



**IMPLEMENTASI REGULASI JAMINAN SOSIAL  
TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN BAGI WARGA  
MISKIN DI KOTA SEMARANG**

**SKRIPSI**

Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum

Pada Universitas Negeri Semarang

PERPUSTAKAAN  
UNNES

Oleh

Pradika Yezi Anggoro

8111409048

**FAKULTAS HUKUM  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
2013**

## **PERSETUJUAN PEMBIMBING**

Skripsi ini telah disetujui pembimbing untuk diajukan ke Sidang Panitia Ujian

Skripsi pada :

Hari :

Tanggal :

Dosen Pembimbing I

Dosen Pembimbing II

**Tri Sulistiyono, S.H., M.H.**

**Ristina Yudhanti, S.H., M.Hum**

**NIP. 19750524 200003 1 002 NIP. 19741026 200912 2 001**

Mengetahui,

Pembantu Dekan Bidang Akademik

**Drs. Suhadi, S.H., M.Si.**

**NIP. 19671116 199309 1 001**

## **PENGESAHANKELULUSAN**

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi Fakultas  
Hukum Universitas Negeri Semarang pada :

Hari :

Tanggal :

Ketua

Sekretaris

**Drs. Sartono Sahlan, M.H.**  
**NIP.19530825 198203 1 003**

**Drs. Suhadi, S.H., M.Si.**  
**NIP. 19671116 199309 1 001**

Penguji Utama

**Dr. Rodiyah, S.Pd., S.H., M.Si**  
**NIP. 19720619 200003 2 001**

Penguji I

Penguji II

**Tri Sulistiyono, S.H., M.H.**  
**NIP19750524 200003 1 002**

**Ristina Yudhanti, S.H., M.Hum**  
**NIP. 19741026 200912 2 001**

## **PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa skripsi ini hasil karya saya sendiri, bukan buatan orang lain, dan tidak menjiplak karya ilmiah orang lain, baik seluruhnya maupaun sebagian. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.



## MOTTO DAN PERUNTUKAN

### MOTTO

- Tindakan mungkin tidak selalu membawa kebahagiaan namun tiada kebahagiaan tanpa tindakan.
- Sesungguhnya keberhasilan itu dekat bagi yang rajin akan tetapi jauh bagi yang malas. (Mario Teguh)

### PERSEMBAHAN

1. Orangtua ( Ibu Ngatiningsih dan Bapak Supriyono) terimakasih atas kasih sayang, pengorbanan dan doanya.
2. Adikku Yuliananda Wahyuning Permata Putriyang selalu memberikan doa dan dukungan.
3. Riza Resitasari, yang selalu mendampingi dan memberikan motivasi.
4. Teman-teman Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang angkatan 2009.

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-NYA kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul: “IMPLEMENTASI REGULASI JAMINAN SOSIAL TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN BAGI WARGA MISKIN DI KOTA SEMARANG”. Skripsi diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Negeri Semarang.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya penulisan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H Sudijono Sastroatmodjo M.Si., Rektor Universitas Negeri Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh studi pada Program Studi Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Negeri Semarang.
2. Drs. Sartono Sahlan, M.H., Dekan Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang.
3. Tri Sulistiyono, S.H., M.H., Dosen Pembimbing I yang dengan sabar dan tulus serta bersedia meluangkan banyak waktu di tengah kesibukannya untuk memberikan saran, masukan dan bimbingan kepada penulis hingga selesainya penulisan skripsi ini.
4. Ristina Yudhanti, S.H., M.Hum., Dosen Pembimbing II yang telah banyak memberikan keluangan waktu, wawasan, inspirasi, sumbangan pemikiran, bimbingan, dan tempat berkeluh kesah penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. Seluruh Dosen Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan banyak ilmunya kepada penulis sehingga penulis mendapatkan pengetahuan yang kelak akan penulis gunakan untuk masa depan.
6. A. Arief Pramudiyanto, S.E., Kepala Bidang PKPKL yang telah memberikan ijin penelitian di Dinas Kesehatan Kota Semarang.
7. Yuniar Estiningsih, S.Km., Staf Seksi Pemberdayaan dan Pembiayaan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah membantu penelitian.
8. Masyarakat pengguna Jamkesmaskot yang telah membantu kelengkapan data dalam proses penelitian.
9. Semua teman-temanku Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang Angkatan 2009 dan semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat dan pengetahuan bagi kita semua. Amin.

Semarang, Maret 2013

Penulis

## ABSTRAK

**Anggoro, Pradika Yezi.** 2013. *Implementasi Regulasi Jaminan Sosial terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang*. Skripsi, Program Studi Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing I, Tri Sulistiyono, S.H., M.H. Pembimbing II: Ristina Yudhanti, S.H, M.Hum.

### **Kata Kunci : Jaminan Sosial, Pelayanan Kesehatan, dan Regulasi**

Sebagaimana telah diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) bahwasetiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam realita yang ada sering kali terdapat masalah kesenjangan dalam pelayanan kesehatan bagi warga miskin dan/atau tidak mampu dengan warga mampu.

Permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah (1) Bagaimana bentuk regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang . (2) Bagaimana implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang. (3) Bagaimana hambatan dalam implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang. Tujuan penelitian ini agar mengetahui bentuk, implementasi, dan hambatan dalam regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan yuridis sosiologis. Sumber data penelitian ini adalah (a) Wawancara Petugas Dinas Kesehatan Kota Semarang dan warga miskin pengguna layanan jamkesmas. (b) Studi kepustakaan dari buku-buku dan artikel-artikel ilmiah mengenai hukum kesehatan. Untuk menganalisa data, peneliti menggunakan tahapan telaah data, reduksi data, penyusunan satuan, keabsahan data dan kesimpulan dengan teknik triangulasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di wilayah Kota Semarang adalah Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008 dan Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009. Implementasi dari regulasi tersebut diwujudkan dalam program jaminan kesehatan masyarakat Kota Semarang, yang dirasakan oleh masyarakat miskin sangat bermanfaat dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan bagi dirinya. Hambatan yang dialami oleh pihak pemberi pelayanan kesehatan maupun warga miskin secara umum mengenai proses administrasi yang dianggap cukup rumit.

Saran penulis seharusnya adanya pembaharuan peraturan daerah Kota Semarang secara khusus sebagai pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi warga miskin. Perlu adanya sosialisasi secara intensif terkait proses-proses administrasi penggunaan layanan jamkesmas mengingat sumber daya manusia kaum miskin masih rendah.



## DAFTAR ISI

Halaman	
HALAMAN JUDUL .....	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	ii
PENGESAHAN KELULUSAN .....	iii
PERNYATAAN .....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
BAB 1. PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang Penelitian .....	1
1.2 Identifikasi Masalah dan Pembatasan Masalah.....	8
1.2.1 Identifikasi Masalah.....	8
1.2.2 Pembatasan Masalah.....	8
1.3 Rumusan Masalah .....	9
1.4 Tujuan Penelitian .....	10
1.5 Manfaat Penelitian .....	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....	12
2.1 Teori Welfare State .....	12
2.2 Jaminan Sosial .....	19
2.3 Teori Pelayanan Publik .....	21
2.4 Pelayanan Kesehatan.....	25

2.5 Warga Miskin .....	27
2.6 Hak-Hak Dasar dalam Kesehatan .....	28
2.7 Pertanggung Jawaban Rumah Sakit.....	30
2.8 Hak-Hak Pasien dan Kewajiban.....	32
2.8.1 Hak Pasien.....	32
2.8.2 Kewajiban Pasien.....	34
2.9 Kerangka Berpikir .....	36
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>
3.1 Pendekatan Penelitian .....	39
3.2 Jenis Penelitian.....	40
3.3 Fokus Penelitian .....	42
3.4 Lokasi Penelitian.....	43
3.5 Sumber Data Penelitian.....	43
3.5.1 Data Primer .....	43
3.5.2 Data Sekunder.....	45
3.6 Teknik Pengumpulan Data.....	47
3.6.1 Studi Kepustakaan.....	47
3.6.2 Dokumentasi .....	48
3.6.3 Wawancara.....	48
3.6.4 Observasi.....	49
3.7Keabsahan Data.....	50
3.8Analisis Data .....	51
3.9Prosedur Penelitian .....	54
3.10 Sistematika Penulisan Skripsi .....	55
<b>BAB4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>57</b>
4.1 Gambaran UmumKota Semarang .....	57
4.2 Regulasi Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang.....	60
4.2.1 Undang-Undang Dasar 1945.....	61
4.2.2 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 .....	63

4.2.3 Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008 .....	66
4.2.4 Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 .....	68
4.3 Implementasi Regulasi Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang.....	70
4.4 Hambatan dalam Implementasi Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang.....	85
<b>BAB 5. PENUTUP</b> .....	<b>89</b>
5.1 Simpulan .....	89
5.2 Saran .....	90
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>91</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>93</b>



## DAFTAR TABEL

4.1 Data Warga Miskin Pengguna Layanan Jamkesmaskot, Jamkesmasda, dan Jamkesmas .....	59
---	----



## DAFTAR GAMBAR

4.1 Alur Memperoleh Jamkesmaskot .....	81
4.2 Alur Yankes Masuk Data Base Jamkesmaskot di Rumah Sakit .....	82
4.3 Alur Yankes Tidak Masuk Data Base Jamkesmaskot di Rumah Sakit .....	83



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Pedoman Wawancara
- Lampiran 2. SK Dosen Pembimbing
- Lampiran 3. Laporan Selesai Bimbingan Skripsi
- Lampiran 4. Formulir Bimbingan Skripsi
- Lampiran 5. Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 6. Surat Rekomendasi Survey / Riset dari Kesbangpolinmas
- Lampiran 7. Surat Keterangan Penelitian
- Lampiran 8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Lampiran 9. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008 Tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang
- Lampiran 10. Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang
- Lampiran 11. Keputusan Walikota Semarang Nomor 470/370 Tentang Penetapan Warga Miskin Kota Semarang Tahun 2009
- Lampiran 12. Keputusan Walikota Semarang Nomor 400/451 Tentang Penetapan Warga Miskin Kota Semarang Tahun 2011

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sesuai apa yang menjadi definisi dari kesehatan, maka jelas sudah bahwa kesehatan merupakan hal pokok yang menjadi hak-hak bagi setiap orang, ini juga tercermin didalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan hak memperoleh pelayanan kesehatan. Berdasarkan 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 Askes, Taspen, dan Jamsostek. Golongan masyarakat yang dianggap dikesampingkan dalam hal jaminan kesehatan adalah mereka dari golongan masyarakat kecil dan pedagang.

Pelayanan publik dibidang kesehatan merupakan fungsi pemerintah dalam menjalankan dan memberikan hak dasar yang dipahami seluruh komponen masyarakat sebagai hak untuk dapat menikmati kehidupan yang bermartabat dan hak yang diakui dalam peraturan perundang-undangan, dalam peranannya pemerintah selaku penyedia layanan publik harus secara profesional dalam menjalankan aktivitas pelayanannya, tidak hanya menjalankan begitu saja tetapi dituntut harus berdasarkan prinsip-prinsip *Good Governance*. Hal yang paling penting dalam proses pemenuhan hak dasar

rakyat adalah masalah hak untuk memperoleh akses atas kebutuhan pelayanan pemerintah. Akses terhadap hak-hak dasar rakyat seperti ini harus terakomodasi dalam pembangunan. Tanpa pemenuhan kebutuhan dasar, sulit mengharapkan adanya partisipasi yang berdasarkan pada kemerdekaan dan kesetaraan. Menurut Pasal 1 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik, dalam hal ini pemerintah dalam menjalankan pelayanan harus berdasarkan perundang-undangan dan mekanisme *Good Governance* serta harus siap menerima konsekuensi dari apa yang telah diselenggarakan melalui penegakan hukum administrasi. Melihat apa yang menjadi rumusan dalam pembangunan nasional di bidang kesehatan memang beban berat rasanya berada dipundak pemerintah, adapun yang menjadi dasar-dasar pembangunan nasional itu sendiri diantaranya semua warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal agar dapat bekerja dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia. Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat serta penyelenggaraan upaya kesehatan diatur oleh pemerintah dan dilakukan secara serasi dan seimbang oleh pemerintah dan masyarakat.

Mengacu pada Undang-undang yang berkaitan yakni pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan terlihat bahwa regulasi yang ada sesungguhnya sudah mengatur dengan gamblang terkait hak-hak dan kewajiban



terutama pemerintah baik pusat maupun daerah untuk mampu memberikan pelayanan khususnya di bidang kesehatan terhadap masyarakat secara luas dengan maksimal dan sebaik mungkin. Berkaitan pula dengan apa yang tercantum dalam konstitusi kita bagaimana seharusnya rakyat atau masyarakat memperoleh jaminan itu, saat ini yang menjadi perhatian penuh bukanlah pada regulasinya melainkan pada implementasi dari regulasi yang ada. Melihat pada Bab III dan Bab IV Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 seyogyanya pemerintah pusat maupun daerah secara cerdas mampu menerapkan apa yang diperintahkan oleh Undang-Undang yang sesuai amanat Undang-Undang Dasar 1945 dengan sepenuh hati terlebih dalam konteks pelayanan kesehatan bagi warga miskin.

Pelayanan kesehatan bagi warga miskin memang menjadi sorotan karena masih tingginya angka kemiskinan di negeri ini. Kita kerucutkan pada satu daerah tertentu yang menjadi domain penelitian terhadap pelayanan kesehatan ini, berdasarkan pada hasil survey yang dilakukan oleh Kota Semarang tahun 2011 menunjukkan tercatat ada 448.398 jiwa atau 128.647 KK warga miskin. Jumlah tersebut meningkat dibanding hasil survei tahun 2009 sebanyak 398.009 jiwa. Hal ini semakin membuka mata kita terhadap upaya-upaya yang dilakukan oleh pemerintah daerah sendiri dalam mengakomodir pelayanan kesehatan bagi warga miskinnya.(suaramerdeka.com.)

Dapat diketahui oleh semua orang di negeri ini, tidak terkecuali wilayah Semarang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak masih jauh dari yang diharapkan, hal ini serta merta dialami oleh kaum miskin. Persoalan kompleks

memang ketika berbicara mengenai kesehatan yang semestinya diperoleh bagi warga miskin, biaya kesehatan merupakan kata yang sangat menakutkan karena ketika sakit, apalagi harus dirawat, kaum dhuafa dihadapkan pada kenyataan membayar biaya pengobatan yang teramat tinggi. Memang pemerintah selama ini telah memberikan layanan kesehatan bagi rakyat miskin. Mulai dari program *Social Safety Net* (jaring pengaman sosial bidang kesehatan) kemudian program Askeskin, dan terakhir program Jamkesmas (Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat). Pemerintah telah membuktikan betapa mereka peduli terhadap rakyatnya. Namun, banyak yang menilai pelayanan dari pemerintah masih dilakukan setengah hati. Pemahaman program pelayanan hanya dipahami dalam kategori *stakeholder* pengambil kebijakan, pemberi pelayanan kesehatan dan pengelola dana. Sementara kebutuhan riil bagi masyarakat miskin masih banyak terabaikan. Belum lagi jika dilihat dari kualitas pelayanan yang diberikan. Buktinya, tetap saja banyak orang miskin yang masih sulit mendapatkan pelayanan kesehatan. Bagi sebagian dhuafa, jangankan untuk biaya pengobatan, menggunakan *ambulance* saja mereka harus bayar. Alat transportasi kesehatan yang dahulu gratis ini, seiring dengan kebijakan yang terus bergulir, kini tidaklah gratis lagi. Sektor kesehatan yang dahulu adalah sektor sosial, kini telah menjadi sektor komersil. Fasilitas kesehatan rupanya masih menjadi barang mewah di negeri ini. Bagi keluarga dhuafa, ketika biaya pengobatan rumah sakit telah cukup memberatkan, sampai kemudian ujian kematian menjadi bagian takdir kehidupan si sakit. Mereka dihadapkan pada masalah baru, biaya penyewaan mobil jenazah yang

mahal. Betapa menjadi miris ketika kita mengetahui keadaan yang demikian susahnyanya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.

Pemerintah Kota Semarang memiliki upaya untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan warga miskin dan tidak mampu di Kota Semarang merupakan tujuan dari Jamkesmaskot. Adapun sasarannya adalah warga miskin dan tidak mampu yang memiliki KTP dan atau kartu keluarga (KK) kota Semarang. Achyani, Kabag Humas Pemkot Semarang mengatakan, prosedur pelayanan jamkesmaskot, antara lain pelayanan kesehatan dasar di puskesmas. Mereka yang bisa dilayani adalah warga Semarang yang memiliki jaminan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu kota Semarang atau Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dari kepala kelurahan setempat, dengan diketahui camat serta dilengkapi foto kopi KTP atau kartu keluarga (KK). Warga miskin dan tidak mampu dalam keadaan gawat darurat, apabila belum dapat menunjukkan kartu Jamkesmaskot diberi waktu paling lambat 2 x 24 jam kerja, untuk melengkapi persyaratan dan tidak perlu membawa rujukan puskesmas. Pasien gawat darurat yang perlu tindak lanjut rawat inap, perlu melengkapi surat rujukan dari UGD rumah sakit tersebut. Sementara pasien yang perlu tindak lanjut rawat inap dan tindakan yang dilimpahkan ke rumah sakit lain harus dilengkapi surat rujukan dari rumah sakit yang merujuk. Beberapa pelayanan yang diberikan puskesmas antara lain, konsultasi medis, pemeriksaan fisik, tindakan medis, pelayanan laboratorium, pemeriksaan dan pengobatan gigi, pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita serta pemberian obat. (websitedinaskesehatankotasemarang)

Pelayanan yang akan diberikan dari rumah sakit, Balai Kesehatan Indra Masyarakat (BKIM), Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) akan mengakomodasi rawat inap untuk pasien kelas III, pemeriksaan dan tindakan medis, penunjang diagnostik dan operasi sedang maupun kecil, serta pelayanan gawat darurat dan pemberian obat kepada pasien. Tidak semua pelayanan akan diberikan semua, ada beberapa pelayanan yang ada pembatasan, seperti, Haemodilisa (cuci darah) untuk gagal ginjal akut (maksimal 10 kali), Intra Ocular Lens (IOL), kaca mata lensa minimal +1/ -1 sesuai resep maksimal Rp 150 ribu, alat bantu dengar, alat bantu gerak, terbatas pada tongkat penyangga dan korset, tindakan khusus dan penunjang diagnostic canggih, alat kesehatan tertentu. ([websitedinaskesehatankotasemarang](http://websitedinaskesehatankotasemarang))

Sejumlah upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Semarang sebagai pemenuhan terhadap pelayanan kesehatan yang baik, tampaknya masih ada saja kisah yang menjadi perhatian khusus terhadap implementasi di lapangan. Supriyanto menceritakan pengalaman kisah Ibunya yang terkena penyakit tumor kandungan. Seperti halnya pasien lainnya Ibu dari Supriyanto mendapatkan rujukan dari dokter yang menangani penyakit Ibunya untuk dibawa ke Rumah Sakit Ketileng. Supriyanto merasakan pelayanan RS Ketileng yang menurutnya amat mengecewakan dan tidak profesional. Sebelumnya, Supriyanto sudah pernah mengalami hal demikian, yakni mendapat pelayanan kesehatan yang buruk buat istrinya saat melahirkan. Keluarga Supriyanto yang bermaksud memanfaatkan haknya dengan menggunakan asuransi kesehatan ternyata mendapat perlakuan yang buruk. Sejumlah hal yang dianggap

mengecewakan diantaranya, pelayanan yang tidak professional, perawat tidak ramah , satpam yang sangat arogan, dan pasien yang menggunakan askes tidak diprioritaskan.(seputarsemarang.co.id.accessed22/06/2012)

Meski upaya – upaya yang dilakukan oleh pemerintah kota Semarang dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan bagi warga miskinnya sesuai regulasi yang sudah ada yang tercantum pada Perda Kota Semarang nomor 4 Tahun 2008 di dalam Pasal 9 huruf (b) serta pasal 16 mengenai bantuan kesehatan. Pemerintah dalam hal ini mencoba menyelaraskan regulasi yang telah dibuat dengan apa yang diterapkan dilapangan. Namun perlu kiranya kita juga tetap mengkaji bagaimana implementasi secara riil dilapangan hingga saat ini, sudah sesuaikah dengan regulasi yang telah dibuat atau belum.masih banyak keluhan yang dirasakan warga miskin terhadap pelayanan yang mereka peroleh baik dalam akses maupun mutu pelayanannya.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang “***IMPLEMENTASI REGULASI JAMINAN SOSIAL TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN BAGI WARGA MISKIN DI KOTA SEMARANG***”.

## **1.2 Identifikasi Masalah dan Pembatasan Masalah**

### **1.2.1 Identifikasi Masalah**

Dari Latar belakang diatas penulis mengidentifikasi masalah sebagai berikut:

1. Angka kemiskinan yang masih tinggi berkorelasi dengan sulitnya akses kesehatan bagi masyarakat miskin.
2. Adanya perbedaan pelayanan kesehatan dalam menjangkau masyarakat miskin.
3. Perlu adanya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyelenggaraan pelayanan publik di bidang kesehatan bagi warga miskin.
4. Pelayanan kesehatan oleh rumah sakit masih berorientasi pada profit.
5. Tenaga medis pada beberapa Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang yang kurang professional.
6. Minimnya pasal yang mengatur tentang pelayanan kesehatan bagi warga miskin.
7. Perlu adanya regulasi yang secara khusus mengatur tentang pelayanan kesehatan bagi warga miskin.

### **1.2.2 Pembatasan Masalah**

Berdasarkan identifikasi masalah di atas, peneliti membatasi masalah yang menjadi bahan penelitian yaitu

1. Regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin,

2. Implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin,
3. Hambatan dalam implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin.

Dengan adanya pembatasan masalah ini diharapkan peneliti akan lebih fokus dalam mengkaji dan menelaah permasalahan yang ada dalam pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang yang menjadi objek penelitian.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Masalah-masalah penelitian dibuat untuk mengarahkan penelitian lebih terfokus, tidak kabur dan sesuai dengan tujuan penelitian. Permasalahan yang dibahas dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang ?
2. Bagaimana implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang ?
3. Bagaimana hambatan dalam implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang ?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mendeskripsikan regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan terhadap warga miskin di Kota Semarang.
2. Untuk menjelaskan mekanisme implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.
3. Untuk menemukan hambatan-hambatan dalam implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

### **1.5.1 Manfaat Teoritis**

#### ***1.5.1.1 Bagi Pemerintah***

Sebagai bahan masukan bagi pemerintah khususnya Dinas kesehatan Kota Semarang dalam mengambil kebijakan-kebijakan di bidang kesehatan khususnya dalam pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.

#### ***1.5.1.2 Bagi Peneliti***

Dengan melakukan penelitian ini, penulis dapat mengetahui tentang implementasi terhadap regulasi yang ada, faktor – faktor yg mempengaruhi dan peranan pemerintah dalam upaya melakukan pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.



## **1.5.2 Manfaat Praktis**

### ***1.5.2.1. Bagi Ilmu Pengetahuan***

Sebagai bahan pertimbangan untuk melakukan penelitian lebih lanjut khususnya di bidang kesehatan, Sebagai media pembelajaran metode penelitian hukum sehingga dapat menunjang kemampuan individu mahasiswa dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara dan Menambah sumber khasanah pengetahuan tentang pengelolaan dan penyelenggaraan dalam pemenuhan pelayanan kesehatan bagi warga miskin di kota Semarang bagi perpustakaan Universitas Negeri Semarang.

### ***1.5.2.2. Bagi Masyarakat***

Bagi Masyarakat menambah pengetahuan bagi masyarakat umum tanpa kecuali masyarakat miskin dalam memperoleh hak-haknya pada bidang kesehatan khususnya terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Teori Welfare state

Pengertian *welfare state* atau negara kesejahteraan tidak dapat dipisahkan dari konsep mengenai kesejahteraan (*welfare*) itu sendiri. Merujuk pada Spicker (1995), Midgley, Tracy dan Livermore (2000), Thompson (2005), dan Suharto (2006), pengertian kesejahteraan sedikitnya mengandung 4 makna: sebagai kondisi sejahtera (*well being*); sebagai pelayanan sosial; sebagai tunjangan sosial; dan sebagai proses terencana yang dilakukan oleh perorangan, lembaga-lembaga sosial, masyarakat maupun badan-badan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kehidupan melalui pemberian pelayanan sosial dan tunjangan sosial. Menurut sejarahnya, konsep *welfare state* merupakan sebuah solusi kebijakan yang bersifat *top-down* terhadap permasalahan jaminan sosial dalam konteks sistem ekonomi kapitalis, dimana upah buruh dipengaruhi oleh kondisi pasar serta dihadapkan pada persoalan yang berada di luar kendali pekerja. Perubahan dari ekonomi perdesaan ke ekonomi berdasarkan upah buruh menciptakan ketidakamanan dalam hidup. Oleh sebab itu perlu ada penyediaan jaminan hidup, terutama pada sector pendidikan dan kesehatan. Menurut Barr (1987) menyatakan bahwa:

*The concept of the welfare state ... defies precise definition. ... First, the state is not the only source of welfare. Most people find support*

*through the labour market for most of their lives. ... Individuals can secure their own well-being through private insurance; and private charities, family and friends also provide welfare. Second it does not follow that if a service is financed by the state it must necessarily be publicly produced. ... Welfare is thus a mosaic, with diversity both in its source and in the manner of its delivery. ... [T]he term 'welfare state' can ... be thought of 'as a shorthand for the state's role in education, health, housing, poor relief, social insurance and other social services'.*

Dengan demikian negara kesejahteraan merujuk pada sebuah model pembangunan yang difokuskan pada peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui pemberian peran yang lebih penting kepada Negara dalam memberikan pelayanan sosial kepada warganya.

Seperti halnya pendekatan pembangunan lainnya, sistem Negara kesejahteraan tidaklah homogen dan statis. Ia beragam dan mengikuti perkembangan dan tuntutan peradaban. Titmus (1958) membagi *welfare state* menjadi dua model umum, yaitu tipe residual dan tipe universal. Sedangkan Esping-Andersen (1990) mengklasifikasikan menjadi tiga tipe berdasarkan kaitannya dengan kepentingan elite berkuasa dan/atau kelaskelas sosial, yaitu tipe konservatif atau korporatis atau Bismarckian, tipe liberal, dan tipe sosialis demokratik. Paling tidak terdapat empat model negara kesejahteraan yang ada, yakni:

1. Model universal atau *The Scandinavian Welfare States*, dimana pelayanan sosial diberikan oleh negara secara merata kepada seluruh penduduknya, baik kaya maupun miskin. Negara yang menerapkan model ini adalah Swedia, Norwegia, Denmark, dan Finlandia.

2. Model korporasi atau *Work Merit Welfare States*, dimana mirip dengan model universal namun kontribusi terhadap berbagai skema jaminan sosial berasal dari tiga pihak, yakni pemerintah, dunia usaha, dan pekerja (buruh). Pelayanan sosial yang diselenggarakan oleh Negara diberikan terutama kepada mereka yang bekerja atau mampu memberikan kontribusi melalui skema asuransi sosial. Model yang dianut oleh Jerman dan Austria ini sering disebut sebagai model Bismarck, karena idenya pertama kali dikembangkan oleh Otto von Bismarck.

Model residual, dimana pelayanan sosial, khususnya dalam hal kebutuhan dasar diberikan terutama kepada kelompok-kelompok yang kurang beruntung (*disadvantage groups*), seperti orang miskin, penganggur, penyandang cacat, orang lanjut usia yang tidak kaya, dan sebagainya. Ada tiga elemen dalam model ini di Inggris: (a) jaminan standar minimum, termasuk pendapatan minimum; (b) perlindungan sosial pada saat munculnya resiko-resiko; dan (c) pemberian pelayanan sebaik mungkin. Model ini mirip dengan model universal yang memberikan pelayanan sosial berdasarkan hak warga negara dan memiliki cakupan luas. Namun jumlah tanggungan dan pelayanan relatif lebih kecil dan berjangk pendek. Perlindungan sosial dan pelayanan sosial diberikan secara ketat, temporer dan efisien. Model ini dianut oleh negara-negara Anglo-Saxon meliputi Inggris, Amerika Serikat, Australia, dan Selandia Baru.

4. Model minimal, ditandai oleh pengeluaran pemerintah untuk pembangunan sosial yang sangat kecil. Program kesejahteraan dan jaminan sosial diberikan secara sporadis, parsial dan minimal dan umumnya hanya diberikan kepada pegawai negeri,

anggota militer dan pegawai swasta yang mampu membayar premi. Model ini umumnya diterapkan di negara-negara Latin, seperti Spanyol, Italia, Chile, dan Brazil, dan negara-negara Asia, seperti Korea Selatan, Filipina, Srilanka, dan Indonesia.

Selain itu, didasarkan pada pembangunan ekonomi dan pembangunan sosial terdapat empat bentuk negara kesejahteraan, yakni:

1. Negara sejahtera, yakni negara yang memiliki pembangunan ekonomi tinggi dan pembangunan sosial yang tinggi pula. Negara yang menerapkan prinsip ini adalah negara-negara Skandinavia dan Eropa Barat yang menerapkan model kesejahteraan universal dan korporasi.
2. Negara baik hati, yakni negara yang memiliki pembangunan ekonomi relatif rendah, namun mereka tetap melakukan investasi sosial.
3. Negara pelit, yakni negara yang memiliki pembangunan ekonomi tinggi, namun pembangunan sosialnya rendah. Contoh negara yang termasuk kategori ini adalah Jepang dan Amerika Serikat.
4. Negara lemah, yakni negara yang pembangunan ekonomi dan pembangunan sosialnya rendah. Indonesia, Kamboja, Laos, dan Vietnam termasuk dalam kategori ini.

Kebijakan Sosial dan Pelayanan Publik, konsep negara kesejahteraan tidak hanya mencakup penjelasan mengenai sebuah cara pengorganisasian kesejahteraan (*welfare*) atau pelayanan sosial (*social services*), melainkan juga sebuah konsep normative atau sistem pendekatan ideal yang menekankan bahwa setiap orang harus

memperoleh pelayanan sosial sebagai haknya. Oleh karena itu Negara kesejahteraan sangat erat kaitannya dengan kebijakan sosial (*social policy*) yang mencakup strategi dan upaya-upaya pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan warganya, terutama melalui perlindungan sosial (*social protection*) yang berupa jaminan sosial (baik berbentuk bantuan sosial dan asuransi sosial), maupun jaring pengaman sosial (*social safety nets*). Menurut Mkandawire (2006) kebijakan sosial (*social policy*) sebagai intervensi negara yang secara langsung berdampak pada kesejahteraan sosial, lembaga-lembaga sosial dan hubungan-hubungan sosial.<sup>14</sup> Adapun elemen kebijakan sosial berupa pelayanan pendidikan dan kesehatan, subsidi, jaminan sosial dan pensiun, kebijakan ketenagakerjaan, reformasi agraria, sistem pajak progresif, dan kebijakan-kebijakan sosial lainnya. Di negara-negara yang menganut *welfare state*, negara harus melayani masyarakatnya dengan memberikan pelayanan publik seperti pendidikan, perumahan, dan pelayanan sosial lainnya. Orang memiliki akses untuk pendidikan dengan gratis, pelayanan kesehatan dengan kualitas bagus, perumahan yang disediakan negara, serta transportasi publik yang nyaman dan terjangkau oleh masyarakat. Hal ini didasarkan pada asumsi dasar mengenai ide *welfare state* sebagai berikut:

*The welfare state is linked to the idea of equality in that, in broad terms, it aims to secure a basic level of equal well-being for all citizens. In many cases it is also seen as one of the basic requirements of social justice, at least from the perspective of needs theorists. Nevertheless, there is a sense in which welfare is a narrower concept than either equality or social justice. Whereas theories of social justice usually relate to how the whole cake of society's resources is distributed,*

Terhadap praktik pelayanan publik tidak terlepas dari praktik administrasi publik yang diaplikasikan di banyak negara. Pelayanan public merupakan salah satu tujuan penting dari administrasi publik yang meliputi penyelenggaraan *public services, public affairs (public interests and public needs)* dan *distribution of public service equally*. Menurut Janetv Denhardt dan Robert Denhardt, terdapat tiga perspektif mengenai administrasi publik, yakni perspektif *old public administration, new publicmanagement*, dan *new public service*.

Terkait dengan kinerja pelayanan publik tidak dapat dilepaskan dari unsur pelaksana di dalamnya, yakni birokrasi. Konsep birokrasi modern dan rasional yang dianut banyak negara maju selama ini tidak dapat dilepaskan dari gagasan Weber. Weber memandang birokrasi sebagai sebuah organisasi yang hirarkis, dimana pegawai pemerintah berkewajiban melaksanakan tugas yang berkaitan dengan urusan-urusan publik. Sebagai sebuah lembaga, birokrasi juga melaksanakan fungsi dan kewajiban pemerintahan. Idealnya birokrasi memfokuskan tugasnya pada pelayanan pada masyarakat. Sasaran peningkatan aparatur negara yang professional dan mampu memberikan kualitas pelayanan publik merupakan unsur yang amat penting dalam memperbaiki kualitas pelayanan publik. Dalam hal ini ada beberapa program yang perlu dilakukan untuk mendukung pencapaian sasaran tersebut. *Pertama*, aparat negara harus memiliki basis dukungan. perundang-undangan yang kuat agar seorang aparatur negara bisa melakukan diskresi dalam membuat kebijakan dan memberikan pelayanan publik. *Kedua*, mengembangkan konsep dan praktik akuntabilitas berbasis output dan kinerja bagi aparat birokrasi publik dan

penerapannya oleh aparat pengawas. *Ketiga*, pengembangan *code of conduct* bagi aparatur negara sebagai basis tindakan sebagai pelayan publik. *Keempat*, pengembangan sistem rekrutmen aparatur birokrasi yang lebih terbuka, kompetitif dan berbasis kompetensi. *Kelima*, mengembangkan budaya pelayanan yang lebih manusiawi dengan mengenalkan konsep *publicservant*, sekaligus menghilangkan budaya *pangreh praja* dan meluruskan budaya *pamong praja*.

Di sisi lain, pelaksanaan *welfare state* tidak melulu menjadi urusan negara. Sebagai sebuah sistem, praktik *welfare state* juga melibatkan unsure *civil society*, organisasi-organisasi sukarela (*voluntary groups*), dan perusahaan swasta. Konsep yang dikembangkan adalah *welfare pluralism*, dimana jenis-jenis pelayanan dan sistem pengorganisasiannya dapat dilakukan secara terdesentralisasi sesuai dengan karakteristik masyarakat. Contoh penerapannya seperti yang berlangsung di Denmark, dimana proses pembentukan sebuah *welfare state* sudah berlangsung selama dua abad lebih.

Menurut *Dual Model*, fungsi pembiayaan dan penyediaan layanan menjadi tanggung jawab pemerintah dan organisasi -organisasi sosial, namun keduanya memiliki ruang lingkup yang terpisah. Dalam *Collaborative Model*, pemerintah dan organisasi-organisasi sosial bekerja bersama, namun untuk pembiayaan biasanya dilakukan oleh pemerintah sedangkan organisasi-organisasi untuk pelaksana penyediaan layanan. Untuk *Government Dominant Model*, bahwa pembiayaan dan penyediaan layanan menjadi tanggung jawab sepenuhnya pemerintah. Kondisi sebaliknya pada *Third Sector Dominant Model*, dimana pembiayaan dan penyediaan



layanan menjadi tanggung jawab organisasi-organisasi social sepenuhnya. Dengan demikian pelaksanaan *welfare state* dapat dilakukan tanpa harus memperbanyak lembaga-lembaga negara yang pada akhirnya kebijakan dan kegiatan yang dilakukan tidak menunjukkan arah terwujudnya *welfare state*.

## 2.2 Jaminan Sosial

“Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara guna menjamin warganegaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948 dan konvensi ILO No.102 tahun 1952”.(dalam Wikipedia.com)

Utamanya adalah sebuah bidang dari kesejahteraan sosial yang memperhatikan perlindungan sosial, atau perlindungan terhadap kondisi yang diketahui sosial, termasuk kemiskinan, usia lanjut, kecacatan, pengangguran, keluarga dan anak-anak, dan lain-lain. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh Pemerintah, diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2008 dan merupakan perubahan dari Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin /JPKMM atau lebih dikenal dengan program Askeskin yang diselenggarakan pada tahun 2005-2007. Perubahan mendasar penyelenggaraan dari Program Askeskin ke Program Jamkesmas didasari atas pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akutabilitas penyelenggaraan program.

Perubahan meliputi:

1. Pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara
2. Penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit
3. Penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit
4. Pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota, serta
5. Penugasan PT Askes (Persero) untuk melaksanakan pengelolaan kepesertaan Program Jamkesmas sebagai kelanjutan dari Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin atau dikenal Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) diselenggarakan sejak Agenda 100 Hari Pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu untuk mengatasi hambatan dan kendala akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan dan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin. Kebijakan Jamkesmas/Askeskin dilaksanakan untuk memenuhi hak dasar setiap individu/semua warga negara termasuk masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Kebijakan ini merujuk pada Deklarasi Universal Hak Azasi Manusia oleh Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) Tahun 1948 dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada Pasal 28 H. Lebih lanjut, Program Jamkesmas diselenggarakan untuk:

1. Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas kesehatan yang melaksanakan program Jamkesmas.

2. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar dan terkendali mutu dan biayanya.
3. Terselenggaranya pengelolaan keuangan Negara yang transparan dan akuntabel.

Kebijakan Jamkesmas/Askeskin diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu selama masa transisi pelaksanaan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). Selanjutnya, penyelenggaraan akan diserahkan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sesuai Undang-Undang SJSN. Salah satu poin penting dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) adalah tentang pelayanan kesehatan.

### **2.3 Teori Pelayanan Publik**

Pelayanan publik sebagai produk dari orientasi pemikiran administrasi pembangunan, dan administrasi pembangunan sebagai orientasi baru dari reformasi administrasi negara maka muncul pertanyaan, adakah teori khusus yang berkaitan dengan pelayanan publik.

Gerald Caiden (1986) sebagai seorang pakar administrasi negara pernah menyindir tentang keberadaan teori administrasi negara ini. Menurut Caiden, administrasi negara itu terlalubanyak teori, tetapi tidak terdapat satu teori pun yang dapat diberlakukan secara umum dari administrasi negara. Hal yang bernada sama pernah disampaikan pula oleh Fred.W Riggs (1964) dan Ferrel Heady (1966)

yang mempertanyakan perihal isi dan kecenderungan dari teori administrasi negara yang dianggapnya tidak jelas metodologinya.

Dipihak lain, dalam beberapa literatur pelayanan publik lebih dikenal sebagai tatanan konsep daripada tatanan teori (Thoha,1992; Munafe,1966; Djumara,1994; Hardjosoekarso, Kristiadi dan Saragih,1994). Oleh karena itu istilah pelayanan publik disebut juga dengan istilah pelayanan kepada orang banyak(masyarakat),pelayanan sosial,pelayanan umum dan pelayanan prima. Pernyataan semacam ini sekaligus menambah adanya kerancuan ontologis (apa, mengapa), epistemologis (bagaimana) dan aksiologis (untuk apa) dalam memperbincangkan teori yang berkaitan dengan pelayanan publik.

Secara ideal, persyaratan teori administrasi yang menyangkut pelayanan publik antara lain :

1. Harus mampu menyatakan sesuatu yang berarti dan bermakna yang dapat diterapkan pada situasi kehidupan nyata dalam masyarakat (konteksual)
2. Harus mampu menyajikan suatu perspektif kedepan
3. Harus dapat mendorong lahirnya cara-cara atau metode baru dalam situasi dan kondisi yang berbeda
4. Teori administrasi yang sudah ada harus dapat merupakan dasar untuk mengembangkan teori administrasi lainnya, khususnya pelayanan publik
5. Harus dapat membantu pemakainya untuk menjelaskan dan meramalkan fenomena yang dihadapi
6. Bersifat multi disipliner dan multi dimensional (komprehensif)

Berpedoman dari persyaratan diatas, maka Ferrel Heady (1966) menyarankan adanya :

- a. Tindakan modifikasi terhadap teori administrasi negara klasik/ tradisional
- b. Perubahan isi dari teori administrasi yang lebih diorientasikan kepada kepentingan pembangunan
- c. Melakukan redefinisi secara umum terhadap sistem dan model-model pengembangan
- d. Menemukan perumusan baru teori administrasi yang bersifat middle range theory.

Adapun Fred. W Riggs (1964) menyarankan adanya pergeseran pendekatan metodologi penelitian administrasi (khususnya yang berkaitan dengan pengamatan fenomena pelayanan publik) dari :

- (1) Pendekatan normatif ke pendekatan empiris
- (2) Pendekatan ideografik ke pendekatan nomotetik
- (3) Pendekatan struktural ke pendekatan ekologi, dan
- (4) Pendekatan behavior ke pendekatan post-behavior (pendekatan analogi).

Apabila hal-hal tersebut dapat dilakukan, maka diharapkan studi administrasi negara:

- (a) Mampu menciptakan konsep dan teori-teori baru yang dapat menerobos batas-batas kebudayaan,
- (b) Mampu membandingkan ketentuan-ketentuan formal, hukum-hukum dan peraturan-peraturan yang ada sebagai landasan perumusan keputusan dan kebijaksanaan (pelayanan publik),

(c) Mampu bertindak sesuai dengan kajian fakta dan data lapangan.

Kesimpulan sementara yang dapat diambil apabila administrasi negara ingin menemukan identitas teori-teori yang berkaitan dengan pelayanan publik, maka perlu adanya kegiatan studi komparatif administrasi negara dalam bidang pelayanan publik dan meningkatkan kegiatan penelitian atau riset lapangan yang berkaitan dengan proses perumusan kebijakan pelayanan publik, proses implementasi pelayanan publik dan evaluasi produk pelayanan publik.

Budaya birokrasi pelayanan publik, Ada asumsi menarik yang dipertanyakan, Apakah budaya organisasi birokrasi mempengaruhi proses pelayanan publik, ataukah tradisi pelayanan publik akan mempengaruhi dan menciptakan budaya organisasi birokrasi. Jika yang pertama muncul maka akan terjadi stagnasi dan kekuatan status quo dalam organisasi birokrasi tetapi jika yang kedua muncul maka akan tercipta perubahan dan pengembangan organisasi birokrasi yang dinamis.

Budaya organisasi (birokrasi) merupakan kesepakatan bersama tentang nilai-nilai bersama dalam kehidupan organisasi dan mengikat semua orang dalam organisasi yang bersangkutan (Sondang P. Siagian, 1995). Oleh karena itu budaya organisasi birokrasi akan menentukan apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh para anggota organisasi; menentukan batas-batas normatif perilaku anggota organisasi; menentukan sifat dan bentuk-bentuk pengendalian dan pengawasan organisasi; menentukan gaya manajemen yang dapat diterima oleh para anggota organisasi; menentukan cara-cara kerja yang tepat, dan sebagainya. Secara

spesifik peran penting yang dimainkan oleh budaya organisasi (birokrasi) adalah membantu menciptakan rasa memiliki terhadap organisasi; menciptakan jati diri para anggota organisasi; menciptakan keterikatan emosional antara organisasi dan pekerja yang terlibat didalamnya; membantu menciptakan stabilitas organisasi sebagai sistem sosial; dan menemukan pola pedoman perilaku sebagai hasil dari norma-norma kebiasaan yang terbentuk dalam keseharian.

## 2.4 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Definisi pelayanan kesehatan menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Sedangkan menurut Levey dan Loomba (1973), Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/ secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Definisi pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Sesuai dengan batasan seperti di atas, mudah dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang

ditemukan banyak macamnya. Karena semuanya ini ditentukan oleh (Notoatmodjo, Soekidjo.2010: 51) :

- a. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
- b. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1. Pelayanan kedokteran : Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat : Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan



meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat. (Wikipedia.com)

Dalam pelayanan kesehatan/*health care*, terdapat dua kelompok yang perlu dibedakan, yaitu (Azwar, Azul.1996: 25):

1. Health Receivers, yaitu penerimaan layanan kesehatan, termasuk kelompok ini pasien yaitu orang sakit, mereka yang ingin memelihara dan mengingatkan kesehatan.
2. Health Provider, yaitu pemberi pelayanan kesehatan yaitu dokter dan tenaga bidang kesehatan lain.

Ilmu kesehatan dan pelayanan kesehatan merupakan air dan ikan diibaratkan tidak terpisahkan, sistem pelayanan kesehatan modern penuh dengan ilmu pengetahuan teknologi dokter yang serba canggih dan saling ketergantungan antar disiplin profesi, namun secara etis tetap diabadikan untuk kepentingan kemanusiaan.

## 2.5 Warga Miskin

Jared Bernstein dalam *All Together Now: Common Sense for a Fair Economy* (2006) mengatakan bahwa menolong orang miskin untuk memperoleh pendidikan yang baik dan layak merupakan jawaban maksimal untuk menurunkan tingkat kemiskinan suatu Negara, sudut pandang atau ideologi yang dianut (Darwin, 2005)

Kemiskinan adalah konsep yang abstrak yang dapat dijelaskan secara berbeda tergantung dari pengalaman, persepektif.

Kemiskinan adalah keadaan dimana terjadi ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan , pakaian , tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh kelangkaan alat pemenuh kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses terhadap pendidikan dan pekerjaan. Kemiskinan merupakan masalah global. Sebagian orang memahami istilah ini secara subyektif dan komparatif, sementara yang lainnya melihatnya dari segi moral dan evaluatif, dan yang lainnya lagi memahaminya dari sudut ilmiah yang telah mapan. (dalam Wikipedia.com)

Kemiskinan dipahami dalam berbagai cara. Pemahaman utamanya mencakup:

1. Gambaran kekurangan materi, yang biasanya mencakup kebutuhan pangan sehari-hari, sandang, perumahan, dan pelayanan kesehatan. Kemiskinan dalam arti ini dipahami sebagai situasi kelangkaan barang-barang dan pelayanan dasar.
2. Gambaran tentang kebutuhan sosial, termasuk keterkucilan sosial, ketergantungan, dan ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam masyarakat. Hal ini termasuk pendidikan dan informasi. Keterkucilan sosial biasanya dibedakan dari kemiskinan, karena hal ini mencakup masalah-masalah politik dan moral, dan tidak dibatasi pada bidang ekonomi.

3. Gambaran tentang kurangnya penghasilan dan kekayaan yang memadai. Makna "memadai" di sini sangat berbeda-beda melintasi bagian-bagian politik dan ekonomi di seluruh dunia. (dalam Wikipedia.com)

## 2.6 Hak-Hak Dasar dalam Kesehatan

Hak-hak dasar atau hak asasi manusia adalah hak-hak yang dimiliki manusia bukan karena diberikan kepadanya oleh masyarakat atau Negara, jadi bukan berdasarkan hukum positif yang berlaku, melainkan berdasarkan martabatnya sebagai manusia. Pada umumnya dikenal dua jenis hak asasi atau hak dasar manusia yaitu hak dasar sosial dan hak dasar individual.”Dua asas hukum yang melandasi hukum kesehatan yaitu *the right to health care* atau hak atas pelayanan kesehatan (bukan hak atas kesehatan) dan *the right of self determination* atau hak untuk menentukan nasib sendiri merupakan hak dasar atau hak primer di dalam bidang kesehatan”. (Wiradharma, Danny.2010 : 36). Yang disebut pertama umumnya dianggap merupakan hak dasar social sedangkan yang kedua merupakan hak dasar individual, meskipun batasan antara keduanya agak kabur. Hal ini disebabkan karena hak dasar individual atau hak menentukan nasib sendiri juga ada pada hak dasar social.

*The right to health care* akan menimbulkan hak individual lain yaitu *the right to medical care*. Dalam setiap Negara hak atas pelayanan kesehatan akan terwujud secara baik atau tidak, tergantung dari 4 faktor, yaitu (Wiradharma, Danny.2010 : 38) :

1. Sarana, misalnya Rumah sakit, Puskesmas atau Posyandu yang harus berfungsi baik dan berkesinambungan
2. Geografis, di mana sarana pelayanan kesehatan tersebut harus dapat dicapai dengan mudah dan tepat
3. Keuangan, yang apabila memerlukan biaya tinggi, akan menghambat terpenuhinya kebutuhan masyarakat atas pelayanan kesehatan sehingga perlu dipikirkan adanya suatu asuransi kesehatan.
4. Kualitas, baik kualitas sarana seperti berbagai klasifikasi Rumah Sakit , maupun kualitas tenaga kesehatan ,apakah tenaga medis atau para medis.

Jadi *the right of self determination* sebagai hak dasar atau hak primer individual merupakan sumber dari hak-hak individual, yaitu hak atas privasi dan hak atas tubuhnya sendiri.

Hak atas privasi sebagai hak sekunder dalam bidang kesehatan, akan melahirkan hak pasien yang menyangkut segala sesuatu mengenai keadaan diri atau badannya sendiri yang tidak ingin diketahui orang lain, kecuali dokter yang memeriksanya. Hak ini yang dikenal sebagai hak pasien atas rahasia kedokteran.

(Hanafiah, Jusuf.2009: 46)

Hak atas tubuhnya sendiri akan melahirkan hak-hak pasien yang lain, misalnya mengenai tindakan-tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap tubuhnya. Tindakan tersebut sebelum dilakukan harus mendapat persetujuan terlebih dahulu dan sebelumnya lagi, pasien harus sudah mengerti akan penjelasan yang diberikan oleh tenaga kesehatan tersebut.

## 2.7 Pertanggung Jawaban Hukum Rumah sakit

Kasus hukum kedokteran umumnya terjadi di Rumah Sakit dimana dokter bekerja. Rumah sakit merupakan suatu usaha yang pada pokoknya dapat dikelompokkan menjadi :

- a. Pelayanan medis dalam arti luas yang menyangkut kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- b. Pendidikan dan latihan tenaga medis/ paramedik
- c. Penelitian dan pengembangan ilmu kedokteran

Dengan terbitnya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dapat dilihat tugas dan fungsi Rumah Sakit dalam pasal 4 dan 5.

Tugas Rumah Sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Adapun yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan.

Sedangkan fungsi Rumah Sakit sesuai tugas di atas adalah :

- a. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standart pelayanan Rumah Sakit
- b. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis

- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia
- d. Menyelenggarakan pendidikan dan pengembangan serta penapisan teknologi kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu kesehatan

Berdasarkan pelayanan kesehatan yang diberikan, dibedakan menjadi Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum memberikan pelayanan kesehatan kepada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan Rumah Sakit Khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lain sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran.

Berdasarkan pengelolaannya, Rumah Sakit dibagi menjadi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Privat. Rumah Sakit Publik dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba, yaitu badan hukum yang sisa hasil usahanya tidak dibagikan kepada pemilik, melainkan digunakan untuk peningkatan pelayanan. Sementara itu, Rumah Sakit Privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

## **2.8 Hak-Hak Pasien dan Kewajibannya**

### **2.8.1. Hak Pasien**

Hak pasien sebenarnya merupakan hak yang asasi yang bersumber dari hak dasar individu dalam bidang kesehatan, the right of self determination. Hak-hak

asasi pasien, yaitu hak yang melekat pada diri manusia sebagai pasien.

(Guwandi, J.1981: 20). Berikut ini beberapa hak-hak pasien :

#### 1. Hak memilih dokter

Oleh karena terjadinya hubungan dokter-pasien terutama berlandaskan kepercayaan, maka umumnya pasien selalu memilih untuk berobat kepada dokter tertentu. Akan tetapi, hak untuk memilih dokter ini bersifat relative misalnya pada karyawan dari sebuah perusahaan yang telah mempunyai dokter perusahaan.

#### 2. Memilih sarana kesehatan

Pasien mempunyai hak memilih Rumah Sakit, biasanya pasien memilih yang mengutamakan pelayanan-perawatan yang baik, disamping kelengkapan peralatan medisnya. Meskipun demikian pasien biasanya lebih memilih dokter yang akan merawatnya dibandingkan Rumah Sakit dengan segala kelengkapannya.

#### 3. Hak menolak perawatan/pengobatan.

Karena menghormati hak pasien, dokter tidak boleh memaksa orang yang menolak untuk diobati kecuali bila hal tersebut akan mengganggu kepentingan umum.

#### 4. Hak menolak tindakan medis tertentu.

Apabila pasien menolak suatu tindakan medis yang diperlakukan dalam rangka diagnosis atau terapi, meskipun dokter telah memberikan penjelasan selengkapanya sebelumnya dokter itu tidak boleh

melakukannya. Ada baiknya pasien diminta memuat pernyataan penolakan tindakan medis tersebut.

5. Hak menghentikan pengobatan/perawatan.

Alasan penghentian pengobatan/perawatan bisa karena kesulitan ekonomi atau menganggap hal tersebut tidak ada gunanya lagi untuk proses penyembuhan.

6. Hak atas second opinion

Pasien mempunyai hak untuk mendapatkan penjelasan dari dokter lain mengenai penyakitnya dan hal ini idealnya dilakukan dengan sepengetahuan dokter pertama yang merawatnya.

7. Hak rekam medis

Ketentuan hukum menyatakan bahwa berkas rekam medis merupakan milik Rumah Sakit sedangkan data informasi/isinya adalah milik pasien. Oleh karena itu pasien berhak untuk mengetahui atau memeriksa rekam medis tersebut atau membuat fotokopinya akan tetapi ada bagian-bagian tertentu bukan milik pasien :

- a. Personal note, yaitu catatan pribadi dokter.
- b. Catatan tentang orang ketiga, misalnya anamnesis langsung tentang penyakit-penyakit yang kemungkinan terdapat pada sanak saudara keluarga pasien.



## 8.Hak beribadat

Setiap pasien berhak untuk beribadat sejauh hal itu memungkinkan menurut keadaan penyakitnya dan tidak mengganggu pasien atau pengunjung Rumah sakit lain.

### 2.8.2.Kewajiban pasien

Pasien atau keluarganya mempunyai kewajiban-kewajiban yang harus dilakukan untuk kesembuhannya dan sebagai imbalan dari hak-hak yang diperolehnya. Kewajiban tersebut bisa dikelompokkan menjadi kewajiban terhadap :

#### A.Dokter

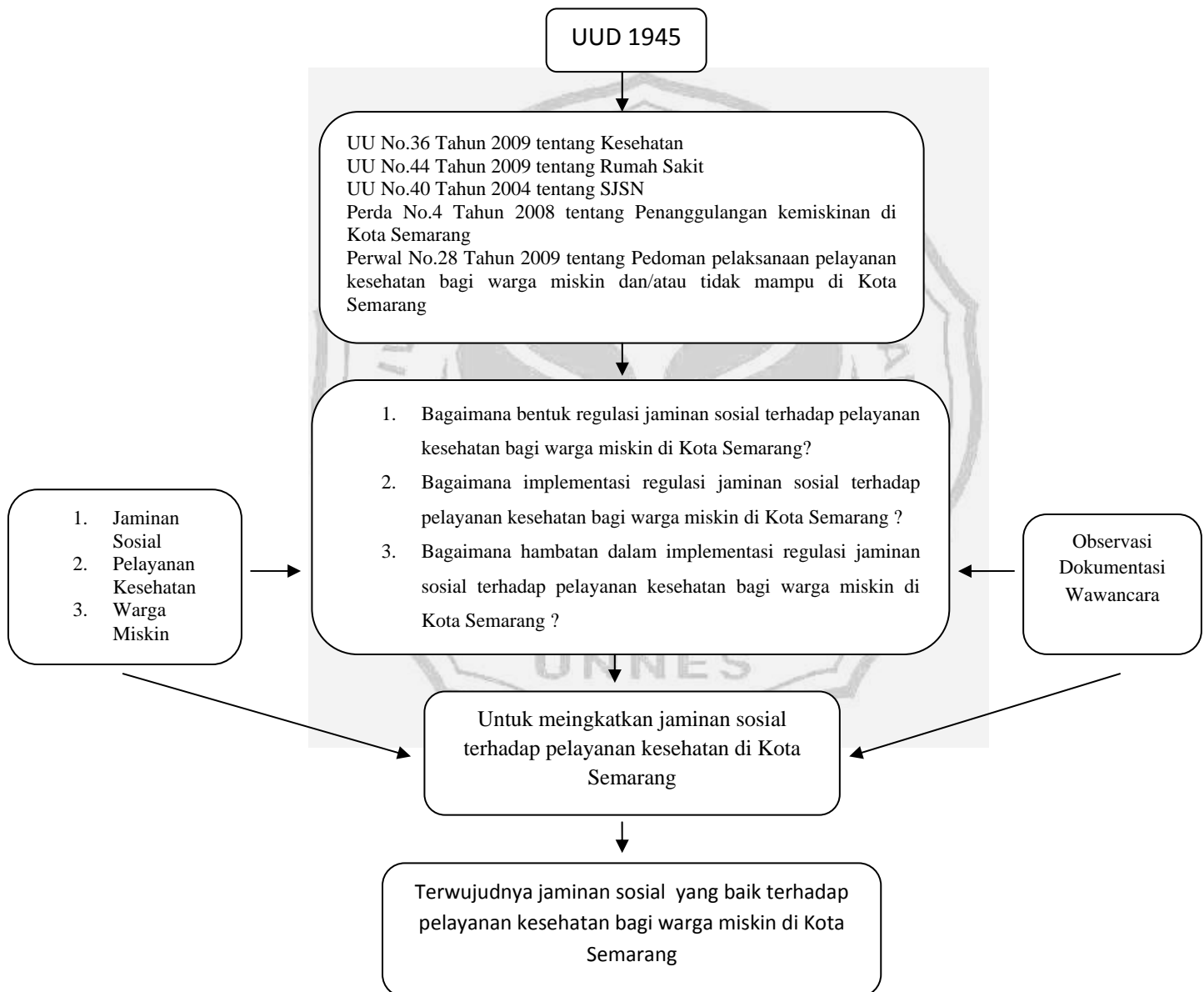
1. Memberikan informasi, berupa anamnesis mengenai keluhan utama, keluhan tambahan, riwayat penyakit. Juga kerjasama pasien diperlukan pada waktu dokter memerlukan pemeriksaan fisik .
2. Mengikuti petunjuk atau nasihat untuk mempercepat proses kesembuhan.
3. Memberikan honorarium

#### B.Rumah Sakit

1. Mentaati peraturan Rumah Sakit yang pada dasarnya dibuat dalam rangka menunjang upaya penyembuhan pasien-pasien yang dirawat.
2. Melunasi biaya perawatan.

## 2.9 Kerangka Berpikir

Secara umum kerangka berpikir yang hendak di bangun dalam penelitian ini dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:



### ***2.9.1.1 Input (Data Penelitian)***

Undang-Undang Dasar 1945 terdapat pada Pasal 28 H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (3), Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008 tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang, Peraturan Walikota No.28 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin dan/atau Tidak Mampu Di Kota Semarang.

### ***2.9.1.2 Proses (Proses)***

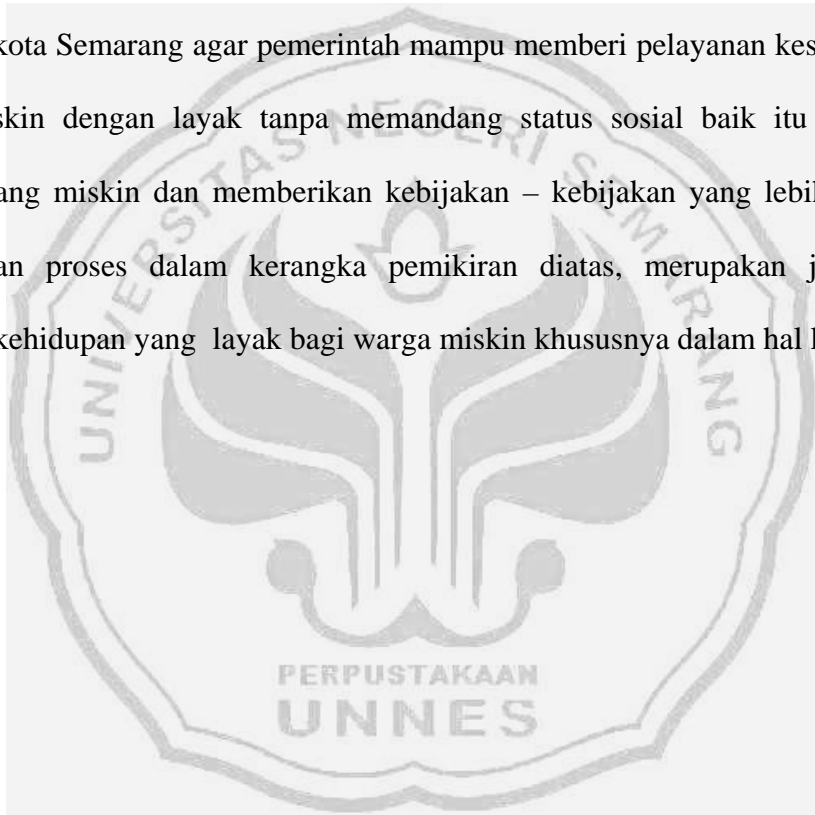
Dasar- dasar hukum tersebut yang akan menjadi landasan dalam penulisan skripsi yang membahas mengenai jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di kota Semarang. Fokus penelitian ini tentang permasalahan yaitu mengenai penerapan kebijakan dan jaminan Pemerintah Kota Semarang dalam jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di kota Semarang. Masalah- masalah tersebut akan diolah dengan metode kualitatif dengan pendekatan Yuridis Sosiologis dan peneliti menggunakan metodologi wawancara, observasi, dan dokumentasi. Dilandasi dengan teori- teori, penulis menggunakan 3 teori yaitu teori jaminan sosial, pelayanan kesehatan dan kemiskinan yang tersebut didalam bagan diatas.

#### **2.9.1.3 Output (Tujuan)**

Mengetahui implementasi dan upaya pemerintah kota Semarang dalam pemenuhan jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di kota Semarang.

#### **2.9.1.4 Outcome (Manfaat)**

Pemecahan berbagai masalah yang timbul dari pelayanan kesehatan bagi warga miskin di kota Semarang agar pemerintah mampu memberi pelayanan kesehatan bagi warga miskin dengan layak tanpa memandang status sosial baik itu yang kaya maupun yang miskin dan memberikan kebijakan – kebijakan yang lebih baik lagi. Keseluruhan proses dalam kerangka pemikiran diatas, merupakan jalan untuk mencapai kehidupan yang layak bagi warga miskin khususnya dalam hal kesehatan.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Pendekatan Penelitian**

Penelitian adalah suatu kegiatan yang ilmiah yang berkaitan dengan analisa dan kondisi yang dilakukan secara metodologi, sistematis dan konsisten. Metodologi berarti sesuai dengan metode atau cara tertentu, sistematis berarti berdasarkan system, sedangkan konsisten berdasarkan tidak adanya hal-hal yang bertentangan dengan suatu kerangka tertentu (Soerjono Soekanto, 2007:42).

Metode disini diartikan sebagai suatu cara atau teknis yang dilakukan dalam proses penelitian. Sedangkan penelitian itu sendiri diartikan sebagai sebagai upaya dalam bidang ilmu pengetahuan yang dijalankan untuk memperoleh fakta-fakta dan prinsip-prinsip dengan sabar, hati-hati dan sistematis untuk mewujudkan kebenaran.

Metode penelitian merupakan cara yang harus dilalui dalam suatu proses penelitian. “Penelitian sendiri adalah tiap usaha untuk mencari pengetahuan (ilmiah) baru menurut prosedur yang sistematis dan terkontrol melalui data empiris (pengalaman), yang artinya dapat beberapa kali diuji dengan hasil yang sama” (Rianto Adi, 2010:2).

Penelitian menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi kedua (1991) adalah : “penelitian adalah pemeriksaan yang teliti; penyelidikan; atau kegiatan pengumpulan, pengolahan, analisis, dan penyajian data yang dilakukan secara

sistematis dan objektif untuk memecahkan suatu persoalan atau menguji suatu hipotesis untuk mengembangkan prinsip-prinsip umum”.

“Penelitian adalah berpikir secara sistematis mengenai jenis-jenis persoalan yang untuk pemecahannya diperlukan pengumpulan dan penafsiran fakta-fakta” (Koentjaraningrat dan Emmerson, 1983:265 dalam Rianto Adi, 2010:2) .

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif adalah sebuah penelitian yang berisikan pemahaman pemikiran, makna, cara pandang manusia mengenai gejala-gejala yang menjadi fokus penelitian. Karena pemahaman yang ingin dicapai dalam penelitian kualitatif, maka alat instrumen penelitiannya merupakan pedoman dan teknik mengumpulkan data (Burhan Ashshofa, 2010:57).

Metode penelitian digunakan penulis dengan maksud untuk memperoleh data yang lengkap dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Adapun metode penelitian yang akan penulis gunakan adalah Metode Kualitatif dengan pendekatan Yuridis Sosiologis. Metode ini didasarkan pada hal-hal sebagai berikut:

### **3.2 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah penelitian hukum kualitatif dengan menggunakan metode pendekatan Yuridis Sosiologis.

Penelitian hukum sosiologis atau empiris adalah penelitian hukum yang terdiri dari penelitian terhadap identifikasi hukum (tidak tertulis) dan penelitian

terhadap efektivitas hukum (Soerjono Soekanto, 1981:51 dalam Soejono dan Abdurrahman, 1999:55)

Menurut Rony Hanitijo Soemitro penelitian hukum sosiologis adalah penelitian hukum yang memperoleh data dari sumber data primer. (Soemitro, 1983:24 dalam Soejono dan Abdurrahman, 1999:56)

Penelitian hukum sosiologis atau *socio legal research* adalah penelitian hukum yang dilakukan dengan bantuan ilmu-ilmu sosial, penelitian di bidang hukum diperkaya dengan kemungkinan dipergunakan semua metode dan teknik yang lazim dipergunakan di dalam penelitian ilmu sosial. (Soerjono Soekanto dan Mamudji, 1985:15).

”Pendekatan kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang atau pelaku yang dapat diamati. Pendekatan ini diarahkan pada latar dan individu tersebut secara holistik utuh” (Moleong, 2000:5).

Pendekatan kualitatif dalam hal ini adalah “penelitian yang didasarkan pada upaya membangun pandangan mereka yang diteliti dengan lebih rinci, definisi ini lebih melihat perspektif *emik*/segala sesuatu dilihat berdasarkan kacamata orang yang diteliti” (Burhan Ashshofa, 2004:23).

Sifat dari penelitian ini adalah kausal komperatif yang dimana penelitian ini merupakan suatu penelitian yang pada umumnya bertujuan untuk mengetahui kemungkinan ada hubungan sebab akibat antar satu masalah yang ada dengan masalah lain dengan cara pengamatan, kemudian mencari kembali faktor-faktor yang

diduga menjadi penyebabnya, melalui pengumpulan data dengan melakukan perbandingan di antara data yang terkumpul melalui penelitian (Ali,2009:10).

Sesuai dengan dasar penelitian tersebut maka penelitian ini diharapkan mampu menciptakan atau menemukan konsep serta memecahkan atau menemukan permasalahan yang timbul dari implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang. Namun tidak terbatas pada penggambaran norma-norma hukum positif saja. Metode berfikir kritis juga digunakan untuk menelaah konsep-konsep positif tersebut dengan melihat fakta sosial yang ada.

### **3.3 Fokus Penelitian**

Pada dasarnya penelitian kualitatif tidak dimulai dari sesuatu yang kosong, tetapi dilakukan berdasarkan persepsi seseorang terhadap adanya masalah. Masalah dalam penelitian kualitatif bertumpu pada sesuatu fokus (Moleong, 2007:92).

Fokus penelitian menyatakan pokok permasalahan apa yang menjadi pusat perhatian dalam penelitian, dan dalam penelitian ini yang menjadi fokus penelitian adalah:

1. Regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.
2. Implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.



3. Hambatan dalam implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.

### **3.4 Lokasi Penelitian**

Untuk menunjang informasi tentang Implementasi Regulasi Jaminan Sosial Terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang, maka penulis memutuskan perlu dalam penelitian hukum dengan pendekatan yuridis sosiologis ini ditunjang dengan meneliti secara langsung ke instansi atau badan yang berwenang dengan masalah yang diteliti. Sehingga penulis memutuskan lokasi penelitian dalam menunjang keberhasilan penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kota Semarang serta Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi warga miskin.

### **3.5 Sumber Data**

Sumber data utama penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan yang selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain (Moleong, 2004:157). Sumber data merupakan masalah yang perlu diperhatikan dalam setiap penelitian ilmiah, agar diperoleh data yang lengkap, benar, dan dapat dipertanggungjawabkan. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

#### **3.5.1 Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya; diamati dan dicatat untuk pertama kalinya. Data tersebut menjadi data sekunder kalau

dipergunakan orang yang tidak berhubungan langsung dengan penelitian yang bersangkutan (Marzuki, 2002:55).

Data primer merupakan data yang bersumberkan dari informasi pihak-pihak yang berkaitan langsung dengan permasalahan atau objek penelitian. Sumber data primer adalah kata-kata pihak-pihak yang diwawancarai dan data ini merupakan sumber data utama. Sumber utama ini dicatat melalui catatan tertulis atau rekaman video/audio tape, pengambilan foto, atau film. Pencatatan sumber data utama melalui wawancara merupakan kegiatan penelitian ini agar mendapatkan informasi yang akurat. Informasi tersebut diperoleh melalui :

1. Informan

“Informan adalah sumber informasi untuk mengumpulkan data”(Burhan Ashshofa, 2010:22). Informan merupakan orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian (Moloeng, 2004:132). Informan yang dimaksud di sini adalah pihak-pihak yang dapat memberikan informasi yang terkait dengan permasalahan atau objek permasalahan atau objek penelitian mengenai implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.

2. Responden

“Responden adalah orang yang menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti, untuk tujuan peneliti itu sendiri” (Burhan Ashshofa, 2010:22). Responden dalam penelitian ini adalah Pegawai Dinas

Kesehatan Kota Semarang dan warga miskin selaku penerima pelayanan kesehatan.

### 3.5.2 Data Sekunder

Marzuki (2002:56) data sekunder adalah data yang bukan diusahakan sendiri dalam pengumpulannya oleh peneliti, misalnya dari biro statistik, majalah, keterangan-keterangan atau publikasi lainnya. Jadi data sekunder berasal dari tangan kedua, ketiga, dan seterusnya, artinya melewati satu atau lebih pihak yang bukan peneliti sendiri. Karena itu perlu adanya pemeriksaan ketelitian.

Data sekunder adalah data dari penelitian kepustakaan dimana dalam data sekunder terdiri dari 3 (tiga) bahan hukum, yaitu bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier, yaitu sebagai berikut:

#### 1. Bahan hukum primer

Bahan hukum primer adalah bahan hukum yang sifatnya mengikat karena dikeluarkan oleh pemerintah. Berupa peraturan perundang-undangan yang berlaku dan ada kaitannya dengan permasalahan yang dibahas, yaitu meliputi:

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- b. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- c. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

- d. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2008 Tentang SJSN.
- e. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008  
Tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang.
- f. Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009  
Tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi  
Warga Miskin dan/atau Tidak Mampu di Kota Semarang.

2. Bahan hukum sekunder

Bahan hukum sekunder adalah bahan hukum yang sifatnya menjelaskan bahan hukum primer, dimana bahan hukum sekunder dapat berupa buku, artikel, laporan penelitian, hasil karya sarjana meliputi skripsi, tesis dan disertasi serta literatur lain seperti website-website berkaitan dengan pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.

3. Bahan hukum tersier

Bahan hukum tersier adalah bahan hukum yang bersifat menunjang dan sebagai pelengkap bahan hukum primer dan bahan hukum tersier, yaitu berupa:

- 1. Kamus Hukum;
- 2. Kamus Besar Bahasa Indonesia.

### 3.6 Alat dan Teknik Pengumpulan Data

Alat-alat pengumpulan data, pada umumnya dikenal tiga jenis alat pengumpulan data, yaitu studi dokumen, studi bahan pustaka, pengamatan atau observasi, dan wawancara atau interview (Soerjono Soekanto, 2007:50). Berdasarkan pendekatan yang dipergunakan dalam memperoleh data, maka alat pengumpulan data yang dipergunakan penulis adalah :

#### 3.6.1 Studi Kepustakaan

Studi pustaka atau studi dokumen (*literature study*), melalui penelitian ini penulis akan berusaha mempelajari data yang sudah tertulis atau diolah oleh orang lain atau suatu lembaga atau dengan kata lain merupakan data yang sudah jadi. Studi dokumen atau studi pustaka ini dapat berupa surat-surat, catatan harian, laporan, dan sebagainya yang merupakan data berbentuk tulisan (dokumen) dalam arti sempit, dan meliputi monumen, foto, tape, dan sebagainya dalam arti luas (Koentjaraningrat, 1977:63 dalam Rianto Adi, 2010:61).

Studi kepustakaan adalah penelaahan bahan-bahan kepustakaan, dengan cara membaca dan mencatat literatur-literatur terkait. Studi kepustakaan digunakan untuk memperoleh data sekunder yaitu dengan membaca dan mencermati aturan-aturan hukum, dan buku-buku yang berkaitan dengan permasalahan, serta mempelajari literatur-literatur lainnya yang kemudian berdasarkan studi pustaka tersebut selanjutnya dapat diperoleh aturan-aturan hukum yang sesuai dalam mengatur permasalahan yang sedang di teliti.

### 3.6.2 Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan dengan cara mencatat dokumen atau arsip-arsip yang berkaitan dan dibutuhkan pada penelitian ini serta bertujuan untuk mencocokkan dan melengkapi data primer, dalam hal ini adalah yang berkaitan dengan implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang serta dokumen-dokumen lain yang berkaitan dengan objek penelitian ini.

### 3.6.3 Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti untuk mendapatkan keterangan-keterangan lisan melalui bercakap-cakap dan bertatap muka dengan orang yang dapat memberikan keterangan pada sipeneliti (Mardalis, 2010:64).

Wawancara adalah cara pengumpulan data dengan jalan tanya-jawab sepihak yang dikerjakan dengan sistematis dan berlandaskan kepada tujuan penelitian (Marzuki, 2002:62).

Wawancara merupakan salah satu metode pengumpulan data dengan jalan komunikasi, yakni melalui kontak atau hubungan pribadi antara pengumpul data (pewawancara) dengan sumber data atau responden (Rianto Adi, 2004:72).

Wawancara ini diadakan secara langsung kepada pihak-pihak yang terkait dalam penelitian yang dilakukan oleh penulis yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang selaku perwakilan Pemerintah Kota Semarang dan warga miskin selaku penerima layanan kesehatan serta para pihak yang berkompeten untuk menyampaikan informasi yang diperlukan kepada peneliti.

### 3.6.4 Observasi

Data untuk menjawab masalah penelitian dapat dilakukan dengan cara pengamatan atau observasi. Observasi adalah mengamati gejala yang diteliti dengan menggunakan panca indera manusia (penglihatan dan pendengaran) yang diperlukan untuk menangkap gejala yang diamati, kemudian dicatat dan selanjutnya dianalisis (Rianto Adi, 2004:70)

Observasi merupakan studi yang disengaja dan sistematis tentang gejala-gejala sosial dan gejala-gejala psikis dengan jalan pengamatan dan pencatatan (Burhan Ashsofa, 2010:23).

Observasi dalam arti sempit dapat diartikan sebagai pengamatan dan pencatatan dengan sistematis atas fenomena-fenomena yang diteliti. Dalam arti luas observasi sebenarnya tidak hanya terbatas kepada pengamatan yang dilakukan baik secara langsung maupun tidak langsung (Sutrisno Hadi, 2005:151).

Observasi ini dilakukan dengan cara melihat, mengamati dan mencatat segala hal yang berkaitan dengan implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang dengan pihak-pihak yang bersangkutan yang dalam hal ini adalah informan dan responden atau tokoh akademisi yang menjadi sumber data baik yang ada di lokasi penelitian maupun yang ada di luar lokasi penelitian sepanjang menyangkut dengan fokus penelitian.

### 3.7 Validasi Data

Dalam penelitian ini untuk menguji keabsahan data, peneliti menggunakan triangulasi sumber. Triangulasi sumber yang digunakan untuk membandingkan tidak keseluruhan, akan tetapi peneliti hanya membandingkan hasil wawancara dari pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan warga miskin yang memperoleh layanan kesehatan.

Keabsahan data diterapkan dalam rangka membuktikan temuan hasil lapangan dengan kenyataan yang diteliti di lapangan. Keabsahan data dilakukan dengan meneliti kredibilitasnya menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2004:330).

Ide Triangulasi bersumber dari ide tentang "*Multiple Operationism*" yang mengesankan bahwa kesahihan temuan-temuan dan tingkat konfidensinya akan dipertinggi oleh pemakaian lebih dari satu pendekatan untuk pengumpulan data (Brannen, 2005:88).

Peneliti melakukan perbandingan data yang telah diperoleh yaitu data primer di lapangan yang akan dibandingkan dengan data-data sekunder. Dengan demikian peneliti akan membandingkan antara data wawancara dengan data dokumen dan studi pustaka, sehingga kebenaran dari data yang diperoleh dapat dipercaya dan meyakinkan.



Dengan cara di atas, maka diperoleh hasil yang benar-benar dapat dipercaya keabsahannya karena triangulasi data di atas sesuai dengan penelitian yang bersifat kualitatif sebagaimana metode pendekatan skripsi ini.

Berdasarkan pada teori yang sudah ada setelah melakukan pendekatan personal, peneliti melakukan wawancara dengan pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang dan warga miskin yang memperoleh pelayanan kesehatan dengan menggunakan catatan kecil (*block note*) yang membantu peneliti dalam mendokumentasikan hasil wawancara. Setelah itu adanya pengecekan informasi yang diperoleh dari wawancara dengan dokumen yang terkait.

### **3.8 Analisis Data**

Analisis data penelitian ini menggunakan data kualitatif, yang dimaksud dengan analisis data kualitatif adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mempergunakan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain (Moleong. 2007:248).

Analisis data penelitian ini menggunakan data kualitatif model interaktif yang berlangsung terus-menerus dan berkelanjutan. Menurut Miles dan Huberman dalam Bungin (2007:144), analisis model interaktif melalui berbagai alur kegiatan melalui langkah-langkah sebagai berikut :

### 1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah mencari dan mengumpulkan data yang diperlukan yang dilakukan terhadap berbagai jenis dan bentuk data yang ada di lapangan kemudian data tersebut di catat. Pengumpulan data ini berkaitan dengan data penelitian yang ada di lapangan yaitu penelitian melakukan wawancara kepada pihak-pihak terkait.

### 2. Reduksi Data

Reduksi data adalah identifikasi satuan yaitu bagian terkecil yang ditemukan dalam data yang memiliki makna bila dikaitkan dengan fokus dan masalah penelitian, kemudian memberikan kode pada setiap satuan agar dapat ditelusuri datanya berasal dari sumber mana supaya dapat ditarik kesimpulannya (Moleong, 2004:288).

Dalam penelitian ini proses reduksi data dapat dilakukan dengan mengumpulkan data dari hasil wawancara kepada Dinas Kesehatan Kota Semarang, dokumen-dokumen dan berkas-berkas yang berkaitan dengan implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang, dan studi kepustakaan terhadap buku-buku, artikel-artikel, serta peraturan perundang-undangan, kemudian dipilih dan dikelompokkan berdasarkan kemiripan data.

### 3. Penyajian Data

Penyajian data adalah sekumpulan informasi yang tersusun dan dapat menarik suatu simpulan dalam pengambilan suatu penelitian.

Dalam penyajian data peneliti menggunakan tipologi masalah yaitu bentuk regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang, implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang, dan hambatan dalam implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang. Tipologi masalah tersebut disajikan dalam penyajian data dari hasil penelitian agar lebih mudah dalam mendeskripsikan pada penyajian pembahasan karena penelitian ini menggunakan metode pendekatan kualitatif, adapun caranya yaitu dengan menggunakan teknik wawancara, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan.

#### 4. Menarik Simpulan (Verifikasi)

Menarik sebuah simpulan yaitu suatu yang utuh, simpulan yang diverifikasikan selama penelitian berlangsung, simpulan final mungkin tidak muncul sampai pengumpulan data terakhir, tergantung pada besarnya kumpulan-kumpulan data yang berada di lapangan, penyimpanan, dan metode pencarian ulang yang digunakan untuk penelitian.

Penulis dalam penelitian ini akan menarik sebuah kesimpulan dari fokus permasalahan yang ada yaitu implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang dengan kenyataan yang terjadi di lapangan selama penulis meneliti.

### 3.9 Prosedur Penelitian

Penelitian ini terbagi menjadi empat tahap yaitu tahap perencanaan penelitian, penelitian di lapangan, analisis data, dan penyajian data. Pada saat perencanaan penelitian, peneliti mempersiapkan berbagai macam yang diperlukan sebelum peneliti terjun ke lapangan yaitu :

1. Pengajuan judul skripsi

Judul skripsi diajukan kepada Dewan Skripsi sesuai dengan jurusan yang diambil untuk mendapatkan Dosen pembimbing dan setelah itu disahkan oleh Dekan Fakultas Hukum.

2. Penyusunan proposal skripsi

Proposal merupakan langkah awal sebelum penelitian dilakukan, proposal merupakan suatu gambaran garis besar mengenai kelayakan suatu masalah untuk diteliti. Proposal ini diajukan kepada dosen pembimbing sampai disetujui dan disahkan oleh Dekan Fakultas Hukum.

3. Izin penelitian

Penelitian yang dilakukan merupakan suatu penelitian yang melibatkan berbagai komponen dan instansi-instansi pemerintah, sehingga harus mendapatkan izin secara tertulis. Izin penelitian ini diajukan kepada instansi terkait yang kemudian memberikan izin tertulis guna memberikan akses kepada peneliti untuk menggali informasi yang

diperlukan agar mendapatkan data-data yang konkrit tentang objek yang tertulis.

#### 4. Persiapan penelitian

Persiapan penelitian yang dilakukan oleh peneliti setelah mendapatkan izin tertulis adalah menyusun pedoman wawancara untuk di jawab informan serta responden. Setelah persiapan penelitian, peneliti terjun ke lapangan untuk mencari dan mengumpulkan informasi berupa data-data yang menjawab permasalahan yang telah difokuskan dalam penelitiannya. Dalam penelitian ini, peneliti juga harus bertindak sesuai etika yang berkaitan dengan tata cara penelitian di tempat-tempat penelitian.

### 3.10 Sistematika Penulisan Skripsi

Penulisan skripsi ini terdiri dari 3 (tiga) bagian yang mencakup 5 (lima) Bab yang disusun berdasarkan sistematika sebagai berikut:

#### 1. Bagian Pendahuluan Skripsi

Bagian pendahuluan skripsi ini terdiri dari judul, abstrak, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel (bila ada) dan daftar lampiran (bila ada).

#### 2. Bagian Isi Skripsi

##### a. Bab I Pendahuluan

Bab pendahuluan ini terdiri dari sub bab, yang dimulai

dengan latar belakang penelitian, identifikasi dan pembatasan masalah, maksud dan tujuan penelitian, manfaat penelitian, serta sistematika penulisan.

b. Bab II Kerangka Teoritik atau Telaah Pustaka

Dalam bab ini akan diuraikan mengenai teori-teori yang diharapkan mampu menjembatani atau mempermudah dalam memperoleh hasil penelitian.

c. Bab III Metode Penelitian

Dalam bab ini peneliti akan menjelaskan tentang metode yang digunakan meliputi metode pendekatan penelitian, metode pengolahan data, dan metode analisis data.

d. Bab IV Hasil Penelitian dan Pembahasan

Berisi tentang hasil penelitian yang meliputi gambaran umum penelitian dan pembahasan mengenai implementasi regulasi jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di kota Semarang

e. Bab V Penutup

Bab penutup ini berisikan tentang kesimpulan dan saran, peneliti akan mencoba menarik sebuah benang merah terhadap permasalahan yang diangkat.

3. Bagian Akhir Skripsi

Bagian akhir skripsi terdiri dari daftar pustaka dan lampiran-lampiran.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Gambaran Umum Kota Semarang**

Luas dan batas wilayah, Kota Semarang dengan luas wilayah 373,70 Km<sup>2</sup>. Secara administratif Kota Semarang terbagi menjadi 16 Kecamatan dan 177 Kelurahan. Dari 16 Kecamatan yang ada, terdapat 2 Kecamatan yang mempunyai wilayah terluas yaitu Kecamatan Mijen, dengan luas wilayah 57,55 Km<sup>2</sup> dan Kecamatan Gunungpati, dengan luas wilayah 54,11 Km<sup>2</sup>. Kedua Kecamatan tersebut terletak di bagian selatan yang merupakan wilayah perbukitan yang sebagian besar wilayahnya masih memiliki potensi pertanian dan perkebunan. Sedangkan kecamatan yang mempunyai luas terkecil adalah Kecamatan Semarang Selatan, dengan luas wilayah 5,93 Km<sup>2</sup> diikuti oleh Kecamatan Semarang Tengah, dengan luas wilayah 6,14 Km<sup>2</sup>.

Batas wilayah administratif Kota Semarang sebelah barat adalah Kabupaten Kendal, sebelah timur dengan Kabupaten Demak, sebelah selatan dengan Kabupaten Semarang dan sebelah utara dibatasi oleh Laut Jawa dengan panjang garis pantai mencapai 13,6 kilometer.

Didalam proses perkembangannya, Kota Semarang sangat dipengaruhi oleh keadaan alamnya yang membentuk suatu kota yang mempunyai ciri khas, yaitu Kota Pegunungan dan Kota Pantai. Di daerah pegunungan mempunyai ketinggian 90 - 359

meter di atas permukaan laut sedangkan di daerah dataran rendah mempunyai ketinggian 0,75 - 3,5 meter di atas permukaan laut.

Kota Semarang memiliki posisi geostrategis karena berada pada jalur lalu lintas ekonomi pulau Jawa, dan merupakan koridor pembangunan Jawa Tengah yang terdiri dari empat simpul pintu gerbang yakni koridor pantai Utara; koridor Selatan ke arah kota-kota dinamis seperti Kabupaten Magelang, Surakarta yang dikenal dengan koridor Merapi-Merbabu, koridor Timur ke arah Kabupaten Demak/ Grobogan; dan Barat menuju Kabupaten Kendal. Dalam perkembangan dan pertumbuhan Jawa Tengah, Semarang sangat berperan terutama dengan adanya pelabuhan, jaringan transport darat (jalur kereta api dan jalan) serta transport udara yang merupakan potensi bagi simpul transportasi Regional Jawa Tengah dan Kota Transit Regional Jawa Tengah. Posisi lain yang tak kalah pentingnya adalah kekuatan hubungan dengan luar Jawa, secara langsung sebagai pusat wilayah nasional bagian tengah.

Berdasarkan data statistik Kota Semarang penduduk Kota Semarang periode tahun 2005-2009 mengalami peningkatan rata-rata sebesar 1,4% per tahun. Pada tahun 2005 adalah 1.419.478 jiwa, sedangkan pada tahun 2009 sebesar 1.506.924 jiwa, yang terdiri dari 748.515 penduduk laki-laki, dan 758.409 penduduk perempuan.

Peningkatan jumlah penduduk tersebut dipengaruhi oleh jumlah kelahiran, kematian dan migrasi. Pada tahun 2005 jumlah kelahiran sebanyak 19.504 jiwa, jumlah kematian sebanyak 8.172 jiwa, penduduk yang datang sebanyak 38.910 jiwa dan penduduk yang pergi sebanyak 29.107 jiwa. Besarnya penduduk yang datang ke Kota



Semarang disebabkan daya tarik kota Semarang sebagai kota perdagangan, jasa, industri dan pendidikan.

Dengan besarnya penduduk yang ada, Kota Semarang tidak lepas dari kependudukan yang termasuk dalam kategori miskin. Berdasarkan Keputusan Walikota Nomor 400/451 Tahun 2011 jumlah warga miskin di Kota Semarang ditetapkan sejumlah 448.398 jiwa. Data kemiskinan tersebut meningkat sebesar 0.44% atau sebanyak 50.389 orang dibanding data yang dihimpun Bappeda pada 2009.

Tabel 4.1  
Data Warga Miskin Pengguna Layanan Jamkesmaskot, Jamkesmasda, dan Jamkesmas.

Periode (Tahun)	Jumlah Warga Miskin (Jiwa)	Jamkesmaskot dan/ Jamkesda (Jiwa)	Jamkesmas (Jiwa)
2011	448.398	141.698	306.700
2009	398.009	179.939	218.070

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Semarang

Jumlah warga miskin menunjukkan peningkatan karena daya tarik Kota Semarang sebagai Ibu Kota Provinsi Jawa Tengah. Dengan jumlah warga miskin yang ada Pemerintah Kota Semarang dengan Pemerintah Daerah Jawa Tengah dan Pemerintah Pusat bekerjasama dalam mengatasi pelayanan kesehatan bagi warga miskin yang ada dengan pembagian penanganan terhadap warga miskin. Penanganan pada program Jamkesmaskot dan Jamkesmasda dilakukan pembiayaan dengan sistem 60% oleh Pemerintah Kota Semarang dan 40% oleh Pemerintah Daerah Jawa tengah, dengan ketentuan melakukan pengobatan pada pemberi pelayanan kesehatan yang

telah ditunjuk. Hal ini sesuai dengan pernyataan Yuniar Estiningsih, SKM Staf seksi pemberdayaan dan pembiayaan yang mengatakan bahwa setiap warga miskin yang berobat ke 5 PPK yang ditunjuk dilakukan pembiayaan dengan sistem 60% pembiayaan dari Pemkot dan 40% pembiayaan dari Pemprov. (Wawancara Tanggal 5 Februari 2013)

## **4.2 Regulasi Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota**

### **Semarang**

Pertama sebelum membahas substansi mengenai bentuk regulasi terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang, harus dipahami terlebih dahulu tentang arti regulasi. Regulasi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah pengaturan. Regulasi di Indonesia diartikan sebagai sumber hukum formil berupa peraturan perundang-undangan yang memiliki beberapa unsur, yaitu merupakan suatu keputusan yang tertulis, dibentuk oleh lembaga negara atau pejabat yang berwenang, dan mengikat umum. Akan tetapi kata *regulasi* bukan asli dari bahasa Indonesia. Kata itu diserap dari bahasa Inggris, *regulation*. Selain diserap menjadi regulasi, dari kata *regulation* juga diturunkan menjadi kata-kata regulatif, regularisasi, reguler, dan regulator. Meskipun berasal dari kata yang sama, kata-kata tersebut memiliki arti dan penggunaan yang berbeda. Disini tidak akan dibahas lebih lanjut secara detail mengenai makna dari kata per kata tentang kata regulasi, namun disini hanya mencoba dijelaskan sebagai bentuk pemahaman terhadap arti regulasi.

#### **4.2.1.Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945**

Pembahasan mengenai regulasi tentu dilihat ataupun dikaji mulai pada dasar yang menjadi landasan utama pada setiap regulasi yang ada ,yakni Undang-Undang Dasar 1945. Sesuai dengan apa yang menjadi tujuan Negara Kesatuan Republik Indonesia yang tertuang dalam alinea ke-IV pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 yaitu :

Kemudian dari pada itu, untuk membentuk suatu Pemerintahan, Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum,mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu yang terbentuk dalam suatu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasarkan kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia, dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam permusyawaratan/ perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Dengan mendasarkan pada tujuan Negara diatas sudah dapat terlihat secara jelas dan nyata bahwa Negara berupaya melindungi segenap warga Negara termasuk didalamnya tentang kesehatan bagi warganya. Secara khusus pula Negara memiliki kewajiban untuk melindungi warganya yang tidak hanya diartikan sebagai suatu bentuk perlindungan tentang pertahanan dan keamanan saja, akan tetapi lebih mencakup pada segenap apa yang dibutuhkan.Dalam hal ini, kesehatan warga Negara diinterpretasikan termasuk kedalam keharusan yang perlu dilindungi oleh Negara khususnya bagi warga Negara yang tidak mampu. Kesehatan merupakan suatu pilar penting yang tidak dapat ditawar karena mencakup pada aspek keberlangsungan

seseorang tersebut. Pada alinea ke-IV ini juga perlu dicermati pada kalimat terakhir yang berbunyi :

“Mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”

Kalimat tersebut diartikan Negara juga mempunyai kewajiban yang sama dalam memperlakukan seluruh warga Negeranya. Secara lebih khusus tentang kesehatan yang semestinya diperoleh setiap warga Negeranya, perlu adanya perlakuan dalam perlindungan kesehatan tak terkecuali warga tidak mampu yang sama antara warga Negara yang satu dengan warga Negara yang lainnya.

Dalam konteks jaminan atas HAM, konstitusi memberikan arti penting tersendiri bagi terciptanya sebuah paradigma Negara hukum sebagai buah dari proses dialektika demokrasi yang telah berjalan secara amat panjang dalam lintasan sejarah peradaban manusia. Jaminan atas HAM meneguhkan pendirian bahwa Negara bertanggung jawab atas tegaknya supremasi hukum. Oleh karena itu, jaminan konstitusi atas HAM penting artinya bagi arah pelaksanaan ketatanegaraan sebuah Negara, sebagaimana ditegaskan oleh Sri Soemantri sebagai berikut (El-Muhtaj, Majda.2005:94) :

Adanya jaminan terhadap hak-hak dasar setiap warga Negara mengandung arti bahwa setiap penguasa dalam Negara tidak dapat dan tidak boleh bertindak sewenang-wenang kepada warga negaranya. Bahkan adanya hak-hak dasar itu juga mempunyai arti adanya keseimbangan dalam Negara, yaitu keseimbangan antara kekuasaan dalam Negara dan hak-hak dasar warga Negara.

Selanjutnya, dalam Undang-Undang Dasar 1945 sebagai bentuk interpretasi dari pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 diwujudkan dalam pasal yang memuat

tentang hak-hak yang menjadi hak dasar yang diperoleh oleh setiap warga Negara, yakni yang tercantum pada Pasal 28 H ayat (1) berbunyi :

Pasal 28 H

- (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pasal 28 H ayat (1) diatas yang merupakan suatu gambaran dimana pelayanan kesehatan menjadi hak pokok yang mesti diperoleh oleh setiap warga Negara tanpa mencederai amanat pembukaan Undang-Undang dasar 1945 yang mencerminkan keadilan untuk semua.

Secara jelas pula dikatakan bahwa sejatinya Negara harus menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang baik guna menunjang hak-hak setiap warganya. Ini mencerminkan pentingnya suatu pelayanan kesehatan yang baik yang diterima oleh seluruh warga Indonesia. Lebih lanjut lagi , perlu dicermati didalam Pasal 34 ayat (1) dan Pasal 34 ayat (2) yang juga memuat tentang warga miskin dan pelayanan kesehatan yang berbunyi :

Pasal 34

- (1) Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh Negara
- (2) ....
- (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak

Dalam pasal 34 ayat (1) dan (3) Undang-Undang Dasar 1945 lebih jelas lagi mengatur tentang kewajiban serta tanggung jawab Negara dalam kaitannya terhadap warga miskin. Pada pasal 34 ayat (1) menunjukkan seluruh warga miskin wajib dipelihara oleh Negara, bentuk dari pemeliharaan tersebut tanpa terkecuali pelayanan

kesehatan. Selaras dengan itu , pada pasal 34 ayat (3) Negara bertanggung jawab terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang artinya seluruh fasilitas yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan mutlak menjadi tanggung jawab Negara. Dengan demikian Negara tidak boleh melakukan pembiaran jika terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak memadai.

#### **4.2.2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**

Dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 tercantum jelas cita-cita bangsa Indonesia yang sekaligus merupakan tujuan nasional bangsa Indonesia. Tujuan nasional tersebut adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan nasional tersebut diselenggarakanlah upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsure kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan

sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunannasional.

Upaya pembangunan tersebut diwujudkan dalam bentuk regulasi yakni Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Didalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 perwujudan pertama yang dicermati tentu hak-hak yang diperoleh khususnya dalam pelayanan kesehatan. Adapun pasal yang terkait yakni :

**Pasal 4**

Setiap orang berhak atas kesehatan.

**Pasal 5**

- (1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.
- (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.
- (3) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Dalam Pasal 4 secara tegas bahwa semua warga Negara tak terkecuali warga miskin juga memiliki hak yang sama dengan warga lainnya , warga miskin juga memiliki hak atas kesehatan bagi dirinya sendiri. Hal ini dijelaskan lebih lanjut yang termuat pada Pasal 5 bahwa setiap orang termasuk orang miskin juga mempunyai hak yang sama dengan yang lainnya dalam akses terhadap kesehatan. Artinya meskipun warga miskin atau tidak mampu tetap tidak boleh diabaikan hak-hak yang dimiliki dalam memperoleh pelayanan kesehatan utamanya akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya. Lebih dari itu , pada ayat selanjutnya yaitu ayat (2) adanya jaminan hak atas pelayanan yang diperolehnya secara baik yang termuat dalam kata aman, bermutu, dan terjangkau. Meskipun warga miskin, regulasi

mengatur siapapun yang menjadi warga yang dimaksudkan dalam Undang-undang Dasar 1945 mempunyai hak untuk pelayanan kesehatan yang murah tetapi tetap dengan kualitas yang baik bermutu tinggi.

Sebenarnya secara jelas juga telah dicantumkan dalam Pasal 54 yang menunjukkan adanya kesetaraan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pasal 54 tersebut berbunyi :

Pasal 54

- (1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- (2) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Kata nondiskriminatif pada Pasal 54 ayat (1) juga menunjukkan bahwa tidak ada perlakuan berbeda sekalipun warga miskin dalam pelayanan kesehatan. Lebih dari itu, pada ayat (2) juga disebutkan bahwa pemerintah daerah ikut bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi warga yang miskin dan/atau tidak mampu.

#### **4.2.3. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 tahun 2008**

Kemiskinan merupakan masalah yang bersifat multi dimensi, multi sektor dengan beragam karakteristiknya sehingga perlu segera dilakukan upaya-upaya yang nyata untuk menanggulangi kemiskinan karena menyangkut harkat dan martabat manusia. Kemiskinan bukan hanya diukur dari pendapatan, tetapi juga mencakup kerentanan dan kerawanan orang atau sekelompok orang baik laki-laki maupun perempuan untuk menjadi miskin, dan keterbatasan akses warga miskin dalam penentuan kebijakan publik yang berdampak pada kehidupan mereka. Oleh



sebab itu, pemecahan masalah kemiskinan tidak lagi dapat dilakukan oleh Pemerintah sendirimelalui berbagai kebijakan sektoral, seragam dan berjangka pendek. Pemecahan masalah kemiskinan perlu didasarkan pada pemahaman suara warga miskin itu sendiri dan adanya penghormatan, perlindungan dan pemenuhan terhadap hak-hak dasar wargamiskin, yaitu hak sosial budaya, ekonomi dan politik.

Penanggulangan kemiskinan memerlukan pendekatan yang terpadu, pelaksanaannya dilakukan secara bertahap, terencana, dan berkesinambungan serta menuntut keterlibatan semua pihak baik Pemerintah, dunia usaha, lembaga swadaya masyarakat, organisasi kemasyarakatan, warga miskin maupun pemangku kepentingan lainnya agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi perbaikan kondisi sosial, ekonomi dan budaya serta peningkatan kesejahteraan warga miskin. Dalam rangka menanggulangi dan mengatasi masalah kemiskinan agar dapat terencana, terarah, terpadu dan berkesinambungan serta tepat sasaran, maka diperlukan regulasi sebagai pedoman bagi semua pihak dalam upaya untuk menjamin penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak-hak dasar warga miskin, dan percepatan pembangunan di semua sektor.

Sehubungan dengan hal tersebut, dalam rangka mewujudkan kepentingan daerah yang berdasarkan pada aspirasi rakyat, pemerintah daerah diberi tanggung jawab yang besar dalam hal peraturan perundang-undangan dalam penyelenggaraan pemerintah dan pembangunan untuk kepentingan masyarakat daerahnya sendiri. Kewenangan membuat peraturan daerah merupakan wujud nyata pelaksanaan hak otonomi yang dimiliki oleh suatu daerah dan sebaliknya, peraturan daerah merupakan

salah satu sarana dalam penyelenggaraan otonomi daerah. (Rosidin, Utang.2010:121)  
 Berdasarkan pertimbangan tersebut di atas, maka perlu membentuk Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang.

Sesuai dengan Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008 tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang perlu dipahami tentang kategori atau apa yang dimaksud dengan miskin maupun kemiskinan. Selaras dengan yang termuat pada Pasal 1 angka 7, 8, dan 10 berbunyi :

#### Pasal 1

- (7) Miskin adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu memenuhi hak-hak dasar antara lain kebutuhan pangan, tempat tinggal, pakaian, pendidikan, dan kesehatan sesuai standar minimal.
- (8) Kemiskinan adalah suatu kondisi sosial ekonomi seseorang atau sekelompok orang yang tidak terpenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat.
- (10) Warga miskin adalah orang miskin yang berdomisili di Kota Semarang dan memiliki KTP dan/atau KK Kota Semarang.

Di atas sudah diketahui secara jelas siapa yang dapat dikategorikan ataupun yang dimaksudkan dengan miskin. Sehingga jelas dalam arah menentukan warga miskin yang memang layak dan berhak dalam memperoleh hak-haknya tanpa kecuali dalam bidang pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan Pasal 9 huruf b yang berbunyi :

#### Pasal 9

##### b. hak atas pelayanan kesehatan

Maka setiap warga miskin berhak atas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksudkan dalam Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 tahun 2008. Dalam regulasi yang ada memang hanya ada sedikit pasal yang mengatur tentang pelayanan

kesehatan. Akan tetapi, itu tidak mengurangi suatu apapun yang menjadi hak bagi warga miskin. Lebih lanjut diatur pada Pasal 16 yang berisikan mengenai bantuan kesehatan. Dalam pasal 16 tersebut dimaksudkan kepada seluruh warga miskin tentang pembebasan biaya. Pemerintah Kota Semarang berupaya memberikan pelayanan yang gratis bagi warga miskin yang ada agar setiap warga miskin dapat memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana hak yang patut diperolehnya. Pasal 16 berbunyi :

#### Pasal 16

Program bantuan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf b dilaksanakan melalui:

- a. pembebasan seluruh biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan Dasar yang komprehensif pada Puskesmas dan jaringannya termasuk Puskesmas Rawat Inap; dan
- b. pembebasan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan pada ruang perawatan kelas III, pada instansi pelayanan kesehatan pemerintah atau pelayanan kesehatan yang ditunjuk dan diberikan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Dalam Pasal 16 tersebut tentunya diharapkan seluruh warga miskin dapat mengakses dan/ atau memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu tetapi tetap terjangkau.

#### **4.2.4. Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009**

Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan bagi warga miskin dan/ atau tidak mampu di Kota Semarang agar lebih optimal dan terarah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kota Semarang diperlukan petunjuk pelaksanaan. Petunjuk Pelaksanaan yang dikemas dalam Perwal Semarang Nomor 28 tahun 2009

berdasarkan pada Pasal 9 Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008 dimana setiap warga miskin mempunyai hak atas pelayanan kesehatan.

Dalam Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 terdapat 6 pasal yang isinya mengatur tentang ketentuan umum, maksud dan tujuan, pelaksanaan, pengawasan, dan penutup. Dengan diterbitkannya Peraturan Walikota Nomor 28 Tahun 2009 sesuai apa yang tercantum pada Pasal 2 dan Pasal 3 dimaksudkan sebagai pedoman bagi PPK dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bagi warga miskin. Hal ini tentunya menjadi acuan bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan agar memberikan pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang sebaik mungkin. Dan sesuai tujuannya adalah memberikan pelayanan kesehatan bagi warga miskin secara optimal guna meningkatkan kesejahteraan warga miskin. Regulasi yang ada ini secara jelas telah mengakomodir kepentingan warga miskin demi pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang seharusnya diperoleh sesuai hak-hak yang dimiliki sebagai warga.

Hal ini juga dikuatkan oleh keterangan Yuniar Estiningsih, S.KM selaku staf seksi pemberdayaan dan pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang. Bahwa Peraturan Walikota menjadi dasar acuan bagi Pemerintah Kota Semarang melalui Dinas Kesehatan guna melakukan program pelayanan kesehatan bagi warga miskin. (Wawancara Tanggal 10 Januari 2013)

### **4.3 Implementasi Regulasi Jaminan Sosial terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang**

Undang - Undang Dasar Tahun 1945 Pada Pasal 1 ayat (3) yang berbunyi “Negara Indonesia adalah Negara Hukum”. Mengandung arti bahwa negara hukum memiliki aturan norma yang menjadi pedoman dalam menjalankan pemerintahan Negara Indonesia, salah satunya adalah dengan adanya suatu norma hukum yang menjadi landasan dalam menegakkan segala aturan hukum. Dalam kaitan dengan pelayanan kesehatan sesuai pada Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 yang menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi warga miskin dan atau tidak mampu.

Derajat kesehatan masyarakat yang masih rendah dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan yang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran out of pocket, kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja, yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Berdasarkan regulasi yang telah disebutkan diatas yaitu mulai dari Undang-Undang Dasar 1945, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008 , dan Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 perlu adanya implementasi yang baik. Implementasi dari kesemua regulasi yang ada diwujudkan melalui program milik pemerintah pusat. Berawal dari program pemerintah dalam rangka mewujudkan hak setiap penduduk untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang baik yaitu program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Ini merupakan program pusat yang dibiayai menggunakan unsur pembiayaan pemerintah pusat, sedangkan untuk daerah menggunakan Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah dengan pembiayaan dari pemerintah daerah. Terakhir yang menjadi fokus tentunya adalah Kota Semarang yang mewujudkannya melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota dengan pembiayaan dari pemerintah Kota Semarang.

Data terakhir yang telah resmi dirilis oleh pemerintah Kota Semarang tercatat 448.398 jiwa yang dimasukkan dalam kategori penduduk miskin, berdasarkan keterangan pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang. Menurut keterangan pihak DKK Semarang menyebutkan bahwa sejatinya penduduk miskin setiap tahun selalu meningkat, tanpa bisa diperinci dengan tingkat prosentasenya. Sesuai pernyataan Yunia Estiningsih, SKM. Mengatakan bahwa :

“Tiap Tahun itu jumlah penduduk miskin di Kota Semarang meningkat, sesuai keputusan Walikota Tahun 2009 dan Tahun 2011 yang sudah menetapkan jumlah warga miskin yang tercatat di Kota Semarang, Jadi semakin banyak warga miskin yang harus ditangani”

Semakin meningkatnya angka kemiskinan berdasarkan data orang miskin, pelayanan kesehatan yang diberikan perlu lebih cermat lagi dalam hal menentukan kategori warga miskin. Mengacu pada regulasi yang ada seharusnya dapat diimplementasikan dalam realita yang ada, tentunya melihat kembali pada Pasal 1 ketentuan umum tentang definisi warga miskin dan/atau warga tidak mampu.

Sesuai implementasi yang diwujudkan pihak Pemkot Semarang, perlu diketahui siapa yang menjadi atau yang berhak menjadi peserta jamkesmaskot. Kepesertaan jamkesmaskot telah diatur dalam Peraturan Walikota Nomor 28 tahun 2009 pada Pasal 1 :

1. Warga miskin adalah orang miskin yang berdomisili di Kota Semarang dan memiliki KTP dan/atau KK Kota Semarang.
2. Warga tidak mampu adalah orang Kota Semarang yang memiliki kartu tanda penduduk Kota Semarang yang secara ekonomi tidak mampu dan mendapat surat keterangan tidak mampu dari kepala kelurahan yang diketahui camat setempat.
3. Surat keterangan tidak mampu adalah surat keterangan dari Kepala kelurahan yang diketahui camat setempat yang menerangkan bahwa yang bersangkutan tidak mampu secara ekonomi.

Secara definisi sesuai pada pasal 1 Peraturan Walikota Nomor 28 Tahun 2009 sudah dinyatakan secara jelas, namun perlu adanya penjelasan lebih mengenai perbedaan antara warga miskin dengan warga tidak mampu. Sebenarnya, Yang dimaksud warga miskin adalah orang yang memang dianggap miskin sesuai dengan

kriteria miskin. Sedangkan warga tidak mampu adalah warga yang secara ekonomi dalam kategori sedang atau tidak miskin, tetapi ketika melakukan upaya kesehatan terhadap dirinya tidak mampu dalam pembiayaan yang besar.

Adapun kriteria warga miskin di Kota Semarang sebagai berikut :

1. Pangan,

- a. Tidak dapat mengkonsumsi makanan pokok dengan menggunakan 3 sehat sebanyak 2 kali sehari.
- b. Tidak dapat mengkonsumsi daging, telur, ayam dalam seminggu sekali.

2. Tempat tinggal,

- a. Tidak mempunyai rumah sendiri
- b. Menempati rumah dengan luas kurang dari 8m<sup>2</sup>.
- c. 50% lantai rumah terbuat dari tanah.
- d. Dinding rumah dari kayu/bambu kualitas rendah.
- e. Listrik 450 watt.

3. Sandang,

- a. Tidak mampu membeli pakaian yang baru untuk setiap anggota keluarga satu stel dalam setahun.
- b. Tidak mampu mempunyai pakaian yang berbeda untuk keperluan berbeda.

4. Pendidikan,

- a. Tidak mampu membiayai pendidikan sampai dengan SLTA/ sederajat.



5. Kesehatan,

- a. Tidak mampu menjangkau berobat ke pelayanan kesehatan dasar
- b. Tidak mampu menjangkau berobat ke pelayanan kesehatan lanjutan.
- c. Tidak memiliki sarana air bersih dan jamban.
- d. Salah satu anggota difable.

6. Penghasilan,

- a. Penghasilan keluarga tidak dapat mencukupi kebutuhan dasar.

7. Kepemilikan

- a. Tidak memiliki asset produktif dan tidak mempunyai asset yang dapat dijual untuk memenuhi kebutuhan dasar selama 3 bulan.

Dengan warga miskin yang meningkat setiap tahunnya, program Jamkesmaskot diharapkan dapat mengatasi pemenuhan kesehatan bagi warga miskin. Hal ini dikemukakan oleh pihak DKK Kota Semarang melalui Stafnya yang berpendapat Jamkesmaskot merupakan solusi ataupun bentuk implementasi dari Perda Nomor 4 tahun 2008 dan Perwal Nomor 28 Tahun 2009 bagi warga miskin, sehingga warga miskin dapat memenuhi kebutuhan kesehatannya. (Wawancara Tanggal 10 Januari 2013).

Program Jamkesmaskot diatas memiliki tujuan yang sama dengan regulasi yang telah dibuat yakni meningkatkan cakupan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara menyeluruh bagi warga miskin dan/atau tidak mampu.

Implementasi lebih lanjut sebenarnya dikupas melalui program Jamkesmaskot yang menjadi program dari Pemerintah Daerah Kota Semarang. Program

Jamkesmaskot merupakan implementasi yang diwujudkan oleh semua pihak dari keseluruhan regulasi yang ada. Program Jamkesmaskot diaplikasikan ke seluruh wilayah Puskesmas yang ada di seluruh wilayah Kota Semarang, tak terkecuali Pemberi Pelayanan Jamkesmaskot yakni Rumah Sakit. Adapun Rumah Sakit yang telah ditunjuk untuk memberikan pelayanan kepada warga miskin sesuai program jamkesmaskot sebagai bentuk implementasi dari regulasi yang ada adalah :

1. RSUD Kota Semarang
2. RSUD Dr.Adyatma,MPH/RS.Tugurejo
3. RSJD.Amino G
4. BKIM
5. BKPM
6. RSUP Dr.Kariadi
7. RS.Panti Wilasa Citarum
8. RS.PW Dr.Cipto
9. RS.Roemani
10. RSI.Sultan Agung
11. RS.William Booth
12. RS.Permata Medika
13. RS.Bhakti Wira Tamtama

Sejumlah Rumah Sakit yang ada diatas diharapkan mampu mengimplemnetasikan program pemerintah daerah Kota Semarang dalam memberikan pelayan kesehatan terhadap warga miskin melaui program

Jamkesmaskot. Secara garis besar dalam hal ini Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) senada dan seirama dengan apa yang dikerjakan oleh pemerintah.

Sesuai dengan yang tertera pada Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin tentu ada prosedur yang harus dilewati guna mendapatkan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, tentunya warga miskin Kota Semarang harus menempuh mekanisme yang ada. Sesuai dengan apa yang dikemukakan baik pihak RSUD Kota Semarang selaku PPK maupun pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang menyatakan hal yang sama yakni :

1. Prosedur Pelayanan Kesehatan Dasar Di Puskesmas

Warga Kota Semarang yang memiliki kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin dan/atau tidak mampu Kota Semarang (Jamkesmaskot) atau SKM atau SKTM dari Kepala Kelurahan setempat, diketahui Camat dan dilengkapi Foto Copy KTP dan KK.

2. Pelayanan Kesehatan Rujukan di Rumah Sakit

- a. Warga Kota Semarang yang memiliki kartu Jamkesmaskot atau SKM atau SKTM dari Kepala Kelurahan setempat, diketahui Camat dilengkapi Foto Copy KTP dan/atau KK;
- b. Membawa dan menunjukkan surat rujukan dari Puskesmas;
- c. Warga miskin dan/atau tidak mampu dalam keadaan Emergency (Gawat Darurat) apabila belum dapat menunjukkan kartu Jamkesmaskot atau SKM atau SKTM, diberi waktu selambat-

lambatnya 2x24 jam hari kerja untuk melengkapi persyaratan, dan tidak perlu membawa rujukan dari Puskesmas;

- d. Pasien gawat darurat yang perlu tindak lanjut rawat inap perlu melengkapi surat rujukan dari Unit Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit tersebut;
- e. Pasien yang perlu tidak lanjut rawat inap dan tindakan yang dilimpahkan ke Rumah Sakit lain harus dilengkapi surat rujukan dari Rumah Sakit yang merujuk.

Berdasarkan prosedur di atas tentu warga miskin yang ingin mengakses pelayanan kesehatan bagi dirinya harus melalui prosedur yang sudah ada, baik pada tingkat pelayanan kesehatan di Puskesmas maupun pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

Akan tetapi pelayanan yang diberikan melalui program Jamkesmas yang diselenggarakan oleh Pemerintah Kota Semarang yang kemudian di tujukan ke seluruh PPK terdapat beberapa pembatasan dan/atau pelayanan yang tidak dapat dijamin oleh Jamkesmas yaitu :

1. Layanan yang dibatasi
  - a. Pengganti biaya Kacamata Rp 150.000, dengan koreksi min +1/-1 diberikan 2 (dua) tahun sekali
  - b. Biaya pengganti darah di PMI : Rp 250.000,-per kantong
  - c. Alat bantu dengar
  - d. Alat bantu gerak

- e. Haemodialisa : 10x untuk gagal ginjal akut
- f. Citostatiska
- g. Tindakan khusus dan penunjang diagnostic canggih

## 2. Layanan yang tidak dijamin

- a. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
- b. Bahan, alat & tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
- c. General check up;
- d. Prothese gigi tiruan;
- e. Peserta dengan keinginan sendiri pindah kelas perawatan yang lebih tinggi;
- f. Transportasi peserta;
- g. Pengobatan alternatif;
- h. Upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
- i. Masa tanggap darurat bencana alam;
- j. Narkoba, minuman keras, dan HIV-AIDS;
- k. Bakti sosial;
- l. Kecelakaan lalu lintas.

Dengan demikian selain yang disebutkan di atas, warga miskin dan/atau tidak mampu berhak mengakses pelayanan kesehatan dengan baik. Upaya dalam implementasi terhadap regulasi yang ada memang tidak dapat dipenuhi secara keseluruhan, tetapi ada batasan-batasan. Hal ini juga coba diungkapkan oleh staf Dinas

Kesehatan Kota Semarang yang tidak semua pelayanan kesehatan dapat dipenuhi dengan program Jamkesmaskot yang berbasis gratis dan diperuntukkan kaum miskin.(Wawancara Tanggal 10 Januari 2013)

Implementasi yang dianggap tidak maksimal karena adanya pembatasan sebenarnya dikarenakan pada anggaran yang ada, mengingat sumber pembiayaan pelayanan kesehatan warga miskin Kota Semarang menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kota Semarang. Jika anggaran yang ada besar dan mampu memenuhi semua hal yang disebutkan dibatasi di atas tentunya semua tanpa ada batasan terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin.

Dengan adanya kejelasan tentang batasan pelayanan kesehatan yang ada , pihak-pihak terkait khususnya PPK juga ikut melaksanakan sesuai apa yang menjadi kebijakan pemerintah kota. Pihak Pemberi pelayanan kesehatan (PPK) juga akan menjelaskan kepada warga miskin ketika apa yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan tidak termasuk dalam pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksudkan dalam jamkesmaskot. Lebih lanjut , Dinas Kesehatan Kota Semarang juga menyatakan bahwa memang tidak semua pelayanan kesehatan mampu ditangani oleh Jamkesmaskot.

Dalam regulasi yang telah ada, dalam pelaksanaan program Jamkesmaskot ada alur yang perlu diketahui dan dipahami oleh warga miskin dan/atau tidak mampu dalam upaya memperoleh pelayanan kesehatan bagi dirinya. Alur yang dimaksudkan adalah alur pelayanan kesehatan yang mesti ditempuh warga miskin di Rumah Sakit selaku Pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Adapun proses alur tersebut terdapat

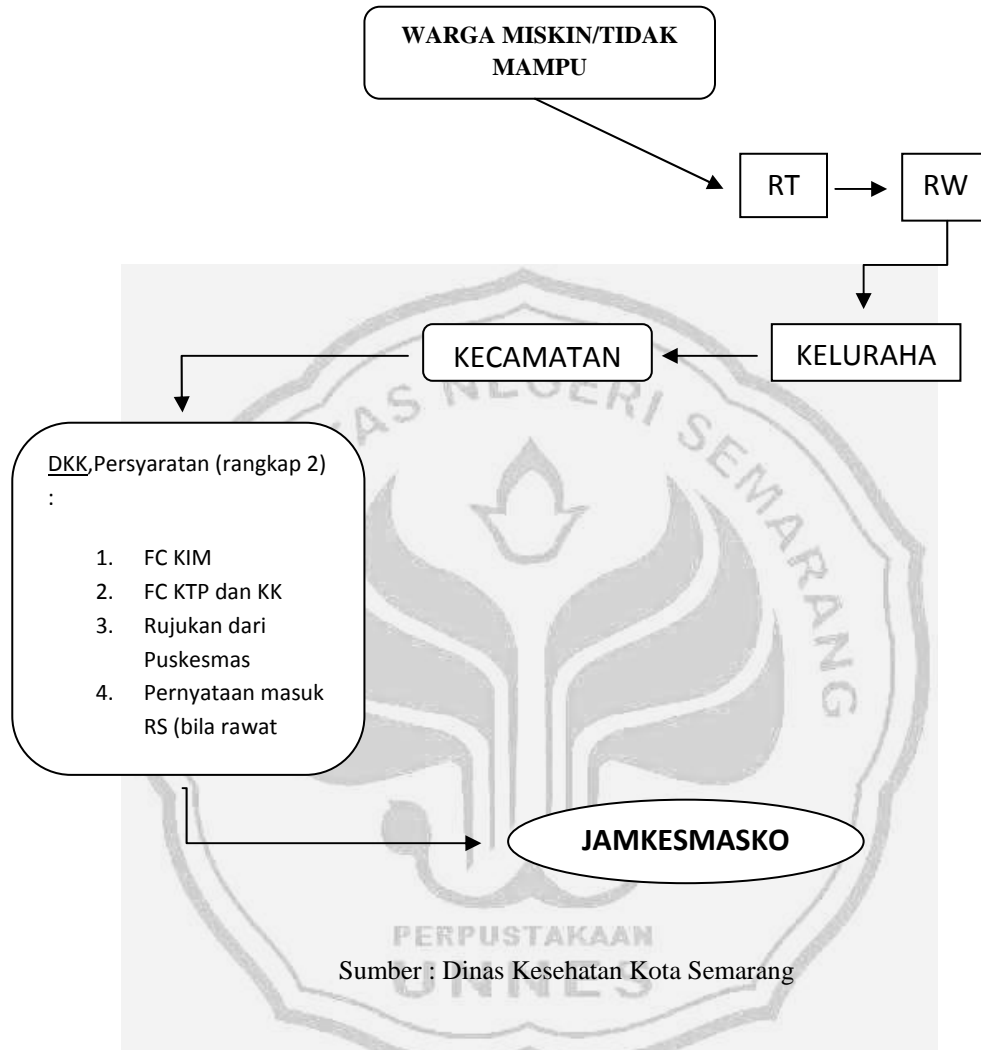
perbedaan antara warga miskin/tidak mampu yang masuk data base dan tidak masuk data base.

Dikutip dari pernyataan Yuniar estiningsih,SKM.mengatakan bahwa meskipun warga miskin tidak masuk dalam database tetap memperoleh layanan dengan menggunakan jamkesmaskot asalkan memnuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan.

(Wawancara Tanggal 5 Februari 2013)

Sebelum masuk pada alur memperoleh pelayanan kesehatan di pemberi pelayanan kesehatan rumah sakit, warga miskin perlu memahami terlebih dahulu alur/cara memperoleh Jamkesmaskot . Proses untuk memperoleh Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota atau biasa disebut Jamkesmaskot juga menjadi persoalan tersendiri bagi masyarakat miskin. Banyak warga yang mengeluhkan tentang proses/alur untuk memperoleh Jamkesmaskot mulai dari wilayah tempat tinggalnya sampai dengan menuju Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Rumah Sakit (Pemberi Pelayanan Kesehatan) yang dituju. Untuk itu warga miskin perlu mengetahui secara detail dan jelas mengenai alur untuk memperoleh layanan jaminan kesehatan masyarakat dengan pemahaman sebaik-baiknya, agar tidak menjadi masalah baik bagi warga miskin selaku penerima layanan kesehatan maupun pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang selaku perwakilan dari pihak Pemerintah Kota Semarang untuk mengakomodir kebijakan Jamkesmaskot. Adapun alur untuk memperoleh Jamkesmaskot sebagai berikut :

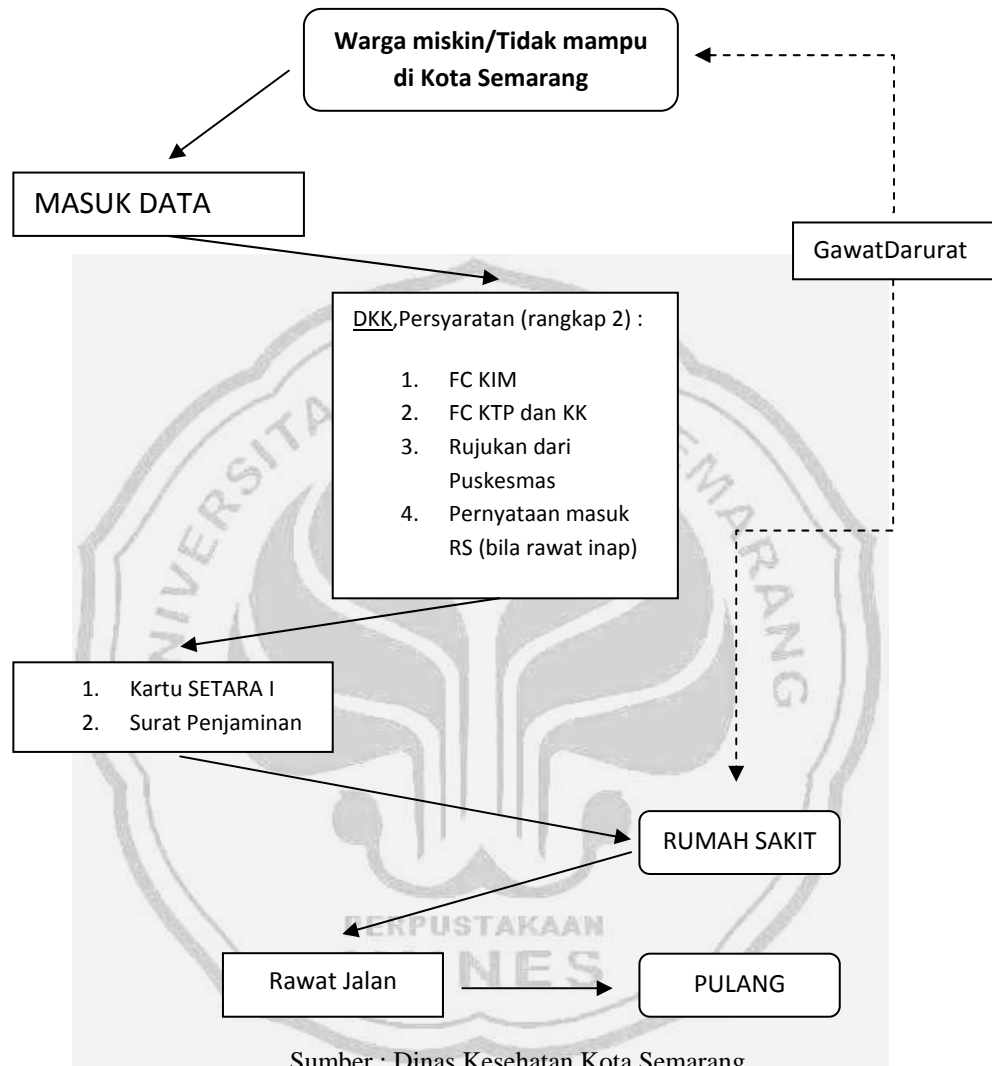
Bagan 4.1  
Alur Memperoleh Kartu Jamkesmaskot



Dengan melihat bagan diatas, warga miskin juga perlu memahami bahwa penentuan kelayakan atau penentuan kategori miskin dan/atau tidak mampu berasal dari lapisan paling bawah yakni mulai dari RT, RW, kelurahan, hingga Kecamatan. Sehingga diharapkan tidak ada kesalahpahaman terkait penetapan warga termasuk dengan criteria miskin dan/atau tidak mampu.

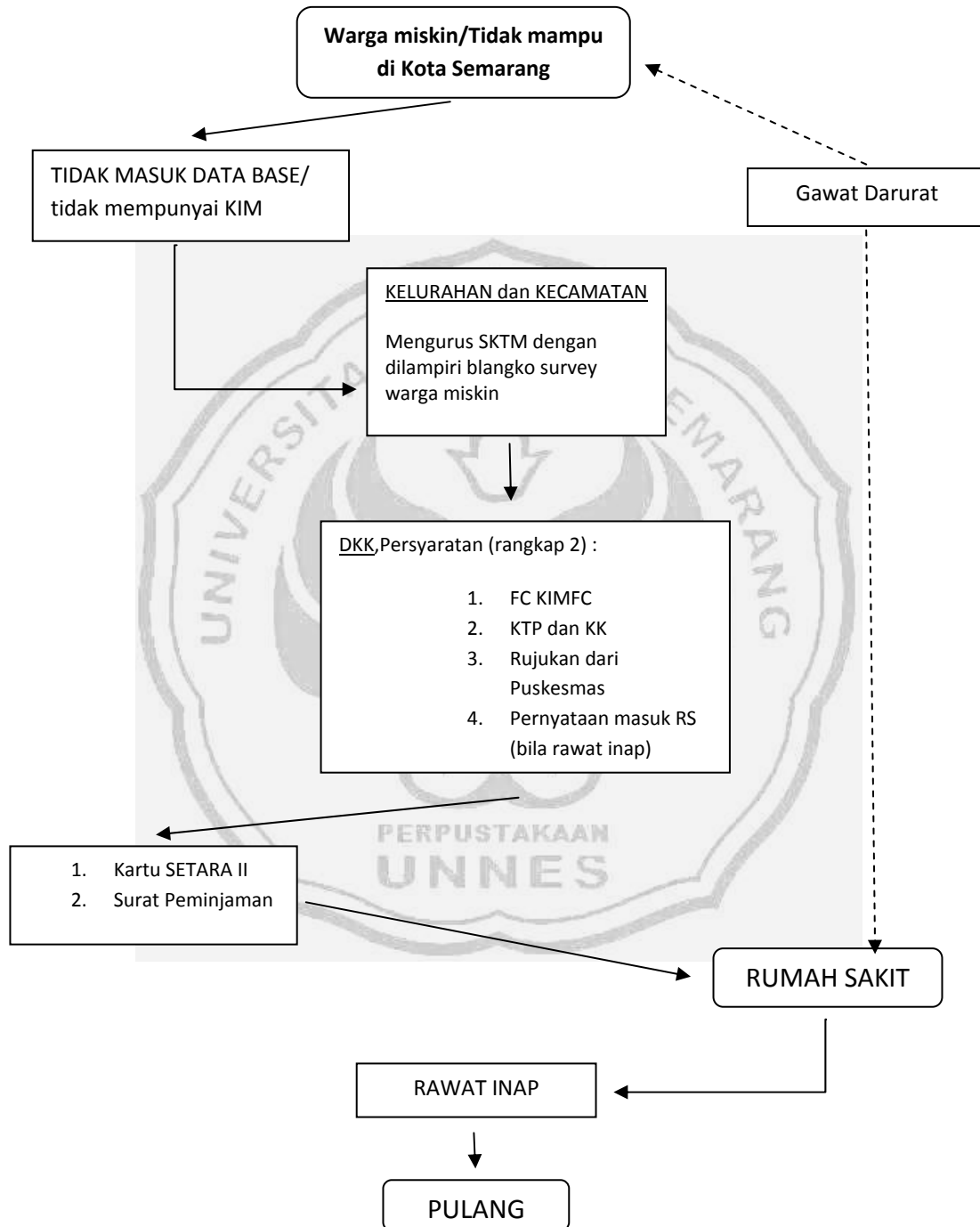


Bagan 4.2  
Alur Yankes Masuk Data Base Jamkesmaskot di Rumah Sakit



Dengan bagan di atas diharapkan warga miskin yang sudah masuk database diharapkan dapat mengakses dengan mudah sesuai alur yang sudah ada. Bagi warga miskin yang tidak masuk database tetap dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dikehendaki dengan cara/alur sebagai berikut :

Bagan 4.3  
Alur Yankes Tidak Masuk Data Base Jamkesmaskot di Rumah Sakit



Sumber : Dinas Kesehatan Kota Semarang

Bagan di atas kedua-duanya merupakan alur dalam pelayanan kesehatan bagi warga miskin sesuai program Jamkesmaskot di Rumah Sakit wilayah Kota Semarang selaku PPK. Hal itu juga merupakan cerminan penerapan / implementasi terhadap regulasi yang ada sebagai pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh warga miskin di Kota Semarang.

Implementasi Perda Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008 pada Pasal 16 Tentang Bantuan Kesehatan diwujudkan dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang dirasakan oleh warga sangat bermanfaat. Misalnya pernyataan dari salah satu warga bernama Budiarti, 38 Tahun :

“Saya selama menggunakan Jamkesmaskot tidak pernah dipungut biaya sama sekali. Bahkan saya pernah melakukan operasi namun tidak sedikitpun saya dipungut biaya” (Wawancara Tgl 6 Februari 2013)

Sama dengan keterangan Budiarti ,keterangan dari Sugiarti, 32 Tahun :

“Selama kurang lebih 5 Tahun menggunakan Jamkesmaskot saya tidak pernah dipungut biaya apapun, gratis.” (Wawancara Tgl 6 Februari 2013)

Dengan akses memperoleh layanan kesehatan dengan gratis ini membuat warga miskin mudah untuk memenuhi derajat kesehatan yang diinginkan. Hal ini diakui oleh pengguna kartu Jamkesmaskot yang tidak lain dan tidak bukan adalah warga miskin itu sendiri, dalam sejumlah kesempatan ketika diajukan pertanyaan mengenai biaya. Warga miskin tidak ada yang dipungut biaya untuk memperoleh layanan kesehatan. Itu artinya da hal positif dalam implementasi regulasi yang ada

yang dilakukan terhadap warga miskin sebagai upaya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan. Warga miskin yang pernah dan/atau sedang menginap memang mengakui bahwa tidak ada diskriminatif terhadap dirinya yang dianggap warga miskin dalam pelayanan kesehatan yang diberikan. Sesuai dengan apa yang menjadi hak warga miskin tidak adanya perbedaan bagi orang kaya maupun orang miskin dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan. Namun, hal ini lebih lanjut dikatakan oleh beberapa warga miskin yang memang mengakui bahwa standar dari ruang rawat inap pada kelas 3 dikategorikan cukup baik.

#### **4.4 Hambatan dalam Implementasi Regulasi Jaminan Sosial terhadap Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin di Kota Semarang**

Berdasarkan pada regulasi yang ada mulai dari Undang-Undang dasar 1945, Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008, dan Peraturan Walikota Nomor 28 Tahun 2009 terdapat sejumlah hambatan baik pada pemerintah kota yang diwakilkan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang, PPK, dan warga miskin.

Mengutip dari pernyataan yang dikemukakan Dinas Kesehatan Kota Semarang melalui stafnya bahwa ada beberapa hal yang menjadi kendala kami dalam melakukan pelayanan bagi kaum miskin diantaranya :

- a. Proses administrasi untuk mendapatkan Jamkesmaskot.
- b. SDM warga miskin kurang.

- c. Kurang sabar.
- d. Tingkat sensitifitas secara emosional warga miskin tinggi.
- e. Minimnya tenaga administrasi untuk melayani warga miskin sedikit.
- f. Fenomena “sadikin” sakit sedikit miskin.

(Wawancara Tgl 8 Februari 2013)

Hambatan utama yang dialami dinas kesehatan adalah proses administrasi yang menjadi persyaratan bagi pengajuan ataupun penggunaan jamkesmaskot. Menurut DKK, sebenarnya permasalahan ada pada masyarakat miskin itu sendiri yang dianggap secara sumber daya manusianya lemah. Hal itu mempengaruhi pemahaman terhadap syarat-syarat procedural yang harus dipenuhi untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan bagi warga miskin itu sendiri.

Berdasarkan pada hal pengalaman yang sudah terjadi, warga miskin tingkat sensitifitasnya tinggi serta rasa sabar yang kurang. Hal ini sering kali menjadikan kericuhan dalam pelayanan administrasi di DKK bagi warga miskin yang sedang mengurus syarat-syarat yang harus dipenuhi. Tidak hanya itu, jumlah warga miskin yang harus ditangani pihak DKK juga tidak sebanding dengan petugas yang ada. Dapat dicermati di ruang khusus pelayanan Jamkesmaskot selalu dipenuhi oleh warga miskin setiap pagi nya. Namun, pihak DKK tidak bias berbuat banyak karena sesuai tupoksi nya yang harus wajib melayani warga miskin yang ingin memperoleh dan/atau mengakses pelayanan kesehatan. Lebih lanjut, DKK menambahkan adanya fenomena “sadikin” sakit sedikit miskin, hal ini menjadi temuan menarik ketika ada

juga yang ternyata sebenarnya tidak berhak memperoleh jamkesmaskot. Akan tetapi , DKK hanya menyerahkan sepenuhnya kepada tim survey selaku penanggung jawab akan hal tersebut.

Hal yang serupa juga coba diungkap pihak pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit. Petugas mengaku sering bersitegang dengan para warga miskin yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan, hal ini juga ditengarai adalah proses ataupun prosedur dalam syarat-syarat administrasi yang ada. Seringkali, ketidak lengkapan syarat yang seharusnya dipenuhi menjadi problem tersendiri. Dengan keterbatasan pemahaman yang dimiliki warga miskin dijadikan sebab terjadinya kesalahpahaman antara pihak PPK dengan warga miskin yang ingin mengakses kesehatan.

Tidak hanya dari pihak pemangku kebijakan dan juga pemberi pelayanan kesehatan , juga harus dilihat dari warga miskin selaku penerima pelayanan kesehatan berbasis program jamkesmaskot. Dari sejumlah informasi yang didapat, kendala-kendala utama yang disebutkan oleh warga miskin adalah masalah administratif. Misalnya dikemukakan oleh Niam, 27 Tahun :

“Proses untuk mengurus jamkesmaskot ribet , bahkan saya harus bolak-balik dari DKK ke Rumah Sakit bahkan ke RT lagi”

Berbanding terbalik dengan Niam, salah satu warga miskin yaitu Sri Suyatin, 52 tahun mengatakan :

“Tidak ada kendala dalam proses administrasi, dilengkapi sesuai syarat-syarat yang ada langsung dapat di acc, karena saya juga sudah terbiasa mengurus ini”

Namun sebenarnya beragam, ada yang menganggap tidak menjadi permasalahan adapula yang menganggap sulit sehingga menjadi permasalahan. Hal ini patut dipahami oleh semua pihak terkait, warga miskin mengaku proses administratif yang ada mengharuskan para warga miskin bolak-balik dari tempat pengurusan syarat administratif. Hal ini yang sering dikeluhkan oleh warga miskin yang merasa dalam mengakses pelayanan kesehatan dirasa dipersulit. Ditambahkan pula, khusus untuk DKK dalam ruangan yang disediakan dirasa sempit dan perlu adanya ruang yang cukup untuk membuat kenyamanan bagi warga miskin saat mengakses pelayanan kesehatan. Alih-alih merespon hal tersebut, pihak DKK membantah jika tidak ada upaya untuk melakukan perbaikan bagi kenyamanan warga miskin dalam pengaksesan pelayanan kesehatan. DKK berdalih bahwa sudah ada perbaikan dalam hal ruangan , mulai dari ruang di dalam kantor DKK , sampai sekarang ada ruangan khusus. Akan tetapi, dibenarkan bahwa ruangan khusus tersebut tidak dapat menampung semua warga miskin dengan baik yang diistilahkan dalam bentuk kenyamanan karena warga miskin yang mengakses pelayanan kesehatan dengan jamkesmaskot setiap pagi selalu diluar kapasitas yang ada.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Gambaran Umum Kota Semarang**

Luas dan batas wilayah, Kota Semarang dengan luas wilayah 373,70 Km<sup>2</sup>. Secara administratif Kota Semarang terbagi menjadi 16 Kecamatan dan 177 Kelurahan. Dari 16 Kecamatan yang ada, terdapat 2 Kecamatan yang mempunyai wilayah terluas yaitu Kecamatan Mijen, dengan luas wilayah 57,55 Km<sup>2</sup> dan Kecamatan Gunungpati, dengan luas wilayah 54,11 Km<sup>2</sup>. Kedua Kecamatan tersebut terletak di bagian selatan yang merupakan wilayah perbukitan yang sebagian besar wilayahnya masih memiliki potensi pertanian dan perkebunan. Sedangkan kecamatan yang mempunyai luas terkecil adalah Kecamatan Semarang Selatan, dengan luas wilayah 5,93 Km<sup>2</sup> diikuti oleh Kecamatan Semarang Tengah, dengan luas wilayah 6,14 Km<sup>2</sup>.

Batas wilayah administratif Kota Semarang sebelah barat adalah Kabupaten Kendal, sebelah timur dengan Kabupaten Demak, sebelah selatan dengan Kabupaten Semarang dan sebelah utara dibatasi oleh Laut Jawa dengan panjang garis pantai mencapai 13,6 kilometer.

Didalam proses perkembangannya, Kota Semarang sangat dipengaruhi oleh keadaan alamnya yang membentuk suatu kota yang mempunyai ciri khas, yaitu Kota Pegunungan dan Kota Pantai. Di daerah pegunungan mempunyai ketinggian 90 - 359



meter di atas permukaan laut sedangkan di daerah dataran rendah mempunyai ketinggian 0,75 - 3,5 meter di atas permukaan laut.

Kota Semarang memiliki posisi geostrategis karena berada pada jalur lalu lintas ekonomi pulau Jawa, dan merupakan koridor pembangunan Jawa Tengah yang terdiri dari empat simpul pintu gerbang yakni koridor pantai Utara; koridor Selatan ke arah kota-kota dinamis seperti Kabupaten Magelang, Surakarta yang dikenal dengan koridor Merapi-Merbabu, koridor Timur ke arah Kabupaten Demak/ Grobogan; dan Barat menuju Kabupaten Kendal. Dalam perkembangan dan pertumbuhan Jawa Tengah, Semarang sangat berperan terutama dengan adanya pelabuhan, jaringan transport darat (jalur kereta api dan jalan) serta transport udara yang merupakan potensi bagi simpul transportasi Regional Jawa Tengah dan Kota Transit Regional Jawa Tengah. Posisi lain yang tak kalah pentingnya adalah kekuatan hubungan dengan luar Jawa, secara langsung sebagai pusat wilayah nasional bagian tengah.

Berdasarkan data statistik Kota Semarang penduduk Kota Semarang periode tahun 2005-2009 mengalami peningkatan rata-rata sebesar 1,4% per tahun. Pada tahun 2005 adalah 1.419.478 jiwa, sedangkan pada tahun 2009 sebesar 1.506.924 jiwa, yang terdiri dari 748.515 penduduk laki-laki, dan 758.409 penduduk perempuan.

Peningkatan jumlah penduduk tersebut dipengaruhi oleh jumlah kelahiran, kematian dan migrasi. Pada tahun 2005 jumlah kelahiran sebanyak 19.504 jiwa, jumlah kematian sebanyak 8.172 jiwa, penduduk yang datang sebanyak 38.910 jiwa dan penduduk yang pergi sebanyak 29.107 jiwa. Besarnya penduduk yang datang ke Kota

Semarang disebabkan daya tarik kota Semarang sebagai kota perdagangan, jasa, industri dan pendidikan.

Dengan besarnya penduduk yang ada, Kota Semarang tidak lepas dari kependudukan yang termasuk dalam kategori miskin. Berdasarkan Keputusan Walikota Nomor 400/451 Tahun 2011 jumlah warga miskin di Kota Semarang ditetapkan sejumlah 448.398 jiwa. Data kemiskinan tersebut meningkat sebesar 0.44% atau sebanyak 50.389 orang dibanding data yang dihimpun Bappeda pada 2009.

Tabel 4.1  
Data Warga Miskin Pengguna Layanan Jamkesmaskot, Jamkesmasda, dan Jamkesmas.

Periode (Tahun)	Jumlah Warga Miskin (Jiwa)	Jamkesmaskot dan/ Jamkesda (Jiwa)	Jamkesmas (Jiwa)
2011	448.398	141.698	306.700
2009	398.009	179.939	218.070

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Semarang

Jumlah warga miskin menunjukkan peningkatan karena daya tarik Kota Semarang sebagai Ibu Kota Provinsi Jawa Tengah. Dengan jumlah warga miskin yang ada Pemerintah Kota Semarang dengan Pemerintah Daerah Jawa Tengah dan Pemerintah Pusat bekerjasama dalam mengatasi pelayanan kesehatan bagi warga miskin yang ada dengan pembagian penanganan terhadap warga miskin. Penanganan pada program Jamkesmaskot dan Jamkesmasda dilakukan pembiayaan dengan sistem 60% oleh Pemerintah Kota Semarang dan 40% oleh Pemerintah Daerah Jawa tengah, dengan ketentuan melakukan pengobatan pada pemberi pelayanan kesehatan yang

telah ditunjuk. Hal ini sesuai dengan pernyataan Yuniar Estiningsih, SKM Staf seksi pemberdayaan dan pembiayaan yang mengatakan bahwa setiap warga miskin yang berobat ke 5 PPK yang ditunjuk dilakukan pembiayaan dengan sistem 60% pembiayaan dari Pemkot dan 40% pembiayaan dari Pemprov. (Wawancara Tanggal 5 Februari 2013)

## **4.2 Regulasi Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota**

### **Semarang**

Pertama sebelum membahas substansi mengenai bentuk regulasi terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang, harus dipahami terlebih dahulu tentang arti regulasi. Regulasi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah pengaturan. Regulasi di Indonesia diartikan sebagai sumber hukum formil berupa peraturan perundang-undangan yang memiliki beberapa unsur, yaitu merupakan suatu keputusan yang tertulis, dibentuk oleh lembaga negara atau pejabat yang berwenang, dan mengikat umum. Akan tetapi kata *regulasi* bukan asli dari bahasa Indonesia. Kata itu diserap dari bahasa Inggris, *regulation*. Selain diserap menjadi regulasi, dari kata *regulation* juga diturunkan menjadi kata-kata regulatif, regularisasi, reguler, dan regulator. Meskipun berasal dari kata yang sama, kata-kata tersebut memiliki arti dan penggunaan yang berbeda. Disini tidak akan dibahas lebih lanjut secara detail mengenai makna dari kata per kata tentang kata regulasi, namun disini hanya mencoba dijelaskan sebagai bentuk pemahaman terhadap arti regulasi.

#### **4.2.1.Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945**

Pembahasan mengenai regulasi tentu dilihat ataupun dikaji mulai pada dasar yang menjadi landasan utama pada setiap regulasi yang ada ,yakni Undang-Undang Dasar 1945. Sesuai dengan apa yang menjadi tujuan Negara Kesatuan Republik Indonesia yang tertuang dalam alinea ke-IV pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 yaitu :

Kemudian dari pada itu, untuk membentuk suatu Pemerintahan, Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum,mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu yang terbentuk dalam suatu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasarkan kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia, dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam permusyawaratan/ perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Dengan mendasarkan pada tujuan Negara diatas sudah dapat terlihat secara jelas dan nyata bahwa Negara berupaya melindungi segenap warga Negara termasuk didalamnya tentang kesehatan bagi warganya. Secara khusus pula Negara memiliki kewajiban untuk melindungi warganya yang tidak hanya diartikan sebagai suatu bentuk perlindungan tentang pertahanan dan keamanan saja, akan tetapi lebih mencakup pada segenap apa yang dibutuhkan.Dalam hal ini, kesehatan warga Negara diinterpretasikan termasuk kedalam keharusan yang perlu dilindungi oleh Negara khususnya bagi warga Negara yang tidak mampu. Kesehatan merupakan suatu pilar penting yang tidak dapat ditawar karena mencakup pada aspek keberlangsungan

seseorang tersebut. Pada alinea ke-IV ini juga perlu dicermati pada kalimat terakhir yang berbunyi :

“Mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”

Kalimat tersebut diartikan Negara juga mempunyai kewajiban yang sama dalam memperlakukan seluruh warga Negeranya. Secara lebih khusus tentang kesehatan yang semestinya diperoleh setiap warga Negeranya, perlu adanya perlakuan dalam perlindungan kesehatan tak terkecuali warga tidak mampu yang sama antara warga Negara yang satu dengan warga Negara yang lainnya.

Dalam konteks jaminan atas HAM, konstitusi memberikan arti penting tersendiri bagi terciptanya sebuah paradigma Negara hukum sebagai buah dari proses dialektika demokrasi yang telah berjalan secara amat panjang dalam lintasan sejarah peradaban manusia. Jaminan atas HAM meneguhkan pendirian bahwa Negara bertanggung jawab atas tegaknya supremasi hukum. Oleh karena itu, jaminan konstitusi atas HAM penting artinya bagi arah pelaksanaan ketatanegaraan sebuah Negara, sebagaimana ditegaskan oleh Sri Soemantri sebagai berikut (El-Muhtaj, Majda.2005:94) :

Adanya jaminan terhadap hak-hak dasar setiap warga Negara mengandung arti bahwa setiap penguasa dalam Negara tidak dapat dan tidak boleh bertindak sewenang-wenang kepada warga negaranya. Bahkan adanya hak-hak dasar itu juga mempunyai arti adanya keseimbangan dalam Negara, yaitu keseimbangan antara kekuasaan dalam Negara dan hak-hak dasar warga Negara.

Selanjutnya, dalam Undang-Undang Dasar 1945 sebagai bentuk interpretasi dari pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 diwujudkan dalam pasal yang memuat

tentang hak-hak yang menjadi hak dasar yang diperoleh oleh setiap warga Negara, yakni yang tercantum pada Pasal 28 H ayat (1) berbunyi :

Pasal 28 H

- (2) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pasal 28 H ayat (1) diatas yang merupakan suatu gambaran dimana pelayanan kesehatan menjadi hak pokok yang mesti diperoleh oleh setiap warga Negara tanpa mencederai amanat pembukaan Undang-Undang dasar 1945 yang mencerminkan keadilan untuk semua.

Secara jelas pula dikatakan bahwa sejatinya Negara harus menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang baik guna menunjang hak-hak setiap warganya. Ini mencerminkan pentingnya suatu pelayanan kesehatan yang baik yang diterima oleh seluruh warga Indonesia. Lebih lanjut lagi , perlu dicermati didalam Pasal 34 ayat (1) dan Pasal 34 ayat (2) yang juga memuat tentang warga miskin dan pelayanan kesehatan yang berbunyi :

Pasal 34

- (4) Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh Negara
- (5) ....
- (6) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak

Dalam pasal 34 ayat (1) dan (3) Undang-Undang Dasar 1945 lebih jelas lagi mengatur tentang kewajiban serta tanggung jawab Negara dalam kaitannya terhadap warga miskin. Pada pasal 34 ayat (1) menunjukkan seluruh warga miskin wajib dipelihara oleh Negara, bentuk dari pemeliharaan tersebut tanpa terkecuali pelayanan

kesehatan. Selaras dengan itu , pada pasal 34 ayat (3) Negara bertanggung jawab terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang artinya seluruh fasilitas yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan mutlak menjadi tanggung jawab Negara. Dengan demikian Negara tidak boleh melakukan pembiaran jika terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak memadai.

#### **4.2.2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**

Dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 tercantum jelas cita-cita bangsa Indonesia yang sekaligus merupakan tujuan nasional bangsa Indonesia. Tujuan nasional tersebut adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan nasional tersebut diselenggarakanlah upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsure kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan

sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunannasional.

Upaya pembangunan tersebut diwujudkan dalam bentuk regulasi yakni Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Didalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 perwujudan pertama yang dicermati tentu hak-hak yang diperoleh khususnya dalam pelayanan kesehatan. Adapun pasal yang terkait yakni :

**Pasal 4**

Setiap orang berhak atas kesehatan.

**Pasal 5**

- (4) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.
- (5) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.
- (6) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Dalam Pasal 4 secara tegas bahwa semua warga Negara tak terkecuali warga miskin juga memiliki hak yang sama dengan warga lainnya , warga miskin juga memiliki hak atas kesehatan bagi dirinya sendiri. Hal ini dijelaskan lebih lanjut yang termuat pada Pasal 5 bahwa setiap orang termasuk orang miskin juga mempunyai hak yang sama dengan yang lainnya dalam akses terhadap kesehatan. Artinya meskipun warga miskin atau tidak mampu tetap tidak boleh diabaikan hak-hak yang dimiliki dalam memperoleh pelayanan kesehatan utamanya akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya. Lebih dari itu , pada ayat selanjutnya yaitu ayat (2) adanya jaminan hak atas pelayanan yang diperolehnya secara baik yang termuat dalam kata aman, bermutu, dan terjangkau. Meskipun warga miskin, regulasi



mengatur siapapun yang menjadi warga yang dimaksudkan dalam Undang-undang Dasar 1945 mempunyai hak untuk pelayanan kesehatan yang murah tetapi tetap dengan kualitas yang baik bermutu tinggi.

Sebenarnya secara jelas juga telah dicantumkan dalam Pasal 54 yang menunjukkan adanya kesetaraan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pasal 54 tersebut berbunyi :

Pasal 54

- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- (4) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Kata nondiskriminatif pada Pasal 54 ayat (1) juga menunjukkan bahwa tidak ada perlakuan berbeda sekalipun warga miskin dalam pelayanan kesehatan. Lebih dari itu, pada ayat (2) juga disebutkan bahwa pemerintah daerah ikut bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi warga yang miskin dan/atau tidak mampu.

#### **4.2.3. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 tahun 2008**

Kemiskinan merupakan masalah yang bersifat multi dimensi, multi sektor dengan beragam karakteristiknya sehingga perlu segera dilakukan upaya-upaya yang nyata untuk menanggulangi kemiskinan karena menyangkut harkat dan martabat manusia. Kemiskinan bukan hanya diukur dari pendapatan, tetapi juga mencakup kerentanan dan kerawanan orang atau sekelompok orang baik laki-laki maupun perempuan untuk menjadi miskin, dan keterbatasan akses warga miskin dalam penentuan kebijakan publik yang berdampak pada kehidupan mereka. Oleh

sebab itu, pemecahan masalah kemiskinan tidak lagi dapat dilakukan oleh Pemerintah sendirimelalui berbagai kebijakan sektoral, seragam dan berjangka pendek. Pemecahan masalah kemiskinan perlu didasarkan pada pemahaman suara warga miskin itu sendiri dan adanya penghormatan, perlindungan dan pemenuhan terhadap hak-hak dasar wargamiskin, yaitu hak sosial budaya, ekonomi dan politik.

Penanggulangan kemiskinan memerlukan pendekatan yang terpadu, pelaksanaannya dilakukan secara bertahap, terencana, dan berkesinambungan serta menuntut keterlibatan semua pihak baik Pemerintah, dunia usaha, lembaga swadaya masyarakat, organisasi kemasyarakatan, warga miskin maupun pemangku kepentingan lainnya agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi perbaikan kondisi sosial, ekonomi dan budaya serta peningkatan kesejahteraan warga miskin. Dalam rangka menanggulangi dan mengatasi masalah kemiskinan agar dapat terencana, terarah, terpadu dan berkesinambungan serta tepat sasaran, maka diperlukan regulasi sebagai pedoman bagi semua pihak dalam upaya untuk menjamin penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak-hak dasar warga miskin, dan percepatan pembangunan di semua sektor.

Sehubungan dengan hal tersebut, dalam rangka mewujudkan kepentingan daerah yang berdasarkan pada aspirasi rakyat, pemerintah daerah diberi tanggung jawab yang besar dalam hal peraturan perundang-undangan dalam penyelenggaraan pemerintah dan pengembangan untuk kepentingan masyarakat daerahnya sendiri. Kewenangan membuat peraturan daerah merupakan wujud nyata pelaksanaan hak otonomi yang dimiliki oleh suatu daerah dan sebaliknya, peraturan daerah merupakan

salah satu sarana dalam penyelenggaraan otonomi daerah. (Rosidin, Utang.2010:121)  
Berdasarkan pertimbangan tersebut di atas, maka perlu membentuk Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang.

Sesuai dengan Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008 tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang perlu dipahami tentang kategori atau apa yang dimaksud dengan miskin maupun kemiskinan. Selaras dengan yang termuat pada Pasal 1 angka 7, 8, dan 10 berbunyi :

#### Pasal 1

- (9) Miskin adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu memenuhi hak-hak dasar antara lain kebutuhan pangan, tempat tinggal, pakaian, pendidikan, dan kesehatan sesuai standar minimal.
- (10) Kemiskinan adalah suatu kondisi sosial ekonomi seseorang atau sekelompok orang yang tidak terpenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat.
- (11) Warga miskin adalah orang miskin yang berdomisili di Kota Semarang dan memiliki KTP dan/atau KK Kota Semarang.

Di atas sudah diketahui secara jelas siapa yang dapat dikategorikan ataupun yang dimaksudkan dengan miskin. Sehingga jelas dalam arah menentukan warga miskin yang memang layak dan berhak dalam memperoleh hak-haknya tanpa kecuali dalam bidang pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan Pasal 9 huruf b yang berbunyi :

#### Pasal 9

##### c. hak atas pelayanan kesehatan

Maka setiap warga miskin berhak atas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksudkan dalam Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 tahun 2008. Dalam regulasi yang ada memang hanya ada sedikit pasal yang mengatur tentang pelayanan

kesehatan. Akan tetapi, itu tidak mengurangi suatu apapun yang menjadi hak bagi warga miskin. Lebih lanjut diatur pada Pasal 16 yang berisikan mengenai bantuan kesehatan. Dalam pasal 16 tersebut dimaksudkan kepada seluruh warga miskin tentang pembebasan biaya. Pemerintah Kota Semarang berupaya memberikan pelayanan yang gratis bagi warga miskin yang ada agar setiap warga miskin dapat memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana hak yang patut diperolehnya. Pasal 16 berbunyi :

#### Pasal 16

Program bantuan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf b dilaksanakan melalui:

- a. pembebasan seluruh biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan Dasar yang komprehensif pada Puskesmas dan jaringannya termasuk Puskesmas Rawat Inap; dan
- b. pembebasan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan pada ruang perawatan kelas III, pada instansi pelayanan kesehatan pemerintah atau pelayanan kesehatan yang ditunjuk dan diberikan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Dalam Pasal 16 tersebut tentunya diharapkan seluruh warga miskin dapat mengakses dan/ atau memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu tetapi tetap terjangkau.

#### **4.2.4. Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009**

Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan bagi warga miskin dan/ atau tidak mampu di Kota Semarang agar lebih optimal dan terarah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kota Semarang diperlukan petunjuk pelaksanaan. Petunjuk Pelaksanaan yang dikemas dalam Perwal Semarang Nomor 28 tahun 2009

berdasarkan pada Pasal 9 Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008 dimana setiap warga miskin mempunyai hak atas pelayanan kesehatan.

Dalam Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 terdapat 6 pasal yang isinya mengatur tentang ketentuan umum, maksud dan tujuan, pelaksanaan, pengawasan, dan penutup. Dengan diterbitkannya Peraturan Walikota Nomor 28 Tahun 2009 sesuai apa yang tercantum pada Pasal 2 dan Pasal 3 dimaksudkan sebagai pedoman bagi PPK dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bagi warga miskin. Hal ini tentunya menjadi acuan bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan agar memberikan pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang sebaik mungkin. Dan sesuai tujuannya adalah memberikan pelayanan kesehatan bagi warga miskin secara optimal guna meningkatkan kesehjateraan warga miskin. Regulasi yang ada ini secara jelas telah mengakomodir kepentingan warga miskin demi pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang seharusnya diperoleh sesuai hak-hak yang dimiliki sebagai warga.

Hal ini juga dikuatkan oleh keterangan Yuniar Estiningsih, S.KM selaku staf seksi pemberdayaan dan pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang. Bahwa Peraturan Walikota menjadi dasar acuan bagi Pemerintah Kota Semarang melalui Dinas Kesehatan guna melakukan program pelayanan kesehatan bagi warga miskin. (Wawancara Tanggal 10 Januari 2013)

#### **4.4 Implementasi Regulasi Jaminan Sosial terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang**

Undang - Undang Dasar Tahun 1945 Pada Pasal 1 ayat (3) yang berbunyi “Negara Indonesia adalah Negara Hukum”. Mengandung arti bahwa negara hukum memiliki aturan norma yang menjadi pedoman dalam menjalankan pemerintahan Negara Indonesia, salah satunya adalah dengan adanya suatu norma hukum yang menjadi landasan dalam menegakkan segala aturan hukum. Dalam kaitan dengan pelayanan kesehatan sesuai pada Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 yang menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi warga miskin dan atau tidak mampu.

Derajat kesehatan masyarakat yang masih rendah dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan yang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran out of pocket, kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja, yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Berdasarkan regulasi yang telah disebutkan diatas yaitu mulai dari Undang-Undang Dasar 1945, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008 , dan Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 perlu adanya implementasi yang baik. Implementasi dari kesemua regulasi yang ada diwujudkan melalui program milik pemerintah pusat. Berawal dari program pemerintah dalam rangka mewujudkan hak setiap penduduk untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang baik yaitu program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Ini merupakan program pusat yang dibiayai menggunakan unsur pembiayaan pemerintah pusat, sedangkan untuk daerah menggunakan Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah dengan pembiayaan dari pemerintah daerah. Terakhir yang menjadi fokus tentunya adalah Kota Semarang yang mewujudkannya melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota dengan pembiayaan dari pemerintah Kota Semarang.

Data terakhir yang telah resmi dirilis oleh pemerintah Kota Semarang tercatat 448.398 jiwa yang dimasukkan dalam kategori penduduk miskin, berdasarkan keterangan pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang. Menurut keterangan pihak DKK Semarang menyebutkan bahwa sejatinya penduduk miskin setiap tahun selalu meningkat, tanpa bisa diperinci dengan tingkat prosentasenya. Sesuai pernyataan Yunia Estiningsih, SKM. Mengatakan bahwa :

“Tiap Tahun itu jumlah penduduk miskin di Kota Semarang meningkat, sesuai keputusan Walikota Tahun 2009 dan Tahun 2011 yang sudah menetapkan jumlah warga miskin yang tercatat di Kota Semarang, Jadi semakin banyak warga miskin yang harus ditangani”

Semakin meningkatnya angka kemiskinan berdasarkan data orang miskin, pelayanan kesehatan yang diberikan perlu lebih cermat lagi dalam hal menentukan kategori warga miskin. Mengacu pada regulasi yang ada seharusnya dapat diimplementasikan dalam realita yang ada, tentunya melihat kembali pada Pasal 1 ketentuan umum tentang definisi warga miskin dan/atau warga tidak mampu.

Sesuai implementasi yang diwujudkan pihak Pemkot Semarang, perlu diketahui siapa yang menjadi atau yang berhak menjadi peserta jamkesmaskot. Kepesertaan jamkesmaskot telah diatur dalam Peraturan Walikota Nomor 28 tahun 2009 pada Pasal 1 :

4. Warga miskin adalah orang miskin yang berdomisili di Kota Semarang dan memiliki KTP dan/atau KK Kota Semarang.
5. Warga tidak mampu adalah orang Kota Semarang yang memiliki kartu tanda penduduk Kota Semarang yang secara ekonomi tidak mampu dan mendapat surat keterangan tidak mampu dari kepala kelurahan yang diketahui camat setempat.
6. Surat keterangan tidak mampu adalah surat keterangan dari Kepala kelurahan yang diketahui camat setempat yang menerangkan bahwa yang bersangkutan tidak mampu secara ekonomi.

Secara definisi sesuai pada pasal 1 Peraturan Walikota Nomor 28 Tahun 2009 sudah dinyatakan secara jelas, namun perlu adanya penjelasan lebih mengenai perbedaan antara warga miskin dengan warga tidak mampu. Sebenarnya, Yang dimaksud warga miskin adalah orang yang memang dianggap miskin sesuai dengan



kriteria miskin. Sedangkan warga tidak mampu adalah warga yang secara ekonomi dalam kategori sedang atau tidak miskin, tetapi ketika melakukan upaya kesehatan terhadap dirinya tidak mampu dalam pembiayaan yang besar.

Adapun kriteria warga miskin di Kota Semarang sebagai berikut :

8. Pangan,

- c. Tidak dapat mengkonsumsi makanan pokok dengan menggunakan 3 sehat sebanyak 2 kali sehari.
- d. Tidak dapat mengkonsumsi daging, telur, ayam dalam seminggu sekali.

9. Tempat tinggal,

- f. Tidak mempunyai rumah sendiri
- g. Menempati rumah dengan luas kurang dari 8m<sup>2</sup>.
- h. 50% lantai rumah terbuat dari tanah.
- i. Dinding rumah dari kayu/bambu kualitas rendah.
- j. Listrik 450 watt.

10. Sandang,

- c. Tidak mampu membeli pakaian yang baru untuk setiap anggota keluarga satu stel dalam setahun.
- d. Tidak mampu mempunyai pakaian yang berbeda untuk keperluan berbeda.

11. Pendidikan,

- b. Tidak mampu membiayai pendidikan sampai dengan SLTA/ sederajat.

12. Kesehatan,

- e. Tidak mampu menjangkau berobat ke pelayanan kesehatan dasar
- f. Tidak mampu menjangkau berobat ke pelayanan kesehatan lanjutan.
- g. Tidak memiliki sarana air bersih dan jamban.
- h. Salah satu anggota difable.

13. Penghasilan,

- b. Penghasilan keluarga tidak dapat mencukupi kebutuhan dasar.

14. Kepemilikan

- b. Tidak memiliki asset produktif dan tidak mempunyai asset yang dapat dijual untuk memenuhi kebutuhan dasar selama 3 bulan.

Dengan warga miskin yang meningkat setiap tahunnya, program Jamkesmaskot diharapkan dapat mengatasi pemenuhan kesehatan bagi warga miskin. Hal ini dikemukakan oleh pihak DKK Kota Semarang melalui Stafnya yang berpendapat Jamkesmaskot merupakan solusi ataupun bentuk implementasi dari Perda Nomor 4 tahun 2008 dan Perwal Nomor 28 Tahun 2009 bagi warga miskin, sehingga warga miskin dapat memenuhi kebutuhan kesehatannya. (Wawancara Tanggal 10 Januari 2013).

Program Jamkesmaskot diatas memiliki tujuan yang sama dengan regulasi yang telah dibuat yakni meningkatkan cakupan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara menyeluruh bagi warga miskin dan/atau tidak mampu.

Implementasi lebih lanjut sebenarnya dikupas melalui program Jamkesmaskot yang menjadi program dari Pemerintah Daerah Kota Semarang. Program

Jamkesmaskot merupakan implementasi yang diwujudkan oleh semua pihak dari keseluruhan regulasi yang ada. Program Jamkesmaskot diaplikasikan ke seluruh wilayah Puskesmas yang ada di seluruh wilayah Kota Semarang, tak terkecuali Pemberi Pelayanan Jamkesmaskot yakni Rumah Sakit. Adapun Rumah Sakit yang telah ditunjuk untuk memberikan pelayanan kepada warga miskin sesuai program jamkesmaskot sebagai bentuk implementasi dari regulasi yang ada adalah :

- 
14. RSUD Kota Semarang
  15. RSUD Dr.Adyatma,MPH/RS.Tugurejo
  16. RSJD.Amino G
  17. BKIM
  18. BKPM
  19. RSUP Dr.Kariadi
  20. RS.Panti Wilasa Citarum
  21. RS.PW Dr.Cipto
  22. RS.Roemani
  23. RSI.Sultan Agung
  24. RS.William Booth
  25. RS.Permata Medika
  26. RS.Bhakti Wira Tamtama

Sejumlah Rumah Sakit yang ada diatas diharapkan mampu mengimplemnetasikan program pemerintah daerah Kota Semarang dalam memberikan pelayan kesehatan terhadap warga miskin melaui program

Jamkesmaskot. Secara garis besar dalam hal ini Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) senada dan seirama dengan apa yang dikerjakan oleh pemerintah.

Sesuai dengan yang tertera pada Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin tentu ada prosedur yang harus dilewati guna mendapatkan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, tentunya warga miskin Kota Semarang harus menempuh mekanisme yang ada. Sesuai dengan apa yang dikemukakan baik pihak RSUD Kota Semarang selaku PPK maupun pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang menyatakan hal yang sama yakni :

### 3. Prosedur Pelayanan Kesehatan Dasar Di Puskesmas

Warga Kota Semarang yang memiliki kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin dan/atau tidak mampu Kota Semarang (Jamkesmaskot) atau SKM atau SKTM dari Kepala Kelurahan setempat, diketahui Camat dan dilengkapi Foto Copy KTP dan KK.

### 4. Pelayanan Kesehatan Rujukan di Rumah Sakit

- f. Warga Kota Semarang yang memiliki kartu Jamkesmaskot atau SKM atau SKTM dari Kepala Kelurahan setempat, diketahui Camat dilengkapi Foto Copy KTP dan/atau KK;
- g. Membawa dan menunjukkan surat rujukan dari Puskesmas;
- h. Warga miskin dan/atau tidak mampu dalam keadaan Emergency (Gawat Darurat) apabila belum dapat menunjukkan kartu Jamkesmaskot atau SKM atau SKTM, diberi waktu selambat-

lambatnya 2x24 jam hari kerja untuk melengkapi persyaratan, dan tidak perlu membawa rujukan dari Puskesmas;

- i. Pasien gawat darurat yang perlu tindak lanjut rawat inap perlu melengkapi surat rujukan dari Unit Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit tersebut;
- j. Pasien yang perlu tidak lanjut rawat inap dan tindakan yang dilimpahkan ke Rumah Sakit lain harus dilengkapi surat rujukan dari Rumah Sakit yang merujuk.

Berdasarkan prosedur di atas tentu warga miskin yang ingin mengakses pelayanan kesehatan bagi dirinya harus melalui prosedur yang sudah ada, baik pada tingkat pelayanan kesehatan di Puskesmas maupun pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

Akan tetapi pelayanan yang diberikan melalui program Jamkesmas yang diselenggarakan oleh Pemerintah Kota Semarang yang kemudian di tujukan ke seluruh PPK terdapat beberapa pembatasan dan/atau pelayanan yang tidak dapat dijamin oleh Jamkesmas yaitu :

### 3. Layanan yang dibatasi

- a. Pengganti biaya Kacamata Rp 150.000, dengan koreksi min +1/-1 diberikan 2 (dua) tahun sekali
- b. Biaya pengganti darah di PMI : Rp 250.000,-per kantong
- c. Alat bantu dengar
- d. Alat bantu gerak

- e. Haemodialisa : 10x untuk gagal ginjal akut
  - f. Citostatiska
  - g. Tindakan khusus dan penunjang diagnostic canggih
4. Layanan yang tidak dijamin
- a. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
  - b. Bahan, alat & tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
  - c. General check up;
  - d. Prothese gigi tiruan;
  - e. Peserta dengan keinginan sendiri pindah kelas perawatan yang lebih tinggi;
  - f. Transportasi peserta;
  - g. Pengobatan alternatif;
  - h. Upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
  - i. Masa tanggap darurat bencana alam;
  - j. Narkoba, minuman keras, dan HIV-AIDS;
  - k. Bakti sosial;
  - l. Kecelakaan lalu lintas.

Dengan demikian selain yang disebutkan di atas, warga miskin dan/atau tidak mampu berhak mengakses pelayanan kesehatan dengan baik. Upaya dalam implementasi terhadap regulasi yang ada memang tidak dapat dipenuhi secara keseluruhan, tetapi ada batasan-batasan. Hal ini juga coba diungkapkan oleh staf Dinas

Kesehatan Kota Semarang yang tidak semua pelayanan kesehatan dapat dipenuhi dengan program Jamkesmaskot yang berbasis gratis dan diperuntukkan kaum miskin.(Wawancara Tanggal 10 Januari 2013)

Implementasi yang dianggap tidak maksimal karena adanya pembatasan sebenarnya dikarenakan pada anggaran yang ada, mengingat sumber pembiayaan pelayanan kesehatan warga miskin Kota Semarang menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kota Semarang. Jika anggaran yang ada besar dan mampu memenuhi semua hal yang disebutkan dibatasi di atas tentunya semua tanpa ada batasan terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin.

Dengan adanya kejelasan tentang batasan pelayanan kesehatan yang ada , pihak-pihak terkait khususnya PPK juga ikut melaksanakan sesuai apa yang menjadi kebijakan pemerintah kota. Pihak Pemberi pelayanan kesehatan (PPK) juga akan menjelaskan kepada warga miskin ketika apa yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan tidak termasuk dalam pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksudkan dalam jamkesmaskot. Lebih lanjut , Dinas Kesehatan Kota Semarang juga menyatakan bahwa memang tidak semua pelayanan kesehatan mampu ditangani oleh Jamkesmaskot.

Dalam regulasi yang telah ada, dalam pelaksanaan program Jamkesmaskot ada alur yang perlu diketahui dan dipahami oleh warga miskin dan/atau tidak mampu dalam upaya memperoleh pelayanan kesehatan bagi dirinya. Alur yang dimaksudkan adalah alur pelayanan kesehatan yang mesti ditempuh warga miskin di Rumah Sakit selaku Pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Adapun proses alur tersebut terdapat

perbedaan antara warga miskin/tidak mampu yang masuk data base dan tidak masuk data base.

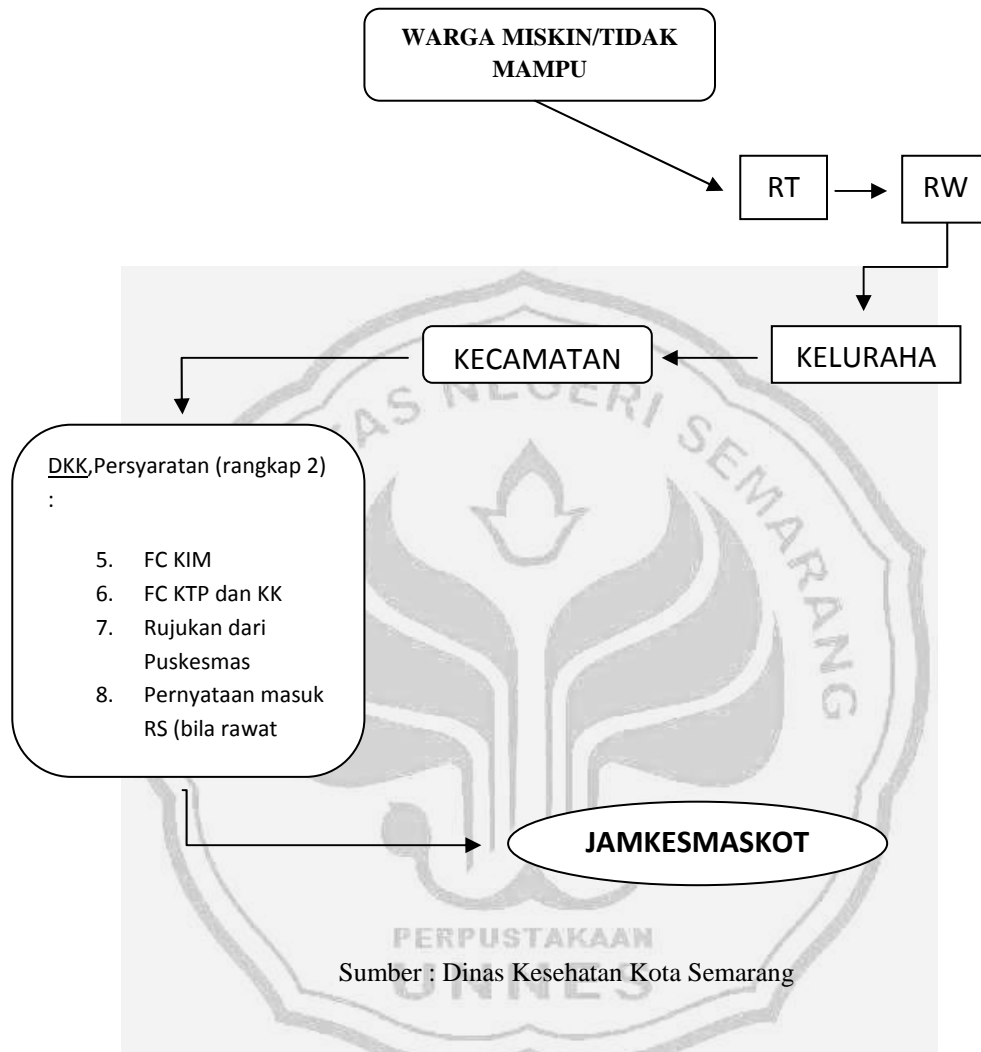
Dikutip dari pernyataan Yuniar estiningsih,SKM.mengatakan bahwa meskipun warga miskin tidak masuk dalam database tetap memperoleh layanan dengan menggunakan jamkesmaskot asalkan memnuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan.

(Wawancara Tanggal 5 Februari 2013)

Sebelum masuk pada alur memperoleh pelayanan kesehatan di pemberi pelayanan kesehatan rumah sakit, warga miskin perlu memahami terlebih dahulu alur/cara memperoleh Jamkesmaskot . Proses untuk memperoleh Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota atau biasa disebut Jamkesmaskot juga menjadi persoalan tersendiri bagi masyarakat miskin. Banyak warga yang mengeluhkan tentang proses/alur untuk memperoleh Jamkesmaskot mulai dari wilayah tempat tinggalnya sampai dengan menuju Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Rumah Sakit (Pemberi Pelayanan Kesehatan) yang dituju. Untuk itu warga miskin perlu mengetahui secara detail dan jelas mengenai alur untuk memperoleh layanan jaminan kesehatan masyarakat dengan pemahaman sebaik-baiknya, agar tidak menjadi masalah baik bagi warga miskin selaku penerima layanan kesehatan maupun pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang selaku perwakilan dari pihak Pemerintah Kota Semarang untuk mengakomodir kebijakan Jamkesmaskot. Adapun alur untuk memperoleh Jamkesmaskot sebagai berikut :

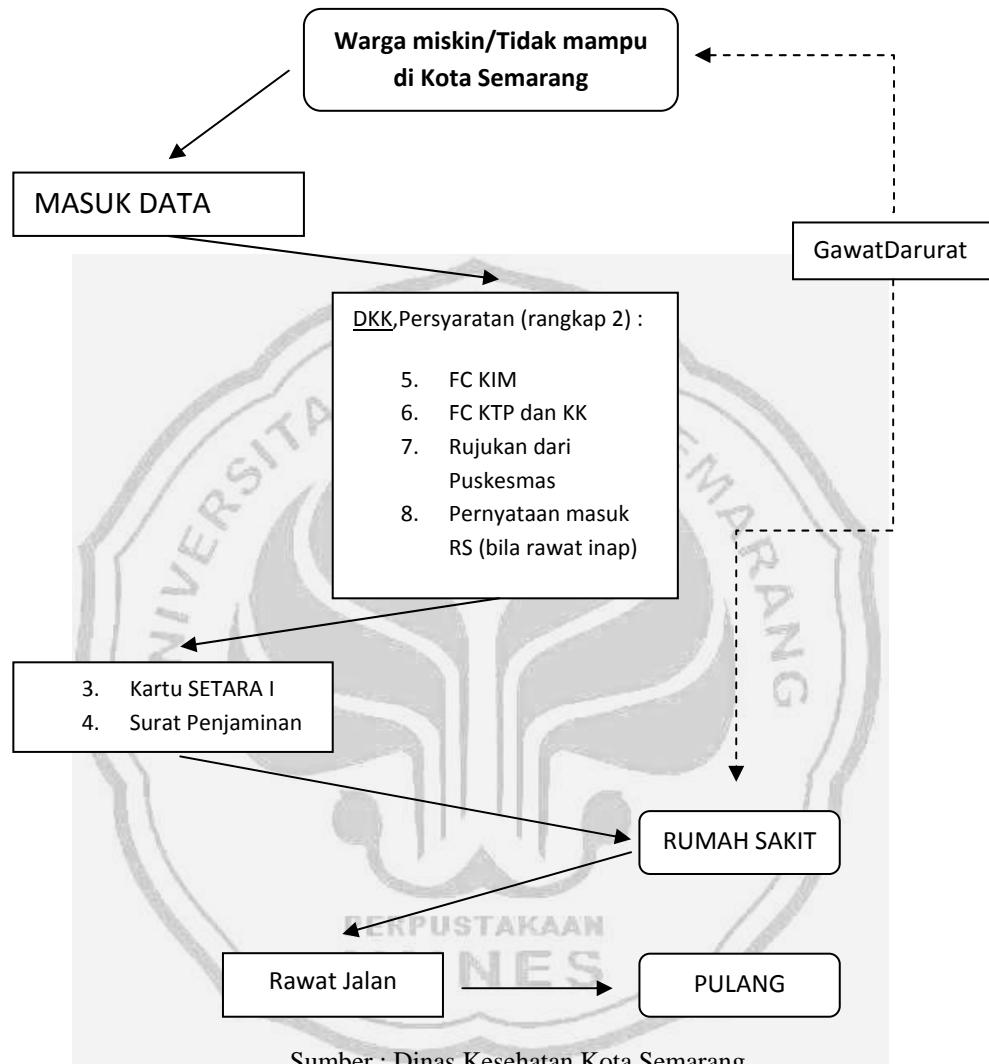


Bagan 4.1  
Alur Memperoleh Kartu Jamkesmaskot



Dengan melihat bagan diatas, warga miskin juga perlu memahami bahwa penentuan kelayakan atau penentuan kategori miskin dan/atau tidak mampu berasal dari lapisan paling bawah yakni mulai dari RT, RW, kelurahan, hingga Kecamatan. Sehingga diharapkan tidak ada kesalahpahaman terkait penetapan warga termasuk dengan criteria miskin dan/atau tidak mampu.

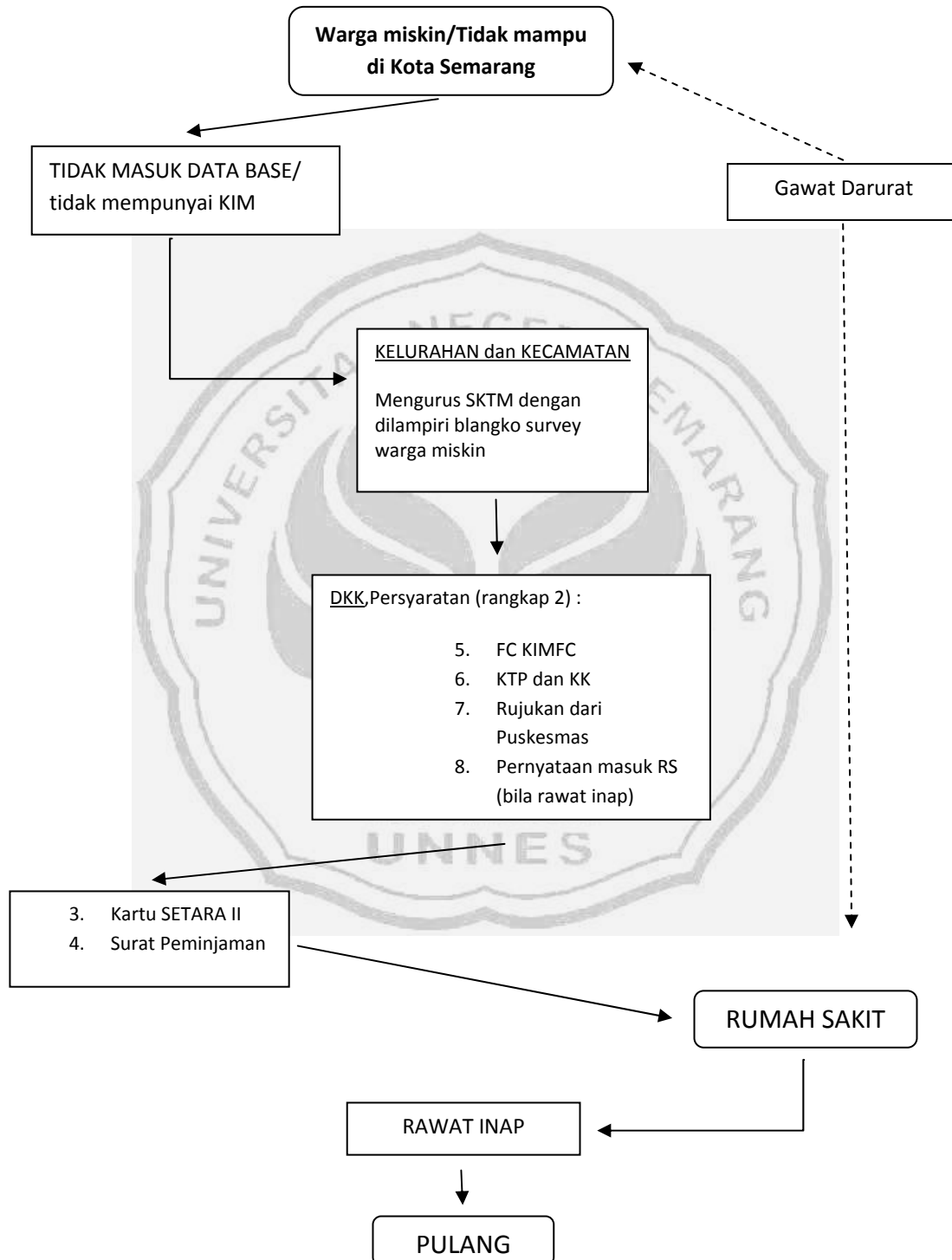
Bagan 4.2  
Alur Yankes Masuk Data Base Jamkesmaskot di Rumah Sakit



Sumber : Dinas Kesehatan Kota Semarang

Dengan bagan di atas diharapkan warga miskin yang sudah masuk database diharapkan dapat mengakses dengan mudah sesuai alur yang sudah ada. Bagi warga miskin yang tidak masuk database tetap dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dikehendaki dengan cara/alur sebagai berikut :

Bagan 4.3  
Alur Yankes Tidak Masuk Data Base Jamkesmaskot di Rumah Sakit



Sumber : Dinas Kesehatan Kota Semarang

Bagan di atas kedua-duanya merupakan alur dalam pelayanan kesehatan bagi warga miskin sesuai program Jamkesmaskot di Rumah Sakit wilayah Kota Semarang selaku PPK. Hal itu juga merupakan cerminan penerapan / implementasi terhadap regulasi yang ada sebagai pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh warga miskin di Kota Semarang.

Implementasi Perda Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008 pada Pasal 16 Tentang Bantuan Kesehatan diwujudkan dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang dirasakan oleh warga sangat bermanfaat. Misalnya pernyataan dari salah satu warga bernama Budiarti, 38 Tahun :

“Saya selama menggunakan Jamkesmaskot tidak pernah dipungut biaya sama sekali. Bahkan saya pernah melakukan operasi namun tidak sedikitpun saya dipungut biaya” (Wawancara Tgl 6 Februari 2013)

Sama dengan keterangan Budiarti ,keterangan dari Sugiarti, 32 Tahun :

“Selama kurang lebih 5 Tahun menggunakan Jamkesmaskot saya tidak pernah dipungut biaya apapun, gratis.” (Wawancara Tgl 6 Februari 2013)

Dengan akses memperoleh layanan kesehatan dengan gratis ini membuat warga miskin mudah untuk memenuhi derajat kesehatan yang diinginkan. Hal ini diakui oleh pengguna kartu Jamkesmaskot yang tidak lain dan tidak bukan adalah warga miskin itu sendiri, dalam sejumlah kesempatan ketika diajukan pertanyaan mengenai biaya. Warga miskin tidak ada yang dipungut biaya untuk memperoleh layanan kesehatan. Itu artinya da hal positif dalam implementasi regulasi yang ada

yang dilakukan terhadap warga miskin sebagai upaya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan. Warga miskin yang pernah dan/atau sedang menginap memang mengakui bahwa tidak ada diskriminatif terhadap dirinya yang dianggap warga miskin dalam pelayanan kesehatan yang diberikan. Sesuai dengan apa yang menjadi hak warga miskin tidak adanya perbedaan bagi orang kaya maupun orang miskin dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan. Namun, hal ini lebih lanjut dikatakan oleh beberapa warga miskin yang memang mengakui bahwa standar dari ruang rawat inap pada kelas 3 dikategorikan cukup baik.

#### **4.4 Hambatan dalam Implementasi Regulasi Jaminan Sosial terhadap Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin di Kota Semarang**

Berdasarkan pada regulasi yang ada mulai dari Undang-Undang dasar 1945, Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008, dan Peraturan Walikota Nomor 28 Tahun 2009 terdapat sejumlah hambatan baik pada pemerintah kota yang diwakilkan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang , PPK , dan warga miskin.

Mengutip dari pernyataan yang dikemukakan Dinas Kesehatan Kota Semarang melalui stafnya bahwa ada beberapa hal yang menjadi kendala kami dalam melakukan pelayanan bagi kaum miskin diantaranya :

- a. Proses administrasi untuk mendapatkan Jamkesmaskot.
- b. SDM warga miskin kurang.

- c. Kurang sabar.
- d. Tingkat sensitifitas secara emosional warga miskin tinggi.
- e. Minimnya tenaga administrasi untuk melayani warga miskin sedikit.
- f. Fenomena “sadikin” sakit sedikit miskin.

(Wawancara Tgl 8 Februari 2013)

Hambatan utama yang dialami dinas kesehatan adalah proses administrasi yang menjadi persyaratan bagi pengajuan ataupun penggunaan jamkesmaskot. Menurut DKK, sebenarnya permasalahan ada pada masyarakat miskin itu sendiri yang dianggap secara sumber daya manusianya lemah. Hal itu mempengaruhi pemahaman terhadap syarat-syarat procedural yang harus dipenuhi untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan bagi warga miskin itu sendiri.

Berdasarkan pada hal pengalaman yang sudah terjadi, warga miskin tingkat sensitifitasnya tinggi serta rasa sabar yang kurang. Hal ini sering kali menjadikan kericuhan dalam pelayanan administrasi di DKK bagi warga miskin yang sedang mengurus syarat-syarat yang harus dipenuhi. Tidak hanya itu, jumlah warga miskin yang harus ditangani pihak DKK juga tidak sebanding dengan petugas yang ada. Dapat dicermati di ruang khusus pelayanan Jamkesmaskot selalu dipenuhi oleh warga miskin setiap pagi nya. Namun, pihak DKK tidak bias berbuat banyak karena sesuai tupoksi nya yang harus wajib melayani warga miskin yang ingin memperoleh dan/atau mengakses pelayanan kesehatan. Lebih lanjut, DKK menambahkan adanya fenomena “sadikin” sakit sedikit miskin, hal ini menjadi temuan menarik ketika ada

juga yang ternyata sebenarnya tidak berhak memperoleh jamkesmaskot. Akan tetapi , DKK hanya menyerahkan sepenuhnya kepada tim survey selaku penanggung jawab akan hal tersebut.

Hal yang serupa juga coba diungkap pihak pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit. Petugas mengaku sering bersitegang dengan para warga miskin yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan, hal ini juga ditengarai adalah proses ataupun prosedur dalam syarat-syarat administrasi yang ada. Seringkali, ketidak lengkapan syarat yang seharusnya dipenuhi menjadi problem tersendiri. Dengan keterbatasan pemahaman yang dimiliki warga miskin dijadikan sebab terjadinya kesalahpahaman antara pihak PPK dengan warga miskin yang ingin mengakses kesehatan.

Tidak hanya dari pihak pemangku kebijakan dan juga pemberi pelayanan kesehatan , juga harus dilihat dari warga miskin selaku penerima pelayanan kesehatan berbasis program jamkesmaskot. Dari sejumlah informasi yang didapat, kendala-kendala utama yang disebutkan oleh warga miskin adalah masalah administratif. Misalnya dikemukakan oleh Niam, 27 Tahun :

“Proses untuk mengurus jamkesmaskot ribet , bahkan saya harus bolak-balik dari DKK ke Rumah Sakit bahkan ke RT lagi”

Berbanding terbalik dengan Niam, salah satu warga miskin yaitu Sri Suyatin, 52 tahun mengatakan :

“Tidak ada kendala dalam proses administrasi, dilengkapi sesuai syarat-syarat yang ada langsung dapat di acc, karena saya juga sudah terbiasa mengurus ini”

Namun sebenarnya beragam, ada yang menganggap tidak menjadi permasalahan adapula yang menganggap sulit sehingga menjadi permasalahan. Hal ini patut dipahami oleh semua pihak terkait, warga miskin mengaku proses administratif yang ada mengharuskan para warga miskin bolak-balik dari tempat pengurusan syarat administratif. Hal ini yang sering dikeluhkan oleh warga miskin yang merasa dalam mengakses pelayanan kesehatan dirasa dipersulit. Ditambahkan pula, khusus untuk DKK dalam ruangan yang disediakan dirasa sempit dan perlu adanya ruang yang cukup untuk membuat kenyamanan bagi warga miskin saat mengakses pelayanan kesehatan. Alih-alih merespon hal tersebut, pihak DKK membantah jika tidak ada upaya untuk melakukan perbaikan bagi kenyamanan warga miskin dalam pengaksesan pelayanan kesehatan. DKK berdalih bahwa sudah ada perbaikan dalam hal ruangan , mulai dari ruang di dalam kantor DKK , sampai sekarang ada ruangan khusus. Akan tetapi, dibenarkan bahwa ruangan khusus tersebut tidak dapat menampung semua warga miskin dengan baik yang diistilahkan dalam bentuk kenyamanan karena warga miskin yang mengakses pelayanan kesehatan dengan jamkesmaskot setiap pagi selalu diluar kapasitas yang ada.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Simpulan**

Berdasarkan dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai Implementasi Regulasi Jaminan Sosial terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Terdapat beberapa regulasi yang mengatur tentang jaminan sosial terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin khususnya di Kota Semarang , yaitu Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008 dan Peraturan Walikota Nomor 28 Tahun 2009. Berdasarkan bentuk-bentuk regulasi yang ada mulai dari Undang-Undang Dasar 1945, Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009, Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008, hingga Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 tahun 2009 semua bertujuan untuk memenuhi hak-hak warga miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang baik.
2. Berdasarkan peraturan perundangan yang dibuat oleh Pemerintah Kota Semarang yaitu Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 tahun 2008 dan Peraturan Walikota Nomor 28 tahun 2009 yang mengacu pada Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009

memunculkan suatu program pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang yaitu program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota (Jamkesmaskot). Pada pelaksanaannya Program Jamkesmaskot dirasakan oleh warga miskin Kota Semarang sangat bermanfaat bagi pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan.

3. Hambatan dalam implementasi terhadap regulasi yang diwujudkan melalui program Jamkesmaskot adalah mengenai proses administrasi yang ada. Proses administrasi menjadi faktor utama sebagai kendala baik bagi warga miskin maupun bagi pihak penyelenggara pemberi pelayanan kesehatan.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai Implementasi Regulasi Jaminan Sosial terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin di Kota Semarang, maka penulis perlu memberikan saran sebagai berikut :

1. Dengan adanya regulasi terhadap pelayanan kesehatan bagi warga miskin daerah Kota Semarang diharapkan dapat menjadi landasan yang bersifat fundamental demi terwujudnya pelayanan kesehatan yang baik bagi warga miskin di Kota Semarang. Meskipun demikian, penulis merasa perlu kiranya ada regulasi tambahan secara khusus dalam bentuk Peraturan Daerah tentang pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kota Semarang.
2. Dalam hal proses administrasi dengan melihat berbagai persoalan yang ada di lapangan, penulis menganggap perlu adanya sosialisasi lebih terhadap syarat-

syarat dalam pengajuan untuk mendapatkan kartu layanan Jamkesmaskot. Sistem birokrasi yang ada perlu kiranya dijadikan lebih mudah dan lebih pendek sehingga memudahkan warga miskin di Kota Semarang dalam mengakses pelayanan kesehatan melalui program Jamkesmaskot.



## DAFTAR PUSTAKA

### 1. Buku

- Adi, Rianto.2010. *Metodologi Penelitian Sosial dan Hukum*. Jakarta: Granit
- Ashofa, Burhan.2010. *Metode penelitian hukum*. Jakarta : PT.Rhineka Cipta
- Azwar, Azul.1996. *Standar Pelayanan Medis dalam Menuju Pelayanan Kesehatan Yang Lebih Bermutu*. Jakarta: YP.IDI
- Chazawi, Adami.2007. *Malpraktik kedokteran*. Malang: Banyumedia
- El-Muhtaj, Majda.2005. *Hak Asasi Manusia dalam Konstitusi Indonesia*. Jakarta: Kencana
- Guwandi, J.1981. *Dokter dan Hukum*. Jakarta: Monella
- Hanafiah, Jusuf.2009. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Isfandyarie, Anny.2006. *Tanggungjawab Hukum dan Sanksi Bagi Dokter*. Jakarta: Prestasi Pustaka
- Marzuki.2002. *Metodologi Riset*. Yogyakarta : UII
- Moleong, Lexy.J.2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung:PT.Remaja Rosdakarya
- Notoatmodjo, Soekidjo.2010. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: PT.Rhineka Cipta
- Nasution, Bader Johan.2005. *Hukum Kesehatan : Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta : PT.Rhineka cipta
- Rosidin, Utang.2010. *Otonomi Daerah dan Desentralisasi*. Bandung: CV.Pustaka Setia
- Soekanto, Soerjono.2007. *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: UI Press

### 2. Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

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

Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2008 Tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang

Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin dan/atau Tidak Mampu di Kota Semarang

### **3. Internet**

[http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/?p=artikel\\_mod&j](http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/?p=artikel_mod&j), diakses pada tanggal 1 November 2012

[http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/?p=halaman\\_mod&jenis=fasilitas](http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/?p=halaman_mod&jenis=fasilitas), diakses pada tanggal 1 November 2012

<http://www.seputarsemarang.com/rumah-sakit-umum-fatmawati-semarang-5029/> diakses pada tanggal 22 Juni 2012

<http://www.wikipedia.com/> diakses pada tanggal 5 Oktober 2012

### **4. Jurnal**

Ainur, 2011. Pelayanan Publik dan Welfare State. Jurnal tentang Governance. Vol 2, No 1.2011