

**ANALISIS KEBIJAKAN EKONOMI PUBLIK TENTANG  
PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN  
DI RUMAH SAKIT MILIK PEMERINTAH**

(Implementasi Program Jamkesmas di Jawa Timur)

Anna Marina\*

FE-UMSurabaya

*e-mail : feumsurabaya@yahoo.com*

**ABSTRACT**

Various policies taken by the government to help poor people reduced to poverty burden. The policy of them are in the areas of health, which aims to facilitate / ease the poor to health. Since 1998 the government, in this case the Ministry of Health has launched a service improvement program for poor families, a program of JPS-BK (Social Security Network Health Sector) are sourced from the Asian Development Bank loan for basic services for poor families. This program lasted until 2002.

The Government does not just stop in an effort to lighten the burden of the poor in the health sector, various policies have been taken, Beginning in 2008 Managed Care program, usually called HIP changed its name to Community Health Insurance (JAMKESMAS) with no change in the number of targets. This program aims to provide access to the public health service is very poor, poor and near poor who numbered 76.4 million inhabitants. Thus, the degree of public health is very poor, poor and near poor can be increased and indirectly can improve the quality and productivity of human resources in Indonesia.

Health services for the poor provided by government hospitals in East Java province needs to consider the quality of services provided through the following aspects: cost of hospital services, hospital environmental safety, justice get service, clarity about roles and functions of officers who served, availability & understanding treatment and clarity of information on how to deliver information about the patient's illness.

*Keywords* : JPKM, Askeskin, Jamkesmas, Gakin, kualitas pelayanan.

**PENDAHULUAN**

**Latar Belakang :**

Berbagai kebijakan diambil pemerintah untuk membantu masyarakat miskin agar berkurang beban kemiskinannya. Kebijakan itu diantaranya adalah di bidang kesehatan, yaitu bertujuan memudahkan / meringankan masyarakat miskin untuk mengakses bidang kesehatan. Sejak tahun 1998 pemerintah, dalam

hal ini Departemen Kesehatan telah meluncurkan program peningkatan pelayanan bagi keluarga miskin, yaitu program JPS-BK ( Jaringan Pengamanan Sosial Bidang Kesehatan ) yang bersumber dari pinjaman Bank Pembangunan Asia untuk pelayanan dasar bagi keluarga miskin. Program ini berlangsung sampai tahun 2002.

Kemudian tahun 2000 mulai dikembangkan JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin )-JPSBK, program inipun hanya efektif sampai pertengahan tahun 2001, setelah itu tidak ada lagi. Lalu dikembangkan JPKM semesta, yaitu pelaksanaan JPKM yang diselenggarakan bagi keluarga miskin dan non miskin, namun hasil program tersebut tidak memuaskan. Selanjutnya pada tahun 2001 diteruskan dengan PDPSE-BK (Program Dampak Penanggulangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan ) untuk layanan rujukan rumah sakit bagi keluarga miskin ( Gakin ) yang berlangsung hingga tahun 2002.

Pemerintah tidak berhenti begitu saja dalam upaya meringankan beban masyarakat miskin di bidang kesehatan, berbagai kebijakan telah diambil, Namun program yang hingga kini masih berlangsung adalah PKPS-BBM Bidkes ( Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan ) untuk pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan. Pada tahun 2003 PKPS-BBM Bidkes dijalankan dengan dua model, yakni *pertama* menyalurkan langsung dana ke rumah sakit, puskesmas dan desa (Depkes, 2003). *Kedua*, model atau memakai mekanisme JPK-Gakin (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin ).

Mulai tahun 2008 program JPKM yang biasa disebut Askeskin diubah namanya menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dengan tidak mengubah jumlah sasaran. Program ini bertujuan untuk memberi akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat sangat miskin, miskin dan mendekati miskin yang berjumlah 76,4 juta jiwa. Dengan demikian, derajat kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan mendekati miskin dapat meningkat dan secara tidak langsung dapat meningkatkan kualitas dan produktivitas sumber daya manusia Indonesia.

Rumah sakit pemerintah di tingkat provinsi seperti provinsi Jawa Timur memiliki beberapa rumah sakit di berbagai daerah, yaitu Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya, Rumah Sakit Haji Surabaya, Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, Rumah Sakit Umum Dr Syaiful Anwar Malang, dan Rumah Sakit Umum Dr. Sudono Madiun (sebagai subyek dalam penelitian ini ) dapat dijadikan sebagai sarana dalam melaksanakan program guna meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat miskin, di samping rumah sakit-rumah sakit yang dimiliki oleh pemerintah kabupaten/ kota setempat.

**Permasalahan :**

Berdasarkan latar belakang permasalahan penelitian di atas, maka permasalahan yang akan dikaji adalah :

1. Bagaimana kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin di rumah sakit milik pemerintah ?
2. Apakah yang menjadi dorongan dan hambatan pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin di rumah sakit milik pemerintah ?

**KAJIAN PUSTAKA****Struktur Organisasi Rumah Sakit Pemerintah :**

Pengorganisasian rumah sakit pemerintah, untuk rumah sakit vertikal, masih ditentukan oleh Pusat melalui SK Menkes No.983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum dan untuk rumah sakit daerah melalui Permendagri No.22 tahun 1993 tentang Susunan Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit Daerah. Kedua SK tersebut kurang mencerminkan fungsi dan peran rumah sakit, serta belum mengakomodasi struktur rumah sakit yang merupakan suatu organisasi matriks. Akibatnya rumah sakit tidak mampu menerapkan manajemen strategis, karena pengembangan unit bisnis strategis yang seharusnya ada dalam rumah sakit modern hampir tidak mungkin dikembangkan pada rumah sakit pemerintah dengan struktur organisasi yang dimilikinya saat ini (Soejitno S, Emil I, Poltak S,1999)

Dalam rumah sakit, unit yang menghasilkan pelayanan adalah instalasi. Sebagai unit penghasil pelayanan, maka instalasi rumah sakit merupakan ujung tombak produksi dan operasional rumah sakit. Oleh karena itu, jabatan kepala instalasi merupakan jabatan manajerial strategis yang memanager unit bisnis strategis rumah sakit. Namun pimpinan rumah sakit yang strategis berdasarkan struktur organisasi saat ini, adalah mulai dari kepala bagian dan kepala bidang ke atas, sedangkan kepala instalasi hanya merupakan unsur fungsional saja ( R.Hapsara, 1999 )

**Fungsi RS dalam Sistem Kesehatan :**

Sebagai penjabaran dari misi, tanggung jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat berada pada :

- a. Depkes Pusat
- b. Dinas Kesehatan Provinsi
- c. Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota

Sedangkan tanggung jawab pelayanan kesehatan yang bermutu terletak pada institusi pelayanan kesehatan yaitu :

- a. Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta
- b. Puskesmas
- c. Praktik dokter swasta
- d. Rumah Bersalin

- e. Puskesmas pembantu
- f. Balai Pengobatan Swasta
- g. Pondok Bersalin Desa

Dalam pasal 10 UU No.23 tahun 1992 tentang kesehatan,dinyatakan bahwa :  
“Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit ( kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.”

Jadi, rumah sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan juga melakukan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan , promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Tugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan medik dan penunjang medik tidak dapat dibatasi hanya terutama untuk aspek kuratif dan rehabilitatif saja. Ini berbeda dengan apa yang dimuat dalam Dokumen Sistem Kesehatan Nasional 1982, yang menekankan tanggung jawab Rumah sakit pada aspek kuratif dan rehabilitatif saja. Akibat tanggung jawab hanya pada aspek tersebut, telah berdampak elitisme/alienasi rumah sakit sebagaimana berikut :

- a. RS menjadi organisasi yang pasif menunggu sampai datangnya pasien, tanpa harus peduli masalah kesehatan yang terjadi di luar dindingnya. Keadaan menunggu ini mengakibatkan RS sulit bereaksi terhadap perubahan.
- b. RS hanya memberikan pelayanan individual yang sesaat, tanpa memperhatikan dampak dari pelayanan yang bersifat demikian pada masyarakat.
- c. RS tidak termasuk sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan setempat.
- d. RS tidak memiliki wilayah cakupan kerja definitif, akibatnya mempersulit penyusunan strategi dan rencana kerja terkait pembinaan fasilitas kesehatan secara efektif dan terarah.
- e. RS menjadi rentan dan rapuh terhadap perubahan, karena tidak pernah memikirkannya dan terlalu tergantung pada subsidi
- f. RS akan ditinggalkan oleh masyarakat, karena tidak dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan yang mereka harapkan.
- g. Merasa tidak ada saingan, maka RS akan sulit menghadapi era pasar bebas ekonomi.

#### **Peran RS dalam Sistem Pelayanan Kesehatan :**

Selain membantu dinas kesehatan kabupaten/ kota dalam kegiatan dan masalah kesehatan masyarakat merupakan prioritas di wilayahnya, RS secara khusus bertanggung jawab terhadap manajemen pelayanan medik pada seluruh jaringan rujukan di wilayah kabupaten/ kota.

Oleh karena itu, RS merupakan pusat rujukan dalam sistem pelayanan kesehatan di wilayah cakupannya.

Sebagai pusat rujukan di wilayahnya, RS juga merupakan pusat sumber daya (*resource center*) ditinjau dari segi teknologi dan sumber daya manusianya yang trampil. Dengan demikian, RS wajib membina fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di dalam jaringan rujukannya. Bila dalam suatu kabupaten/ kota terdapat lebih dari satu RS termasuk milik swasta, maka tugas pembinaan ini perlu dikoordinasikan oleh direktur RS setempat sesuai dengan kemampuan yang menjadi unggulan masing-masing RS.

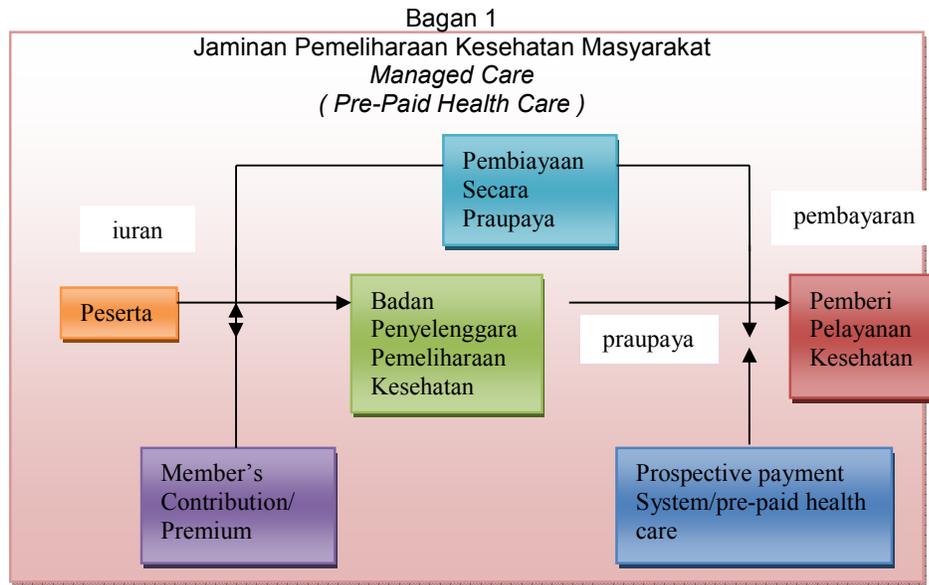
Lingkup kegiatan pembinaan oleh RS, sesuai dengan peran dan kemampuannya dapat meliputi sebagai berikut :

- a. Rujukan teknologi
- b. Bantuan sumber daya
- c. Bantuan operasional
- d. Rujukan pasien dan spesimen
- e. Rujukan pengetahuan dan keterampilan

**Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) :**

Program JPKM diatur dalam Pasal 66 ayat (1,2,3 dan 4) UU No.23 tahun 1992. Strategi pengembangannya sudah diatur dalam Kep. Menkes RI No 326/ Menkes/ SK/VI/1990 tentang pembentukan Satuan Tugas Pengembangan Program JPKM. Program ini diharapkan akan dapat menjamin keterjangkauan dalam pelayanan kesehatan fisik melalui pengembangan suatu paket pemeliharaan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan secara financial antara lain mengubah cara pembiayaannya, semula sifatnya individual menjadi pembiayaan yang dilakukan secara kolektif.

Cara-cara tersebut perlu disertai upaya pengendalian biaya pelaksanaan pelayanan kesehatan yang harus dilakukan dengan cermat oleh pelaksana pelayanan kesehatan dalam mengalokasikan sumber daya kesehatan. Namun tidak boleh mengakibatkan menurunnya mutu pelayanan kesehatan, bahkan sebaliknya, ketepatan dalam tindakan dan pengalokasian sumber daya justru akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Berikut bagan model Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat *managed care ( pre-paid health care )*



Sumber: Koeswadji, Hermien Hadiati. 2002. *Hukum Untuk Perumahan*

## II. PEMBAHASAN

### Kualitas Pelayanan Kesehatan RS terhadap gakin

Beberapa aspek penting yang perlu diketahui untuk menunjang kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit sebagai berikut :

#### 1. Biaya Pelayanan Rumah Sakit :

Biaya pelayanan rumah sakit untuk pasien dari keluarga miskin peserta program Jamkesmas, berdasarkan peraturan yang ada, tidak dipungut biaya sepeserpun. Pembebasan biaya pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin peserta Askeskin maupun Jamkesmas meliputi : pembebasan biaya pendaftaran pasien, penggunaan sarana maupun prasarana berupa alat-alat medis rumah sakit hingga biaya berobat. Biaya pengobatan baru akan dikenakan pada pasien keluarga miskin (Gakin ) peserta Askeskin atau Jamkesmas, bilamana ketersediaan obat tidak ada di rumah sakit.

Ketentuan jenis pelayanan obat yang diberikan pada pelayanan kesehatan pasien Gakin melalui program Jamkesmas, telah ditentukan di dalam Pedoman Pelaksanaan Materi Kesehatan RI ( Manlak ) tahun 2008. Pada Manlak tersebut telah ditentukan artikel obat-obatan tertentu yang disediakan untuk jenis

*Balance Economics, Bussiness, Management and Accounting Journal Th. V No. 8 Jan 2008.  
 Published by Faculty of Economic Muhammadiyah Surabaya ISSN 1693-9352*

kasus penyakit yang terdapat di dalam ketentuan Manlak. Dengan demikian, terdapat kemungkinan pada kasus-kasus penyakit tertentu, tidak secara keseluruhan pada sejenis obat tertentu dapat dipenuhi berdasarkan ketentuan yang ada dalam Manlak tahun 2008 tersebut. Pada kenyataannya terdapat keragaman penilaian terhadap kesediaan obat untuk pasien, sehingga tidaklah keseluruhan obat tersedia di rumah sakit. Sebagian besar pasien dalam memenuhi kebutuhan asupan obat harus membeli dengan resep dokter. Akan tetapi sebagian di dalam beberapa kasus juga terdapat pelayanan kesehatan pasien Gakin peserta Askeskin maupun Jamkesmas, dalam memenuhi kebutuhan obat secara keseluruhan tersedia di rumah sakit dan tidak ada yang harus dibeli melalui resep dokter.

**2. Keamanan Lingkungan Rumah Sakit :**

Berkaitan dengan keamanan di rumah sakit, hampir di semua rumah sakit ada pasien yang menyatakan pernah kehilangan atau setidaknya mendengar orang kehilangan barangnya. Barang yang hilang mulai berupa uang, pakaian, peralatan makan sampai *handphone*.

**3. Keadilan Mendapatkan Pelayanan :**

Perlakuan pelayanan kesehatan pasien Gakin meliputi hak untuk mendapatkan pelayanan fasilitas peralatan medis rumah sakit, pelayanan administrasi, pelayanan perawatan, hak untuk mendapatkan pelayanan obat maupun fasilitas prasarana dan sarana lain dari rumah sakit.

**4. Kejelasan tentang tugas dan fungsi petugas :**

Kejelasan informasi mengenai tugas dan fungsi petugas menjadi sangat penting bagi pasien sebagai sumber informasi yang perlu dipampangkan secara jelas dapat terlihat pada saat pasien berobat.

**5. Ketersediaan & Pemahaman Informasi Cara Berobat :**

Umumnya ketersediaan informasi tentang cara berobat dan pemahamannya cukup jelas, kenyataannya pemahaman akan informasi tertulis masih sering perlu penjelasan lagi secara lisan melalui pasien yang bertanya pada petugas yang ada di sekitar rumah sakit. Dengan kemandirian bagi pengunjung rumah sakit dalam memperoleh informasi cara berobat, maka petugas rumah sakit akan dapat lebih efisien melaksanakan tugas-tugasnya tanpa harus terganggu dengan tugas-tugas yang tidak perlu.

Sarana informasi yang dimanfaatkan pengunjung rumah sakit seharusnya merupakan sumber sarana informasi yang dapat dimanfaatkan secara massal dan mudah dipahami. Sumber sarana informasi massal ini dapat berupa papan (*board*) papan pengumuman berukuran besar, sarana informasi audio maupun audio visual yang terprogram secara *computerized*. Penggunaan sarana informasi tersebut harus mudah diakses, diketahui dan dipahami setiap pengunjung rumah sakit, cukup secara kuantitas dan diletakkan pada posisi strategis di berbagai tempat rumah sakit.

Esensi penggunaan sarana informasi tersebut supaya pengunjung rumah sakit dapat dengan mudah memahami kebutuhan informasi yang dibutuhkan secara cepat dan tepat, tetapi sedapat mungkin menghindari kontak informasi oral secara langsung melalui petugas rumah sakit yang sedang melaksanakan tugas medis di luar tugas pelayanan informasi. Dengan demikian petugas medis tidak terhambat dalam melaksanakan tugas utama untuk melayani pasien yang membutuhkan pelayanan secara cepat dan tepat.

#### **6. Kejelasan Penyampaian Informasi tentang penyakit pasien :**

Penyampaian informasi tentang penyakit pasien merupakan hak pasien untuk menerima informasi mengenai penyakitnya, tetapi kadangkala sering bersinggungan dengan kode etik medis yang berkaitan dengan proses penyembuhan pasien dari penyakit yang dideritanya. Kode Etik Medis mengikat bagi setiap petugas rumah sakit, baik medis maupun non medis. Dengan alasan kode etik tersebut berkaitan dengan proses penyembuhan penyakit pasien, maka tidak semua informasi tentang penyakit pasien dapat diinformasikan secara leluasa kepada diri pasien.

Berkaitan hal-hal yang perlu dilakukan pasien, supaya proses penyembuhan pasien lebih terbantu, ataupun berkaitan dengan larangan yang tidak boleh dilakukan pasien, agar penyakitnya tidak kambuh, merupakan hal-hal produktif yang semestinya dilakukan untuk membantu tugas-tugas medis agar terlaksana lebih efektif dan efisien. Meskipun bukan merupakan representasi umum dari kondisi keseluruhan rumah sakit, penyampaian informasi tentang penyakit pasien yang semestinya dilakukan petugas medis rumah sakit, justru ada yang tidak melakukannya. Seringkali dijumpai petugas medis dalam menyampaikan informasi tentang penyakit pasien menggunakan istilah-istilah yang kurang familiar bagi pasien, seperti penggunaan istilah kedokteran.

#### **➤ Dorongan & hambatan pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan gakin**

##### **Penyelenggaraan Program Jamkesmas :**

Program Jamkesmas yang diluncurkan pemerintah pada tahun 2008 merupakan pengganti program Askeskin yang berakhir Desember 2007. Pendeknya waktu sosialisasi pemberlakuan kebijakan program Jamkesmas yang berlaku bulan Januari 2008 hingga batas akhir Juni 2008 menyebabkan kesulitan dan ketergesaan pelaksanaan sosialisasi program. Seperti halnya program-program sebelumnya program Jamkesmas juga menghadapi hambatan. Hal ini terjadi karena setiap program membutuhkan waktu lama untuk dikomunikasikan di berbagai tingkatan *stake holder*, baik di lingkungan internal Depkes, maupun dengan pemerintah provinsi dan kabupaten/ kota. Contoh : penerbitan kartu peserta program Jamkesmas, kelancarannya tergantung dukungan akurasi laporan data base jumlah peserta program di tingkat pusat dengan kondisi data base di daerah, sampai batas waktu hingga akhir Juni 2008. Faktor kesulitan komunikasi dalam waktu yang terbatas, yaitu sejak ditetapkan program

Jamkesmas per tanggal 2 Februari 2008 hingga batas waktu laporan jumlah, nama dan alamat maskin yang masuk dalam data base pemerintah daerah adalah karena kurangnya sumberdaya pendukung.

Pelaksanaan program pelayanan kesehatan maskin di Jawa Timur tidak semua terverifikasi di pusat data base Depkes. Kondisi tersebut menyebabkan bertambahnya beban APBN provinsi dan kabupaten/ kota di Jawa Timur. Banyaknya pasien maskin yang dirujuk ke rumah sakit milik provinsi di berbagai daerah menyebabkan bertambahnya anggaran yang harus ditanggung pemerintah provinsi. Di sisi lain jumlah anggaran Pemerintah Provinsi Jawa Timur yang relatif terbatas menyebabkan tidak secara keseluruhan biaya pelayanan kesehatan maskin di luar tanggungan APBN dapat dibiayai APBD Provinsi Jawa Timur.

Pasien maskin dari kabupaten/ kota yang dirujuk ke rumah sakit provinsi, oleh pejabat pemerintah daerah kabupaten/ kota biaya pelayanannya diasumsikan menjadi beban pemerintah provinsi. Perbedaan penafsiran asumsi ini disebabkan ketidak-pahaman dan sikap egoism pejabat daerah kabupaten/ kota dalam menyikapi makna pasien rujukan daerah ke rumah sakit provinsi, yang seharusnya beban biaya pelayanan kesehatan maskin melalui SKTM ( Surat Keterangan Tidak Mampu ) ditanggung pemerintah kabupaten/ kota asal pasien atau tanggung jawab kedua belah pihak berdasarkan kesepakatan antar pemerintah daerah.

Peserta Jamkesmas mendapat tanggungan dari APBN sector kesehatan tahun 2008. Jaminan tersebut untuk maskin yang namanya tercantum di dalam data base yang diverifikasi dari data BPS berbagai daerah. Maskin yang namanya tidak masuk dalam data base biaya kesehatan ditanggung oleh APBD daerahnya masing-masing.

#### **Klaim Terlambat :**

Pada bulan Mei 2008 terdapat kewajiban pemerintah pusat melalui APBN sebesar Rp 3,6 milyar untuk RS Dr Sudono Madiun dan Rp 39 milyar untuk RSUD Dr Soetomo Surabaya yang belum dibayarkan, Sebagian terdapat tagihan obat yang ditalangi Depo Farmasi Jatim. Hal ini, bila berlarut-larut dapat mengganggu likuiditas untuk pengadaan obat yang sangat dibutuhkan pasien.

Terjadinya keterlambatan pembayaran tagihan oleh pemerintah pusat yang meliputi jasa dokter, perawat, obat dan lain-lain jasa kesehatan, dikarenakan data pasien maskin belum terverifikasi pada data base maskin tahun 2007 dan belum lengkapnya persyaratan administrasi klaim yang diajukan rumah sakit. Hal ini termasuk juga kalim pada pasien maskin yang sudah terverifikasi dalam data base masih ditahan belum dibayar, menunggu keseluruhan data base maskin selesai diverifikasi. Di samping itu, diketahui bahwa pelaksanaan program Jamkesmas 2008 berada pada posisi tidak sesuai dengan waktu berjalannya tahun anggaran, hal ini menyebabkan perubahan prosedur pembayaran yang mempengaruhi mekanisme pos anggaran di APBN.

### **Obat untuk Gakin :**

Adanya perubahan terhadap ketentuan obat-obatan untuk Gakin yang pada tahun 2007 masih bisa ditanggung, sedangkan pada tahun 2008 sudah tidak ditanggung lagi menjadi persoalan pelayanan kesehatan bagi miskin yang belum terakomodasi untuk mendapatkan pemecahannya. Di satu sisi rumah sakit pemerintah sebagai lembaga pelayanan publik, tidak diperbolehkan mengambil kebijakan secara tegas menolak terhadap pasien gakin yang sakit untuk tidak diobati dengan obat di luar ketentuan obat yang berlaku.

Kenyataan ini menjadi persoalan dilematis bagi rumah sakit. Satu sisi rumah sakit diharuskan melaksanakan ketentuan peraturan yang baru, sedangkan perubahan kebijakan memerlukan waktu relative lama bila dibandingkan dengan tuntutan kebutuhan pasien untuk mendapatkan pelayanan obat tertentu terkadang lebih bersifat mendesak. Tentunya tuntutan kebutuhan pelayanan obat pasien yang bersifat mendesak tidaklah dapat ditunda dalam hitungan hari maupun bulan.

### **SIMPULAN**

1. Masih kurangnya perhatian rumah sakit pemerintah sebagai tempat rujukan bagi pelayanan kesehatan masyarakat miskin sehingga belum mampu memberikan pelayanan prima dengan azas keadilan dan ketepatan waktu dalam melayani.
2. Belum efektifnya penyusunan kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang dibuat secara *top down* tanpa melibatkan *stake holder* dan permasalahan substansi yang ada di lapangan.
3. Kurang produktifnya fungsi rumah sakit yang hanya dibatasi dengan aspek kuratif dan rehabilitatif saja, sehingga seringkali pasien menumpuk karena dirujuk ke RS Pemerintah Pusat maupun Provinsi tanpa diupayakan terlebih dahulu dengan memberdayakan Puskesmas, RSUD yang ada di daerah masing-masing.

### **REKOMENDASI**

1. Aspek-aspek kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin perlu mendapat perhatian agar dapat memberikan layanan prima terhadap pasien dengan azas keadilan dan ketepatan waktu dalam melayaninya.
2. Penyusunan kebijakan pelayanan kesehatan miskin melalui program Jamkesmas, semestinya melibatkan berbagai *stake holder*, sehingga program pelayanan kesehatan miskin melalui Jamkesmas dapat menjawab persoalan yang sesuai dengan substansi persoalan yang ada di lapangan.
3. Fungsi RS seharusnya dikembalikan sesuai dengan UU No. 23 tahun 1992 tidak hanya dibatasi dengan aspek kuratif dan rehabilitatif saja, tetapi juga aspek pemeliharaan, promotif, preventif. Hal ini dapat menurunkan biaya kesehatan miskin yang ditanggung pemerintah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesoemo, Suparto. 1995. *Manajemen Rumah Sakit*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta
- Jawa Timur, Balitbang Provinsi. 2008. *Sudah Baguskah Pelayanan Kesehatan Untuk Keluarga Miskin*. Edisi 44. Buletin Litbang Teropong. Surabaya
- Jawa Timur, Balitbang Provinsi. 2008. *Citra Pelayanan RS Plat Merah*. Edisi 44. Buletin Litbang Teropong. Surabaya
- Jawa Timur, Balitbang Provinsi. 2008. *Salah Tafsir Peraturan*. Edisi 44. Buletin Litbang Teropong. Surabaya
- Koeswadji, Hermien Hadiati. 2002. *Hukum Untuk Perumhaskitan*. Penerbit PT Citra Aditya Bakti . Bandung .
- R.Hapsara. 1999. *Konsep Pola Jalur Karir di Lingkungan RS*. Disampaikan pada Pelatihan Teknis Tenaga Kepegawaian RS. Bandung 18-22 Oktober.
- Soejitno, Soedarmono, Ali Alkatiri dan Emil Ibrahim .2002. *Reformasi Perumhaskitan Indonesia*. Edisi Revisi. Penerbit Gramedia Widiasarana Indonesia. Jakarta.
- Soejitno, Soedarmono, Emil Ibrahim dan Poltak Sitorus. 1999. *Analisis Situasi Perumhaskitan Pemerintah*. Penerbit Gramedia Widiasarana Indonesia. Jakarta.
- Sulastomo. 2000. *Manajemen Kesehatan*. Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta