

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG

Reformasi adalah bentuk respon positif untuk menyikapi krisis multidimensional yang memunculkan paradigma baru, dalam penyelenggaraan kehidupan bernegara terhadap norma akuntabilitas dan transparansi publik. Tuntutan dan aspirasi masyarakat tentang penyelenggaraan pemerintahan, setidaknya telah membawa beberapa hal : pertama, reformasi sistem politik untuk menuju kehidupan politik yang lebih demokratis melalui keterlibatan dan partisipasi rakyat dalam proses politik yang menyangkut kepentingan publik; kedua, tuntutan *good governance and clean government* dalam penyelenggaraan negara yang didukung dengan prinsip dasar kepastian hukum, akuntabilitas, transparansi, keadilan, profesionalisme, dan demokratis (www.smeru.or.id, 21 Mei 2011).

Seiring dengan tingginya tuntutan transparansi serta akuntabilitas diberbagai bidang sektor publik, yaitu suatu lembaga dalam menjalankan roda pemerintahan legitimasinya bersumber dari keputusan masyarakat. Hal tersebut menuntut para penyelenggara pemerintahan untuk menjalankan tugasnya secara profesional agar dapat menjaga kepercayaan yang diberikan oleh masyarakat sehingga tercermin pemerintahan yang bersih (Nafidah, 2006:1) dalam Nico Andrianto (2007:76).

Berdasarkan Undang-undang Dasar Negara RI th 1945 pasal 28 H dan pasal 34 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses dalam pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Tujuan dari pembangunan kesehatan sebagaimana yang ditegaskan dalam Undang-undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yaitu : “pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal”. Dalam Undang-undang tersebut ditegaskan bahwa tiap-tiap warga negara Republik Indonesia berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya itu harus dapat dicapai oleh seluruh rakyat Indonesia secara merata. Merata dalam arti tersedianya sumber daya dan sarana pelayanan di seluruh wilayah sampai daerah terpencil yang mudah dijangkau oleh seluruh masyarakat, termasuk fakir miskin, orang terlantar, dan orang kurang mampu guna mencapai hasil yang optimal.

Masalah kemiskinan merupakan masalah yang selalu ada pada setiap negara, meskipun zaman telah memasuki era globalisasi namun tidak dapat dipungkiri masalah kemiskinan selalu menjadi penghambat kemajuan tiap-tiap negara. Permasalahan kemiskinan tidak hanya terdapat di negara-negara berkembang saja bahkan di negara maju juga mempunyai masalah dengan kemiskinan. Kemiskinan tetap menjadi masalah yang rumit, walaupun fakta menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan di negara berkembang jauh lebih besar dibanding dengan negara maju. Hal ini dikarenakan negara berkembang pada umumnya masih mengalami persoalan keterbelakangan hampir di segala bidang, seperti teknologi, kurangnya akses-akses ke sektor ekonomi, dan lain sebagainya.

Dampak kemiskinan dapat dikaitkan dengan bermacam-macam hal yaitu, kesehatan dan penyakit. Dua hal tersebut tidak dapat dipisahkan dari permasalahan kemiskinan, kecuali dilakukan intervensi pada salah satu atau kedua sisi, yakni pada kemiskinannya atau penyakitnya. Kemiskinan mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin menjadi rentan terhadap berbagai macam penyakit, karena mereka mengalami gangguan seperti menderita gizi buruk, pengetahuan kesehatan berkurang, perilaku kesehatan kurang, lingkungan pemukiman yang buruk, biaya kesehatan tidak tersedia. Sebaliknya kesehatan juga mempengaruhi kemiskinan, masyarakat yang sehat menekan kemiskinan karena orang yang sehat memiliki kondisi tingkat pendidikan yang maju, stabilitas ekonomi

mantap, investasi dan tabungan memadai sehingga orang yang sehat dapat menekan pengeluaran untuk berobat ([www.jpkm-online.net](http://www.jpkm-online.net), 23 Mei 2011).

Untuk menjamin akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan, maka pemerintah Republik Indonesia melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan beberapa perbaikan pada aspek kepesertaan, pelayanan, pendanaan dan pengorganisasian yang telah dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 40/MENKES/PER/V/2012 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat ( Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas) .

Peserta Program pelayanan Kesehatan yang dijamin pemerintah Propinsi Jawa Tengah dan Kabupaten/Kota adalah setiap penduduk miskin (kuota dan non kuota) Jawa Tengah yang memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) termasuk bayi baru lahir. Sementara itu jumlah masyarakat di Kabupaten Sukoharjo terdapat 851.157 jiwa sedangkan dari jumlah diatas terdapat masyarakat miskin atau tidak mampu. Berikut data jumlah penduduk di Kabupaten Sukoharjo, tersebut pada tabel 1.1 dibawah ini :

Tabel 1.1

**JUMLAH PENDUDUK MENURUT JENIS KELAMIN,  
KECAMATAN DI KABUPATEN SUKOHARJO TAHUN 2011**

Kecamatan	Penduduk		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
1. Weru	33043	34027	67070
2. Bulu	25344	26119	51463
3. Tawang Sari	29195	29767	58962
4. Sukoharjo	42340	43296	85636
5. Nguter	32094	32340	64434
6. Bendosari	33642	34624	67906
7. Polokarto	37354	37597	74951
8. Mojolaban	39891	40162	80053
9. Grogol	52530	52486	105016
10. Baki	27008	26552	53560
11. Gatak	24427	24757	49184
12. Kartasura	44908	48014	92922
<b>Jumlah</b>	<b>421776</b>	<b>429381</b>	<b>851157</b>

Badan Pusat Statistik Sukoharjo 2011

Sedangkan dari jumlah diatas terdapat masyarakat miskin atau tidak mampu. Berikut data masyarakat miskin di Kabupaten Sukoharjo, tersebut pada tabel 1.2 dibawah ini :

Tabel 1.2

## DATA MASYARAKAT MISKIN DI KABUPATEN SUKOHARJO

No.	Kecamatan	Jumlah Jiwa
1.	Kec. Weru	22.022
2.	Kec. Bulu	30.893
3.	Kec. Tawang Sari	28.464
4.	Kec. Sukoharjo	25.186
5.	Kec. Nguter	32.569
6.	Kec. Bendosari	24.948
7.	Kec. Polokarto	33.572
8.	Kec. Mojolaban	27.421
9.	Kec. Grogol	28.359
10.	Kec. Baki	17.331
11.	Kec. Gatak	20.790
12.	Kec. Kartasura	29.184
<b>JUMLAH</b>		<b>320.739</b>

Sumber : Dinas Kesehatan Sukoharjo Tahun 2011

Berdasarkan tabel diatas menjelaskan bahwa jumlah masyarakat miskin atau tidak mampu dari Kabupaten Sukoharjo dengan jumlah 320.739 jiwa.

Dengan adanya masyarakat miskin terlalu banyak maka masyarakat sulit mendapatkan pelayanan kesehatan. Kondisi ini tentunya bisa digunakan sebagai acuan dalam program Jamkesmas agar masyarakat

miskin mendapatkan pelayanan dengan lebih mudah dan lebih baik tanpa dipungut biaya. Tujuan dari Jamkesmas diharapkan dapat memberikan kontribusi meningkatkan umur harapan hidup bangsa Indonesia, menurunkan angka kematian, disamping itu dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan peserta jamkesmas di Sukoharjo. (Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2012) Departemen kesehatan telah melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin, dan tidak mampu dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan masyarakat Tahun 2012, maka masyarakat miskin peserta Jamkesmas (Maskin Kuota) di jamin pembiayaannya dari pemerintah melalui dana APBN. Data masyarakat miskin yang menerima bantuan di Kabupaten Sukoharjo, tersebut pada tabel 1.3 dibawah ini :

Tabel 1.3

## DATA PENERIMA JAMKESMAS DI KABUPATEN SUKOHARJO

No.	Kecamatan	Jumlah Jiwa
1.	Kec. Weru	19.265
2.	Kec. Bulu	30.652
3.	Kec. Tawang Sari	26.881
4.	Kec. Sukoharjo	23.124
5.	Kec. Nguter	23.119
6.	Kec. Bendosari	20.925
7.	Kec. Polokarto	30.590
8.	Kec. Mojolaban	24.-31
9.	Kec. Grogol	23.901
10.	Kec. Baki	14.266
11.	Kec. Gatak	18.011
12.	Kec. Kartasura	20.497
<b>JUMLAH</b>		<b>275.262</b>

Sumber : Dinas Kesehatan Tahun 2011

Berdasarkan tabel diatas menjelaskan bahwa data masyarakat yang menerima bantuan Jamkesmas sebanyak 275.262 jiwa pada tahun 2011.

Dengan adanya jumlah peserta Jamkesmas yang masuk kuota cukup banyak maka peningkatan permintaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sangat tinggi. Harapan pengguna Jamkesmas tentunya sangat menginginkan pelayanan yang cukup baik, meskipun banyak kenyataan di lapangan bahwa akuntabilitas pelayanan kesehatan



khususnya bagi peserta Jamkesmas masih memprihatinkan. Sikap kritis peserta Jamkesmas dalam menilai pelayanan kesehatan bagi mereka menguak berbagai permasalahan yang selama ini “disembunyikan” guna menutupi buruknya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Sikap dan pelayanan yang professional sangat diharapkan oleh para peserta Jamkesmas khususnya di RSUD Sukoharjo.

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat hendaknya dibangun untuk dapat mengatasi ketidakadilan dan sekaligus untuk membenahi ketidakmampuan sistem pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang semakin rumit dan mahal. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks menuntut kapasitas pengelolaan yang kuat. Sistem pelayanan kesehatan yang padat teknologi dan semakin mahal menuntut penanganan yang profesional yang diselenggarakan oleh institusi yang handal dan menuntut metoda penyelenggaraan yang mampu bekerja efektif, efisien, dan sekaligus memuaskan. Apabila tidak adanya sikap profesional dari petugas kesehatan itu sendiri dalam melaksanakan tanggung jawabnya maka akan mempengaruhi proses pelayanan kesehatan.

Dengan adanya sikap yang kurang profesional dari petugas kesehatan yang melayani langsung pasien peserta jamkesmas dalam administrasi akan berpengaruh dalam proses pelayanan administrasi di RSUD Kabupaten Sukoharjo. Sesuai dengan fenomena dibawah ini :

“ Pasien di poliklinik Penyakit Dalam RSUD Sukoharjo memprotes layanan yang diberikan karena dokter sering datang terlambat. Padahal, sudah menunggu dari pagi. Dokter datang terlambat padahal mereka dibayar mahal. Layanan di RSUD sangat mengecewakan dan baru bisa dilayani dokter pada Pukul 12.00 WIB. Saya harus menunggu lama lagi karena mendapat nomor antrian 36,” tandasnya. ([www.KRjogja.com](http://www.KRjogja.com) 5 Februari 2013). “

Berdasarkan fenomena diatas pada dasarnya pasien Jamkesmas juga mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan yang baik. Akan tetapi, hal ini belum sepenuhnya disadari oleh petugas kesehatan rumah sakit yang melayani. Petugas rumah sakit selalu menganggap dirinya jauh diatas pasien, sangat dibutuhkan pasien, dan serba tahu tentang cara penyembuhan pasien. Pemikiran semacam inilah yang akhirnya berdampak pada sikap yang seenaknya dalam memberikan pelayanan pada peserta Jamkesmas. Pelayanan yang cepat dan tepat, biaya pengobatan yang murah, serta sikap tenaga medis yang ramah dan komunikatif adalah sebagian dari tuntutan pasien terhadap rumah sakit, terlebih para peserta Jamkesmas yang notabene merupakan masyarakat miskin.

Pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin, bukan berarti masyarakat miskin harus menghadapi berbagai macam persoalan tentang perlakuan dari petugas rumah sakit atau pelayanan yang ala kadarnya dan tidak sesuai dengan apa yang diharapkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Berikut data kunjungan pasien Jamkesmas di RSUD Sukoharjo, tersebut pada tabel 1.4 dibawah ini :

**Tabel 1.4**  
**Data Jumlah Kunjungan Pasien Jamkesmas di RSUD**  
**Sukoharjo, Januari s/d Desember 2012**

No.	Bulan	Pelayanan		Jumlah
		RITL	RJTL	
1.	Januari	372	1558	1930
2.	Pebruari	350	1594	1944
3.	Maret	388	1582	1970
4.	April	379	1619	1998
5.	Mei	357	1674	2031
6.	Juni	331	1556	1887
7.	Juli	328	1558	1886
8.	Agustus	288	1492	1780
9.	September	306	1600	1906
10.	Oktober	366	1616	1982
11.	November	348	1567	1915
12.	Desember	312	1566	1878
<b>Total</b>		<b>4125</b>	<b>18982</b>	<b>23107</b>

Sumber : Pengolahan Rekam Medik RSUD Sukoharjo Tahun 2012

Berdasarkan tabel diatas menjelaskan jumlah peserta jamkesmas yang menggunakan pelayanan RITL (Rawat Inap Tingkat Lanjut) dan RJTL (Rawat Jalan Tingkat Lanjut) di RSUD Kabupaten Sukoharjo dengan jumlah keseluruhan sebanyak 23.107 peserta pada tahun 2012.

Dengan melihat tabel RITL dan RJTL pasien peserta jamkesms di atas terlihat bahwa intensitas pengguna pelayanan jamkesmas di RSUD Sukoharjo cukup tinggi, harapan masyarakat pengguna tentunya ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan sesuai dengan norma pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa membedakan status pasien. Masih banyak fakta di lapangan bahwa pelayanan jamkesmas sangat jauh dari harapan pengguna, baik mutu pelayanan medis maupun mutu pelayanan administrasi.

Data RITL dan RJTL yang ada bukan hanya sekedar tulisan angka tapi juga benar-benar ada dan berlanjut pada proses pelayanan berikutnya. Data RITL dan RJTL yang ada di RSUD Sukoharjo inilah yang akan dijadikan dasar bagi peneliti untuk mengetahui akuntabilitas pelayanan jamkesmas yang ada di RSUD Sukoharjo dalam hal ini validitas data RITL dan RJTL.

Berdasarkan uraian dan fakta yang ada dilapangan tentang pelayanan Jamkesmas khususnya di wilayah Kabupaten Sukoharjo, maka peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana akuntabilitas pelayanan kesehatan bagi peserta jaminan kesehatan masyarakat (JAMKESMAS) di RSUD Kabupaten Sukoharjo, dimana RSUD Kabupaten Sukoharjo merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan yang mempunyai fasilitas lengkap serta menghadirkan dan menjaga kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Oleh karena itu, mengingat pentingnya mewujudkan akuntabilitas yang belum tercapai dan diterapkan sepenuhnya dalam program jaminan kesehatan masyarakat, maka timbul ketertarikan penulis untuk mengadakan penelitian untuk mengetahui apakah akuntabilitas pelayanan publik bagi peserta Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sukoharjo juga dilakukan sesuai dengan peraturan pemerintah.

## **B. PERUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang penelitian diatas maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut :

“ Bagaimana Akuntabilitas Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di RSUD Kabupaten Sukoharjo?  
“

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

### **1. Tujuan Operasional**

Untuk mengetahui bagaimana Akuntabilitas Pelayanan Kesehatan bagi penerima JAMKESMAS di RSUD Kabupaten Sukoharjo.

### **2. Tujuan Fungsional**

Agar dapat dimanfaatkan dan digunakan oleh RSUD Kabupaten Sukoharjo sebagai referensi dasar untuk mengambil satu langkah kebijakan yang berhubungan dengan akuntabilitas pada bagian pelayanan kesehatan khususnya bagi penerima JAMKESMAS.

### 3. Tujuan Individual

Untuk melengkapi Tugas dan memenuhi syarat guna memperoleh gelar Sarjana Sosial pada Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik jurusan Ilmu Administrasi Program Studi Ilmu Administrasi Negara.

## D. MANFAAT PENELITIAN

### 1. Bagi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik.

Relevansi yang diharapkan untuk Program Studi Ilmu Administrasi Negara adalah sebagai alur penataan dan proses dalam pengelolaan kebijakan publik terkait dengan lingkungannya dan mempunyai hasil akhir untuk dicapai.

### 2. Bagi Dinas Kesehatan dan RSUD Kabupaten Sukoharjo.

Untuk bahan pertimbangan dan evaluasi sejauhmana Akuntabilitas Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Wilayah Kerja RSUD Kabupaten Sukoharjo.

### 3. Bagi Penulis.

Untuk menambah ilmu pengetahuan sekaligus menambah wawasan secara nyata sehingga dapat dijadikan bahan referensi yang berharga bagi penulis.