

**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN BAGI  
PEMEGANG ASKESKIN**  
(Studi Kasus : Pengguna Askeskin di Kelurahan Air Tawar Barat Padang)

**SKRIPSI**

**Tugas untuk Mencapai Gelar Sarjana Ilmu Sosial  
pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Universitas Andalas**

**OLEH**

**NOVA SUSANTI  
03191001**



**JURUSAN SOSIOLOGI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG, 2008**

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Masalah kemiskinan sudah menjadi fokus dari pemerintah yang pernah dan sedang memerintah Indonesia yang mulai dari pemerintahan Hindia Belanda, Orde Lama dan Orde Baru. Sampai saat ini fenomena kemiskinan merupakan salah satu masalah nasional yang menjadi masalah utama diskusi kalangan akademisi, praktisi maupun aktifis masyarakat. Sejak awal kemerdekaan, bangsa Indonesia telah mempunyai perhatian besar terhadap terciptanya masyarakat yang adil dan makmur sebagaimana termuat dalam alinea keempat UUD1945. Program-program pembangunan yang di laksanakan selama ini juga memerlukan perhatian yang besar terhadap upaya penanggulangan kemiskinan karena pada dasarnya pembangunan yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Rais,1995:25).

Krisis moneter yang melanda Indonesia pada pertengahan tahun 1997 menyebabkan merosotnya daya beli masyarakat. Hal ini akhirnya menyebabkan meningkatnya jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan. Krisis ekonomi juga telah menyebabkan capaian pembangunan dalam aspek penanggulangan kemiskinan mengalami kemunduran hampir 15 tahun (Widodo,2002:156)

Pembangunan untuk penduduk miskin menjadi sebagai prioritas di setiap Negara, karena salah satu deklarasi dunia Johannesberg Afrika selatan adalah pembangunan yang berkesinambungan yang di capai dengan merujuk kepada

Millenium Development Goals(MDG). Ini merupakan komitmen seluruh pimpinan dunia yang berisi 8 Goals. Diantaranya ada 6 sektor komitmen MDG yang perlu di capai pada tahun 2015 yaitu : (1) kemiskinan dan kelaparan, (2) kesehatan, (3) ketidaksetaraan gender, (4) pendidikan, (5) air bersih , dan (6) lingkungan. Kemiskinan merupakan salah satu tujuan utama dalam mencapai MDG (Hasbullah,2005:111).

Masalah kemiskinan sudah menjadi masalah dasar di Negara kita Indonesia saat ini. Yang senantiasa relevan untuk di kaji terus-menerus. Pada tahun 1970 jumlah penduduk miskin Indonesia adalah 70 juta jiwa atau 60% dari jumlah penduduk. Dan tahun 1990 menurun menjadi 27 juta jiwa atau 15% dari jumlah penduduk. Pada tahun 1996 jumlah penduduk miskin tercatat 22,5 juta jiwa atau 11,3% dari jumlah penduduk. Kemudian pada saat krisis tahun 1998, penduduk miskin naik secara drastis menjadi 49,5 juta jiwa atau 24,3% penduduk. Pada tahun 2001 jumlah penduduk miskin 36,1 juta jiwa atau 16,68% dari jumlah penduduk (Hasbullah,2004:117).

Peningkatan angka kemiskinan ini juga dihadapi oleh masyarakat propinsi Sumatera Barat yang berpenduduk 4,46 juta jiwa pada tahun 2005. (BPS Sumbar 2005). Sebagai gambaran penduduk miskin di propinsi Sumatera Barat masih tinggi yaitu 1,4 juta jiwa atau 23% pada tahun 2001. Kemudian pada tahun 2003 terjadi penurunan secara drastis yaitu 501100 jiwa (11,24%) dan angka ini terus menurun mencapai 472.100 (10,46%) pada tahun 2004. Akan tetapi pada tahun 2005 menjadi 482.800 jiwa atau 10,89%. Angka ini terus naik menjadi 550.251 jiwa atau 12,50% penduduk miskin di tahun 2006. Dan pada

tahun 2007 ternyata ada penurunan angka kemiskinan menjadi 529.200 atau 11,90% penduduk (berita resmi statistik Sumbar 2007).

Setiap daerah sudah berupaya menyelesaikan masalah ini dengan melaksanakan program pengentasan kemiskinan. Namun terkadang belum maksimal, harapan untuk menghapuskan kemiskinan belum terwujudkan, kenyataannya masih banyak masyarakat miskin yang ditemukan.

Hal ini juga pernah diungkapkan oleh Afrizal dkk tahun 2006 dalam penelitiannya. Ada beberapa program pengentasan kemiskinan yang gagal dalam mengentaskan kemiskinan salah satunya program pengembangan keuangan mikro gagal. Hal ini terjadi dari beberapa komunitas yaitu komunitas petani peladang, petani sawah, nelayan, maupun komunitas non sawah serta non nelayan. Program-program pengembangan keuangan mikro non perbankan dalam bentuk simpan pinjam yang dilakukan oleh berbagai instansi pemerintah tidak bermanfaat untuk jangka panjang, disebabkan oleh dana simpan pinjam yang dikembangkan dengan membentuk kelompok simpan pinjam ternyata tidak bertahan lama.

Dengan demikian masalah kemiskinan saat sekarang ini menyebabkan masyarakat miskin rentan terhadap beberapa kondisi, seperti rentannya masyarakat terhadap akses pendidikan, akses kebutuhan dasar, bencana alam, kejahatan, pengadaan air bersih termasuk resiko kesehatan. Hampir setengah penduduk Indonesia berada dalam kondisi tersebut (Elfindri,2006:45).

Dalam menanggapi keadaan tersebut, pemerintah mencanangkan dan melakukan berbagai program untuk mengatasi masalah kemiskinan baik itu jangka pendek maupun program jangka panjang. Dalam jangka pendek, prioritas

penanggulangan kemiskinannya diarahkan untuk menjaga stabilitas kehidupan masyarakat miskin. Program ini juga diarahkan untuk menciptakan kondisi kondusif terhadap perbaikan jangka panjang. Pemerintah merespon keadaan tersebut dalam 4 wilayah penting : (a) menyediakan jaminan pangan, (b) membantu daya beli masyarakat miskin dengan menciptakan lapangan kerja, (c) menjaga kegiatan ekonomi daerah dengan pemberian pinjaman, (d) menyediakan akses terhadap pelayanan sosial, seperti kesehatan kepada masyarakat miskin (Elfindri, 2006:46).

Dalam menjaga kerentanan masyarakat miskin terhadap akses kesehatan, pemerintah melaksanakan berbagai program yang sejalan dengan UU No 23 tahun 1992 tentang kesehatan yang menyatakan bahwa setiap penduduk berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal dan berkewajiban ikut serta memelihara kesehatan diri, keluarga dan lingkungannya (Desmawati, 2004:3). Kemudian diperkuat oleh UUD 1945 tanggal 11 Agustus 2002 dimana MPR telah mengamanatkan agar "*Negara mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat*" seperti tercantum dalam pasal 34 ayat 2 UUD 1945. Dalam pasal 3 ayat tersebut, MPR juga menggariskan bahwa "*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan...*" (Hasbullah, 2005:13).

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1993 pemerintah melaksanakan upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin dinamakan dengan kartu sehat. Pemberian kartu sehat kepada rumah tangga miskin berdasarkan identifikasi yang dilakukan oleh puskesmas. Kartu ini oleh rumah tangga miskin dapat dipakai untuk berobat gratis di

puskesmas dan rumah sakit umum daerah (RSUD) dengan membawa surat rujukan dari puskesmas. Pelaksanaan program ini sering dikeluhkan oleh masyarakat miskin bahwa pelayanan kesehatan tidak diberikan sesuai kebutuhan. Mereka sering membayar tambahan biaya terutama jika mendapat pelayanan di RSUD (Rubi, 2005:130).

Pada tahun 1998 dilanjutkan dengan pengembangan program jaring pengaman sosial bidang kesehatan (JPS-BK) yang merupakan salah satu respon pemerintah untuk mengatasi dampak krisis pada penduduk miskin. Program ini terus berlanjut sampai tahun 2001, dan kemudian disambung dengan program dampak pengurangan subsidi energi (PDPSE) yang berawal dari kenaikan harga bahan bakar minyak (BBM). Sebagian dana di subsisidi untuk kesehatan. Pada tahun 2002-2004 diganti nama menjadi program kompensasi bahan bakar minyak (PKPS-BBM) yang dananya dialokasikan keseluruh rumah sakit di Indonesia sesuai dengan keputusan menteri kesehatan RI No 785/Menkes/SK/VI/2002 tanggal 26 juni 2002 tentang penerimaan program kompensasi pengurangan subsidi bahan bakar minyak bidang kesehatan, sebesar Rp 325.998.000.000 dan untuk Sumatera Barat sebesar Rp 11.878.320.000 (Rubi,2005:156).

Pada akhir tahun 2004, menteri kesehatan dengan SK nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tanggal 12 November 2004, menugaskan PT Askes (persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin dengan berbasis asuransi sosial atau dikenal dengan Askeskin. Dan sekarang tahun 2008 diganti nama dengan Jamkesmas.

## BAB IV PENUTUP

### 4.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan analisa yang dilakukan maka didapat kesimpulan.

- Prosedur pelayanan kesehatan yang dilalui oleh pasien peserta Askeskin berbeda antara puskesmas dan rumah sakit. Kalau di puskesmas karena merupakan pelayanan dasar, peserta Askeskin mesti membawa dan memperlihatkan kartu Askeskinnya. Kalau butuh rujukan ke rumah sakit maka peserta Askeskin harus membawa kartu dan surat rujukan untuk mendapatkan pelayanan. Berbeda dengan IGD, pasien bisa langsung dilayani dengan syarat setelah itu keluarga pasien mesti mengurus administrasinya dengan diberi kelonggaran waktu 1x 24 jam.
- Prosedur yang dijalankan oleh pemegang Askeskin terlihat cukup banyak dan menyebabkan terjadinya kelamaan proses pelayanan, hal ini diakui oleh pasien askeskin disebabkan karena terus meningkatnya jumlah pasien dirumah sakit dan kurangnya SDM petugas pelayanan.
- Pasien askeskin akan dilayani dengan cepat kalau memiliki persyaratan yang lengkap dan prosedur yang benar.
- Petugas selalu memberikan pelayanan bagi setiap pasien yang mengikuti prosedur dengan benar, pelayanan akan diberikan mulai dari awal registrasi sampai selesai atau sampai setelah pasien mendapatkan obat.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku :

- Afrizal. DKK. 2006. *Pemetaan Kemiskinan dan Strategi Pengentasannya yang Berbasis Institusi Lokal dan berkelanjutan Dalam Era Otonomi Daerah di Provinsi Sumatera Barat*. Padang : Universitas Andalas.
- Afrizal. 2005. *Pengantar Metode Penelitian Kualitatif : dari pengertian sampai penulisan laporan*. Padang : Laboratorium Sosiologi FISIP. Universitas Andalas.
- Afrizal. 2005. *Handout*. Padang : FISIP Universitas Andalas.
- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Elfindri. 2006. *Subsidi Langsung Tunai : Desain, Kenyataan dan Perbaikan Implementasinya*. Padang : Andalas University Press.
- Jumina dan Danang Parikasit. 2006. *Kemajuan Terkini Penelitian Klaster Sosial-Humaniora*. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada.
- Mulyana, Deddy. 2004. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Moleong, Lexy. 2002. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Qodir, Abdurrachman. 2001. *Zakat*. Jakarta : Raja Grafindo Persada.
- Pasolong,Herbani. 2007. *Teori Administrasi Publik*. Makasar : Alfabeta.
- Rais, M Amien. 1995. *Kemiskinan dan Kesenjangan di Indonesia*. Yogyakarta : Aditya Media.