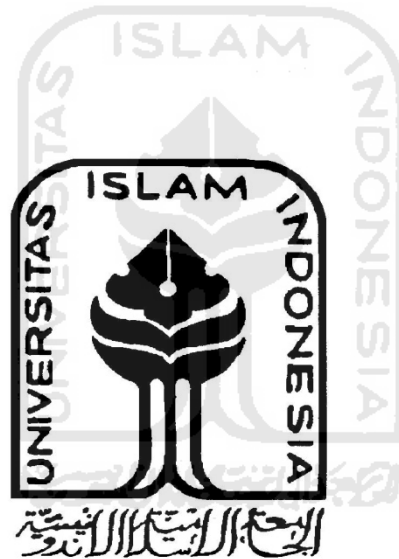


**PELAKSANAAN PERDA NO 12 TAHUN 2004 TENTANG
JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA)
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN**

SKRIPSI

Diajukan untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Guna Memperoleh
Gelar Sarjana (Strata-1) pada Fakultas Hukum
Universitas Islam Indonesia
Yogyakarta



Oleh :

SUPRIYANTO

No Mahasiswa : 08410469

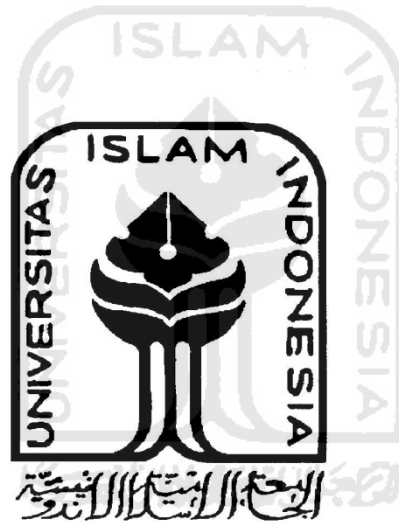
PROGRAM STUDI S1 ILMU HUKUM
F A K U L T A S H U K U M
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA

2012

**PELAKSANAAN PERDA NO 12 TAHUN 2004 TENTANG
JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA)
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN**

SKRIPSI

Diajukan untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Guna Memperoleh
Gelar Sarjana (Strata-1) pada Fakultas Hukum
Universitas Islam Indonesia
Yogyakarta



Oleh :

SUPRIYANTO

No Mahasiswa : 08410469

PROGRAM STUDI S1 ILMU HUKUM
F A K U L T A S H U K U M
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA

2012

HALAMAN PENGESAHAN TUGAS AKHIR PRA PENDADARAN

PELAKSANAAN PERDA NO 12 TAHUN 2004 TENTANG
JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA)
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN

Telah Diperiksa dan Disetujui oleh Dosen Pembimbing Skripsi untuk
Diajukan ke Depan Tim Penguji dalam Ujian Tugas Akhir/Pendadaran
Pada Tanggal 27 April 2012



Yogyakarta.....

Dosen Pembimbing Skripsi

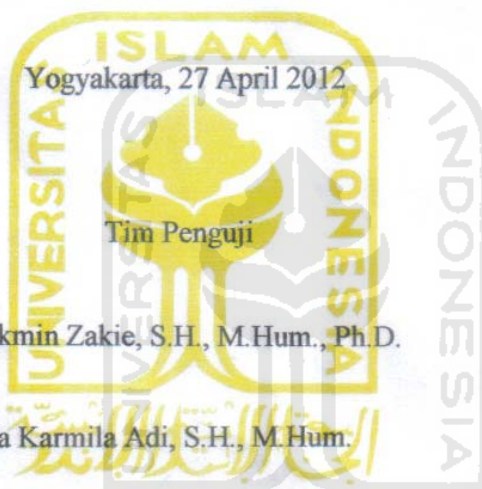
(Mukmin Zakie, S.I.A., M.Hum., Ph.D.)
NIP/NIK. 904.100.101

HALAMAN PENGESAHAN TUGAS AKHIR

**PELAKSANAAN PERDA NO 12 TAHUN 2004 TENTANG
JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA)
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN**

Telah Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji dalam Ujian Tugas Akhir/Pendadaran

Pada tanggal 27 April 2012 dan dinyatakan **LULUS**



Tim Penguji

Tanda Tangan

1. Ketua : Mukmin Zakie, S.H., M.Hum., Ph.D.
2. Anggota : Mila Karmila Adi, S.H., M.Hum.
3. Anggota : H. Moh. Hasyim, S.H., M.Hum.

(Handwritten signatures of the examiners)

Mengetahui:
Universitas Islam Indonesia Yogyakarta
Fakultas Hukum
Dekan



(Dr. H. Rusli Muhammad, S.H., M.H.)
NIP. 195406121984031001

MOTTO

“Wahai orang-orang yang beriman, jadilah kamu orang yang benar-benar penegak keadilan, menjadi saksi karena Allah, biarpun terhadap dirimu sendiri atau ibu bapak (kedua orangtua) dan kaum kerabatmu yang boleh jadi ia itu kaya atau miskin maka Allah lebih tahu kemaslahatannya.

Maka janganlah kamu mengikuti hawa nafsu karena ingin menyimpang dari kebenaran. Dan jika kamu memutar balikkan (kata-kata), atau enggan menjadi saksi, maka sesungguhnya Allah adalah Maha Mengetahui segala apa yang kamu kerjakan.

(Qur'an Surat An-Nisa: 135)

“Ilmu yang tidak di amalkan ibarat pohon yang tidak berbuah”

(Al-Hadits)



Kupersembahkan karya kecil ini kepada:

Umiku tercinta, dan tersayang “C. Sutinem”

Ayahanda tersayang “Sudiman”

*Doa tulus kepada ananda seperti air dan tak pernah berhenti yang terus mengalir,
pengorbanan, motivasi, kesabaran, ketabahan, dan tetes air matamu yang terlalu mustahil
untuk dinilai,*

Engkaulah sebaik-baiknya panutan meski tidak selalu sempurna

My sister Tersayang “Deni Adiyanti”

*Kebersamaan, dukungan, doa, kasih sayang, dan perhatiannya padaku,
semoga engkau selalu jadi yang terbaik*

My Brother “Wahyu Tri Yunianto”

Terimakasih kasih telah memberikan semangat selalu

My gril Friend “Beta Kriswanti”

Terima kasih atas kasih sayang, perhatian, motivasi dan kesabarannya

Yang telah di berikan

*Semangat dalam menyelesaikan Skripsi ini, semoga engkau pilihan terbaik buatku dan
masa depan ku*

Persembahan



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga tugas penyusunan Skripsi dengan judul “PELAKSANAAN PERDA NO 11 TAHUN 2010 TENTANG JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN”, dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Saya mengangkat judul tersebut karena masih banyak warga masyarakat yang tidak tahu tentang program kesehatan yang dibuat oleh pemerintah dan masih banyaknya warga masyarakat yang kurang mengerti tentang pelayanan kesehatan yang ada di dalam masyarakat, untuk itu saya mencoba meneliti di RSUD Sleman agar tahu bagaimana pelaksanaan program Jamkesda yang diadakan oleh pemerintah kabupaten Sleman untuk masyarakat kabupaten Sleman.

Skripsi ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada:

1. Yang terhormat Ayahanda Sudiman, Ibunda C.Sutinem S.pd, Adiku Deni Adiyanti, Adikku Wahyu Tri Yuniyanto
2. Prof. Dr. H. Edy Suandi Hamid, M.Ec selaku Rektor Universitas Islam Indonesia;
3. DR. Rusli Muhammad, SH. MH selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia;
4. Mukmin Zakie, SH, M. Hum. Ph.D, selaku Dosen Pembimbing Skripsi penulis;
5. Seluruh Staff pengajar dan pegawai Fakultas Hukum Universitas Islam;
6. Bapak Ahmadi S.E, selaku Ketua Jamkesda RSUD Sleman
7. Dr. Tunggul, selaku Kabag Jaminan Kesehatan Dinkes Sleman
8. Ibu Swasti S.H, selaku staf sekda bagian Hukum dan HAM kantor Bupati Sleman
9. Bapak Triyoso Rustamaji, S.T., M.Kes selaku kabag.umum UPT JPKM Sleman

10. Beta Kriswanti yang selalu membantu mendukung dan menemaniku;
11. Teman-teman yang menuntut ilmu khususnya di Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia dan Universitas Islam Indonesia pada umumnya;
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan berupa materi maupun semangat kepada penulis sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan dengan lancar.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, maka guna menyempurnakan skripsi ini penulis mengharap kritik dan saran yang bersifat membangun. Besar harapan penulis skripsi ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang memerlukan dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.



Januari 2012

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Kegunaan Penelitian	9
E. Tinjauan Pustaka.....	10
F. Metode Penelitian	14

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Kesehatan	18
B. Tujuan Kesehatan	20
C. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan.....	21
D. Peran Pemerintah Daerah	22
E. Jamkesda	31
F. Pandangan Islam Tentang Kesehatan	40

BAB III PELAKSANAAN PERDA N0 11 TAHUN 2010 TENTANG JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN

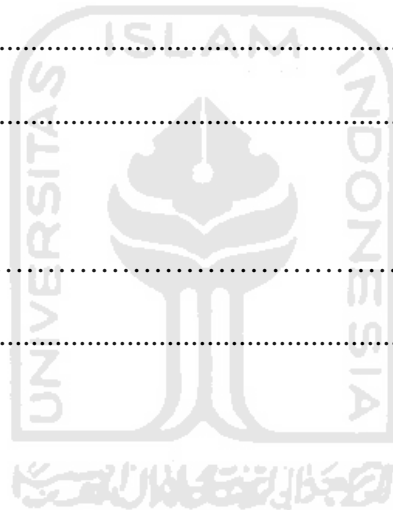
A. Gambaran Umum	46
B. Pembahasan	69

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan	72
B. Saran	73

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 : Perkembangan jumlah penduduk Provinsi DIY	47
Tabel 2 : Jumlah Penduduk Provinsi DIY Menurut kabupaten/Kota dan Jenis Kelamin	48
Tabel 3 : Laju Pertumbuhan Penduduk	48
Tabel 4 : Jumlah Sarana Kesehatan Dasar	50



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1: Alur Pelayanan di Rumah Sakit	43
Gambar 2: Jumlah Penduduk Provinsi DIY, 1920 – 2010	47
Gambar 3: Angka kematian Bayi Provinsi DIY	49
Gambar 4: Angka kematian balita Provinsi DIY	49
Gambar 5: Angka Kematian Ibu Provinsi DIY	49
Gambar 6: Umur Harapan hidup Provinsi DIY	50



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Surat Ijin Penelitian

Lampiran 2 : Kuesioner

Lampiran 3 : Tabel Peserta Jamkesda di RSUD Sleman tahun 2011

Lampiran 4 : Formulir Pendaftaran Peserta Jamkesda



DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
BPS	: Badan Pusat Statistik
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
TB	: Tuberkulosis
PMS	: Penyakit Menular Seksual
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
JPKM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
JPK GAKIN	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin
Bapel Jamkessos	: Badan Pengelola Jaminan Kesehatan Sosial
UPT	: Unit Pelayanan Teknis
WHO	: World Health Organisation
SDM	: Sumber Daya Manusia
UPTD PJKM	: Unit Pelayanan Teknis Daerah Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
Dinkes	: Dinas Kesehatan
FGD	: Focus Group Discusion

ABSTRAK

Penelitian terjadi karena munculnya masalah dalam pelaksanaan jamkesda di RSUD Sleman, penelitian ini merupakan jenis penelitian secara Empiris , Penelitian ini didasarkan pada adanya fenomena dimana masih ditemukan adanya beberapa kendala dalam pelaksanaan Perda No 12 tahun 2004 tentang Jamkesda di kabupaten Sleman . Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana implementasi program Jaminan Kesehatan daerah yang berada di Rumah sakit daerah sleman. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian empiris yang digunakan untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan Program Jamkesda, menggunakan pendekatan fenomenologis bagaimana pelaksanaan dan hambatan Perda No 12 Tahun 2004. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi wawancara, dan menganalisa data yang terdapat pada arsip di Rumah Sakit Daerah Sleman. Hasil dari penelitian ini, pelaksanaan program Jamkesda di RSUD Sleman tidak sesuai dengan tujuan yaitu biaya pelayanan, cakupan pelayanan, kualitas pelayanan sudah dilaksanakan belum baik, kendala dalam proses pelayanan yaitu kurangnya petugas, dan perlu peremajaan alat kerja seperti komputer dan ruangan. Kesimpulan hasil penelitian ini secara keseluruhan adalah pelaksanaan Perda No 12 Tahun 2004 tentang Jamkesda di RSUD Sleman sudah terimplementasi sesuai dengan tujuan yang terdapat pada Undang-undang No 36 Tetang Kesehatan Tahun 2009 Pasal 46 “Untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat” dan Pasal 50 ayat 1 Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan. Saran Perlu di tingkatkan lagi pelayanan kesehatan bagi masyarakat lebih optimal secara efektif sehingga tercipta masyarakat miskin yang sehat dan produktif untuk menunjang program pengentasan kemiskinan.

Kata kunci : Perda, Jamkesda, Rumah Sakit

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan nasional merupakan sarana yang penting untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, bahwa pada hakekatnya pembangunan nasional itu adalah pembangunan manusia seutuhnya yaitu untuk membangun kesejahteraan masyarakat Indonesia seluruhnya, sedangkan tujuan pembangunan nasional adalah untuk mewujudkan suatu masyarakat adil dan makmur yang merata material dan spiritual berdasarkan Pancasila dan UUD 1945 dalam wadah Negara Republik Indonesia, Yang merdeka, berdaulat, bersatu, berkedaulatan rakyat dalam suasana perikehidupan bangsa yang aman, tentram dan damai. Ruang lingkup pembangunan nasional sangat luas, maka pelaksanaannya harus secara berencana, menyeluruh, bertahap dan berlanjut. Pada tiap - tiap tahap diharapkan dicapai keselarasan dalam kemajuan lahiriah dan batiniah yang merata mencakup seluruh rakyat, dengan kadar keadilan sosial yang meningkat, dengan demikian pembangunan adalah suatu proses yang berjalan terus menerus.¹

Untuk mencapai hasil yang maksimal, maka pembangunan nasional harus dilaksanakan bersama oleh masyarakat dan pemerintah. Masyarakat adalah pelaksana utama pembangunan sedangkan pemerintah berkewajiban untuk mengarahkan, membimbing dan menciptakan suasana yang menunjang, saling

¹Emil Salim, *Pembangunan Berwawasan Lingkungan*, Ctk. Pertama, PT. Mediyatama, Jakarta, 1991, hlm 7.

mengisi dan saling melengkapi dalam satu kesatuan langkah menuju tercapainya tujuan pembangunan nasional.²

Pemerintah menyadari bahwa setiap orang berhak untuk dapat memenuhi kebutuhan sendiri hidupnya yang layak dan peningkatan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera adil dan makmur, serta adanya suatu jaminan sosial yang menyeluruh antara lain mengenai kesehatan di masyarakat. Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan dari pusat ke daerah. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional yang hakikatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia.³

Hak untuk memperoleh hidup sehat itu telah diatur dalam Undang - Undang Dasar 1945 Pasal 28 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”⁴ dan Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 4 “setiap orang berhak atas kesehatan”.⁵ Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh

² Hidayat, Syarif. *Realitas Otonomi Daerah dan Tantangan Masa Depan*, Ctk.Pertama, Pustaka Quantm, Jakarta, 2000 hlm 3

³ Murti, B. *Mengembangkan Indikator Kualitas Pelayanan Kesehatan*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2003; 06 (02):51-62.

⁴ Undang-undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 H ayat 1

⁵ Undang-undang No 36 Tahun 2009 Pasal 4

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 berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun (BPS 2007).⁶

Derajat kesehatan masyarakat yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal, masyarakat kurang peduli terhadap kesehatan yang ada di tempat tinggalnya. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat (3) “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”, sejak tahun 2005 telah diupayakan untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program

⁶BadanPusatStatistik Indonesia (tahun 2007),<http://www.bps.go.id/angka> 1%kematian - bayi. di akses Sabtu 1 Oktober 2011, Jam 10.00

pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini dalam perjalanannya terus diupayakan untuk ditingkatkan melalui perubahan - perubahan sampai dengan penyelenggaraan program tahun 2008.⁷

Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikasi melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit Umum atau Swasta, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan.⁸

Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Jamkesmas, Berdasar pada keputusan menteri kesehatan No.125/Menkes/SK/II/2008 Tanggal 6 Februari 2008 dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran, yaitu sasarannya adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia.⁹

⁷Sekretariat Dewan Perwakilan Daerah, *Perlindungan Masyarakat Miskin Terhadap Kesehatan pada konsep Desentralisasi, Ctk. Pertama*, DPD RI, Jakarta, 2009, hlm.3.

⁸Suryawati. *Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional* jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran, UGM, Vol 8 No 3, September 2008

⁹Dinkes. *Perbaikan Mutu Pelayanan Kesehatan Pada Lini Depan*, Jurnal Kesehatan, Dinkes, Vol 2 No 7 Februari 2008

Sedangkan untuk tujuan dari Jaminan Kesehatan Masyarakat itu adalah :¹⁰

1. Tujuan Umum :

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

2. Tujuan khusus:

- a. Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit
- b. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin mempunyai arti yang penting karena 3 (tiga) alasan pokok yaitu:¹¹

1. Menjamin terpenuhinya keadilan sosial bagi masyarakat miskin, sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin mutlak mengingat kematian bayi dan kematian balita 3 kali dan 5 kali lebih tinggi dibanding pada keluarga tidak miskin. Di sisi lain penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat miskin, dapat mencegah 8 juta kematian sampai tahun 2010.

¹⁰Dinas Kesehatan Republik Indonesia (2008), www.dinkes.go.id/pelayanan-kesehatan-masyarakat di akses Sabtu 1 Oktober 2011, pukul 10.20 wib

¹¹*Ibid*

2. Untuk kepentingan politis nasional yakni menjaga keutuhan integrasi bangsa dengan meningkatkan upaya pembangunan (termasuk kesehatan) di daerah miskin dan kepentingan politis internasional untuk menggalang kebersamaan dalam memenuhi komitmen global guna menurunkan kemiskinan melalui upaya kesehatan bagi keluarga miskin.
3. Hasil studi menunjukkan bahwa kesehatan penduduk yang baik, pertumbuhan ekonomi akan baik pula dengan demikian upaya mengatasi kemiskinan akan lebih berhasil.

Upaya-upaya pelayanan kesehatan penduduk miskin, memerlukan penyelesaian menyeluruh dan perlu disusun strategi serta tindak pelaksanaan pelayanan kesehatan yang peduli terhadap penduduk miskin. Pelayanan kesehatan peduli penduduk miskin meliputi upaya-upaya sebagai berikut :¹²

1. Membebaskan biaya kesehatan dan mengutamakan masalah-masalah kesehatan yang banyak diderita masyarakat miskin seperti TB, malaria, kurang gizi, PMS dan berbagai penyakit infeksi lain dan kesehatan lingkungan.
2. Mengutamakan penanggulangan bagi penyakit penduduk yang tidak mampu
3. Meningkatkan penyediaan serta efektifitas berbagai pelayanan kesehatan masyarakat yang bersifat non personal seperti penyuluhan

¹²Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No 741/Menkes/PER/VII/ tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

kesehatan, regulasi pelayanan kesehatan termasuk penyediaan obat, keamanan dan fortifikasi makanan, pengawasan kesehatan lingkungan serta kesehatan dan keselamatan kerja.

4. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan penduduk tidak mampu.
5. Realokasi berbagai sumber daya yang tersedia dengan memprioritaskan pada daerah miskin.
6. Meningkatkan partisipasi dan konsultasi dengan masyarakat miskin.

Masalah kesehatan masyarakat bukan masalah pemerintah saja melainkan masalah masyarakat bersama baik dari kalangan kaya maupun miskin, tapi masalah banyak terjadi pada masyarakat miskin oleh karena perlu dilakukan peningkatan pemberdayaan masyarakat miskin.

Adanya Perda No 4 tahun 2009 Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, bagian D Sosial Budaya Nomor 5 mengatur tentang Kesehatan dimana Arah Pembangunan Kesehatan di DIY secara umum adalah untuk mewujudkan Provinsi DIY yang memiliki status kesehatan masyarakat yang tinggi tidak hanya dalam batas nasional tetapi memiliki kesetaraan di tataran internasional khususnya Asia Tenggara dengan mempertinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat, peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan serta menjadikan

DIY sebagai pusat mutu dalam pelayanan kesehatan, pendidikan pelatihan kesehatan serta konsultasi kesehatan.¹³

Sleman adalah salah satu Kabupaten di D.I.Yogyakarta dimana Jamkesda ini sudah di atur dalam Perbup No 18 Tahun 2008 walaupun sudah ada Perda No 11 Tahun 2010 yang belum berjalan baru saja di syahkan, di daerah kabupaten Sleman banyak kasus mengenai Jamkesda yang bermasalah baik dalam bidang pengurusanya ataupun pelaksanaannya di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman.

Sejak tahun 2008 program Jamkesda sudah ada di Sleman, tidak semua masyarakat tahu karena masyarakat lebih banyak tahu tentang Askes, Taspen, Jamsostek, Jamkesmas dan JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) yang merupakan produk dari pemerintah.

Dalam pelaksanaannya Jamkesda yang berjalan di RSUD Sleman masih memeakai Perbup No 18 tahun 2008 walaupun sudah ada Perda No11 tahun 2010 yang sudah di sahkan tetapi belum dapat berjalan karena belum adanya Perbup yang mengaturnya, tidak semua masyarakat tahu, untuk kalangan menengah keatas mungkin tahu tetapi untuk masyarakat miskin hanya tahu Jamkesmas dan JPKM. Pada awal adanya Jamkesda peserta Jamkesda di Sleman masih sedikit, karena dalam mengurus Jamkesda kadang di persulit baik dari administrasinya, pelayanannya, atau dalam meminta klaim Jamkesda.

Sehubungan dengan latar belakang masalah yang ada diatas pada dasarnya pentingnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat, merupakan dorongan untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan dan keharusan mutlak untuk

¹³ Perda Provinsi DIY No 4 Tahun 2009 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2009-2013. hlm 20

melaksanakan upaya peningkatan status kesehatan penduduk miskin. Apalagi, memasuki era globalisasi ini, untuk pertumbuhan ekonomi suatu negara dituntut daya saing yang memerlukan sumberdaya manusia dengan kuantitas dan kualitas tinggi. Berdasarkan hal-hal tersebut maka penulis mencoba untuk meninjau lebih jauh melalui penulisan skripsi dengan judul: **“Pelaksanaan tentang Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman ”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan adanya latar belakang masalah tersebut diatas, maka dalam penelitian ini disampaikan perumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman ?
2. Apakah kendala/hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan Jamkesda tersebut?

C. Tujuan Penelitian

Agar peneliti dapat menyelesaikan masalah / kasus yang ada di dalam pelaksanaan JAMKESDA di lingkungan masyarakat.

Adapun tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian itu antara lain :

- a. Untuk mengetahui pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman.
- b. Untuk mengetahui kendala/hambatan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman.

D. Kegunaan Penelitian

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan perbendaharaan pustaka dalam ilmu pengetahuan Hukum Kesehatan, khususnya dalam jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.
- b. Menjadi acuan terhadap penelitian selanjutnya.

E. Tinjauan Pustaka

Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 mengamanatkan negara (dengan pengertian Negara Kesatuan Republik Indonesia) dibagi atas daerah-daerah propinsi dan daerah propinsi itu dibagi atas kabupaten dan kota, yang tiap-tiap propinsi, kabupaten dan kota mempunyai pemerintahan daerah yang diatur dengan Undang – Undang UUD 1945 Pasal 18 (1), mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaan. Kesehatan merupakan salah satu penunjang aktivitas manusia. Manusia tidak dapat melakukan aktivitas dengan baik apabila kesehatannya cukup baik,

Menurut Undang-undang

No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan pengertian kesehatan, antara lain :

1. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
2. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat.

3. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
4. Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.
5. Teknologi kesehatan adalah segala bentuk alat dan/atau metode yang ditujukan untuk membantu menegakkan diagnosa, pencegahan, dan penanganan permasalahan kesehatan manusia.¹⁴

Padasarkan kesehatan itu meliputi empat aspek, antara lain:¹⁵

1. Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasakan keluhan sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara objektif tidak tampak sakit. Semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan.
2. Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni pikiran, emosional, dan spiritual :
 - a. Pikiran sehat tercerminkan dari cara berpikir atau jalan pikiran.
 - b. Emosional sehat tercerminkan dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, kuatir, sedih dan sebagainya.

¹⁴ Undang-undang No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan Pasal 1

¹⁵ <http://www.scribd.com/doc/8343666/Konsep-Sehat> di akses Selasa tanggal 20 Desember 2011, pukul 20.00 WIB

c. Spiritual sehat tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, kepercayaan dan sebagainya terhadap sesuatu di luar alam fani ini, yakni Tuhan Yang Maha Kuasa. Misalnya sehat spiritual dapat dilihat dari praktik keagamaan seseorang. Dengan perkataan lain, sehat spiritual adalah keadaan dimana seseorang menjalankan ibadah dan semua aturan-aturan agama yang dianutnya.¹⁶

3. Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain atau kelompok lain secara baik, tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, serta saling toleran dan menghargai.
4. Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat bila seseorang (dewasa) produktif, dalam artian mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya secara finansial. Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiunan), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku.

Oleh sebab itu, bagi kelompok tersebut, yang berlaku adalah produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan yang berguna bagi kehidupan mereka nanti, misalnya berprestasi bagi siswa atau mahasiswa, dan kegiatan sosial, keagamaan,

¹⁶<http://kesehatan.kompasiana.com/medis/2010/09/20/konsep-sehat-perspektif-islam/> di akses Selasa tanggal 20 Desember 2011, pukul 20.25 WIB

ataupelayanankemasyarakatanlainnyabagiusialanjut.Tujuan pembangunan kesehatan menurut Sistem Kesehatan Nasional adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dalam lingkungan sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata dalam wilayah kesatuan Negara RI yang kuat.¹⁷

Penyelenggaraan kesehatan dapat di lakukan oleh pemerintah atau swasta, penyelenggaraan yang di lakukan oleh pemerintah di danai melalui APBN sedang swasta dana dari perkumpulan atau person. Walaupun berbeda antara pemerintah dengan swasta tapi tujuannya sama yaitu mensejahterakan rakyat Indonesia. Pemerintah membuat Undang- Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, lalu membuat Asuransi kesehatan bagi rakyat seperti Askes, Taspen, Jamkesmas, Jamkesda dan JPKM.¹⁸

Swasta juga membuat jaminan kesehatan masyarakat lewat asuransi jiwa dimana yang ikut kedalam asuransi hanya masyarakat menengah keatas yang mempunyai penghasilan tetap.Undang - Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menetapkan bahwa di dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban mengembangkan jaminan sosial, dan diatur lebih lanjut dengan PP No.38/2007, bahwa urusan pemerintahan wajib yang menjadi

¹⁷Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Juklak Jamkesmas) tahun 2008, hal 20

¹⁸Sigit Riyarto, Bondan Agus Suryanto, *Inovasi dalam Fungsi Pembiayaan Pemerintah Pengembangan Jamkesda.*, Bina Rupa Aksara, Jakarta, 2007. hlm 23

kewenangan pemerintahan daerah ditetapkan dalam peraturan daerah selambat-lambatnya 1 tahun setelah ditetapkannya peraturan pemerintah ini.¹⁹

Adanya Jamkesda juga karena berdasar pada Undang-undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial Pasal 1 yang berbunyi :

1. Kesejahteraan Sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya.
2. Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial adalah upaya yang terarah, terpadu, dan berkelanjutan yang dilakukan Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial.²⁰

Dari keterangan diatas menerangkan bagaimana Negara menjamin kesejahteraan rakyatnya. JAMKESDA juga termasuk dalam penyelenggaraan Pemerintah Daerah untuk masyarakat daerahnya karena disini Pemerintah Daerah melayani masyarakat daerah yang berada di wilayahnya.

¹⁹Sigit Riyarto, Bondan Agus Suryanto, *Ibid...*hlm 23

²⁰Undang-undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial Pasal 1

F. Metode Penelitian

Metode penelitian yang di gunakan metode penelitian empiris mengenai pelaksanaan Jamkesda di RSUD Sleman.²¹

1. Objek Penelitian

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman.

2. Subjek Penelitian

Subjek Penelitian adalah pihak – pihak atau tempat untuk memperoleh data dan keterangan terhadap masalah yang akan diteliti antara lain:

1. Kepala Dinas kesehatan kabupaten Sleman atau yang mewakilinya,
2. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sleman atau yang mewakilinya,
3. Kepala Unit Pelayanan Teknis Daerah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Sleman atau yang mewakilinya
4. Peserta Jamkesda yang berada di RSUD Sleman sebagai nara sumber dari penelitian dengan tehnik non random sampling purposive pada peserta jamkesda tertentu yang sedang menjalani rawat inap di RSUD Sleman.

3. Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Sleman

²¹Buku Tim Penyusun pedoman Panduan Penulisan tugas akhir Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia, *Pedoman Penyusunan Tugas Akhir* (skripsi legal memorandum, dan study kasus hukum), Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia, Ctk. Pertama, UII Press, Yogyakarta, 2011, hlm 19

4. Sumber Data

- a. Data primer, yakni data yang diperoleh peneliti secara langsung dari subyek penelitian yang berupa hasil wawancara dan atau. Sumber data primer berupa data yang diperoleh melalui penelitian langsung dilapangan.
- b. Data sekunder, adapun beberapa peraturan perundangan yang digunakan sebagai data sekunder antara lain Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial, Rencana Strategis Dinkes Prov DIY 2009-201, Perbup Sleman No 18 Tahun 2008.

5. Tehnik Pengumpulan Data

- a. Tehnik pengumpulan data primer diperoleh dengan interview yang artinya melakukan wawancara kepada seseorang dengan menggunakan pertanyaan terstruktur atau secara bebas, tergantung tujuan penelitiannya. Pada pertanyaan terstruktur dibuat acuan agar tidak keluar dari tujuan awal sehingga terarah menggunakan pedoman pertanyaan.
- b. Tehnik Pengumpulan data sekunder diperoleh dengan cara studi pustaka, di peroleh dari buku – buku serta peraturan perundang – undangan yang berkaitan erat dengan obyek penelitian. Pengumpulan data ini digunakan untuk mendapatkan informasi – informasi yang berkaitan dengan proses penyusunan tugas akhir sehingga dapat digunakan sebagai acuan dalam proses pembuatan.

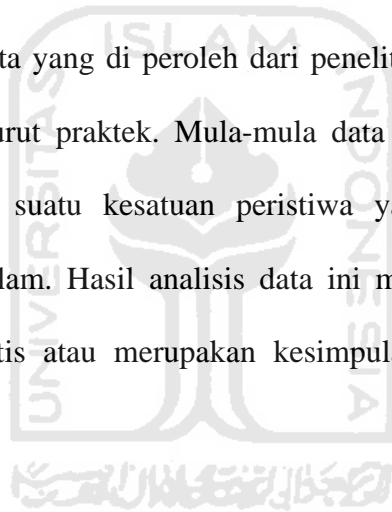
6. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian empiris yaitu pendekatan yuridis sosiologis yakni pendekatan dari sudut pandang hukum yang berlaku dalam masyarakat, mengenai pelaksanaan Perda No 12 tahun 2004 tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah (JAMKESDA) di RSUD Sleman

Dalam penelitian ini, pendekatan dilakukan untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan Jamkesda yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman.

7. Metode Analisis Data

Metode Analisis Data yang di peroleh dari penelitian kemudian di analisis secara Yuridis dan menurut praktek. Mula-mula data diatur dan susun secara sistematis agar menjadi suatu kesatuan peristiwa yang utuh sehingga dapat dipelajari secara mendalam. Hasil analisis data ini merupakan gambaran dan penjelasan yang sistematis atau merupakan kesimpulan yang mendalam dari objek penelitian.



BAB II

TINJAUAN UMUM TENTANG JAMINAN KESEHATAN DAERAH

A. Pengertian Kesehatan

Pengertian Kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948 menyebutkan bahwa pengertian kesehatan adalah sebagai “suatu keadaan fisik, mental, dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan”. Pada tahun 1986, WHO, dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, mengatakan bahwa *pengertian kesehatan* adalah “sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup. Kesehatan adalah konsep positif menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kemampuan fisik.”¹

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.² Pemeliharaan kesehatan adalah upaya penanggulangan dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan/atau perawatan termasuk kehamilan dan persalinan.³

Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri ataupun secara kolektif, untuk membuat keputusan

¹ Alma-ATA 1978, Pelayanan Kesehatan Dasar, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta, 1989, hlm 1

² Undang-undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1, Lihat juga Siti Nafsiah, Prof. Hembing pemenang the Star of Asia Award: *pertama di Asia ketiga di dunia*, Gema Insani, Jakarta, 2000. hlm 1

³ Ambar Widaningrum, *Reformasi manajemen pelayanan kesehatan*, Ctk. Pertama, Alfabeta, Bandung, 2007, hlm 3

berdasarkan pengetahuan mengenai hal-hal yang memengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain.⁴

Berdasarkan definisi di atas, maka seseorang dikatakan sehat apabila memenuhi kriteria sehat pada tiga domain, yaitu jasmani, rohani dan sosial. Jika satu dari tiga domain tidak terpenuhi, maka seseorang belum bisa dikatakan sehat dalam artian yang sebenarnya. Definisi yang bahkan lebih sederhana diajukan oleh Larry Green dan para koleganya yang menulis bahwa pendidikan kesehatan adalah kombinasi pengalaman belajar yang diatur untuk memudahkan adaptasi sukarela terhadap perilaku yang kondusif kesehatan diri sendiri dan masyarakat.⁵

Data terakhir menunjukkan bahwa saat ini lebih dari 80% (persen) rakyat Indonesia tidak mampu mendapat jaminan kesehatan dari lembaga atau perusahaan di bidang pemeliharaan kesehatan, seperti Akses, Taspen, dan Jamsostek.⁶

Pemerintah sekarang juga mengeluarkan Jamkesmas yaitu jaminan kesehatan masyarakat, Jamkesda yaitu jaminan kesehatan daerah dan Jampersal yaitu jaminan persalinan bagi masyarakat yang tidak mampu membayar persalinan dan tidak terdaftar dalam jaminan kesehatan yang lainnya, agar tingkat kematian ibu dan bayi berkurang.⁷

⁴George Pickett & John J. Hanlon, *Kesehatan Masyarakat Administrasi dan Praktik*, EGC, Ctk. Pertama, Dinkes, Jakarta, 2005, hlm.3.

⁵ Ibid...hlm 15

⁶ Sulastomo, *Manajemen Kesehatan*, Ctk. Pertama, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2000, hlm 21

⁷ Kedaulatan rakyat. *Meningkatnya Kesehatan Kabupaten Sleman*, 11 november 2011

Golongan masyarakat yang dianggap 'teranaktirikan' dalam hal jaminan kesehatan adalah mereka dari golongan masyarakat kecil dan pedagang kecil atau pedagang kaki lima, pedagang rumahan.⁸ Dalam pelayanan kesehatan, masalah ini menjadi lebih pelik, berhubung dalam manajemen pelayanan kesehatan tidak saja terkait beberapa kelompok manusia, tetapi juga sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan itu sendiri.⁹

B. Tujuan Kesehatan

Salah satu tujuan kesehatan nasional adalah meningkatkan dan memajukan kesejahteraan bangsa Indonesia, yang berarti memenuhi kebutuhan dasar manusia, yaitu pangan, sandang, pangan, pendidikan, kesehatan, lapangan kerja, keamanan dan ketenteraman hidup. Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, jadi tanggung jawab untuk terwujudnya derajat kesehatan yang optimal berada di tangan seluruh masyarakat Indonesia, pemerintah dan swasta bersama-sama.¹⁰

Tujuan Pembangunan Kesehatan

Untuk jangka panjang pembangunan bidang kesehatan diarahkan untuk tercapainya tujuan utama sebagai berikut:¹¹

⁸*Ibid...* hlm 23

⁹ Rudy S. Pontoh, Janji-janji dan komitmen SBY-JK: *Menabur Kata, Menanti Bukti*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2004, hlm 15

¹⁰ Meriyanti, *Etika dan Hukum Kesehatan*, EGC, Ctk. Pertama, Pustaka Book Publisier, Jakarta, 2006, hlm 5

¹¹ Suprihatin Guhardja, PT., Institut Pertanian Bogor. Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi, Pengembangan Sumber Daya Keluarga: *bahan pengajaran*, BPK Gunung Mulia, Bogor 2004, hlm 7

1. Peningkatan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiridalam bidang kesehatan.
2. Perbaikan mutu lingkungan hidup yang dapat menjamin kesehatan.
3. Peningkatan status gizi masyarakat.
4. Pengurangan kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas).
5. Pengembangan keluarga sehat sejahtera, diterimanya norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

C. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin mempunyai arti yang penting karena 3 (tiga) alasan pokok yaitu:¹²

1. Menjamin terpenuhinya keadilan sosial bagi masyarakat miskin, sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin mutlak mengingat kematian bayi dan kematian balita 3 kali dan 5 kali lebih tinggi dibanding pada keluarga tidak miskin. Di sisi lain penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat miskin, dapat mencegah 8 juta kematian sampai tahun 2010.
2. Untuk kepentingan politis nasional yakni menjaga keutuhan integrasi bangsa dengan meningkatkan upaya pembangunan (termasuk kesehatan) di daerah miskin dan kepentingan politis internasional untuk menggalang kebersamaan dalam memenuhi komitmen global guna menurunkan kemiskinan melalui upaya kesehatan bagi keluarga miskin.

¹² Anonim, *Regulasi Kesehatan di Indonesia*, Kemenkes, Jakarta 2010 hlm 14

3. Hasil studi menunjukkan bahwa kesehatan penduduk yang baik, pertumbuhan ekonomi akan baik pula dengan demikian upaya mengatasi kemiskinan akan lebih berhasil.

Upaya-upaya pelayanan kesehatan penduduk miskin, memerlukan penyelesaian menyeluruh dan perlu disusun strategi serta tindak pelaksanaan pelayanan kesehatan yang peduli terhadap penduduk miskin. Pelayanan kesehatan peduli penduduk miskin meliputi upaya-upaya sebagai berikut:¹³

1. Membebaskan biaya kesehatan dan mengutamakan masalah-masalah kesehatan yang banyak diderita masyarakat miskin seperti TB, malaria, kurang gizi, PMS dan berbagai penyakit infeksi lain dan kesehatan lingkungan.
2. Mengutamakan penanggulangan bagi penyakit penduduk yang tidak mampu.
3. Meningkatkan penyediaan serta efektifitas berbagai pelayanan kesehatan masyarakat yang bersifat non personal seperti penyuluhan kesehatan, regulasi pelayanan kesehatan termasuk penyediaan obat, keamanan dan fortifikasi makanan, pengawasan kesehatan lingkungan serta kesehatan dan keselamatan kerja.
4. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan penduduk tidak mampu.
5. Realokasi berbagai sumber daya yang tersedia dengan memprioritaskan pada daerah miskin.

¹³ Anonim, *Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia*, Dinas kesehatan , Jakarta 2005 hlm 7

6. Meningkatkan partisipasi dan konsultasi dengan masyarakat miskin.

D. Peran Pemerintah Daerah

Dalam Undang-Undang Dasar Tahun 1945 pemerintah mempunyai tugas yaitu mensejahterakan masyarakat, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Didalam Pemerintah Daerah diatur dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Pemda dapat mengembangkan jaminan sosial sebagai salah satu kewajiban dalam urusan pemerintahannya.

Sejalan dengan kebijakan tersebut itu Departemen Kesehatan pada tahun 2003 dan 2004 telah mengembangkan uji coba penerapan prinsip jaminan kesehatan melalui Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin (JPK gakin). Propinsi DIY merupakan salah satu propinsi yang ditunjuk sebagai daerah uji coba di samping 3 propinsi dan 25 kabupaten/kota yang lain.¹⁴

Untuk melaksanakan uji coba ini harus dibentuk badan penyelenggara di masing-masing daerah dengan keputusan gubernur/bupati/walikota yang mana dilakukan *assessment* lebih dulu oleh Departemen Kesehatan. Untuk itu di Propinsi DIY membentuk Bapel Jamkessos dengan Keputusan Gubernur No.74/2003 yang mendapat tugas selain melaksanakan uji coba JPK gakin juga mengembangkan Jamkesos. Terbitnya PP No.38/2007 mendorong berbagai daerah saat ini untuk terus mengembangkan sistem jaminan kesehatan.¹⁵

¹⁴Bondan Agus Suryanto, *Rencana Strategis Dinkes Prov DIY 2009-2013*, makalah di sampaikan dalam Sarasehan Perumusan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Gedung Pracimasono Komplek Kepatihan, Yogyakarta, Rabu, 22 Juli 2009, jam 09.00, hlm 5

¹⁵Suratimah, *Jaminan Kesehatan Masyarakat Salah Satu Cara Mensejahterakan Rakyat*. Pustaka Media 2009. Hlm 10

Pada prinsipnya pelayanan kesehatan kesehatan masyarakat khususnya di daerah kota atau kabupaten telah di atur dalam kepmen (keputusan menteri) kesehatan republik Indonesia nomor: 1457 /MENKES/SK/X/2003 tentang standart pelayanan minimal bidang kesehatan di kabupaten atau kota yakni di sebutkan dalam BAB II pasal 2 ayat (1) yang berbunyi: “kabupaten atau kota menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal“.¹⁶

Dan Pasal 2 ayat (2) huruf z yang berbunyi “standart pelayanan minimal sebagai mana yang di maksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta kinerja dan target tahun 2010: yakni penyelenggara pembiayaan untuk keluarga miskin dan masyarakat rentan, cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakatrentan.¹⁷

Undang - Undang Dasar 1945 Pasal 28 H 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”.¹⁸Karena 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.

Tetapi kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat

¹⁶*Ibid.* hlm 11

¹⁷Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional

¹⁸Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pasal 28 H, hlm 20

miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah.¹⁹

Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak²⁰, ini merupakan Pasal 34 ayat (3) Undang–Undang Dasar Tahun 1945 dapat diinterpretasikan bahwa landasan konstitusional dari sebuah peraturan yang ada dan berlaku adalah UUD Tahun 1945. Pelaksanaan Jamkesda di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman merupakan upaya pemenuhan dari Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 terhadap masyarakat kabupaten Sleman. Hidup sehat merupakan Hak Asasi Manusia maka masyarakat di Indonesia juga memilikinya.²¹

Pada tanggal 10 Desember 1944, Deklarasi Universal tentang Hak-hak Asasi Manusia (*The Universal Declaration of Human Right*) diterima dengan suara bulat oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (*UN*). Mukadimah Deklarasi itu sendiri, dimulai dengan mengakui akan: “martabat dan hak yang

¹⁹Murti, B. *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan*, Ctk. Pertama, Kanisius, Yogyakarta, 2000, hlm 3

²⁰*Opcit...*hlm 24

²¹[http://www.Sleman.go.id/peningkatan-kesehatan%](http://www.Sleman.go.id/peningkatan-kesehatan%20) di akses 15 November 2011 pukul 16.00 wib

sama dan yang tidak dapat dicabut dari semua anggota umat manusia”, akan hak-haknya.²²

Sesungguhnya konsep hak - hak asasi manusia mempunyai 2 pengertian dasar yang tidak dapat dipisahkan. Pertama ialah hak - hak yang tidak dapat dipisahkan dan dicabut adalah hak manusia karena ia adalah seorang manusia. Pengertian kedua dari hak-hak asasi manusia adalah hak - hak menurut hukum, yang dibuat sesuai dengan proses pembentukan hukum dari masyarakat itu sendiri, baik secara nasional maupun internasional. Dasar dari hak - hak ini adalah persetujuan dari yang diperintah, yaitu persetujuan dari para warga, yang tunduk kepada hak - hak itu dan tidak hanya tata tertib alamiah yang merupakan dasar dari arti yang pertama tadi.²³

Dengan demikian, dari kutipan tersebut di atas, ada 3 hak - hak dasar manusia, ialah:

- a) Hak-hak Pribadi
- b) Hak-hak Sosial
- c) Hak-hak Budaya

Hak untuk hidup sehat sesungguhnya merupakan interaksi dan inter-relasi dari ketiga hak tersebut, hak pribadi, dan hak sosial, dan pada tingkat tertentu akan menjadi hak budaya; bagian dari hak-hak manusia universal. Hak

²²Di sampaikan oleh Farid Anfasa Moeloek pada Seminar dan Loka karya Pembangunan Hukum Nasional VIII, *Pembangunan Berkelanjutan dalam Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat*, diselenggarakan oleh Badan Pembinaan Hukum Nasional, Departemen Kehakiman dan Hak Asasi Manusia RI, Denpasar 23-28 Juni 2003.

²³Liah Levin. Hak - hak Asasi Manusia. *Tanya Jawab*, Ctk. Pertama, PT Pradnya Paramita. Jakarta, 1987, hlm 42.

untuk hidup sehat, secara khusus ada di dalam Deklarasi Universal tentang Hak - hak Asasi Manusia.²⁴

Di dalam kurun waktu 65 tahun belakangan ini, batasan tentang hak manusia di dalam kesehatan telah berkembang, termasuk tentang hak-hak anak, hak-hak perempuan, dan pemuda; hak untuk mendapat makanan dan lingkungan sehat; hak untuk mendapat air bersih, hak untuk mendapat standar yang layak dalam kesehatan fisik dan jiwa, termasuk hak kesehatan, reproduksi dan kesehatan seksual.

Di dalam 1 dekade belakangan ini, artikel dalam hal deklarasi dan nomenklatur dari hak asasi manusia pun menjadi lebih kompleks, karena harus berhadapan dengan hal-hal seperti pemanfaatan anak-anak dalam peperangan, masalah pekerja anak, kondisi kerja, dan hal-hal lain yang berhubungan dengan perdagangan (bisnis) dalam kesehatan. Sejak konferensi di Alma-Ata tahun 1978 WHO (*World Health Organization*, Organisasi Kesehatan Sedunia) telah mencetuskan “Deklarasi Alma-Ata” yang pada dasarnya menyepakati bahwa *primary health care*, atau pelayanan kesehatan dasar, adalah kunci untuk mencapai tujuan “*Health for all the world’s people by the year 2000*” kesehatan untuk semua.²⁵

Dengan wacana di atas jelas bahwa “kesehatan” merupakan dan harus dapat menjadi salah satu tolak ukur utama dari pembangunan dan kesejahteraan nasional

²⁴Soekijo Notoatmodjo. *Etika dan hukum kesehatan*, Ctk.Pertama, Rineka Cipta, Jakarta, 2010, hlm 2

²⁵Sulastomo, *Manajemen Kesehatan*, Ctk.Pertama, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2000, hlm. 306

suatu bangsa. Dengan demikian “kesehatan” harus menjadi “*mid-stream*” pembangunan, merupakan “mid stream” pembangunan berkelanjutan, yang terus menerus. Bukan hanya sebagai tolak ukur *marginal*/sampingan dari pembangunan suatu bangsa dan negara, karena hidup sehat adalah hak asasi manusia. Di pihak lain, “konsep kesehatan” yang selama ini “seakan-akan” masih dikonotasikan oleh sementara masyarakat banyak dan para pengambil keputusan, dan tidak jarang oleh masyarakat kesehatan/kedokteran sendiri, masih sebagai sebuah “konsep sakit”. Apabila telah jatuh “sakit”, barulah kemudian mereka memikirkan tentang “sehat”. “Orang Sakit” adalah obyek program kesehatan. Proyek bagi pemasukan negara atau daerah. Masih sering diidentikkan atau dibayangkan bahwa “kesehatan” dan “pelayanan kesehatan” untuk masyarakat adalah semata-mata pelayanan “Rumah Sakit”, atau “Puskesmas” yang sarat dengan orang sakit yang akan di operasi jantung, atau penderita diabetes, darah tinggi, penyakit paru/asthma/tb, pilek atau kudisan.²⁶

Belum terbayang oleh sementara masyarakat banyak bahwa sesungguhnya dasar-dasar kesehatan itu adalah mencuci tangan sebelum makan, sikat gigi setiap hari, gizi yang baik, air bersih dengan sanitasi lingkungan yang baik, udara bersih (langit biru) dengan kesadaran masyarakat akan “*green industry*”, bensin tanpa timah hitam; karena bensin dengan kadar timah hitam yang tinggi dapat membuat

²⁶<http://kesehatan.kompasiana.com./medis./peranansistempelayanankesehatanuntukmasyarakat>. di akses tanggal 5 februari 2012 pukul 13.00 wib

kerusakan otak permanen dari anak-anak kita, yang miskin maupun yang kaya dan dapat mengakibatkan kebodohan generasi yang akan datang.²⁷

Income generating masyarakat yang memadai/baik, tata-ruang wilayah yang baik, perumahan yang sehat/baik dengan jendela yang cukup agar sinar matahari senantiasa masuk keseluruh ruang yang ada, dengan lantai yang disemen bukan berlantai tanah; masyarakat yang berdisiplin berlalu-lintas di jalan raya, masyarakatnya tidak keranjingan narkoba dan alkohol dan tidak perokok serta bukan penjaja seks, anak-anak mereka bersekolah, anak-anak mereka dan masyarakat yang tidak tawuran, taman kota dan tempat rekreasi keluarga dimana-mana, tata-ruang dan tata-kota yang teratur rapih, semua masyarakat mendapatkan air bersih, berpakaian rapih, bertegur sapa penuh santun, dengan tempat-tempat ibadah yang selalu padat dikunjungi oleh penduduk/masyarakat untuk berdo'a akan keselamatannya dan kebahagiaannya dunia dan akhirat. Inilah yang disebut sebagai gambaran "penduduk atau masyarakat sehat"; mereka sehat fisik (lahiriyah), dan sehat pula perilaku, sosial-ekonomi dan sosial-budayanya. Gambaran ini melukiskan masyarakat yang "tidak sakit", masyarakat yang sehat. Program-program, upaya dan usaha untuk mewujudkan masyarakat sehat seperti gambaran di atas itulah yang sesungguhnya disebut "program upaya usaha kesehatan".²⁸

²⁷[http://www.artikelk3.com/topik/dampak positif dan negatif dari pembangunan industri bagi kesehatan](http://www.artikelk3.com/topik/dampak_positif_dan_negatif_dari_pembangunan_industri_bagi_kesehatan). di akses tanggal 5 february 2012 pukul 19.00 wib

²⁸Departemen Kesehatan Republik, Indonesia Sehat Indonesia 2010, *The New Vision, Mission and Basic Straegies of the Ministry of Health Republic of Indonesia*, Ctk. Pertama, Depkes, Jakarta, 1 April 1999. hlm 10

UNICEF memperkirakan, bahwa saat ini terdapat 1.6 juta anak meninggal karena tidak mendapat akses untuk air bersih. Dengan penyediaan air bersih saja dan perbaikan sanitasi, kita dapat menurunkan, angka kemiskinan, angka kesakitan, dan meningkatkan pendidikan anak-anak kita. Demikian halnya dengan masalah cacangan pada anak-anak. Saat ini puluhan juta, bahkan ratusan juta anak menderita cacangan karena masalah air bersih, sanitasi dan perumahan yangburuk. Akibatnya mereka menderita kekurangan gizi, yang berdampak pada kesehatan dan pendidikan mereka.²⁹Dengan demikian sesungguhnya “program kesehatan” tidak hanya menjadi milik, lebih-lebih dapat ditangani oleh hanya sektor kesehatan saja. “Program kesehatan” harus menjadi milik masyarakat, yang pada akhirnya “kesehatan” itu telah menjadi budaya dan berhati di masyarakat. Program Kesehatan harus pula dapat dilaksanakan oleh masyarakat sendiri dengan kemandiriannya; “*advocacy*,” *fasilitasi*, dan “*technical assistant*” dibantu oleh “multi sektoral” termasuk masyarakat bisnis. Masyarakat, multi sektoral, dan masyarakat bisnis harus mampu dan memahami “pembangunan yang berwawasan kesehatan”.³⁰

Masyarakat dan multi sektoral harus mampu dan memahami perencanaan pembangunan wilayah dan pelaksanaannya, dengan mempertimbangkan dampak positif dan dampak negatifnya terhadap kesehatan baik untuk perorangan, keluarga, dan, masyarakat sendiri. Selain itu, di sektor kesehatan sendiri upaya dan usaha yang dilakukan harus mampu dan dapat berupaya melakukan upaya dan

²⁹References and Sources of Further Information: www.unicef.org/programme/we/water2003 di akses 6 Desember 2011 pukul 20.00 wib

³⁰<http://www.rokkisumadi.com/pdf/makalah-tentang-pasar-dan-pelayanan-kesehatan>. di akses 6 februari 2012 pukul 17.00 wib.

usaha kesehatan yang lebih bersifat preventif dan promotif, tanpa meninggalkan upaya dan usaha kuratif serta rehabilitatif. Dasar pandang dalam pembangunan seperti ini dikenal sebagai Paradigma Sehat. Dasar pandang ini bukan sesuatu yang baru bagi sekelompok masyarakat, namun “tersimpan” cukup lama.³¹

Program-program dalam pengejawantahan ikhwal-ikhwal tersebut di atas, sebagai bagian dari “mid stream” pembangunan yang berkelanjutan dari masyarakat, bangsa dan negara, jelas memerlukan perlindungan hukum yang pasti. Paradigma Sehat sebagai sebuah konsep pemikiran tidak hanya dapat dicapai dalam pengejawantahannya oleh tenaga/ahli kesehatan atau kedokteran saja. Paradigma sehat merupakan konsep pemikiran yang dalam pengejawantahannya diperlukan banyak disiplin keilmuan, ahli ilmu-ilmu sosial, ilmu pengetahuan budaya, ilmu-ilmu teknik, ilmu gizi, ilmu-ilmu perilaku, ilmu-ilmu agama, dan tidak kalah penting yaitu pengambil keputusan politik pembangunan negara dan wilayah/daerah. “Pembangunan berwawasan kesehatan merupakan hak asasi manusia”. Pembangunan yang tidak mengindahkan dampak positif dan dampak negatif terhadap kesehatan manusia, kesehatan lingkungan, kesehatan sosial, dan kesehatan budaya merupakan bentuk dari pelanggaran hak asasi manusia.³²

E. Jamkesda

1. Pengertian Jamkesda

Jamkesda adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan

³¹<http://manajemenpelayanankesehatan.net> diakses 6 februari 2012 pukul 19.00 wib

³²Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Ctk. Pertama, Depkes, Jakarta, 2000. hlm 6

bagi masyarakat miskin dan tidak mampu disuatu daerah program ini diselenggarakan secara nasional namun pelaksanaannya hanya bisa dilakukan didaerah yang berlaku saja.³³Jaminan Kesehatan Daerah, selanjutnya disingkat jamkesda, adalah sistem jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah yang penyelenggaraannya berdasarkan atas usaha bersamadan kekeluargaan untuk menggabungkan resiko sakit seseorang kedalam suatu kelompok masyarakat yang pembiayaannya dilakukan secara praupaya serta mutu terjamin.³⁴

2. Tujuan dan Sasaran

1. Tujuan Umum

Meningkatkan akses dan mutu kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Tujuan Jamkesda untuk menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan kesehatan sebagai kebutuhan dasar.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu untuk mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringan di Rumah Sakit.
- b. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

³³[Htp://www.blog/kebidananstikesbaharululumtambakberasjombang.com](http://www.blog/kebidananstikesbaharululumtambakberasjombang.com) di akses 18 desember 2011, pukul 15.00 wib

³⁴Peraturan Daerah Kabupaten Sleman Nomor 11 Tahun 2010 tentang Jaminan Kesehatan Daerah, hlm 5

- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

3. Sasaran

Sasaran program adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Sleman sejumlah 126 juta jiwa, tidak termasuk yang mempunyai jaminan kesehatan lainnya, seperti Jamkesmas, Jamkesos dan Jamkesta.³⁵

4. Prosedur Pelayanan Kesehatan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

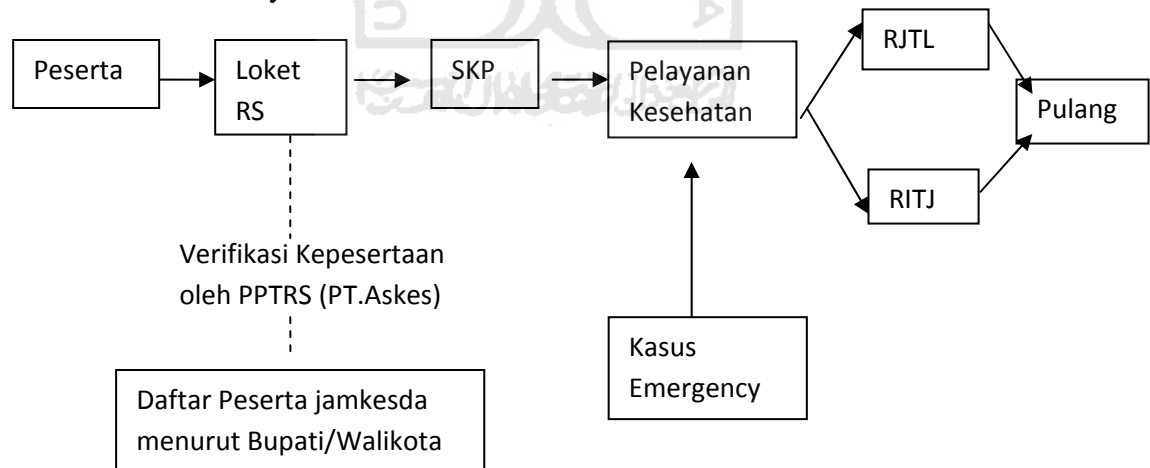
1. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya, jika sakitnya parah dan di puskesmas tidak sanggup maka di berikan rujukan ke Rumah sakit yang di tunjuk.
2. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesda.
3. Apabila peserta Jamkesda memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus emergensi.
4. Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di rumah sakit peserta harus menunjukkan kasrtu peserta dan surat rujukan dari puskesmas di loket

³⁵Depkes RI, *Rencana Opcit...* hlm 7

Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.

5. Untuk memperoleh pelayanan rawat inap di rumah sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta dan surat rujukan dari puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Selanjutnya memperoleh pelayanan inap.
6. Pada kasus-kasus tertentu yang dilayani di IGD termasuk kasus gawat darurat di rumah sakit , peserta harus menunjukkan kartu peserta dan surat rujukan dari Puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Bagi pasien yang tidak dirawat prosesnya samadengan rawat jalan, sebaliknya bagi yang dinyatakan rawat inap prosesnya sama dengan proses rawat inap.³⁶

Gambar 1. Alur Pelayanan di rumah sakit³⁷



Sumber: <http://dinkes.slemankab.go.id/alur-pelayanan-%Jamkesda>

³⁶Departemen Kesehatan RI. *Pembinaan, Pengembangan dan Pendorongan JPKM, JPKM* Jakarta, 2000, hlm 20

³⁷<http://dinkes.slemankab.go.id/alur-pelayanan-%Jamkesda> di akses 12 Desember 2011 pukul 15.00 wib

5. Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan

Adapun jenis-jenis pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit yaitu:

1. Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) yang meliputi:
 - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis atau umum.
 - b. Rehabilitasi medik
 - c. Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi, elektromedik
 - d. Tindakan medis kecil atau sedang
 - e. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
 - f. Pemberian obat yang mengacu pada Formularium Rumah Sakit.
 - g. Pelayanan Darah
 - h. Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit.
2. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) yang meliputi:
 - a. Akomodasi rawat inap pada kelas III
 - b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - c. Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi, elektromedik
 - d. Tindakan medis
 - e. Operasi sedang dan besar
 - f. Pelayanan rehabilitasi medis
 - g. Perawatan intensif (ICU)
 - h. Pemberian obat mengacu Formularium Rumah Sakit
 - i. Pelayanan darah

- j. Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit.³⁸

6. Pelayanan Kesehatan

Pengertian Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, dan ataupun masyarakat.³⁹

7. Konsep Pelayanan Kesehatan Dasar

Konsep pelayanan kesehatan dasar mencakup nilai-nilai dasar tertentu yang berlaku umum terhadap proses pengembangan secara menyeluruh, tetapi dengan penekanan penerapan di bidang kesehatan seperti berikut:

1. Kesehatan secara mendasar berhubungan dengan tersedianya dan penyebaran sumberdaya – bukan hanya sumberdaya kesehatan seperti dokter, perawat, klinik, obat, melainkan juga sumberdaya – sosial ekonomi yang lain seperti pendidikan, air dan persediaan makanan.
2. Pelayanan kesehatan dasar dengan demikian memusatkan perhatian kepada adanya kepastian bahwa sumberdaya kesehatan dan sumberdaya sosial yang ada telah tersebar merata dengan lebih memperhatikan mereka yang paling membutuhkannya.
3. Kesehatan adalah satu bagian penting dari pembangunan secara menyeluruh. Faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah faktor sosial, budaya, dan ekonomi di samping biologi dan lingkungan.

³⁸Ibid..., hlm 23

³⁹ Azwar Azrul. *Menjaga Pelayanan Mutu Kesehatan, Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah, Ctk.Pertama*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1995, hlm 35

4. Pencapaian taraf kesehatan yang lebih baik memerlukan keterlibatan yang lebih banyak dari penduduk, seperti perorangan, keluarga dan masyarakat, dalam pengambilan tindakan demi kegiatan mereka sendiri dengan cara menerapkan perilaku sehat dan mewujudkan lingkungan sehat.⁴⁰

8. Karakteristik Pelayanan Kesehatan

Menurut Evan dibandingkan dengan kebutuhan hidup manusia yang lain, kebutuhan pelayanan kesehatan mempunyai tiga ciri utama yang terjadi sekaligus dan unik, yaitu: uncertainty(ketidakpastian), asymetri of information(sedikit informasi), externality(keadaan diluar). Ketiga ciri utama tersebut menyebabkan pelayanan kesehatan sangat unik disbanding dengan produk atau jasa lainnya.⁴¹

1. *Uncertainty*

Uncertainty atau ketidakpastian menunjukkan bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan tidak bisa pasti, baik waktu, tempat maupun besarnya biaya yang dibutuhkan. Dengan ketidakpastian ini sulit bagi seseorang untuk menganggarkan biaya untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatannya.

Penduduk yang penghasilannya rendah tidak mampu menyisihkan sebagian penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan yang tidak diketahui datangnya, bahkan penduduk yang relative berpendapatan memadai sekalipun seringkali tidak sanggup memenuhi kecukupan biaya yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan medisnya. Maka dalam hal ini seseorang yang tidak miskin dapat menjdai miskin atau bangkrut manakala ia menderita sakit.

⁴⁰Ahsin W. Alhafidz. *Fikih Kesehatan*. Ctk.Pertama. Bumi Aksara. Jakarta, 2007. hlm 2

⁴¹ Anonim. *Karakteristik Pelayanan Kesehatan*. www.Astaqauliyah.com di akses jam 15.10 tgl 14 januari 2012

2. *Asymetry of information*

Sifat kedua *Asymetri of information* menunjukkan bahwa konsumen pelayanan kesehatan berada pada posisi yang lemahsedangkan provider (dokter dan petugas kesehatan lainnya) mengetahui jauh lebih banyak tentang manfaat kualitas pelayanan yang dijualnya.

Dalam pelayanan kesehatan, misalnya kasus ekstrim perbedaan pasien hampir tidak memiliki, kemampuan untuk mengetahui apakah ia membutuhkan pelayanan tersebut atau tidak. Kondisi ini sering dikenal dengan *consumer ignorance* atau konsumen yang bodoh, jangankan ia mengetahui berapa harga dan berapa banyak yang diperlukan, mengetahui apakah ia memerlukan tindakan bedah saja tidak sanggup meskipun pasien seorang professor sekalipun.

3. *Externality*

Externality menunjukkan bahwa konsumsi pelayanan kesehatan tidak saja mempengaruhi pembeli tetapi juga bukan pembeli. Contohnya adalah konsumsi rokok yang mempunyai risiko besar pada bukan perokok, akibat dari ciri ini pelayanan kesehatan membutuhkan subsidi dalam berbagai bentuk, oleh karena pembiayaan pelayanan kesehatan tidak saja menjadi tanggung jawab diri sendiri, akan tetapi perlunya digalang tanggung jawab bersama (publik). Ciri unik tersebut juga dikemukakan oleh beberapa ahli ekonomi kesehatan.⁴²

9. Syarat-syarat Pelayanan Kesehatan

Agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan , banyak

⁴² Ambar Widaningrum, *Reformasi Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Ctk. Pertama, Alfabeta, Bandung, 2007, hlm 33

syarat yang harus dipenuhi. Syarat yang dimaksud paling tidak mencakup delapan hal pokok yakni tersedia (*Available*), wajar (*Appropriate*), berkesinambungan (*continue*), dapat diterima (*acceptable*), dapat dicapai (*Accesible*), dapat dijangkau (*affordable*), efisien (*efficient*), serta bermutu(*quality*).⁴³

1. Ketersediaan Pelayanan Kesehatan (*Available*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat.

2. Kewajaran Pelayanan Kesehatan (*Appropriate*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

3. Kesiambungan Pelayanan Kesehatan (*continue*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat berkesinambungan , dalam arti tersedia setiap saat, baik menurut waktu atau kebutuhan pelayanan kesehatan.

4. Penerimaan Pelayanan Kesehatan (*Acceptable*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

5. Ketercapaian Pelayanan Kesehatan (*Accesible*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut.

6. Keterjangkauan pelayanan kesehatan (*Affordable*)

⁴³Azwar, Op.cit... hlm 45

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

7. Efisiensi Pelayanan Kesehatan (*Efficient*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut diselenggarakan secara tepat dan efisien.

8. Mutu Pelayanan Kesehatan (*quality*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman.

Adapun kriteria-kriteria pelayanan yang memuaskan menurut DR. Bob Woworutu adalah:⁴⁴

- a) Kebutuhan masyarakat dapat dipenuhi
- b) Mampu memberikan pelayanan yang baik
- c) Tidak berbelit-belit
- d) Meningkatkan waktu tunggu masyarakat
- e) Dapat menguntungkan semua pihak.

Mutu pelayanan hanya dapat diketahui apabila sebelumnya telah dilakukan penilaian, baik terhadap tingkat kesempurnaan, sifat totalitas dari wujud serta ciri ataupun terhadap standar yang telah ditetapkan. Dalam kenyataannya melakukan penilaian ini tidaklah mudah. Hal ini dikarenakan mutu pelayanan tersebut bersifat multi-dimensional yang artinya setiap orang dapat saja melakukan penilaian yang berbeda-beda tergantung dari latar belakang dan

⁴⁴Departemen Kesehatan RI. *JPKM Pengertian dan Pelaksanaannya*, Depkes. Jakarta, 2002, hlm 42

kepentingan masing-masing orang.⁴⁵

F. Pandangan Islam Tentang Kesehatan

“Kesehatan merupakan salah satu hak bagi tubuh manusia”, demikian sabda Nabi Muhammad SAW. Nabi Muhammad SAW juga bersabda dalam hadits yang lain, “Mukmin yang kuat itu lebih disukai Allah dibanding mukmin yang lemah”. Hadits ini mempunyai makna bahwa kesehatan sangat perlu diperhatikan. Sehat sendiri menurut WHO adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Islam mengajarkan hidup yang bersih dan sehat untuk menciptakan individu dan masyarakat yang sehat jasmani, rohani, dan sosial sehingga umat Islam mampu menjadi umat pilihan.⁴⁶

Islam telah memberikan penjelasan tentang kesehatan mulai dari manusia itu dilahirkan. Manusia dilahirkan dalam kondisi atau keadaan suci, bersih, fithrah. Perkataan ini menunjukkan bahwa Islam telah menanamkan kebersihan, kesucian, dan kesehatan sejak dini agar tidak ada ketimpangan dalam meniti kehidupan di dunia fana. Akan tetapi, apabila hal tersebut terabaikan, baik oleh diri sendiri atau campur tangan orang lain, maka akan timbul sesuatu yang tidak diinginkan, baik yang merusak dirinya maupun orang lain. Sakit dan sehat adalah dua hal yang datang silih berganti dalam kehidupan manusia dan makhluk hidup lainnya. Sakit sangat mengganggu ketentraman hidup manusia. Karena itu,

⁴⁵ Azwar A. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Ctk.pertama, BinaRupa Aksara, Jakarta, 1996, hlm 52

⁴⁶<http://kmmfugm.blogspot.com/2009/07/kesehatan-dalam-islam.html>, di akses 27 April 2012 pukul 21.00

mereka selalu berusaha menghindari dari serangannya dan akan terus berusaha mencari kesembuhan.⁴⁷

Dunia pengobatan semenjak dahulu selalu berjalan seiring dengan kehidupan umat manusia. Karena, sebagai makhluk hidup, manusia amatlah akrab dengan berbagai macam penyakit ringan maupun berat. Keinginan untuk berlepas diri dari segala jenis penyakit itulah yang mendorong manusia untuk membuat upaya menyingkap berbagai metode pengobatan, mulai dari mengkonsumsi berbagai jenis tumbuhan secara tunggal maupun yang sudah terkomposisikan, yang diyakini berkhasiat menyembuhkan jenis penyakit tertentu, atau sistem pemijatan, pembekaman, hingga operasi pembedahan, ada yang dilakukan dengan *try and error*.⁴⁸

Islam memberikan tuntunan yang benar, agar manusia tidak salah jalan dalam masalah kesehatan. Al-Qur'an dan Sunnah Nabi telah banyak memberikan penjelasan dan gambaran dalam urusan kesehatan yang meliputi :

1. Kesehatan Fisik
2. Kesehatan Mental dan Jiwa
3. Kesehatan Nutrisi
4. Kesehatan Masyarakat
5. Kesehatan Lingkungan⁴⁹

1. Kesehatan Fisik.

⁴⁷ Muthahari. *Murtadha. Manusia dan Agama*, Ctk..Pertama, Mizan, Bandung, 1994, hlm 1

⁴⁸ Akbar, Ali. *Etika Kedokteran Dalam Islam*, Ctk.Pertama, Pustaka Antara, Jakarta, 1988, hlm 5

⁴⁹ Quraish Shihab, *Tafsir Maudhu'i atas Pelbagai Persoalan Umat*, Ctk. Kedua, Mizan, Bandung, 2005, hlm 45

Allah telah menciptakan manusia dalam bentuk yang sempurna dibanding makhluk yang lain. Di dalam Al Qur'an Surat At-Tiin (95) ayat 4 Allah berfirman:

لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ ﴿٤﴾

“Sungguh kami telah menciptakan manusia dalam bentuk yang sebaik-baiknya”.⁵⁰

Kesungguhan Allah dalam menciptakan manusia dengan bentuk yang sedemikian bagusnya, telah menjadi keharusan bagi makhluknya untuk selalu menjaga kesehatan fisiknya. Allah melarang manusia membuat kerusakan terhadap apa-apa yang telah diciptakan-NYA. Dalam konteks kesehatan fisik, misalnya ditemukan sabda Nabi Muhammad Saw:

“Sesungguhnya badanmu mempunyai hak atas dirimu.”

Demikian Nabi Saw. menegur beberapa sahabatnya yang bermaksud melampaui batas beribadah, sehingga kebutuhan jasmaniahnya terabaikan dan kesehatannya terganggu.

Allah berfirman dalam Al-Qur'an dalam Surat Al-Qasas (28) ayat 77 :

وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا وَأَحْسِنَ كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ وَلَا تَبْغِ الْفُسَادَ فِي الْأَرْضِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُفْسِدِينَ ﴿٧٧﴾

“Dan janganlah kamu berbuat kerusakan di (muka) bumi. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berbuat kerusakan”.

Rasa syukur seseorang dapat dituangkan dengan menjaga kesehatan tubuh

⁵⁰Ibid...., hlm46

setiap hari. Banyak hal-hal yang dapat dilakukan dalam menjaga kesehatan tubuh, sebagaimana yang telah diperintahkan oleh Allah dan Rosul-NYA, misalnya: mandi, menggosok gigi, memotong kuku, merawat rambut dan janggut, mencukur kumis, berwudhu dan berkhitan.⁵¹

2. Kesehatan Mental dan Jiwa.

Kesehatan mental dan jiwa tidak dapat dipisahkan dengan kesehatan fisik. Sebab, ketika seseorang mengalami sakit secara fisik, terkadang merusak mental dan jiwanya, begitu pula sebaliknya. Oleh karena itu, kesehatan mental dan jiwa harus terus ditingkatkan dengan mendekatkan diri kepada Allah SWT.

Allah SWT berfirman dalam Surat Ar-Ra'd (13) ayat 28:

الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ
الْقُلُوبُ ﴿٢٨﴾

“Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenang”.⁵²

3. Kesehatan Nutrisi.

Dalam kesehatan nutrisi, Islam menganjurkan terhadap pemeluknya untuk mengkonsumsi makanan dan minuman yang halal dan thoyyiban (halal lagi baik). Halal adalah suatu hal yang dibolehkan secara agama, sedangkan thoyyib adalah sesuatu yang baik pada dasarnya, tidak merusak fisik dan pikiran, dan harus memenuhi syarat dari segi kebersihan dan kesehatannya.⁵³

⁵¹ Ibid., hlm 46

⁵² <http://an-naba.com/kesehatan-dalam-pandangan-islam/> diakses tanggal 28 April 2012 pukul 20.20 wib

⁵³ Ahsin W. Alhafidz. *Fikih Kesehatan*, Ctk. Pertama, Bumi Aksara, Jakarta, 2007, hlm 4

4. Kesehatan Masyarakat.

Manusia adalah makhluk sosial. Dia tidak dapat hidup sendiri tanpa keterkaitan atau campur tangan orang lain. Dia harus berinteraksi satu sama lainnya. Dengan hal tersebut, manusia dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhannya dalam segala hal. Allah menciptakan manusia bersuku-suku dan berbangsa-bangsa untuk saling kenal. Melalui saling kenal ini, manusia akan beranak dan bertambah banyak. Begitu pula Rosulullah menganjurkan kepada umatnya untuk menghormati tetangganya. Betapa Islam menumbuhkan kebersamaan sehingga terciptalah masyarakat yang sehat.⁵⁴

5. Kesehatan lingkungan.

Islam agama yang indah, agama yang cinta dengan kebersihan. Sudah pasti, Islam akan selalu memperhatikan dalam menjaga kesehatan lingkungan dalam arti luas. Islam tidak hanya menjaga kesehatan lingkungan dirinya, rumahnya, dan sekitar tetangganya. Akan tetapi, memperhatikan pula dalam menjaga kesehatan lingkungan dalam memilih, baik dalam memilih calon pendamping, calon pemimpin, dan tempat bekerja.

Agama Islam sudah jelas telah menjamin kesehatan bagi umatnya baik dari kesehatan fisik, mental dan jiwa, Nutrisi, Masyarakat dan lingkungan oleh sebab itu maka kita wajib bersyukur kepada Allah SWT.⁵⁵

⁵⁴*Ibid*

⁵⁵*Ibid*....., hlm 5

BAB III

PELAKSANAAN PERDA N0 12 TAHUN 2004 TENTANG JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN

A. Hasil Penelitian

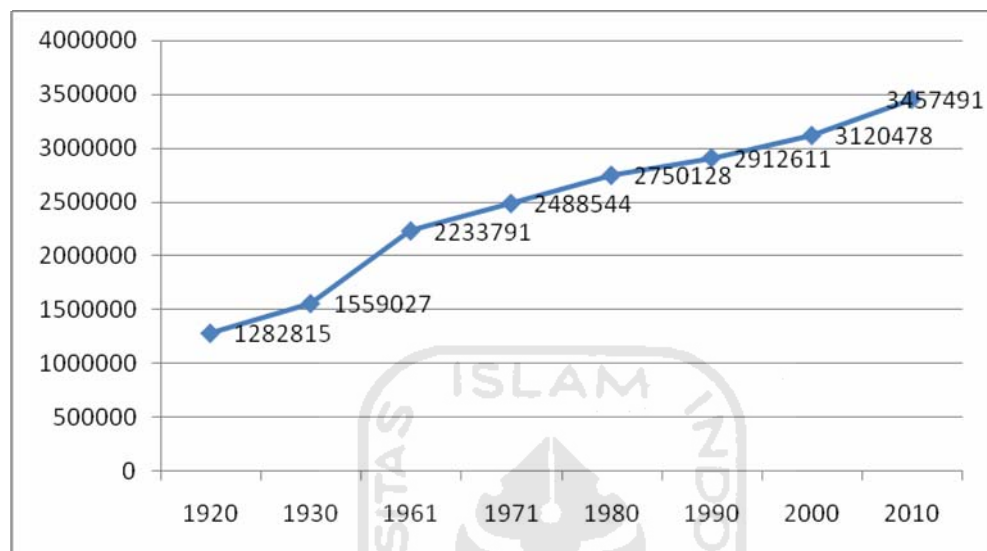
1. Keadaan Geografi

Secara Geografis Kabupaten Sleman terletak diantara $110^{\circ} 33' 00''$ dan $110^{\circ} 13' 00''$ Bujur Timur, $7^{\circ} 34' 51''$ dan $7^{\circ} 47' 30''$ Lintang Selatan. Wilayah Kabupaten Sleman sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Boyolali, Propinsi Jawa Tengah, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Klaten, Propinsi Jawa Tengah, sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Kulon Progo, Propinsi DIY dan Kabupaten Magelang, Propinsi Jawa Tengah, dan sebelah selatan berbatasan dengan Kota Yogyakarta, Kabupaten Bantul dan Kabupaten Gunung Kidul, Propinsi D.I. Yogyakarta.

Luas Wilayah Kabupaten Sleman adalah 57.482 Ha atau 574,82 Km² atau sekitar 18% dari luas Propinsi Daerah Istimewa Jogjakarta 3.185,80 Km², dengan jarak terjauh Utara – Selatan 32 Km, Timur – Barat 35 Km. Secara administratif terdiri 17 wilayah Kecamatan, 86 Desa, dan 1.212 Dusun.¹ Data tabel kependudukan Provinsi D.I. Yogyakarta dibawah ini diambil tahun 2011 oleh BPS yang di jelaskan oleh ibu Etti Kumalawati. Dalam data di bawah ini di jelaskan kepadatan penduduk di kota kabupaten, yang ada di wilayah Provinsi DIY.

¹ [http://www.Sleman.go.id/letak/batas kabupaten sleman](http://www.Sleman.go.id/letak/batas%20kabupaten%20sleman), di akses tanggal 29 April 2012 pukul 15.00 wib

Gambar 2. Jumlah Penduduk Provinsi DIY, 1920-2010



Sumber

r BPS DIY tahun 2011

Tabel 1: Perkembangan jumlah penduduk Provinsi DIY

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk Hasil Sensus					
	1971	1980	1990	2000	2010 Release 17/8/2010	2010 Final (C1+L2+C2)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Kulonprogo	370.629	380.685	372.309	370.944	388.755	388.869
Bantul	568.618	634.442	696.905	781.013	910.572	911.503
Gunungkidul	620.085	659.486	651.004	670.433	674.408	675.382
Sleman	588.304	677.323	780.334	901.377	1.090.567	1.093.110
Yogyakarta	340.908	398.192	412.059	396.711	388.088	388.627
Provinsi DIY	2.488.544	2.750.128	2.912.611	3.120.478	3.452.390	3.457.491

Sumber BPS DIY tahun 2011²²[http\\www.BPS DIY .go.id](http://www.BPS DIY .go.id) diakses 25 Desember 2011

2. Keadaan Demografi

Berdasarkan Badan Pusat Statistik Kabupaten Sleman Tahun 2011, jumlah penduduk Kabupaten Sleman sebanyak 1.093.110 jiwa yang terdiri dari 547.885 jiwa laki-laki dan 545.225 jiwa perempuan (BPS Provinsi DIY Tahun 2011), dengan ratio 80,8 dimana laju pertumbuhan penduduk 1,96 % per tahun.

Tabel 2. Jumlah Penduduk Provinsi DIY Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Kelamin

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki + Perempuan
(1)	(2)	(3)	(4)
Kulonprogo	190.694	198.175	388.869
Bantul	454.491	457.012	911.503
Gunungkidul	326.703	348.679	675.382
Sleman	547.885	545.225	1.093.110
Yogyakarta	189.137	199.490	388.627
Provinsi DIY	1.708.910	1.748.581	3.457.491

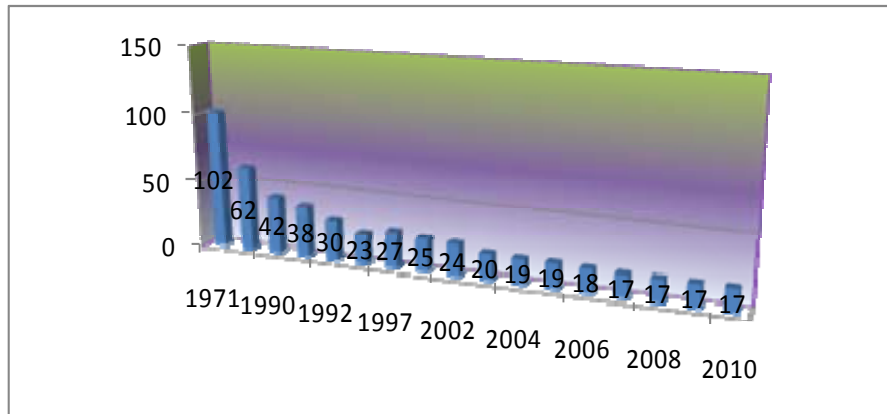
Sumber BPS DIY tahun 2011

Tabel 3. Laju Pertumbuhan Penduduk

Kabupaten/Kota	Laju Pertumbuhan Penduduk (% per tahun)			
	1971-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kulonprogo	0.29	-0.22	-0.04	0.48
Bantul	1.21	0.94	1.19	1.57
Gunungkidul	0.68	-0.13	0.30	0.07
Sleman	1.56	1.43	1.50	1.96
Yogyakarta	1.72	0.34	-0.39	-0.21
Provinsi DIY	1.10	0.58	0.72	1.04

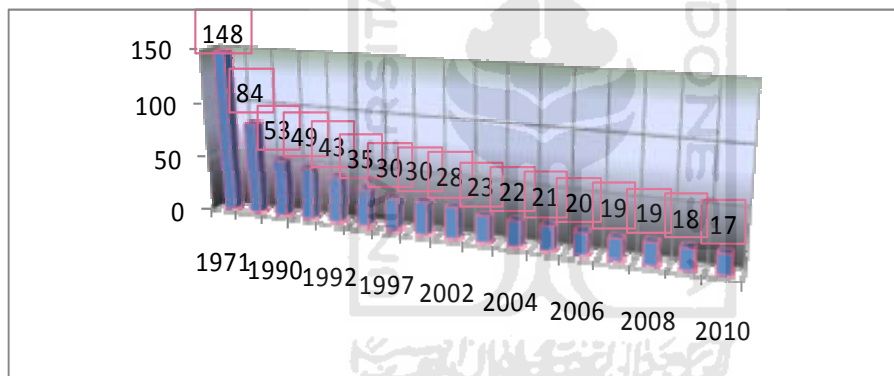
Sumber BPS DIY tahun 2011

Gambar 3. Angka kematian Bayi (AKB) Provinsi DIY Tahun 1971 s/d 2010



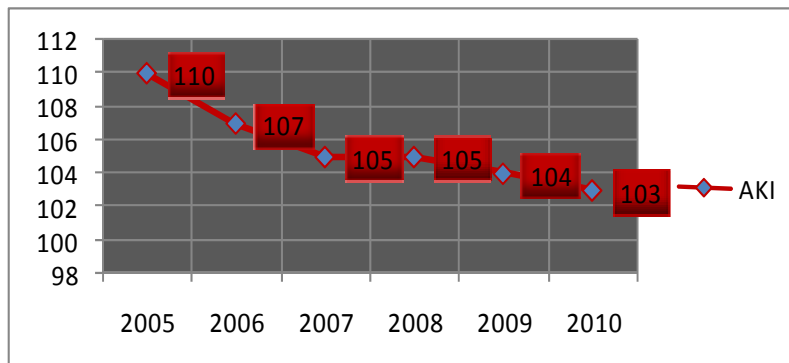
Sumber BPS DIY tahun 2011

Gambar 4. Angka kematian balita Provinsi DIY



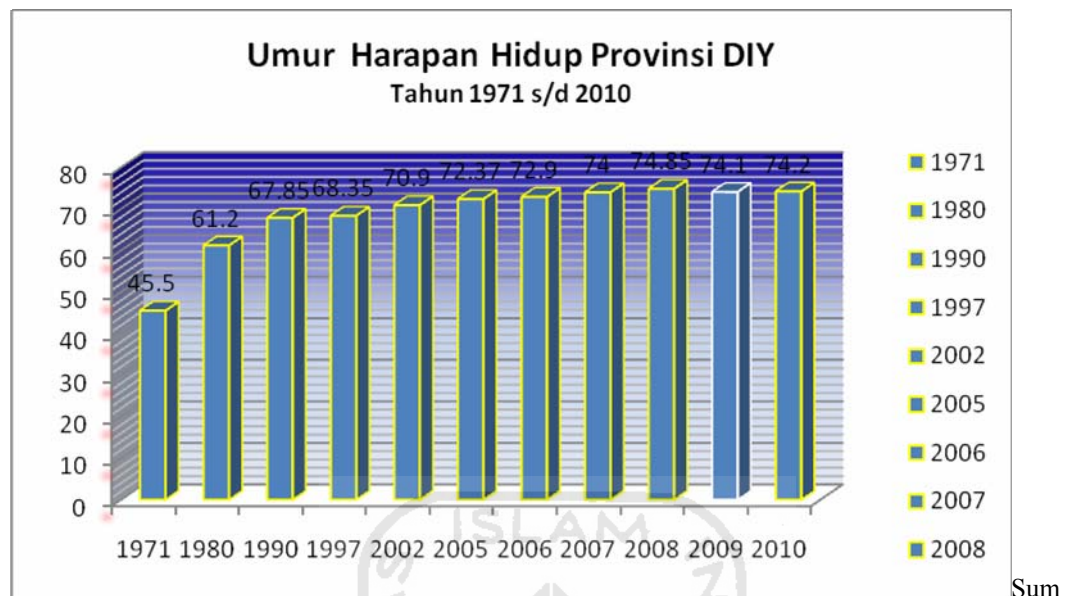
Sumber BPS DIY tahun 2011

Gambar 5. Angka Kematian Ibu Provinsi DIY 2005 s/d 2010



Sumber BPS DIY tahun 2011

Gambar 6. Umur Harapan hidup Provinsi DIY Tahun 1971 s/d 2010



ber BPS DIY tahun 2011

Tabel 4. Jumlah Sarana Kesehatan Dasar

No	Kabupaten/Kota	Puskesmas	Pusk TT	Pusk Non TT	Pustu	Polindes
1.	Kota Yogyakarta	18	3	15	11	26
2.	Bantul	27	16	11	67	16
3.	GunungKidul	30	14	16	107	30
4.	KulonProgo	21	5	16	63	38
5.	Sleman	25	4	21	70	86
	PROVINSI	121	42	79	246	198

Sumber BPS DIY tahun 2011³

Kabupaten yang paling tinggi laju pertumbuhan penduduknya adalah Kabupaten Sleman (0,46 %). Jumlah kematian ibu dan bayi menurun karena adanya peningkatan pelayanan kesehatan di tiap Kabupaten di provinsi DIY.

³BPS DIY. *Ibid...*

Adanya peningkatan sarana kesehatan di tiap kabupaten, agar masyarakat terjamin kesehatannya. Untuk tahun 2011 terdapat 163.273 jiwa warga miskin di Sleman tetapi tak menurunkan tingkat kehidupan di Provinsi DIY.

Jamkesda adalah sistem jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah yang penyelenggaraannya berdasarkan atas usaha bersama dan kekeluargaan untuk menggabungkan resiko sakit seseorang ke dalam suatu kelompok masyarakat, yang pembiayaannya dilakukan secara praupaya serta mutu terjamin. Tujuan Jamkesda untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin di rumah sakit.⁴

Peserta Jamkesda di Kabupaten Sleman adalah penduduk yang belum menjadi peserta jaminan kesehatan. Kepesertaan jamkesda dilakukan dengan mengajukan permohonan secara tertulis kepada penyelenggara jamkesda yang dibentuk oleh Bupati. Adapun syarat-syaratnya adalah sebagai berikut: Peserta Jamkesda diberikan kartu kepesertaan yang masa berlaku penjaminannya selama 1 (satu) tahun. Iuran kepesertaan jamkesda sebesar Rp 5.000 (lima ribu rupiah) per bulan. Iuran kepesertaan Jamkesda bagi penduduk yang termasuk dalam keluarga miskin ditanggung oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan kemampuan keuangan daerah.⁵

⁴Wawancara dengan Kepala Humas Dinkes Sleman bapak Darmono, A.m.d, di kantor Dinkes Kabupaten Sleman. Pukul 12.00 wib, Kamis 12 Desember 2011

⁵Wawancara dengan ibu Suwasti pegawai Setda bagian Hukum, di kantor Bupati Sleman, pukul 09.00 wib, tanggal 22 Desember 2011.

Adanya iuran Rp 5000,00 di karenakan APBD kabuten Sleman belum sepenuhnya mencukupi biaya Jamkesda yang di mulai pada tahun 2002. Pelaksanana Jamkesda yang di atur dalam Perda No 12 Tahun 2004 dimana para pesertanya atau masyarakat yang mendaftar dan membayar iuran setiap bulan hanya sedikit masyarakat Sleman yang tahu di karenakan kurangnya publikasi tentang Jamkesda.⁶

Reformasi di bidang kesehatan telah menetapkan Visi Pembangunan Kesehatan Kabupaten Sleman “Terwujudnya Masyarakat Sleman Sehat yang Mandiri, Berdaya saing dan Berkeadilan”. Perwujudan masyarakat yang maju dan tercukupi kebutuhan lahiriah dan batiniahnya ditandai dengan meningkatnya kualitas hidup dan kehidupan masyarakat.⁷

Visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat kabupaten Sleman hidup dalam lingkungan yang sehat dengan perilaku hidup bersih dan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Lingkungan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif untuk terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, tersedianya air bersih yang cukup, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan,

⁶*Ibid*

⁷Wawancara dengan Kepala Humas Dinkes Sleman bapak Darmono, A.m.d, di kantor Dinkes Kabupaten Sleman. Pukul 12.00 wib, Kamis 12 Desember 2011

serta terwujudnyakehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai - nilai budaya.⁸

Perilaku masyarakat yang diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Kemampuan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, diharapkan tercapai dengan mudah, karena pelayanan kesehatan diselenggarakan sesuai dengan standart dan etika profesi yang ada.⁹

Untuk dapat mewujudkan Visi “Terwujudnya Masyarakat Sleman Sehat yang Mandiri, Berdaya saing dan Berkeadilan”, ditetapkan lima misipembangunan kesehatan sebagai berikut:

1. Meningkatkan kinerja Dinas Kesehatan dan UPTDnya melalui peningkatan kualitas sistem manajemen mutu dalam memberikan pelayanan prima bagi masyarakat.
2. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat dan meningkatkan kemandirian puskesmasdalam mengelola pelayanan kesehatan
3. Penanggulangan kemiskinan dengan menjamin pelayanan kesehatanuntuk masyarakat miskin dan mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan masyarakat

⁸<http://Dinkes.Sleman.go.id/visi> pembangunan kesehatan di akses pukul 16.15 wib 13 Desember 2011

⁹Soekidjo Notoatmojo. Etika dan Hukum Kesehatan, Ctk.Pertama, Rineka Cipta, Jakarta, 2010, hlm 6

4. Memantapkan pengelolaan prasarana dan sarana kesehatan termasuk sistem informasi kesehatan
5. Meningkatkan pemberdayaan dan peran serta masyarakat di bidang kesehatan.¹⁰

Visi Dinas Kesehatan Propinsi DIY akan dicapai dengan membuat berbagai upaya untuk mencegah meningkatnya risiko penyakit dan masalah kesehatan disertai dengan upaya penyediaan pelayanan kesehatan secara merata dan pembiayaan kesehatan yang mencukupi dengan dibarengi mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu baik untuk sektor pemerintah maupun swasta.¹¹

Misi Dinas Kesehatan juga akan didukung dengan membuat penyelenggaraan pendidikan, pelatihan tenaga kesehatan dan penelitian kesehatan yang bermutu. Oleh karena itu pelaksanaan JAMKESDA di Sleman merupakan implementasi dari visi dan misi Dinas Kesehatan provinsi DIY untuk mewujudkan terselenggaranya pembangunan kesehatan di Propinsi DIY secara berhasil guna dan berdaya guna, responsif terhadap kebutuhan dan hak masyarakat serta selaras dengan azas keadilan.¹²

Dalam pembangunan pelayanan kesehatan daerah memiliki kapasitas, Pemerintah daerah mungkin memiliki kewenangan politik dan akses terhadap sumberdaya secara luas, akan tetapi jika tidak didukung oleh kapasitas yang

¹⁰Wawancara dengan Kepala Humas Dinkes Sleman Bapak Darmono, A.m.d, di kantor Dinkes Kabupaten Sleman. Pukul 12.00 wib, Kamis 12 Desember 2011

¹¹<http://Dinkes Prov DIY.go.id/visi-misi%/kesehatan> di akses pukul 16.00 wib 13 Desember 2011

¹²*Ibid*

cukup untuk melaksanakan kewenangan tersebut, tujuan desentralisasi juga sulit diharapkan hasilnya.¹³

Kapasitas yang tidak memadai seringkali digunakan sebagai kontra argument dalam usulan-usulan perlunya kebijakan desentralisasi desentralisasi diimplementasikan. Secara sederhana, kapasitas merupakan basis otonomi (kemandirian) daerah, karena kapasitas atau kemampuan ini merupakan modal dasar bagi kemandirian. Selain itu, kapasitas dan kemandirian daerah menjadi bagian yang inheren dalam proses desentralisasi.¹⁴

Maka provinsi DIY memasukan anggaran belanja kesehatan untuk mewujudkan status kesehatan yang tinggi bagi masyarakat di provinsi DIY maka setiap kabupaten mendapatkan APBD yang banyak ke setiap kabupaten yang berada di provinsi DIY.

Dari dana yang di berikan provinsi DIY kepada kabupaten Sleman maka dapat di gunakan untuk mensejahterakan masyarakat kabupaten Sleman yang merupakan bagian dari provinsi DIY. Adanya Perda No 12 Tahun 2004 Tentang Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) menunjukan bahwa Pemerintah Daerah Sleman benar-benar menginginkan kesejahteraan masyarakat dalam bidang kesehatan. Mengenai kesehatan masyarakat daerah dahulu pernah masuk dalam Perda No 20 Tahun 2001 Tentang Program Pembangun Daerah Kabupten Sleman tetapi pelaksanaannya belum terjadi, karena pemerintah daerah Sleman lebih fokus pada pembangunan pendidikan dan tempat untuk publik. Adanya letusan

¹³Mardiasmo, *Otonomi dan Menejemen Keuangan Daerah*, Ctk.Pertama, Andi Yogyakarta, Yogyakarta, 2002, hlm 23

¹⁴*Ibid*

gunung merapi pada tahun 2004 Pemerintah Kabupaten Sleman menfokuskan rehabilitasi korban letusan merapi.¹⁵

Pada tahun 2008 Pemerintah Kabupaten Sleman membuat UPTD JPKM dimana awal dari terbentuknya jaminan kesehatan untuk masyarakat Sleman walaupun dalam bentuk asuransi kesehatan dengan sumber dana dari APBD dan masyarakat Sleman. Perda No 11 tahun 2010 disahkan tetapi dalam pelaksanaannya perlu peraturan bupati,Perbup masih direvisi oleh Dinkes Sleman karena di tolak oleh DPRD Sleman, oleh sebab itu pelaksanaan Jamkesda masih menggunakan peraturan yang lama yaitu Perda No 12 Tahun 2004 serta Perbup No 18 Tahun 2008.¹⁶

A. Pembahasan

a. Aspek Regulasi

Pemerintah Kabupaten Sleman tentang Jaminan Kesehatan Daerah masih belum konsisten dan pedoman untuk pelaksanaan Jamkesda belum ada, dalam pemberi pelayanan kesehatan (PPK) mengacu kepada pedoman pelaksanaan Jamkesmas.¹⁷

Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah di Kabupaten Sleman menyatakan bahwa petunjuk pelaksanaan UPTD JPKM Sleman turunnya terlambat dan tanpa sosialisasi yang memadai, hal ini ada masalah koordinasi dan

¹⁵Wawancara dengan Kepala Humas Dinkes Sleman bapak Darmono, A.m.d, di kantor Dinkes Kabupaten Sleman. Pukul 12.00 wib, Kamis 12 Desember 2011

¹⁶Wawancara dengan Kepala Dinkes kab Sleman dr. Mafilindati Nuraini, M.Kes, di kantor Dinkes Kabupaten Sleman. Pukul 12.00 wib, Kamis 8 Desember 2011

¹⁷Wawancara dengan bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes, Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman, di UPTD JPKM Sleman,pukul 15.00 wib, Rabu 4 Januari 2012.

komunikasi. Peran pemerintah dalam regulasi sebagai pelaksana pelayanan kesehatan melalui sarana-sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah, pemerintah wajib menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan efisien.¹⁸

Program Jamkesda memang sudah ada sejak tahun 2002 dalam RAPBD Sleman tetapi dalam implementasinya masih memakai peraturan bupati No 19 tahun 2003 di masukan dalam UPTD JPKM dimana masyarakat masih menanggung biaya sebesar Rp 99.000,00 pertahun dan premi yang di dapat hanya untuk perawatan paket A dan Paket B yang gratis untuk kelas I biaya ada yang ditanggung masyarakat dan sebagian oleh pemerintah Kabupaten Sleman.¹⁹

Jaminan kesehatan daerah di kabupaten Sleman telah dilaksanakan tahun 2008 di atur dengan Perda No 20 Tahun 2004 dan Perbup No 18 Tahun 2008 masih memakai sistem asuransi adanya peraturan mengatur secara khusus seperti Jamkesda, tetapi pemerintah daerah mengacu pada UPTD JPKM dan Jamkesmas yang di adakan oleh pemerintah daerah.²⁰

Dinkes hanya sebagai pengontrol jalanya jaminan kesehatan sedangkan pelaksanaan ada pada UPTD JPKM Sleman, keuangan yang di gunakan untuk Jaminan Kesehatan Daerah dari tahun 2008 adalah memakai dana yang ada

¹⁸Wawancara dengan dr. Sunarto S. Ked, Dosen Fakultas Kedokteran UII, di Fakultas Teknik Industri UII setelah acara seminar "Tanggung Jawab Pemerintah Untuk Menjamin Hak Pendidikan dan Hak Kesehatan Warga Negara" pukul 15.00 wib, sabtu tanggal 17 Desember 2011.

¹⁹Wawancara dengan ibu Suwasti pegawai Setda bagian Hukum, di kantor Bupati Sleman, pukul 09.00 wib, tanggal 22 Desember 2011.

²⁰Wawancara dengan Ketua bagian Jamkesda RSUD Sleman, bapak Ahmadi, di RSUD Sleman, pukul 10.00 wib, kamis tanggal 15 Desember 2011.

dalam UPTD JPKM Sleman. Setiap tahun UPTD JPKM Sleman membayar uang kepada RSUD Sleman.²¹

Biaya yang di tanggung dalam jamkesda dapat di mintakan biaya klaim ke UPTD JPKM Sleman walaupun kadang pembayarannya agak terlambat. Keterlambatan pembayaran yang di lakukan oleh UPTD JPKM Sleman karena dana yang di dapat hanya dari APBD kabupaten Sleman saja itupun dari tahun 2010 dana yang di dapat 7,3 milyar tahun 2011 naik mejadi 10 milyar karena banyak masyarakat yang mendapatkan jaminan kesehatan daerah.

Pelaksanaan Jamkesda di RSUD Sleman telah berjalan sejak 2008, tetapi RSUD Sleman hanya sebagai pelaksana untuk penerimaan peserta merupakan kewenangan Dinkes Sleman.²² Pelaksanaan Jamkesda di RSUD Sleman berdasarkan Perda No 12 tahun 2004 di lanjutkan dengan Perbup No 18 tahun 2008.²³

Kebijakan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sleman masih belum konsisten dan pedoman khusus untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan belum ada sehingga PPK sebagai pemberi pelayanan kesehatan mengacu pada pedoman Jamkesmas. Kebijakan yang konsisten dan adanya pedoman khusus dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan

²¹Wawancara dengandr. Tunggul, S.Ked,Dinkes Kabupaten Sleman Ka.Bag Jaminankesehatan di kantor Dinkes Sleman, pukul 12.00 wib, Kamis 5 Januari 2012.

²²Wawancara dengan bapak Ahmadi, S.E, Ketua Bagian Jamkesda di RSUD Sleman, pukul 10.00 wib, Senin 2 Januari 2012.

²³Wawancara dengan Ibu Deni Ria Setyawati. S.E,M.M, Ka.Sub.Bag.Keuangan.,di RSUD Sleman, pukul 13.00 wib, Selasa 03 Januari 2012.

Daerah sangat diperlukan, sehingga PPK dalam memberikan pelayanan tidak mengacu pada pedoman Jamkesmas.

Pada tahun 2008 merupakan program dari UPTD JPKM Sleman, dengan adanya Perda No 11 Tahun 2010 yang keluar mengenai Jamkesda ini memberi jawaban bahwa sebenarnya Jamkesda di Sleman ada 2 kategori yaitu Jamkesda dari pemerintah dan Jamkesda Mandiri. Jamkesda dari pemerintah atau Jamkesda murni adalah untuk masyarakat miskin yang berada di daerah sleman yang tidak mendapatkan jaminan kesehatan seperti jamkesmas dan jamsostek yang biayanya Rp 60.000,00 dibayar oleh Pemerintah Daerah Sleman di tambah Rp 1.000,00 untuk kartu di bayar peserta Jamkesda. Sedangkan Jamkesda Mandiri biayanya seluruhnya di tanggung oleh peserta jamkesda, karena jamkesda mandiri ini merupakan masyarakat menengah bukan orang miskin.

Adanya Perda ini menjawab bahwa biaya memang dahulu masih besar tetapi dengan adanya perda ini biaya itu di tentukan oleh di dalam perda tentang jamkesda. Untuk Jamkesda yang murni klaim biaya keuangan dapat langsung di mintakan kepada UPTD JPKM Sleman, sedangkan Jamkesda mandiri klaim dapat di ajukan setelah 2 bulan mendaftar menjadi peserta Jamkesda. Perda No 11 Tahun 2010 belum dapat berjalan karena belum ada Perbupnya jadi Jamkesda masih memakai peraturan yang dahulu.²⁴

b. SDM (Sumber Daya Manusia)

Dari hasil wawancara terhadap bapak Ahmadi dapat diketahui bahwa ketenagaan masih memanfaatkan tenaga yang ada di RSUD Sleman, pembagian

²⁴Wawancara dengan bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes, Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman, di UPTD JPKM Sleman, pukul 15.00 wib, Rabu 4 Januari 2012.

tugas telah ada dengan memberikan tugas baru berupa pengelolaan Jaminan Kesehatan Daerah, akibatnya terjadi tugas rangkap dan menambah beban petugas. Untuk tenaga minimal dua orang tenaga pengelola program, hal ini agar tugas dapat tetap berjalan jika salah satu ada yang berhalangan dan tugas-tugas akan cepat selesai dan mutu dapat lebih baik.²⁵

Pelayanan yang pasien dapat sesuai dengan standar mendapatkan dokter sesuai dengan kebutuhannya. Dokter yang menangani bukan Koas atau mahasiswa yang praktek, perawat juga di tuntut sudah ahli dalam bidangnya yaitu minimal pendidikan D3 atau Amd. Pasien Jamkesda juga mendapatkan obat sesuai dengan kebutuhannya karena di RSUD Sleman ahli farmasi sudah ahli meramu obat yang di butuhkan oleh pasien.²⁶

Tenaga yang berada di UPTD JPKM Sleman hanya terdiri dari 10 orang dahulu 11 orang tetapi 1 orang di kirim ke puskesmas di Godean. Hanya dengan 10 orang UPTD JPKM Sleman menjalankan tugasnya mengurus para peserta Jamkesda yang jumlahnya 127.472 jiwa di Sleman untuk tahun 2011. Tenaga kerja sudah cukup dan solid. Dalam publikasi program karena pekerja dikantor punya kesibukan masing-masing yang menimbulkan publikasi hanya lewat surat edaran.²⁷

c. Sumber Dana

²⁵Wawancara dengan bapak Ahmadi, S.E, Ketua Bagian Jamkesda di RSUD Sleman, pukul 10.00 wib, senin 2 Januari 2012

²⁶Wawancara dengan bapak Ahmadi, S.E, Ketua Bagian Jamkesda di RSUD Sleman, pukul 11.00 wib, senin 28 April 2012

²⁷Wawancara dengan Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman, bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes di UPTD JPKM Sleman,pukul 15.00 wib, Rabu 4 Januari 2012.

Biaya untuk pelaksanaan kegiatan program Jaminan Kesehatan Daerah berasal dari APBD Provinsi DIY dan APBD Kabupaten Sleman. Dimana biaya ini digunakan untuk pembayaran premi peserta, biaya operasional dan pemeliharaan.²⁸

Dana merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ini, untuk itu dana operasional sangat diperlukan supaya pelaksanaan program Jamkesda berjalan optimal. Unsur sarana dan prasarana merupakan fasilitas yang diperlukan oleh suatu organisasi untuk menjalankan semua kegiatan yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan organisasi.²⁹

Mengenai biaya pelaksanaan program Jamkesda dianggarkan dari APBD Pemerintah Kabupaten Sleman dan dibayarkan untuk premi peserta Jamkesda tidak ada dari anggaran lain, sedangkan biaya untuk operasional seperti pendistribusian kartu ke kelurahan belum tersedia karena dalam pembuatan jamkesda peserta Jamkesda harus datang sendiri ke UPTD JPKM Sleman dengan membawa syarat:³⁰

- a. KTP dan Kartu Keluarga
- b. Foto 2x3 dua lembar
- c. Membayar iuran Rp 60.000 untuk peserta non miskin (orang miskin di bayarkan oleh pemerintah)

²⁸Wawancara dengan ibu Suwasti pegawai Setda bagian Hukum, di kantor Bupati Sleman, pukul 09.00 wib, tanggal 22 Desember 2011.

²⁹Wawancara dengan bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes, Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman, di UPTD JPKM Sleman, pukul 15.00 wib, Rabu 4 Januari 2012.

³⁰Wawancara dengan bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes, Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman, di UPTD JPKM Sleman, pukul 15.00 wib, Rabu 4 Januari 2012.

d. Biaya kartu Rp 1.000/peserta

Kontribusi dari masyarakat untuk ikut serta dalam pembayaran premi ada di bayarkan untuk orang miskin Rp.60.000,00 di bayar oleh UPT JPKM Sleman di tambah Rp 1.000,00 dari masyarakat miskin jadinya Rp 61.000,00 sedangkan untuk orang menengah keatas membayar Rp 61.000,00 di bayar sendiri satu tahun sekali.³¹

Pembayaran kleim untuk tahun berikutnya agak tersendat karena timbul banyaknya msayarakat yang menganggap dirinya miskin yang menimbulkan perlu adanya pendataan ulang agar penyaluran dana kesehatan tepat kepada orang yang berhak mendapatkannya. Di dalam pendataan ulang yang telah di lakukan BPS Sleman tahun 2010 ternyata banyak masyarakat yang mempunyai jaminan kesehatan rangkap atau double dimana 1 orang punya jamkesmas dan jamsostek yang membuat beban biaya menjadi besar.³²

Kontribusi dari masyarakat seperti bersedia membayar premi sangat diharapkan, karena dana yang tersedia dari pemerintah daerah sangat terbatas kepada orang miskin maka oleh sebab itu adanya jamkesda mandiri yang masyarakat dengan biaya sendiri dapat membantu pembiayaan. Karena manusia tidak meminta dirinya untuk sakit, adanya jamkesda ini hanya di gunakan jika peserta jamkesda sakit atau sedang memeriksakan diri di puskesmas rumah sakit yang berada di wilayah Sleman.³³

³¹Wawancara dengan bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes, Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman, di UPTD JPKM Sleman, pukul 15.00 wib, Rabu 4 Januari 2012.

³²Ibid

³³Ibid

d. Sarana

Sarana merupakan hal yang sangat penting untuk menunjang kegiatan dalam program pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah. Dari observasi yang dilakukan, sarana yang dimiliki RSUD Sleman adalah ruangan pengelola Jamkesda yang masih bergabung dengan ruangan lain jadi satu dengan ruangan Jamkesmas.³⁴

Sarana dan prasarana dalam menunjang kegiatan Jaminan Kesehatan Daerah ini masih kurang, dan masih memanfaatkan ruang kerja pengelola. Sedangkan untuk sarana penunjang lainnya seperti komputer masih memanfaatkan fasilitas yang ada perlu pengembangan di bidang komputernya, agar kinerja bisa meningkat. Pelayanan pasien masih menggunakan alat-alat yang sudah ada seperti kamar di tambah karena banyaknya pasien agar pasien tidak terlantar serta penggantian kipas angin lama dengan yang baru, horden lama diganti yang baru, dan perluasan tempat parkir agar kendaraan pasien terjaga aman³⁵

Sumber keuangan pelaksanaan program UPTD JPKM berasal dari biaya APBD Kabupaten Sleman yang membiayai terlaksananya program jamkesda. Pada awal tahun 2008 dana 10 milyar yang di dapat dari APBD Sleman untuk pelayanan kesejahteraan masyarakat kabupaten Sleman yang sudah di gunakan, karena dana hanya untuk membayar klaim biaya berobat masyarakat bukan untuk sarana kantor atau rumah sakit. Jadi masalah sarana prasarana yang berada di

³⁴Wawancara dengan bapak Ahmadi, S.E, Ketua Bagian Jamkesda di RSUD Sleman, pukul 10.00 wib, senin 7 Januari 2012

³⁵Wawancara dengan bapak Ahmadi, S.E, Ketua Bagian Jamkesda di RSUD Sleman, pukul 11.00 wib, senin 14 Januari 2012

RSUD Sleman bukan merupakan tanggungan dari UPTD JPKM tetapi itu urusan RSUD Sleman itu sendiri.³⁶

e. Aspek Kepesertaan

Peserta pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah ini adalah semua masyarakat yang tidak mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan, targetnya adalah masyarakat yang mendekati miskin. Hal tersebut juga dijelaskan dalam Peraturan Daerah No.12 tahun 2004, yang menyatakan peserta Jamkesda adalah setiap orang mendekati miskin dan selanjutnya disebut peserta Jamkesda, yang terdaftar dan memiliki kartu Jamkesda.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa setelah kartu peserta didistribusikan, masih saja ada masyarakat yang belum mempunyai kartu hal ini disebabkan karena datadan alamat peserta yang tidak jelas.

Penggunaan kartu ini oleh masyarakat kurang paham, disebabkan kurangnya sosialisasi dari petugas kesehatan. Banyak peserta yang hanya ikut-ikutan membuat agar dapat mengurangi biaya bila berobat.³⁷ Dalam menjadi kepesertaan masih ada pendataan dan penentuan Kepala Keluarga miskin masih ditemui banyaknya kesenjangan – kesenjangan dan tidak sesuai dengan Juklak dan Juknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin.³⁸

Berdasarkan uraian tersebut diatas diharapkan untuk pendataan kepesertaan dilaksanakan lebih baik, agar tidak ada lagi masyarakat miskin yang tidak

³⁶Wawancara dengan bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes, Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman,di UPTD JPKM Sleman,pukul 15.00 wib, Rabu 4 Januari 2012.

³⁷Wawancara dengan bapak Ngadino (orang tua pasien), di RSUD Sleman, ruang Anggrek No 12, Pukul 15.00 wib, senin 13 februari 2012.

³⁸Wawancara dengan bapak Waluyo (orang tua pasien), di RSUD Sleman, ruang Alamanda No 6, Pukul 13.00 wib, senin13 februari 2012.

memperoleh kartu. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) untuk dapat melakukan sosialisasi kepada peserta tentang cara pemanfaatan kartu. Penggunaan kartu Jamkesda oleh orang miskin dapat langsung di gunakan, untuk peserta jamkesda mandiri harus menunggu 2 bulan setelah pendaftaran. Perpanjangan menjadi peserta Jamkesda di lakukan setiap tahun sekali atau 1 tahun sekali pada saat tanggal masyarakat menjadi peserta jamkesda.³⁹

f. Pemeliharaan Kesehatan

Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah ini, masyarakat mempunyai keluhan terhadap paket pemeliharaan kesehatan yang ada, ini disebabkan karena masyarakat tidak faham betul terhadap pelayanan apa yang bisa ditanggung dan yang tidak ditanggung oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK).⁴⁰

Ikut jamkesda hanya di ajak tetangga dan untuk meringankan biaya kalau berobat atau priksa di rumah sakit atau puskesmas, hartoyo tidak tahu pelayanan yang di dapat dari jamkesda “ yang penting biaya tidak mahal mas”.⁴¹

Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masih ada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang memberikan obat yang tidak ditanggung UPTD JPKM Sleman. Pelayanan obat di puskesmas beserta jaringannya dan di rumah sakit dengan ketentuan sebagai berikut : menggunakan obat generik, apabila terjadi

³⁹Wawancara dengan bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes, Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman, di UPTD JPKM Sleman, pukul 15.00 wib, Rabu 4 Januari 2012.

⁴⁰Wawancara dengan bapak Hartoyo (suami pasien), di RSUD Sleman, ruang Alamanda No 12, Pukul 13.00 wib, 14 februari 2012.

⁴¹Wawancara dengan bapak Hartoyo (suami pasien), di RSUD Sleman, ruang Alamanda No 12, Pukul 13.00 wib, 14 februari 2012.

ketiadaan obat maka rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.⁴²

Dalam penelitian ini saya mendapatkan hasil bahwa paket pemeliharaan kesehatan yang diberikan UPTD JPKM Sleman terdiri dari paket dasar dan paket tambahan yang dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan. Berdasarkan hasil FGD yang dilakukan dapat ditarik kesimpulan bahwa peserta memperoleh pelayanan kesehatan yang baik dan obat-obat ditanggung oleh PPK semuanya.

Berdasarkan hal tersebut diatas sebaiknya Badan Penyelenggara melakukan sosialisasi kepada PPK terhadap pelayanan dan obat - obatan yang ditanggung maupun yang tidak ditanggung oleh UPTD JPKM Sleman.

g. Pengelolaan Keuangan

Dana untuk Jaminan Kesehatan Daerah ini berasal dari APBD Provinsi DIY dan APBD Kabupaten Sleman, bahwa pengelolaan keuangan sudah berjalan dengan baik, untuk pelaksanaan jamkesda, Pengelolaan keuangan sudah berjalan dengan baik, karena dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah ini Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) sudah mempunyai tenaga yang khusus mengelola keuangan Jaminan Kesehatan Daerah.

Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta melakukan administrasi pengelolaan dana program secara efektif dan

⁴²Wawancara dengan bapak Ahmadi, S.E, Ketua Bagian Jamkesda, di RSUD Sleman, pukul 10.00 wib, senin tanggal 7 Januari 2012

efisien dengan menerapkan prinsip-prinsip kendali biaya dan kendali mutu (*managed care*).⁴³

Pengelolaan keuangan dilakukan oleh UPTD JPKM Sleman bukan Dinkes Sleman dan premi dikumpulkan dengan cara masyarakat langsung membayarkan kepada UPT JPKM Sleman, pembayaran klaim pada puskesmas dibayarkan setiap bulan dan RSUD Sleman dapat klaim biaya setiap tahun pada UPT JPKM Sleman

Premi yang ditetapkan masih merasa berat oleh masyarakat sebelum adanya jaminan kesehatan daerah, tetapi dengan adanya jaminan kesehatan daerah masyarakat merasa tertolong dengan biaya yang terjangkau masyarakat Sleman mendapatkan jaminan kesehatan yang memadai. Pengelolaan keuangan sudah berjalan dengan baik, karena dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah ini Pemberi Pelayanan Kesehatan sudah mempunyai tenaga yang khusus mengelola keuangan Jaminan Kesehatan Daerah. .⁴⁴

h. Organisasi

Pengorganisasian dalam penyelenggaraan dalam program ini terdiri dari tim pembina dan tim teknis. Dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Daerah ini terdiri dari Unsur Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, PT.Askes, Rumah Sakit Daerah, Tokoh Masyarakat, Kecamatan dan Kelurahan. Tetapi rt/rw ada yang tidak terlibat sehingga bermasalah dalam pendataan. Untuk pelaksanaan

⁴³Wawancara dengan dr. Tunggul, S.Ked,Ka.Bag Jaminankesehatan,Dinkes Kabupaten Sleman, di kantor Dinkes Sleman, pukul 12.00 wib, tanggal 5 Januari 2012.

⁴⁴Wawancara dengan dr. Tunggul, S.Ked,Ka.Bag Jaminankesehatan,Dinkes Kabupaten Sleman, di kantor Dinkes Sleman, pukul 12.00 wib, tanggal 5 Januari 2012.

yang akan datang sebaiknya organisasi terkecil seperti rt/tw juga ikut dilibatkan sehingga tidak terjadi lagi kepesertaan ganda.

Pemberdayaan masyarakat harus berupa gerakan masyarakat, artinya masyarakat harus menjadi subjek dan bukan objek semata dari usaha kesehatan. Tokoh dan wakil masyarakat yang dilibatkan harus benar-benar yang mencerminkan aspirasi masyarakat yang sebenarnya. Organisasi merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah ini. Untuk itu dalam pelaksanaan Jamkesda ini agar tidak terjadi kepesertaan yang ganda maka perlu melibatkan organisasi yang terkecil seperti rt/rw.⁴⁵

i. Cakupan kepesertaan

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sleman sudah sesuai dengan petunjuk pelaksanaan. Peserta Jamkesda untuk tahun 2008 sebanyak 7.831 jiwa, yang telah memperoleh kartu 7.831 jiwa dan masih ada masyarakat yang belum membuat kartu jamkesda. Tahun 2009 meningkat menjadi 15.564 jiwa lalu tahun 2010 meningkat menjadi 71.432 jiwa setelah di analisis ulang oleh UPTD JPKM Sleman sampai tahun 2011 ada 127.472 jiwa yang memiliki kartu Jamkesda dan tidak ikut dalam jaminan kesehatan yang lain(kartu ganda).Hal ini disebabkan kendala dilapangan dalam pendataan dan pendistribusian kartu seperti alamat yang jelas, ada peserta yang telah meninggal

⁴⁵Wawancara dengan dr. Tunggul, S.Ked, Ka.Bag Jaminan kesehatan, Dinkes Kabupaten Sleman, di kantor Dinkes Sleman, pukul 12.00 wib, tanggal 5 Januari 2012.

dan ada peserta yang mendapat kartu ganda sehingga masih ada masyarakat miskin yang belum memperoleh kartu karena sosialisasi yang belum merata.⁴⁶

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Sleman masih menggunakan dana APBD, untuk cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) tahun 2008 belum sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena banyaknya kendala yang ditemukan dilapangan dalam pendataan dan pendistribusian kartu, seperti alamat yang tidak jelas, ada peserta yang telah meninggal dan ada peserta yang mendapat kartu ganda sehingga masih ada masyarakat yang sudah terdaftar sebagai peserta tapi belum memperoleh kartu. Seiring berjalanya waktu Jamkesda di Kabupaten Sleman tahun 2011 telah mencapai target dari pembangunan masyarakat Sleman karena 135.303 jiwa ikut dalam Jamkesmas, 7.831 jiwa ikut dalam Jamkesos, dan 127.472 ikut dalam Jamkesda.⁴⁷

j. Pelayanan RSUD Sleman

Pelayanan yang di dapatkan oleh masyarakat cukup baik datang di tangani langsung oleh perawat dengan senyum sapa, mendapatkan kamar inap langsung, jika kamar kelas 3 habis di tawarkan ke kelas 2 tetapi berbeda jika masuk IGD maka yang di tanya ada orang yang bertanggung jawab atas pembiayaan.

Jika masuk kamar kelas 2 akan berbeda dari tipe makanannya dengan kelas 3 karena beda harga kamar perhari, ada juga yang mengatakan makanan pasien di

⁴⁶Wawancara dengan bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman,di UPTD JPKM Sleman, pukul 15.00 wib, Jumat 6 Januari 2012.

⁴⁷Wawancara dengandr. TunggulS.Ked, Ka.Bag Jaminankesehatan, di kantor Dinkes Sleman,Dinkes Kabupaten Sleman, pukul 12.00 wib, tanggal 5 Januari 2012.

sesuaikan dengan penyakit yang di derita pasien karena agar asupan gizi yang di dapat pasien meningkat dan lekas sehat.

Peserta Jamkesda agak menolong karena biaya pengobatan dapat potongan 50% dari biaya awal, biaya rawat inap juga dapat potongan 50%, tindakan medis juga ada potongan 20% jadi masyarakat menengah agak tertolong.⁴⁸

Potongan menguntungkan bagi masyarakat tapi kadang ada oknum pekerja di RSUD Sleman yang mempersulit untuk mengurus jaminan kesehatan, kadang malah ketus kalau di tanya cara pengurusan administrasi karena tidak semua tahu cara mengurus Jamkesda.⁴⁹

Kedua peserta berpandangan sama walaupun mendapatkan pelayanan yang baik tetapi sebagai Jamkesda kadang di persulit oleh oknum pihak rumah sakit daerah Sleman, Rumah sakit yang sedianya membantu masyarakat malah mempersulit masyarakat untuk berobat.⁵⁰

k. Hambatan

Hambatan yaitu soal dana untuk pembiayaan Jamkesda dengan peserta jamkesda yang berjumlah 127.472 jiwa tetapi dana dari Pemerintah daerah Kabupaten Sleman belum memberikan dana kepada UPTD JPKM Sleman yang mengakibatkan belum terbayarnya klaim yang diajukan oleh RSUD Sleman yang membuat pembayaran itu menjadi terhutang dari bulan juni 2011 sampai

⁴⁸Wawancara dengan bapak Ngadino (orang tua pasiaen), di RSUD Sleman, ruang Melati No 06, Pukul 15.00 wib, selasa 14 february 2012

⁴⁹Wawancara dengan bapak Hartoyo (suami pasiaen), di RSUD Sleman, ruang Alamanda No 12, Pukul 13.00 wib, selasa 14 february 2012.

⁵⁰Wawancara dengan bapak Ngadino (orang tua pasiaen), di RSUD Sleman, ruang Anggrek No 12, Pukul 15.00 wib & Wawancara dengan bapak Waluyo (orang tua pasiaen) di RSUD Sleman, ruang Alamanda No 6, Pukul 13.00 wib, senin tanggal 13 february 2012.

Januari 2012, karena tahun tahun sebelumnya sudah dibayar lunas.⁵¹ UPTD JPKM Sleman juga kesulitan mencari dana untuk membayar klaim karena dana hanya dari APBD Sleman.⁵²

Kurangnya sarana seperti kamar pasien yang membuat RSUD Sleman kadang merujuk pasien ke rumah sakit yang di tunjuk dalam Perda mengenai Jamkesda.⁵³

Hambatan mengenai publikasi tentang jamkesda yang kurang yang membuat masyarakat hanya tahu dari mulut ke mulut masih ada masyarakat yang tidak tahu adanya Jamkesda. Pelayanan Jamkesda dalam mengajukan klaim dipersulit di bagian administrasi RSUD dengan syarat dari kelurahan meminta kartu gakin padahal sudah menunjukkan kartu tersebut. Di UPTD JPKM Sleman sendiri klaim tidak bisa langsung cair paling cepat 3 hari paling lama 1 minggu karena harus mengecek apakah benar-benar orang yang mengajukan klaim sudah masuk dalam daftar peserta Jamkesda, kadang dokter tidak tepat waktu dalam memeriksa pasien.⁵⁴

⁵¹Wawan cara dengan bapak Ahmadi, S.E., Ketua Bagian Jamkesda, di RSUD Sleman, pukul 10.00 wib, selasa tanggal 14 Januari 2012.

⁵²Wawancara dengan bapak Triyoso Rustamaji, S.T.,M.Kes Ka.Bag.Tata Usaha UPTD JPKM Sleman, di UPTD JPKM Sleman, pukul 15.00 wib, Jumat 6 Januari 2012

⁵³*Ibid*

⁵⁴Wawancara dengan bapak Musiran orang tua pasiaen), di RSUD Sleman, ruang Melati No 06, Pukul 15.30 wib, selasa 14 februari 2012

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Penelitian mengenai pelaksanaan Jamkesda di RSUD Sleman dapat disimpulkan bahwa pemerintah sleman telah melaksanakan Jamkesda dengan berpedoman pada jamkesda melalui UPTD JPKM Sleman karena Program Jamkesda masuk dalam pelayanan UPTD JPKM Sleman meskiun dulu bentuknya masih dalam bentuk asuransi dengan Perda No 12 Tahun 2004 di sertai Perbup No 18 Tahun 2008.

Perda No 11 tahun 2010 tentang Jamkesda belum dapat berjalan secara optimal karena menunggu Perbup Sleman yang dari tahun pembuatanya udah 4 kali mengalami revisi antara DPRD Sleman dengan Dinkes Sleman,Perda No 11 tahun 2010 belum dapat berjalan karena adanya tarik ulur mengenai biaya yang di tanggung peserta Jamkesda antara DPRD Sleman dengan Dinkes Sleman pelaksanaan Jamkesda tetap berjalan di RSUD Sleman sesuai dengan Perda No12 Tahun 2004 di lanjutkan Perbup No 18 tahun 2008.

2. Hambatan dalam Pelaksanaan Jamkesda menurut para peserta Jamkesda di Sleman mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik meskipun kadang di persulit oleh pihak oknum RSUD Sleman mengenai administrasinya, karena dalam pembiayaan di dalam RSUD Sleman tetap di kenai biaya pada tarif umum walaupun mendapatkan potongan biaya rumah sakit.

Hambatan Jamkesda selanjutnya, peserta kesulitan membuat kliem ke UPTD JPKM Sleman kareana syaratnya yang banyak dan waktunya yang dibuat

lama sampai 1 minggu. Pembayaran premi ke RSUD Sleman terlambat karena pendistribusian dana dari pemerintah ke UPTD JPKM Sleman juga terlambat. Waktu pendaftaran tetapi peserta Jamkesda di Sleman sangat cepat hanya 2 bula untuk perda yang baru yaitu Perda No 11 Tahun 2010. Kurang cekatanya perawat karena peserta Jamkesda harus mengurus administrasi walaupun peserta dalam keadaan gawat dan harus masuk ICU.

B. Saran

a. Aspek Regulasi

Agarahun peraturan Perbup yang menyangkup Perda No 11 Tahun 2010 tentang program JaminanKesehatan Daerah (Jamkesda) segera disahkan agar kesejahteraan masyarakat dalam kesehatan dapat terpenuhi.

b. Sumber Daya Manusia

Dokter dan perawat agar datang tepat pada waktunya sesuai jadwal agar para pasien tidak terbengkalai.

c. Dana

Sumber dana diharapkan adanya kontribusi dari masyarakat, dan dana yang dari pemerintah turunya tepat waktu agar dapat membayar klaim.

d. Sarana

Untuk kelancaran pelaksanaan program perlu didukung dengan sarana yang memadai. Sarana dan prasarana merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ini, untuk itu sarana dan prasarana yang memadai sangat diperlukan supaya pelaksanaan program Jamkesda berjalan optimal.

e. Kepesertaan

Perlu peningkatan sosialisasi tentang cara pendataan dan pendistribusian kartu kepada lintas sektor sehingga tidak ada lagi masyarakat miskin yang tidak memperoleh Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.

f. Komponen Keluaran

Perlu peningkatan dan kerjasama yang baik dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ini, sehingga cakupan peserta sesuai target yang telah ditetapkan.



DAFTAR PUSTAKA

A. Literatur Buku

- Agus Fanar Syukri. *Stadar Pelayanan Publik Pemda*, Ctk. Pertama, Kreasi Wacana, Bantul, 2009.
- Ahsin W. Alhafidz. *Fikih Kesehatan*, Ctk. Pertama, Bumi Aksara, Jakarta, 2007.
- Alma – ATA. *Pelayanan Kesehatan Dasar*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 1989.
- Ambar Widaningrum. *Reformasi manajemen pelayanan kesehatan*, Ctk. Pertama, Alfabeta, Bandung, 2007.
- Anonim, *Al-Quran Tajwid terjemah*, Ctk. Pertama, Diponegoro, Bandung, 2010.
- , Buku Tim Penyusun pedoman Panduan Penulisan tugas akhir Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia, *Pedoman Penyusunan Tugas Akhir* (skripsi legal memorandum, dan study kasus hukum), Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia, Ctk. Pertama, UII Press, Yogyakarta, 2011.
- Azwar Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Ctk. Pertama, Bina Rupa Aksara, Jakarta, 1996.
- . *Menjaga Pelayanan Mutu Kesehatan: Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1995.
- B. Bungin. *Penelitian Kualitatif*. Ctk. Pertama, Prenada Media Group, Jakarta, 2007.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Indonesia Sehat Indonesia 2010, The New Vision, Mission and Basic Strategies of the Ministry of Health Republic of Indonesia*, Ctk. Pertama, Jakarta, 1 April 1999.
- , *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Ctk. Pertama, Jakarta, 2000.
- . *JPKM Pengertian dan Pelaksanaannya*, Depkes, Jakarta, 2002.
- Dinas Kesehatan RI, *Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia*, Dinas kesehatan, Jakarta, 2005.
- Emil Salim, *Pembangunan Berwawasan Lingkungan*, Ctk. Pertama, PT. Mediyatama, Jakarta, 1991.

George Pickett & John J. Hanlon, "*Kesehatan Masyarakat Administrasi dan praktik*", EGC, Ctk. Pertama, Dinkes, Jakarta. 2005.

HAW. Widjaja, "*Penyelenggaraan Otonomi Di Indonesia*", Dalam Rangka Sosialisasi UU No 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah, Ctk. Pertama, Pustaka Media, Jakarta. 2004.

Kemenkes, "*Regulasi Kesehatan di Indonesia*", Kemenkes, Jakarta. 2010.

Liah Levin, "*Hak-hak Asasi Manusia*", Tanya Jawab, PT Pradnya Paramita, Ctk. Pertama, Jakarta. 1987.

Meriyanti, "*Etika dan Hukum Kesehatan*", EGC, Ctk. Pertama, Pustaka Book Publiser, Jakarta. 2006.

Prasojo, Eko., Irfan Maksun, dan Teguh Kurniawan. "*Desentralisasi dan Pemerintah Daerah: Antara Model Demokrasi Lokal dan Efisiensi Struktural*". DIA FISIP Universitas Indonesia, Jakarta. 2006.

Rudy S. Pontoh. Janji-janji dan komitmen SBY-JK, "*Menabur Kata, Menanti Bukti*", Gramedia Pustaka Utama, 2004.

Sekretariat Dewan Perwakilan Daerah. "*Perlindungan Masyarakat Miskin Terhadap Kesehatan pada konsep Desentralisasi*", Ctk. Pertama, Jakarta, 2010.

Sigit Riyarto, Bondan Agus Suryanto, "*Inovasi dalam Fungsi Pembiayaan Pemerintah Pengembangan Jamkesda.*", Bina Rupa Aksara, Ctk. Pertama Jakarta, 2007.

Sukmadinata, "*Metode Penelitian Diskriptif kualitatif*", Rineka Pustaka, Ctk. Pertama, Jakarta, 2006.

Sulastomo. "*Manajemen Kesehatan*", PT. Gramedia Pustaka Utama, Ctk. Pertama, Jakarta, 2000.

Suratimah. "*Jaminan Kesehatan Masyarakat Salah Satu Cara Mensejahterakan Rakyat*", Pustaka Media, Ctk. Pertama, Jakarta, 2009.

Tanpa tahun, "*Analisis Data Kualitatif*", (terj. Tjejep Rohendi Rohidi), hanya mendeskripsikan data apa adanya dan menjelaskan data atau kegiatan dengan kalimat – kalimat penjelasan secara kualitatif. UI Press, Ctk. Pertama, Jakarta. 2008.

Tjahjono K. "*Regulasi Kesehatan Di Indonesia*". Ctk. Pertama .Andi Yogyakarta Yogyakarta ; 2007

B. Peraturan Perundang – undangan

Undang - undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang - undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial

Undang – undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Perda Provinsi DIY No 4 Tahun 2009 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2009-2013

Peraturan Daerah Kabupaten Sleman No 18 Tahun 2008 Tentang Jaminan Kesehatan Daerah.

C. Jurnal dan Makalah

Bondan Agus Suryanto, *Rencana Strategis Dinkes Prov DIY 2009-2013* makalah disampaikan dalam Sarasehan Perumusan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Gedung Pracimasono Komplek Kepatihan, Yogyakarta, Rabu, 22 Juli 2009, jam 09.00.wib

Depkes RI. Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Kabupaten / Kota : Jakarta ; 2002

Farid Anfasa Moeloek, *Pembangunan Berkelanjutan dalam Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat*, pada Seminar dan Loka karya Pembangunan Hukum Nasional VIII, diselenggarakan oleh Badan Pembinaan Hukum Nasional, Departemen Kehakiman dan Hak Asasi Manusia RI, Denpasar 23-28 Juni 2003.

Nur Cahyo Probo, disampaikan dalam Diskusi Mengenai Peraturan Daerah (Perda) Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Sleman. "Menanti Penerapan Jamkesda Sleman" di SLEMAN bertempat di kompleks Rumah Dinas Bupati Sleman, Sri Purnomo, pada Jumat (26/11/2010), jam 08.30 wib

Suprihatin Guhardja, BPK Gunung Mulia, PT., Institut Pertanian Bogor. Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi, "Pengembangan sumber daya keluarga: bahan pengajaran", BPK Gunung Mulia, 2004

World Health Organization. "Health System: Improving Performance". World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000.

D. Data Elektronik

<http://www.Astaqauliyah.com> \ *Karakteristik Pelayanan Kesehatan*. di akses tanggal 14 januari 2012, pukul 15.10 wib

<http://www.BPS.go.id> di akses tanggal 01 Oktober 2011, pukul 10.00 wib

Dinas Kesehatan Bone Bolango. Kajian Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Bone Bolango 2009. Dari : <http://www.dinkesbonebolango.org> [16 Februari 2009]. di akses tanggal 18 desember 2011, pukul 15.00 wib

Dinas Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2008 lewat www.Dinkes.go.id di akses tanggal 01 Oktober 2011, pukul 10.20 wib

Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman <http://dinkes.slemankab.go.id/visi-dan-misi>. di akses tanggal 27 Oktober 2011, pukul 15.00 wib

www.blog.kebidananstikesbahrululuntambakberasjombang2010.com di akses tanggal 18 Desember 2011, pukul 15.00 wib

<http://www.sribd.com/doc/8343666/Konsep-Sehat>. Di akses tanggal 20 Desember 2011, pukul 20.00 WIB

<http://kesehatan.kompasiana.com/medis/2010/09/20/konsep-sehat-pespektif-islam/>. Di akses tanggal 20 Desember 2011, pukul 20.25 WIB

<http://kesehatan.kompasiana.com/medis/peranansistempelayanankesehatanuntukmasyarakat>. di akses tanggal 5 februari 2012 pukul 13.00 wib

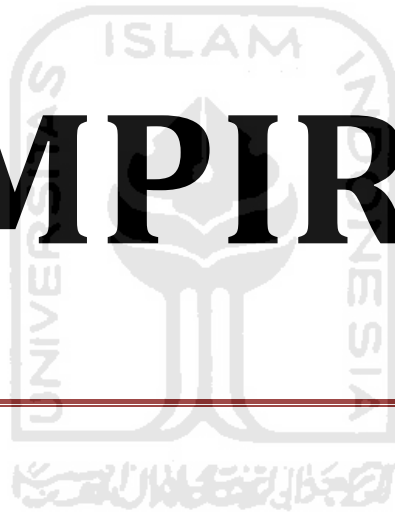
Error! Hyperlink reference not valid. akses 6 februari 2012 pukul 19.00 wib

[http://www.artikelk3.com/topik/dampak positif dan negatif dari pembangunan industri bagi kesehatan](http://www.artikelk3.com/topik/dampak_positif_dan_negatif_dari_pembangunan_industri_bagi_kesehatan). di akses tanggal 5 februari 2012 pukul 19.00 wib

<http://www.rokkisumadi.com/pdf/makalah-tentang-pasar-dan-pelayanan-kesehatan>. di akses 6 februari 2012 pukul 17.00 wib.

www.unilcef.org/programme/we/water/2003. References and Sources of Further Information: di akses 6 Desember 2011 pukul 20.00 wib

LAMPIRAN





PEMERINTAH PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

SEKRETARIAT DAERAH

Kompleks Kepatihan, Danurejan, Telepon (0274) 562811 - 562814, 512243 (Hunting)
YOGYAKARTA 55213

SURAT KETERANGAN / IJIN

Nomor : 070/7783/V/2011

Membaca Surat : Dekan Fak Hukum UII Yogyakarta. Nomor : 349/DEK/70/SR/DIV.URT/2011.
Tanggal Surat : 11 NOVEMBER 2011. Perihal : Ijin Penelitian

- Mengingat :
1. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2006, tentang Perizinan bagi Perguruan Tinggi Asing, Lembaga Penelitian dan Pengembangan Asing, Badan Usaha Asing dan Orang Asing dalam Melakukan Kegiatan Penelitian dan Pengembangan di Indonesia;
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 33 Tahun 2007, tentang Pedoman Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Departemen Dalam Negeri dan Pemerintahan Daerah;
 3. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 37 Tahun 2008, tentang Rincian Tugas dan Fungsi Satuan Organisasi di Lingkungan Sekretariat Daerah dan Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.
 4. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perijinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pendataan, Pengembangan, Pengkajian, dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta.

DIJINKAN untuk melakukan kegiatan survei/penelitian/pendataan/pengembangan/pengkajian/studi lapangan *) kepada :

Nama : SUPRIYANTO. NIP/NIM : 08 410 469.
Alamat : Jl Tamansiswa 158 Yogyakarta.
Judul : PELAKSANAAN PERDA NOMOR 11 TAHUN 2010 TENTANG JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA) DIRUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN.

Lokasi : Kabupaten Sleman.
Waktu : 3 (tiga) Bulan. Mulai tanggal : 14 November s/d 14 Februari 2012

Dengan ketentuan :

1. Menyerahkan surat keterangan/ijin survei/penelitian/pendataan/pengembangan/pengkajian/studi lapangan *) dari Pemerintah Provinsi DIY kepada Bupati/Walikota melalui institusi yang berwenang mengeluarkan ijin dimaksud;
2. Menyerahkan **softcopy** hasil penelitiannya kepada Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta melalui Biro Administrasi Pembangunan Setda Provinsi DIY dalam **compact disk (CD)** dan menunjukkan cetakan asli yang sudah disahkan dan dibubuhi cap institusi;
3. Ijin ini hanya dipergunakan untuk keperluan ilmiah, dan pemegang ijin wajib mentaati ketentuan yang berlaku di lokasi kegiatan;
4. Ijin penelitian dapat diperpanjang dengan mengajukan surat ini kembali sebelum berakhir waktunya;
5. Ijin yang diberikan dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila pemegang ijin ini tidak memenuhi ketentuan yang berlaku.

Dikeluarkan di : Yogyakarta
Pada tanggal : 14 November 2011

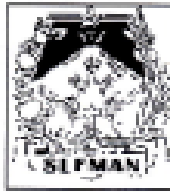
An. Sekretaris Daerah
Asisten Perekonomian dan Pembangunan



dr. ANDUNG PRIHADI SANTOSA, M.Kes
NIP. 19600423 198803 1 004

Tembusan disampaikan kepada Yth.

1. Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta (sebagai laporan);
2. Bupati Sleman, Cq. Bappeda
3. Ka. Dinas Kesehatan Provinsi DIY
4. Dekan Fak Hukum UII Yogyakarta.
5. Yang Bersangkutan



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(BAPPEDA)

Alamat : Jl. Parasunya No. 1 Beran, Tridadi, Sleman 55511,
Telp. & Fax. (0274) 868800. E-mail : bappeda@slemankab.go.id

SURAT IZIN

Nomor : 07.0 / Bappeda/ 2824 / 2011

**TENTANG
PENELITIAN**

KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

- Dasar : Keputusan Bupati Sleman Nomor: 55 /Kep.KDH/A/2003 tentang Izin Kuliah Kerja Nyata, Praktek Kerja Lapangan dan Penelitian.
Menunjuk : Surat dari Sekretariat Daerah Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor: 070/7783/V/2011. Tanggal: 14 November 2011. Hal : Izin Penelitian.

MENGIZINKAN :
Kepada :
Nama : SUPRIYANTO
No. Mhs/NIM/NIP/NIK : 08 410 469
Program/ Tingkat : S1
Instansi/ Perguruan Tinggi : UII Yogyakarta
Alamat Instansi/ Perguruan Tinggi : Jl. Tamansiswa No. 158 Yogyakarta
Alamat Rumah : Brajan, Sendangagung, Minggir, Sleman
No. Telp/ Hp : 085228351971
Untuk : Mengadakan penelitian dengan judul:
"PELAKSANAAN PERDA NOMOR 11 TAHUN 2010
TENTANG JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA)
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN"
Lokasi : Kabupaten Sleman
Waktu : Selama 3 (tiga) bulan mulai tanggal: 14 Nopember 2011 s/d
14 Februari 2012.

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. *Wajib melapor diri kepada Pejabat Pemerintah setempat (Camat/ Kepala Desa) atau Kepala Instansi untuk mendapat perijinan sepiutnya.*
2. *Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.*
3. *Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.*
4. *Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Bappeda.*
5. *Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan.*

Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/ non-pemerintah setempat memberikan bantuan sepiutnya.

Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.

Tembusan Kepada Yth :

1. Bupati Sleman (sebagai laporan)
2. Ka. Badan Kesbanglinmas & PB Kab. Sleman
3. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Sleman
4. Ka. Bag. Hukum Setda Kab. Sleman
5. Ka. Bid. Sosbud Bappeda Kab. Sleman
6. Camat Kec. Sleman
7. Direktur RSUD Sleman
8. Dekan Fak. Hukum – UII Yogyakarta
9. Peringgal

Dikeluarkan di : Sleman

Pada Tanggal : 16 November 2011

A.n. Kepala BAPPEDA Kab. Sleman

Ka. Bidang Pengendalian & Evaluasi

a. b.

Ka. Sub Bid. Litbang



SRI NURHIDAYAH, S.Si, MT

Penata Tk. I, III/d

NIP. 19670703 199603 2 002

KUIESIONER

Daftar pertanyaan di RSUD Sleman

1. Sejak kapan adanya jamkesda di RSUD Sleman?
2. Bagaimana pelaksanaan jamkesda di RSUD Sleman?
3. Apa yang menjadi pedoman pelaksanaan jamkesda di sleman?
4. Pelayanan apa yang didapat oleh pengguna jamkesda di RSUD Sleman?
5. Apakah masyarakat dikenai biaya oleh RSUD Sleman?
6. Bagaimana pembayaran jamkesda di Rsud Sleman?
7. Berapa rata-rata pasien jamkesda yang berobat tahun 201 I ini?
8. Bagaimana kinerja tenaga pelayanan di RSUD Sleman?

Daftar pertanyaan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman

1. Peraturan apa yang menjadi pedoman jamkesda?
2. Bagaimana pembiayaan Jamkesda?
3. Bagaimana pelaksanaan Jamkesda di RSUD Sleman?
4. Apakah Dinkes Sleman mengelolajamkesda?

Daftar pertanyaan di UPTD JPKM Sleman

1. Sejak kapan UPTD JPKM mengelola Jamkesda?
2. Apakah UPTD JPKM Sleman hanya mengelola Jamkesda?
3. Berapa banyak peserta Jamkesda di Sleman?
4. Bagaimana anggaran yang di dapat UPTD JPKM Sleman?
5. Bagaimana cara menjadi peserta jamkesda?
6. Pelayanan apa saja yang di dapat peserta jamkesda?

Daftar pertanyaan di sekda Hukum dan HAM Kantor Bupati sreman

1. Apa yang menjadi pedoman pelaksanaan Jamkesda di RSUD Sleman?
2. Mengapa Perda sudah di sahkan untuk pelaksanaannya belum optimal?
3. Bagaimana pelaksanaan sudah terjadi tapi perdanya baru di sahkan?

Daftar Pertanyaan kepada Peserta Jamkesda Yang di Rawat di RSUD Sleman

1. Apakah anda mngerti tentang Jamkesda?
2. Sejak kapan anda me4iadi pccrta Jmkesda?
3. Bagsimaoa pendapat sarrdara mengemi Jamkesda?
4. Bagaimana pelayanan RSLJD Sleman terl,adap sadara?
5. Apaleh ada hambatan dalam pengurusan Jmkesda?



TABEL PESERTA JAMKESDA DI RSUD SLEMAN

No	Tanggal Pengajuan	PELAYANAN	JUMLAH PASIEN		PENGAJUAN		JUMLAH
		BULAN	RAJAL	RANAP	RAJAL	RANAP	PENGAJUAN
1.	23 Maret 2011	Januari 2011	370	92	58.495.988	157.206.535	215.702.523
2.	19 April 2011	Februari 2011	351	92	57.954.387	215.578.281	273.532.668
3.	25 Mei 2011	Maret 2011	448	110	62.917.939	209.001.982	271.919.921
4.	27 Juni 2011	April 2011	451	106	64.466.535	206.003.641	270.470.176
5.	1 Agustus 2011	Mei 2011	459	111	62.680.001	195.127.777	257.807.778
6.	25 Agustus 2011	Juni 2011	393	87	63.912.647	109.320.202	173.232.849
7.	23 September 2011	Juli 2011	419	76	68.603.660	140.541.532	209.145.192
8.	31 Oktober 2011	Agustus 2011	421	53	74.115.972	104.701.916	178.817.888
9.	25 November 2011	September 2011	316	52	74.886.606	85.158.930	160.045.536
10.	13 Desember 2011	Oktober 2011	444	80	91.480.275	171.883.439	263.363.714
11.	10 Januari 2012	November 2011	466	74	94.495.391	145.325.274	239.820.665
	Jumlah		4.538	933	774.009.401	1.739.849.509	2.513.858.910

**FORMULIR APLIKASI JAMKESDA
UPT JPKM DINAS KESEHATAN KABUPATEN SLEMAN**

Isilah formulir ini dengan huruf KAPITAL dan berilah tanda (v) pada kotak pilihan yang anda pilih, informasi tersebut sangatlah penting bagi JAMKESDA. Jika anda tidak melengkapi formulir aplikasi di bawah ini, atau memberikan informasi yang salah, maka JAMKESDA berhak menolak aplikasi Anda.

1. DATA CALON PESERTA JAMKESDA

Nama lengkap	:	.....
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Tempat & tanggal lahir	:	.....
Pekerjaan	:	.....
Nomor KTP/SIM/NIK	:	.....
Nama Ibu	:	.....
ALAMAT RUMAH		
Dusun	:	.....
RT / RW	:	.....
Desa	:	.....
Kecamatan	:	..... Kabupaten:
Kode Pos	:	.....
Nomor telepon	:	.....
Keikutsertaan asuransi kesehatan lain yang masih aktif	:	<input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> Ya jika jawaban YA
Sejak tahun	:	.....
Nama asuransi	:	.....

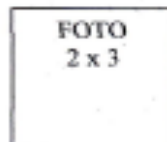
Saya menyatakan mengikuti segala bentuk ketentuan yang berlaku di JAMKESDA, dan menyatakan bahwa data di atas adalah benar, dan jika memberikan informasi yang salah sanggup menerima konsekwensi sesuai aturan yang berlaku dalam Jamkesda.

 Ya.

Lampirkan:

1. Foto kopi KTP atau identitas lain yang masih berlaku.
2. Foto kopi kartu keluarga.
3. Foto diri 2 x 3 dua lembar.
4. Iuran 60.000 + 1000 (cetak kartu)

Sleman,

FOTO
2 x 3FOTO
2 x 3

(.....)
Nama dan tanda tangan / cap jempol calon
peserta Jamkesda

Dapat digandakan sendiri.