat (2) Negara mengembangkan system jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Pemeliharaan negara terhadap kaum miskin meliputi pemeliharaan di bidang kesehatan. Kesehatan merupakan hak bagi setiap orang untuk memperolehnya dan Negara memiliki tanggung jawab dalam memenuhi hak kesehatan bagi masyarakat. Hal ini juga tertuang dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang tertuang dalam Pasal 4, Pasa 15, Pasal13 dan tanggung jawab pemerintah tertuang dalam Pasal

14, Pasal 15, Pasal 16, Pasal 17, Pasal 18, Pasal 19, Pasal 20 hal ini juga tertuang di dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Oleh karena itu maka setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan di bidang kesehatan, dan negara bertanggung jawab mengatur dan terpenuhinya hak tersebut bagi penduduknya, terutama masyarakat miskin dan tidak mampu. Seperti tertuang di dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 dimana dikatakan bahwa fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh Negara. Namun demikian pada kenyataannya derajat kesehatan masyarakat miskin masih sangat rendah dan memprihatinkan, berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang pemeliharaan kesehatan disertai dengan ketidakmampuan di bidang ekonomi dalam pemeliharaan kesehatan. Hal ini dapat terlihat jelas pada kematian bayi dan kematian balita 3 kali dan 5 kali lebih tinggi dibanding pada keluarga tidak miskin.⁴

Guna mengatasi berbagai hal tersebut di atas pemerintah telah melakukan berbagai upaya dengan diundangkannya Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan merupakan salah satu komitmen dari Pemerintah dalam perwujudan pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam Pasal 18 disebutkan bahwa jaminan sosial mencakup jaminan kesehatan (Pasal 18 butir a) dan di dalam Pasal 19 menyebutkan bahwa jaminan kesehatan bersifat nasional dan berdasarkan prinsip asuransi nasional dan ekuitas. Berdasarkan kedua pasal tersebut pemerintah telah melakukan penyelenggaraan jaminan kesehatan yang bersifat nasional. Jaminan kesehatan diselenggarakan agar peserta memperoleh pemeliharaan kesehatan dan jaminan kesehatan dasar. Penyelenggaraan jaminan

⁴ Kementerian Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

kesehatan nasional tersebut tertuang di dalam program Askeskin yang diatur melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005.

Program Askeskin suatu program Pemerintah yang sangat strategis sebagai salah satu program pengentasan kemiskinan di bidang kesehatan dan telah dilaksanakan sejak 1 Januari 2005 dimana program ini juga merupakan implementasi awal dari UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Menteri Kesehatan menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan ditindaklanjuti dengan Perjanjian Kerjasama antara Menteri Kesehatan dengan Direktur Utama PT Askes (Persero) yang diperbaharui setiap tahunnya, yang mengatur antara lain tentang mekanisme penyaluran dana program Askeskin.

Masyarakat miskin yang berkunjung ke Rumah Sakit dan mempergunakan kartu Askeskin atau Surat Keterangan Tidak Mampu merasa diperlakukan tidak adil atau dibeda-bedakan dalam hal pelayanan. Selain itu manajemen Rumah Sakit juga mengalami kerepotan dalam menangani masyarakat miskin. Hampir di semua Rumah Sakit Umum Daerah sampai ke Rumah Sakit Umum dipenuhi oleh masyarakat yang memiliki kartu Askeskin atau Surat Keterangan Tidak Mampu, yang berobat dan dirawat inap di Rumah Sakit. Kadang-kadang ditempatkan untuk sementara dilorong-lorong jika tidak tertampung dikamar perawatan, sehingga kejadian ibu melahirkan tidak sempat ditolong dikamar persalinan. Di sisi lain PT ASKES Indonesia sebagai penjamin dari asuransi kesehatan masyarakat miskin, belum membayar pada pihak Rumah Sakit Umum Daerah atau Rumah Sakit lain yang melayani peserta Askeskin

sehingga manajemen Rumah Sakit mengalami defisit. Askesin memiliki berbagai permasalahan di dalam pelaksanaannya.

Perubahan dari Askeskin menjadi Jamkesmas menurut Menteri Kesehatan yang terdahulu, dr. Siti Fadilah⁵ hanya merupakan suatu perubahan yang terjadi dengan menghilangkan kata “miskin” sesuai dengan permintaan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono. Semuanya yang ada pada Jamkesmas masih sama seperti Askeskin, hanya berbeda dalam pengaturan keuangan. Namun demikian dari kenyataan di lapangan kegagalan dari Askeskin merupakan suatu kegagalan dalam teknis pelaksanaan Askeskin itu sendiri.

Mulai tahun 2008 nama program Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin (Askeskin) berubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Perubahan mendasar dari sistem Askeskin ke Jamkesmas antara lain, penyaluran dana langsung ke pemberi pelayanan kesehatan. Dari kas negara ke Puskesmas dan jaringannya melalui PT Pos Indonesia, sedangkan ke rumah sakit langsung ke rekening bank rumah sakit yang bersangkutan. Agar dapat mengontrol kendali biaya, mulai Juli-Desember 2008 akan diberlakukan tarif paket pelayanan di rumah sakit. Selain itu juga penempatan pelaksana verifikasi di setiap rumah sakit. Setiap satu Kabupaten/Kota disiapkan tujuh verifikator (satu tim tiga verifikator). Untuk itu telah disiapkan total 2.664 verifikator. Tiga kompetensi verifikator: verifikasi administratif, keuangan dan medik.⁶

⁵ Kementerian Kesehatan yang dikemukakan oleh dr. Siti Fadilah di depan komisi IX DPR, Jakarta pada tanggal 17 Maret 2008

⁶ Harian Kompas, tanggal 4 Maret 2008

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan perwujudan pemenuhan bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional oleh Pemerintah agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Upaya pelaksanaan Jamkesmas merupakan perwujudan pemenuhan hak masyarakat miskin atas kesehatan dan merupakan amanat Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Program Jamkesmas sebagai program unggulan Kementerian Kesehatan yang telah dilaksanakan sejak tahun 2005 dengan jumlah peserta 36,1 juta masyarakat miskin.

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan suatu dana bantuan sosial untuk tahun 2008. Kebijakan Jamkesmas ini ditetapkan oleh pemerintah karena banyak terdapat hambatan dan berbagai masalah dalam program jaminan kesehatan masyarakat miskin (Askeskin) yang dilaksanakan pada kurun waktu tahun 2005 sampai dengan tahun 2007. Dana sebesar Rp. 4,6 triliun diatur oleh PT Askes⁷, sekarang dana yang dipergunakan untuk Jamkesmas langsung masuk ke kas negara. Dana tersebut akan disalurkan langsung kepada bank jika terdapat tagihan dari Rumah Sakit.

Meskipun telah terdapat program Jaminan Kesehatan Masyarakat namun warga miskin yang sedang sakit masih banyak yang terabaikan dan juga masih

⁷ Bidang Humas PT Askes yang disampaikan oleh Tavip Hermansyah sebagai Manager Public Relation PT Askes

diharuskan membayar biaya perawatan di Rumah Sakit. Masih banyak penolakan terhadap beberapa pasien Jamkesmas di berbagai Rumah Sakit merupakan suatu indikasi dari kegagalan program Jamkesmas. Oleh karena itu banyak hal yang masih perlu diperbaiki dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Kurang akuratnya data peserta Jamkesmas menunjukkan tidak ada pembaruan data dari pemerintah daerah. Seharusnya kuota untuk peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang telah meninggal dunia ataupun peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang telah pindah alamat dapat dipindah alihkan kepada masyarakat miskin lainnya yang juga membutuhkan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Seolah-olah jumlah masyarakat miskin yang menggunakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dari tahun ke tahun meningkat jumlahnya namun demikian jumlah tersebut hanya merupakan suatu data peningkatan yang semu.

Sosialisasi Jamkesmas belum begitu optimal, masih banyak masyarakat yang tidak mengetahui tentang program Jamkesmas. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan masyarakat tentang manfaat dari Jamkesmas. Informasi yang diperoleh dari ketua RT maupun RW kurang menyeluruh, kebanyakan masyarakat mengetahui Jamkesmas dari televisi dan Koran sebagai sumber informasi Jamkesmas. Ini menunjukkan bahwa kampanye besar-besaran yang dilakukan oleh Menteri Kesehatan melalui media elektronik dan cetak belum berlangsung secara efektif. Sosialisasi yang dilakukan melalui televisi hanya merupakan sosialisasi keberhasilan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) namun perlu juga dijelaskan juga dengan detail mengenai program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) itu sendiri dan

bagaimana menggunakan kartu Jamkesmas. Selain itu juga perlu dibuat suatu mekanisme komplain Jamkesmas kepada pemerintah melalui suatu jaringan aduan kepada pemerintah pusat yang dapat diakomodasi oleh pemerintah daerah.

Peserta Jamkesmas juga masih dikenakan pungutan dalam pembuatan kartu Jamkesmas dan masih dikenakan biaya tambahan dalam pengobatan. Dalam kenyataan yang dihadapi dalam penggunaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) masih ditambahkan biaya perawatan terutama biaya perawatan rawat inap kepada peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Seperti dikemukakan oleh Syf Yuliana, SE anggota Komisi D DPRD Kota Pontianak, dimana pasien peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) masih tetap membayar obat dan diharuskan memberikan uang muka jaminan persalinan. Hal ini menunjukkan bahwa jaminan dari pemerintah untuk masyarakat miskin dalam mendapatkan pengobatan secara gratis tidak dapat terpenuhi. Pungutan dalam pembuatan kartu Jamkesmas biasanya dilakukan oleh ketua RT atau RW dengan alasan klasik sebagai pengganti biaya transportasi ataupun sebagai sumbangan sukarela.

Adanya peserta Jamkesmas yang tidak membawa kartu Jamkesmas ketika berobat, ada beberapa alasan tidak membawa kartu Jamkesmas ketika berobat, diantaranya karena tidak tahu jika dengan membawa kartu Jamkesmas ketika berobat maka biaya pengobatan di Rumah Sakit adalah gratis, ada juga rasa ketakutan dari masyarakat miskin jika berobat di Rumah Sakit dengan membawa kartu Jamkesmas maka akan ditolak oleh pihak Rumah Sakit ataupun Puskesmas, administrasi akan dipersulit, dan juga mendapatkan pelayanan yang buruk.

Pelayanan yang dilakukan oleh pihak Rumah sakit maupun Puskesmas juga masih sangat buruk, adanya antrian yang panjang pendaftaran, sempitnya ruang tunggu pasien, rumitnya administrasi dan lamanya menunggu Dokter menjadi hambatan pelayanan Jamkesmas. Masih terdapat juga penolakan pelayanan Jamkesmas di Rumah Sakit maupun Puskesmas juga merupakan cermin dari kegagalan program Jamkesmas. Masih banyak perlakuan yang kurang memuaskan dalam melakukan pelayanan kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dengan biaya berobat yang gratis maka timbul sikap menyepelkan peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Rumah sakit maupun Puskesmas atau penyedia pelayanan kesehatan yang lain lebih mengutamakan pelayanan kesehatan bagi pasien yang melakukan pembayaran biaya berobat dibandingkan dengan peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Ungaran sendiri masih memiliki berbagai macam hambatan, diantaranya perbedaan pelayanan pasien Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Selain itu, pasien peserta Jamkesmas masih dikenakan biaya tambahan di dalam memperoleh pelayanan kesehatan di RSUD Ungaran.

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat miskin masih banyak menemui kegagalan. Kegagalan yang terjadi berasal dari peserta Jamkesmas, pemerintah, penyedia sarana pelayanan kesehatan dalam hal ini Rumah Sakit maupun Puskesmas maupun sistem yang dilaksanakan dalam pelaksanaan Jamkesmas. Penyebab dari berbagai macam kegagalan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tidak lepas dari permasalahan

yang ditimbulkan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) itu sendiri.

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, terdapat berbagai masalah yang ditemukan dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tersebut di atas, maka penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul : Pelaksanaan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di RSUD Ungaran, sedangkan permasalahan yang dapat dirumuskan meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. Bagaimanakah pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran ?
2. Apakah pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran sudah memenuhi hak dasar kesehatan masyarakat yang optimal ?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran.
2. Untuk mengetahui apakah pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran sudah memenuhi hak dasar kesehatan masyarakat yang optimal.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Akademis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu Hukum Kesehatan khususnya mengenai Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang merupakan sebuah program Pemerintah di bidang sosial untuk pemenuhan hak masyarakat miskin atas kesehatan sebagai amanat dari Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) serta pelaksanaan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

2. Praktis

Hasil penelitian ini secara praktis dapat memberikan masukan dalam mengetahui hambatan masyarakat miskin dalam pemanfaatan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dalam memperoleh pelayanan kesehatan serta mengetahui beberapa penyebab kegagalan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat pada masyarakat miskin.

E. KERANGKA PEMIKIRAN

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H dan Pasal 34 menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan serta fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara. Didalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang tertuang dalam Pasal 4, 5, 13 dan tanggung jawab pemerintah tertuang dalam Pasal 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

Pemenuhan hak masyarakat miskin atas kesehatan merupakan amanat Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Kesehatan yang optimal menurut Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 Pasal 1 adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Dalam mewujudkan suatu kesehatan yang optimal bagi masyarakat merupakan tanggung jawab pemerintah untuk mencapainya. Tanggung jawab pemerintah di bidang kesehatan tertuang di dalam Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan dalam Pasal 14 sampai dengan Pasal 20.

Pemerintah juga memiliki tanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui system jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan yang dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia berpedoman pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN), yaitu suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti diamanatkan dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945.⁸

Sebagai perwujudan tanggungjawab dari pemerintah untuk mewujudkan suatu kesehatan yang optimal bagi masyarakat yang kurang mampu maka diselenggarakan suatu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang ditujukan bagi masyarakat

⁸ Prof. dr.Ali Ghufroon Mukti, MSc, PhD, AAK, Sistem Jaminan Kesehatan : *Konsep Desentralisasi Terintegrasi*, hal. 3, Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan FK UGM, 2007

yang kurang mampu. Namun demikian pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) belum berhasil dengan baik dan tidak tepat pada sasaran.

Pelaksanaan SKN dengan sendirinya menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan ditunjang oleh departemen lain khususnya dalam bidang Kesejahteraan Rakyat (Kcsra). Rumusan upaya kesehatan dilaksanakan secara holistik, komprehensif dan integratif pada 4 bidang sasaran utama, yaitu usaha-usaha promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kuratif dalam SKN tersusun dalam 3 strata, pertama pelayanan primer yang dilaksanakan di Puskesmas dan praktek Dokter Umum Swasta yang umumnya dilaksanakan sore hari. Strata kedua adalah pelayanan sekunder yang dilaksanakan oleh rumah sakit tipe C dan tipe B, disertai praktek dokter spesialis. Strata ketiga adalah pelayanan tertier, yaitu upaya penyembuhan bagi pasien yang memerlukan teknologi tinggi dan bersangkutan dengan proses keilmuan yang rumit.⁹

Kegagalan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tidak lepas dari berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaannya. Kendala yang dihadapi diantaranya adalah kurangnya informasi tentang pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), berbagai biaya tambahan yang harus dikeluarkan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), serta berbagai penolakan yang dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan.

Pembangunan Kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat guna memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan cita-cita luhur bangsa seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Dasar

⁹ Prof. Daldijono Harjodisastro, Pasien Miskin, RSCM, 2008

1945 pasal 28 ayat (1 h) dan UU nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Pembangunan Kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang dapat diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Dalam pengukuran IPM, kesehatan merupakan investasi yang sangat berharga guna mendukung pembangunan di bidang ekonomi dan berbagai bidang kehidupan lainnya.

Peningkatan pemenuhan hak dasar masyarakat mendapatkan layanan kesehatan dilakukan secara bertahap seiring dengan membaiknya keuangan negara. Demi keadilan dan kesejahteraan seluruh warga negara, pemerintah memberikan perhatian ekstra kepada warga berpendapatan rendah. Namun pelaksanaan dari pemenuhan hak-hak dasar tersebut sangat membutuhkan peran aktif jajaran di daerah. Tanpa peran pemerintah daerah, maka upaya pemerintah pusat tidak akan dapat diterapkan dengan baik.

Pada saat ini terdapat kendala dalam upaya pemenuhan hak kesehatan bagi masyarakat khususnya masyarakat di daerah tertinggal. Pemenuhan hak atas kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar (*basic need*) dan merupakan hak asasi manusia. Oleh karena itu, pemerintah berkewajiban untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

F. METODE PENELITIAN

1. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian tesis ini, yaitu yuridis sosiologis, yaitu pendekatan penelitian ditinjau dari sisi yuridis dimana implementasi

pelaksanaan keputusan menteri kesehatan nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sudah sesuai dengan dasar hukum pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat di RSUD Ungaran. Selain itu juga akan ditinjau dari segi sosiologis mengenai berbagai macam hambatan masyarakat miskin dan RSUD Ungaran sebagai penyedia pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran.

2. Spesifikasi Penelitian

Dalam tesis ini, spesifikasi penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitis. Menurut Moh. Nazir, yang dimaksud dengan deskriptif analitis, yaitu : "Membuat deskripsi atau gambaran secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta, sifat dan hubungan antar fenomena atau gejala yang diteliti sambil menganalisisnya, yaitu mencari sebab akibat dari suatu hal dan menguraikannya secara konsisten dan sistematis serta logis."

Dalam tesis ini, peneliti mencari fakta pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Ungaran sambil menganalisa dan mencari sebab akibat dari berbagai hambatan dari berbagai masalah yang terdapat pada perumusan masalah yang ditemui dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Ungaran dan menguraikannya secara konsisten, sistematis dan logis sesuai dengan perumusan masalah.

3. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data primer yang berasal dari pihak yang bersangkutan dalam hal ini adalah masyarakat pengguna

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Ungaran. Pengambilan data primer ini dilakukan dengan "*Purposive Random Sampling*". Selain data primer juga akan digunakan data sekunder yang diperoleh dari pihak RSUD Ungaran dalam pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat dalam kurun waktu dua tahun terakhir (periode 2010-2011) untuk mengetahui apakah program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sudah dapat dimanfaatkan secara optimal oleh masyarakat miskin.

4. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dipergunakan adalah kuantitatif yang diperoleh melalui data sekunder dimana akan dilakukan analisa mengenai perbandingan pengguna Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dengan jumlah penduduk miskin. Selain itu juga digunakan metode kualitatif dengan mengumpulkan data primer dengan cara melakukan wawancara secara langsung dan dengan menggunakan kuesioner. Digunakan juga data tersier yang didapat dari makalah maupun seminar guna mendukung data yang telah ada.

5. Metode Analisis Data

Metode analisi data yang dipergunakan dalam penelitian ini dilakukan setelah data dari seluruh responden yang dilakukan melalui kuesioner terkumpul. Adapun metode analisa data kualitatif dengan cara membuat diskripsi mengenai berbagai macam hambatan yang terjadi dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Ungaran.

Metode analisis data juga dilakukan secara kualitatif dengan cara membandingkan hasil statistik pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Ungaran dalam dua tahun terakhir (periode 2010-2011).

G. SISTEMATIKA TESIS

Hasil penelitian yang telah dilakukan akan disajikan dalam bentuk karya tulis ilmiah yang disebut tesis. Penyajian tersebut berdasarkan sistematika yang logis dan koheren sehingga keilmiahannya penelitian ini dapat tersajikan dengan akurat dan mudah dipahami dengan jelas. Tesis terdiri dari tiga bagian yaitu bagian awal, bagian utama dan bagian akhir. Penyajian tesis pada dasarnya hampir sama dengan usulan penelitian namun isinya lebih luas. Adapun rencana penyajian tesis adalah sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

Dalam pendahuluan diuraikan mengenai latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metode penelitian dan sistematika tesis.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan Pustaka akan diuraikan mengenai pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang akan diuraikan lebih dalam mengenai sistem jaminan kesehatan yang ada di Indonesia; jaminan kesehatan menurut Undang-Undang Dasar 1945; Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN); Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN); dan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas). Tinjauan pustaka juga akan menguraikan masalah pelaksanaan Jaminan Kesehatan

Masyarakat (Jamkesmas) sebagai pemenuhan hak dasar kesehatan masyarakat secara optimal dimana di dalamnya akan diuraikan masalah upaya kesehatan; derajat kesehatan; hambatan-hambatan yang terjadi di dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas); dan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

BAB III HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian dan pembahasan akan menyajikan hasil penelitian yang disertai dengan pembahasan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran yang mencakup bentuk pelayanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Umum daerah Ungaran; alur pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran; pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum daerah Ungaran pada tahun 2010; dan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran pada tahun 2011. Hasil penelitian mengenai pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum daerah Ungaran sebagai pemenuhan kesehatan masyarakat yang optimal, akan disajikan hasil penelitian mengenai kendala-kendala yang dihadapi peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran; kendala-kendala yang dihadapi oleh pihak Rumah Sakit Umum daerah Ungaran dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas); serta perbandingan jumlah masyarakat miskin di Kabupaten Semarang dengan jumlah pasien Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran.

BAB IV PENUTUP

Bab penutup akan menyajikan kesimpulan dari hasil penelitian mengenai perumusan masalah yang terjadi yaitu kesimpulan terhadap pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran; dan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran sebagai pemenuhan kesehatan masyarakat masyarakat yang optimal. Pada bagian saran akan diberikan saran yang konkret dalam mengatasi berbagai permasalahan yang terjadi agar kendala-kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan masyarakat (Jamkesmas) sehingga pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dapat berlangsung dengan lebih baik.

