

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. WUJUD PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN YANG IDEAL

Seperti yang telah disinggung dalam Bab Pendahuluan, bahwa kesehatan merupakan salah satu unsur kesejahteraan umum yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan dan Pasal 28H serta Pasal 34 Ayat (2) Undang-Undang Dasar 1945. Untuk mencapai cita-cita bangsa tersebut, maka hal ini direalisasikan melalui pembangunan Pembangunan Kesehatan yang diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan sehingga diperlukan upaya yang lebih memadai bagi peningkatan derajat kesehatan dan pembinaan penyelenggaraan upaya kesehatan secara menyeluruh dan terpadu.

Dalam bahasa Indonesia dikenal kata "sehat" dan kata "kesehatan", yang masing-masing memiliki pengertian yang berbeda satu sama lainnya. Kata "sehat" menjelaskan kondisi atau keadaan dari subjek, misalnya: anak sehat, orang sehat. Sedangkan kata "kesehatan" menjelaskan tentang sifat dari subjek, misalnya kesehatan manusia, kesehatan masyarakat, kesehatan individu. Namun demikian, dalam benak orang awam sehat diartikan sebagai orang dalam kondisi tidak sakit, dapat melaksanakan kegiatan, tidak ada keluhan.¹⁸

Kata "sehat" dapat didefinisikan dengan berbagai pengertian. Organisasi Kesehatan Dunia, mendefinisikan sehat, adalah keadaan fisik, mental dan sosial yang baik dan bukan tidak terdapatnya masalah kesehatan berupa penyakit maupun kelemahan". Sementara itu, menurut batasan yang dirumuskan dalam Pasal 1 Angka (1) Undang-Undang Kesehatan, sehat adalah keadaan sejahtera

¹⁸ Lihat Soekijo Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan (Teori dan Aplikasi)*, Rineka Cipta, Jakarta, 2005, hlm. 2.

dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dari batasan diatas dapat di mengerti bahwa kesehatan mencakup empat aspek: (1) fisik (badan), (2) mental (jiwa), (3) sosial dan (4) ekonomi. Mengacu empat aspek di atas berarti kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental dan sosial saja, tetapi juga diukur dari produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan sesuatu secara ekonomi.¹⁹

Keempat dimensi kesehatan tersebut saling mempengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan tersebut pada seseorang, kelompok atau masyarakat. Itulah sebabnya, maka kesehatan bersifat holistik atau menyeluruh yang mengandung ke empat aspek. Wujud atau indikator dari masing-masing aspek tersebut, yaitu sebagai berikut: *Pertama*, **Kesehatan fisik** terwujud apabila seseorang tidak merasa sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara klinis tidak hanya penyakit. Semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak ada gangguan fungsi tubuh

Kedua, **Kesehatan mental** (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni: pikiran, emosional dan spritual. **Pikiran** yang sehat itu tercermin dari cara berfikir seseorang atau jalan pikiran. Jalan pikiran yang sehat apabila seseorang mampu berfikir logis (masuk akal) atau berfikir secara runtut. **Emosional** yang sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, kuatir, sedih dan sebagainya. **Spiritual** yang sehat akan tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian atau penyembahan, keagungan dan sebagainya terhadap sesuatu di balik alam ini, yakni Sang Pencipta Alam dan Seisinya (Allah Yang Maha Kuasa). Secara mudah, spiritual yang sehat dapat dilihat dari praktik keagamaan, keyakinan atau

¹⁹ *Ibid.*, hlm. 3.

kepercayaan sesuai dengan agama yang dianut. Dengan perkataan lain, spiritual yang sehat adalah apabila orang melakukan ibadah dan aturan-aturan agama yang dianutnya.

Ketiga, Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berkomunikasi dengan orang lain secara baik ataupun berinteraksi dengan orang atau kelompok lain tanpa membedakan ras, suku agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik dan sebagainya, saling hormat dan toleransi.

Keempat, Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat dari seseorang (dewasa) itu produktif, dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong secara finansial terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya. Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiunan), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku. Oleh sebab itu bagi kelompok tersebut yang berlaku adalah produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan yang berguna bagi kegiatan mereka nanti, misalnya berprestasi bagi siswa atau mahasiswa dan kegiatan pelayanan sosial, pelayanan agama atau pelayanan masyarakat yang lain bagi usia lanjut.²⁰

Kesehatan sebagaimana yang diatur dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (untuk selanjutnya akan disebut UU Kesehatan) di dalamnya mengandung dua aspek, yaitu "Upaya Kesehatan" dan "Sumber Daya Kesehatan". Adapun yang dimaksudkan dengan upaya kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 11 UU Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau

²⁰ Lihat Soekidjo Notoatmojo, *Op. Cit.*, hlm. 4-6.

masyarakat. Selanjutnya dalam Pasal 47 UU Kesehatan disebutkan 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 dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Maka berdasarkan uraian tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa upaya kesehatan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau swasta serta masyarakat secara terpadu dan saling mendukung, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sedangkan yang dimaksudkan dengan Sumber Daya Kesehatan, menurut UU Kesehatan terdiri dari Sumber Daya Manusia Kesehatan (Tenaga Kesehatan yaitu antara lain dokter, apoteker, bidang perawat) dan Sumber Daya Alat dan Sarana Kesehatan yang terdiri dari alat-alat kesehatan, sediaan farmasi atau obat-obatan dan sarana pelayanan kesehatan, antara lain rumah sakit, puskesmas, poliklinik, dan lainnya.

Menurut Wila Chandrawila Supriadi terdapat dua aspek dari upaya kesehatan tersebut, yakni pemeliharaan kesehatan dan pelayanan kesehatan. Istilah pemeliharaan kesehatan dipakai untuk menunjuk pada kegiatan upaya kesehatan masyarakat dan istilah pelayanan kesehatan dipakai untuk upaya kesehatan individu (dikenal juga sebagai pelayanan medis). Inti dari pemeliharaan kesehatan adalah kesehatan masyarakat (*public health*), menyangkut hal-hal yang berhubungan antara lain dengan pembasmian penyakit menular, usaha kesehatan lingkungan, usaha kesehatan sekolah. Arti dari

pelayanan kesehatan adalah hubungan segitiga antara tenaga kesehatan, pasien dan sarana kesehatan.²¹

Secara *de facto*, istilah pelayanan kesehatan tersebut dimaknai berbeda oleh doktrin di dalam beberapa literatur, seperti misalnya pendapat yang dikemukakan oleh Lavey dan Loomba, bahwa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan ialah setiap upaya baik yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, mencegah penyakit dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan yang ditujukan, baik terhadap perseorangan, kelompok ataupun masyarakat.²²

Pengertian tersebut mengandung arti pelayanan kesehatan yang luas, yaitu mencakup mencakup berbagai tindakan seperti preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif, baik yang dilakukan oleh perseorangan maupun dalam suatu organisasi, begitupun ditujukan kepada masyarakat ataupun perseorangan. Sehingga istilah pelayanan kesehatan ini mencakup aspek pemeliharaan kesehatan dan pelayanan kesehatan sebagaimana dikemukakan oleh Wila Chandrawila Supriadi tersebut.

Adapun istilah yang menunjuk pada istilah pelayanan kesehatan sebagaimana yang dikemukakan oleh Wila Chandrawila Supriadi tersebut, di beberapa literatur disebut dengan istilah pelayanan medis. Pengertian dari istilah pelayanan medis ini menurut S. Verbogt adalah pelayanan yang diberikan secara langsung dan dapat dipertanggung jawabkan secara profesional (profesi medis), yang sasaran utamanya ditujukan kepada individu sehubungan dengan kesehatannya, baik jasmani maupun rohani dalam bentuk pengobatan dan/atau

²¹ Lihat Wila Chandrawila Supriadi, Aspek Perdata Pelayanan Kesehatan dalam "PRO JUSTITIA" Tahun XXII Nomor 4 Oktober 2004, FH Unpar & Ilumni FH Unpar, Bandung, hlm. 12-14.

²² Lihat Veronica Komalawati, Peranan *Informed Consent* dalam Transaksi Terapeutik, Citra Aditya Bakti, Bandung, 1999, hlm. 77.

pemulihan.²³ Dengan demikian istilah pelayanan medis ini dapat dimengerti sebagai pelayanan yang diberikan kepada individu sehubungan dengan kesehatannya, dalam bentuk upaya kesehatan yang sebagian besar berupa upaya kuratif atau pengobatan dan/atau pemulihan yang dilaksanakan atas dasar hubungan individual antara para profesi medis dengan individu yang membutuhkannya.

Mengacu kepada pendapat para ahli seperti yang telah diuraikan tersebut di atas, maka istilah pelayanan kesehatan sebagaimana yang dikemukakan oleh Wila Chandrawila Supriadi tadi, yang juga akan dipakai dalam penulisan penelitian tesis ini adalah analog atau dapat disamakan dengan istilah pelayanan medis sebagaimana diartikan oleh S. Verbogt tersebut. Pada hakekatnya, baik pelayanan kesehatan maupun pemeliharaan kesehatan mempunyai tujuan yang sama yaitu memenuhi kebutuhan individu atau masyarakat untuk mengatasi, menetralsir atau menormalisir semua masalah atau penyimpangan terhadap keadaan kesehatan, agar terwujudnya derajat kesehatan yang optimal.

Pembangunan Kesehatan sebagai bagian dari Pembangunan Nasional diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan sehingga diperlukan upaya yang lebih memadai bagi peningkatan derajat kesehatan dan pembinaan penyelenggaraan upaya kesehatan secara menyeluruh dan terpadu. Pembangunan Kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-undang Dasar 1945. Untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan, maka pemerintah menetapkan Pembangunan Kesehatan dalam Program Pembangunan Nasional. Salah satu Program Pembangunan Nasional seperti yang tercantum dalam Undang-undang

²³ Lihat S. Verbogt, Bab-bab Hukum Kesehatan diterjemahkan oleh: F. Tengker, Nova, Bandung, Tanpa Tahun, hlm. 12.

Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional adalah upaya kesehatan. Tujuan umum program ini adalah meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya-guna serta terjangkau oleh segenap anggota masyarakat. Sasaran umum program ini adalah tersedianya pelayanan kesehatan dasar (pelayanan kesehatan masyarakat yang dilaksanakan di puskesmas) dan rujukan (pelayanan kesehatan lanjutan yang dilaksanakan di rumah sakit), baik pemerintah maupun swasta yang didukung oleh peran serta masyarakat dan sistem pembiayaan pra upaya (dana jaminan kesehatan).

Upaya untuk mendapatkan keadaan dalam arti sehat secara keseluruhan, dimulai dari upaya terhadap penyakit, sampai kepada upaya kesehatan ke arah kesatuan terhadap seluruh masyarakat dengan mengutamakan peran serta masyarakat yang mencakup, peningkatan, pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan yang bersifat berkesinambungan dengan berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan secara menyeluruh dan umum. Untuk meningkatkan derajat kesehatan, maka kegiatan pelayanan kesehatan dilakukan melalui upaya kesehatan.

Hal ini sebagaimana diatur dalam Pasal 1 Angka (2) Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, bahwa:

"Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan".

Kemudian yang dalam Pasal 10 Undang-undang Kesehatan dinyatakan pula 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 dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan".

Dari ketentuan Pasal 1 Angka (2) dan Pasal 10 Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, dapat disimpulkan bahwa upaya kesehatan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau swasta serta masyarakat secara terpadu dan saling mendukung, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Upaya kesehatan dapat dipandang sebagai bagian integral dari sistem kesehatan, yang bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang tercapai (*accessible*), terjangkau (*affordable*) dan bermutu (*quality*) untuk terjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Upaya kesehatan dilihat dari pengorganisasian dan sasaran pelayanannya, terdiri dari dua unsur utama, yakni upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Masing-masing upaya kesehatan tersebut memiliki karakteristik yang berbeda dilihat dari sasaran dan fasilitas serta penyelenggara upaya kesehatan dimaksud. Uraian singkat masing-masing dapat disimak sebagai berikut:

- 1) UKM adalah setiap kegiatan yang lebih fokus pada upaya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat; UKM mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, kesehatan jiwa, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat aditif (bahan tambahan

makanan) dalam makanan dan minuman. Pengamanan narkotika, psikotropika, zat aditif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan;

- 2) UKP adalah setiap kegiatan yang lebih fokus diarahkan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan; UKP mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditunjukkan terhadap perorangan. Dalam UKP juga termasuk pengobatan tradisional dan alternatif serta pelayanan kebugaran fisik dan kosmetika.

Kedua upaya kesehatan tersebut bersinergi dan dilengkapi dengan berbagai upaya kesehatan penunjang. Upaya penunjang untuk UKM antara lain adalah pelayanan laboratorium kesehatan masyarakat dan pelayanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan lainnya. Sedangkan upaya penunjang untuk UKP antara lain adalah pelayanan laboratorium klinik, apotek, optik dan toko obat. Bentuk pokok subsistem UKM terdiri dari tiga strata sebagai berikut:

- 1) UKM strata pertama. Yang dimaksud dengan UKM strata pertama adalah UKM tingkat dasar, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan masyarakat dasar. Ujung tombak penyelenggara UKM strata pertama adalah Puskesmas yang didirikan sekurang-kurangnya satu di setiap kecamatan. Puskesmas bertanggung jawab atas masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Terdapat tiga fungsi utama Puskesmas, yakni sebagai (1) pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya, (2) pusat pemberdayaan

masyarakat di bidang kesehatan dan (3) pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar. Sekurang-kurangnya ada enam jenis pelayanan tingkat dasar yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas, yakni promosi kesehatan, kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular dan pengobatan dasar. Peran aktif masyarakat dan swasta dalam penyelenggaraan UKM strata pertama diwujudkan melalui berbagai upaya dimulai dari upaya perorangan dan rumah tangga sampai dengan upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) seperti Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa dan Pos Upaya Kesehatan Kerja.

- 2) UKM strata kedua. Yang dimaksud dengan UKM strata kedua adalah UKM tingkat lanjutan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan masyarakat lanjutan. Penanggung jawab UKM strata kedua adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang berfungsi manajerial dan teknis fungsional dalam bidang kesehatan. Fungsi manajerial mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan di tingkat kabupaten/ kota. Fungsi teknis fungsional mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat lanjutan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan Puskesmas. Untuk dapat melaksanakan fungsi teknis fungsional, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dilengkapi dengan berbagai unit pelaksana teknis seperti unit pencegahan dan pemberantasan penyakit, promosi kesehatan, pelayanan kefarmasian, kesehatan lingkungan, perbaikan gizi dan kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana. Unit-unit tersebut di samping memberikan pelayanan langsung juga membantu

Puskesmas dalam bentuk pelayanan rujukan kesehatan. Yang dimaksud dengan rujukan kesehatan masyarakat adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas masalah kesehatan masyarakat yang dilakukan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal. Rujukan kesehatan masyarakat dibedakan atas tiga aspek yakni, rujukan sarana, rujukan teknologi dan rujukan operasional.

- 3) UKM strata ketiga. Yang dimaksud dengan UKM strata ketiga adalah UKM tingkat ketiga, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan masyarakat unggulan. Penanggung jawab UKM strata ketiga adalah Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan yang berfungsi manajerial dan teknis fungsional dalam bidang kesehatan. Fungsi manajerial mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi/nasional. Fungsi teknis fungsional mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat unggulan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan dari kabupaten/kota dan provinsi. Untuk dapat melaksanakan fungsi teknis fungsional, Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan dilengkapi dengan berbagai pusat unggulan baik di tingkat provinsi maupun di tingkat nasional, seperti Institut Gizi Nasional, Institut Penyakit Infeksi Nasional, Institut Kesehatan Jiwa Nasional, Institut Ketergantungan Obat Nasional, Institut Promosi Kesehatan Nasional, Institut Kesehatan Kerja Nasional, dan Pusat Laboratorium Nasional, Institut Surveilans dan Teknologi Penyakit dan Kesehatan Lingkungan serta berbagai pusat unggulan lainnya. Pusat unggulan ini di samping

menyelenggarakan pelayanan langsung juga membantu Dinas Kesehatan dalam bentuk pelayanan rujukan kesehatan.

B. ANALISIS HUBUNGAN ANTARA PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN MELALUI PROGRAM JAMKESMAS DAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN YANG IDEAL

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H dan Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, 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 masyarakat miskin dan tidak mampu.

Dalam Pasal 10 UU Kesehatan disebutkan 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 dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan.

Menurut UU Kesehatan no 36 tahun 2009 pasal 1, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/ penyakit. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas hidup penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah suatu kegiatan dan/ atau serangkaian

kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Kedokteran pencegahan atau *preventive medicine* adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental dan efisiensi, untuk berbagai kelompok dan masyarakat oleh petugas kesehatan masyarakat, untuk perorangan dan keluarga oleh dokter umum dan dokter gigi melalui proses kegiatan perorangan dan masyarakat.

Pencegahan mengacu pada perencanaan dan pelaksanaan tindakan untuk mencegah atau menghambat kejadian kasus yang tidak diinginkan, dan oleh karenanya lebih diinginkan daripada intervensi, pelaksanaan tindakan selama kejadian berlangsung. Contoh, pelaksanaan imunisasi untuk mencegah penyakit lebih dipilih dibanding konsumsi antibiotik untuk menyembuhkan penyakit itu.

Demikian juga halnya dalam Konvensi International Labour Organization (Konvensi ILO) Nomor 102 Tahun 1952 yang menganjurkan semua negara untuk memberikan perlindungan minimum kepada setiap tenaga kerja. Sejalan dengan ketentuan tersebut, Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia dalam ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat (TAP MPR) Nomor X/ MPR/ 2001 menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu.

Pembentukan Sistem Jaminan Sosial Nasional, direalisasikan melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) yang mempunyai program jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Jaminan sosial ini merupakan upaya pemerintah dalam menangani krisis moneter. Sebagaimana

diketahui krisis dimulai sejak tahun 1997 sampai sekarang, disebabkan oleh faktor multidimensi di antaranya pengalihan program subsidi bagi masyarakat miskin berupa subsidi Bahan Bakar Minyak (BBM) untuk sektor kesehatan bagi masyarakat miskin menjadi program Jaring Pengaman Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM).

Untuk dapat melanjutkan hidupnya manusia memerlukan beberapa kebutuhan pokok dan terdapat beberapa kebutuhan pokok yang minimal sangat dibutuhkan sehingga manusia dapat hidup terus. Salah satu di antara kebutuhan yang dimaksud adalah kesehatan.

Kebutuhan pokok minimal yang semakin sulit didapat bagi sebagian warga, terutama warga miskin, harus diupayakan dicapai oleh pemerintah dengan berbagai cara. Salah satu upaya yakni dengan program asuransi sosial bagi masyarakat miskin. Dalam program ini masyarakat miskin akan didata terlebih dahulu dengan beberapa kriteria yang telah ditentukan sebelumnya agar terdapat keseragaman dalam melaksanakan pendataan tersebut. Pada pelaksanaannya pendataan yang dihasilkan tidak seperti yang diharapkan sebelumnya karena berbagai kendala. Kendala yang dimaksud antara lain kriteria yang menjadi acuan tidak terlalu jelas batasan yang menjadi acuan bagi para pendata, sehingga terkesan pendataannya seperti tidak tepat sasaran. Selain itu kondisi geografi yang tidak sama antara satu daerah dengan daerah lainnya. Ada daerah yang sulit untuk dijangkau sehingga pendataan tidak sampai sasaran. Faktor ekonomi yang tidak kunjung membaik, hal ini tampak dari laporan Bank Dunia yang memperhitungkan 108,78 juta orang atau 49 persen dari total penduduk Indonesia dalam kondisi miskin dan rentan menjadi miskin.

Sebagaimana diketahui kesehatan adalah hak setiap individu tanpa membedakan yang mampu maupun yang tidak mampu. Oleh karena itu

menjadi tugas negara untuk menyediakan segala fasilitas yang diperlukan agar rakyatnya tetap sehat sehingga sudah sewajarnya kesehatan mendapatkan subsidi yang besar. Sebab pada dasarnya kesehatan merupakan sebuah investasi sehingga patut mendapat perhatian dari pemerintah. Bila rakyat suatu negara sehat maka pembangunan dalam berbagai bidang dapat dilaksanakan secara optimal.

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang diselenggarakan melalui program Jamkesmas tersebut, maka ada beberapa syarat atau kriteria yang harus dipenuhi, namun perlu juga dikemukakan di sini bahwa ada pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh PT Askes, seperti untuk *general check up*, *prothesis* gigi tiruan, kosmetika, pengobatan alternative, penunjang diagnosa canggih, kecuali untuk penyelamatan jiwa (*life saving*), serta *infertilitas*.

Adanya keterbatasan pelayanan kesehatan membawa dampak bagi warga miskin yakni rentan terhadap berbagai macam penyakit, karena pada umumnya golongan masyarakat ini mempunyai gizi buruk, pengetahuan tentang kesehatan kurang, perilaku kesehatan kurang, lingkungan pemukiman buruk, biaya kesehatan tidak tersedia serta kurang mendapat akses informasi kesehatan.

Pada hakekatnya pelayanan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah, pemerintah propinsi/kabupaten/kota berkewajiban memberi kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal. Untuk itulah Jamkesmas ini diselenggarakan. Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program

ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak Tahun 1998 Pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS-BK) Tahun 1998 - 2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) Tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002-2004. Program-program tersebut di atas berbasis pada pelaksana kesehatan artinya dana disalurkan langsung ke Puskesmas dan Rumah Sakit yang berfungsi ganda yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kondisi seperti ini menimbulkan beberapa permasalahan antara lain terjadinya defisit di beberapa Rumah Sakit dan sebaliknya dana yang berlebih di Puskesmas.

Untuk itu pada tahun 2004, dengan mengacu kepada UU Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakanlah Aseskin sebagai jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin, yang kemudian pada tahun 2008 yang lalu program tersebut berganti menjadi Jamkesmas sebagaimana diatur dalam S.K. Menkes No. 125 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas Tahun 2008.

Namun program Jamkesmas pada prakteknya tidak meliputi perlindungan di bidang promotif dan preventif dan ada pembatasan di bidang kuratif dan rehabilitatif sedangkan kriteria pelayanan kesehatan yang ideal berdasarkan UU Kesehatan tahun 2009 pasal 47 adalah meliputi bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Adanya keterbatasan pelayanan kesehatan membawa dampak bagi warga miskin yakni rentan terhadap berbagai macam penyakit, karena pada umumnya golongan masyarakat ini mempunyai gizi buruk, pengetahuan tentang kesehatan kurang, perilaku kesehatan kurang, lingkungan pemukiman buruk, biaya kesehatan tidak tersedia serta kurang mendapat akses informasi kesehatan.

Pada hakekatnya pelayanan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah, pemerintah propinsi/kabupaten/kota berkewajiban memberi kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak Tahun 1998 Pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS-BK) Tahun 1998 - 2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) Tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002-2004. Program-program tersebut di atas berbasis pada pelaksana kesehatan artinya dana disalurkan langsung ke Puskesmas dan Rumah Sakit yang berfungsi ganda yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kondisi seperti ini menimbulkan beberapa permasalahan antara lain terjadinya defisit di beberapa Rumah Sakit dan sebaliknya dana yang berlebih di Puskesmas.

Untuk itu pada tahun 2004, dengan mengacu kepada UU Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakanlah Aseskin sebagai jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin, yang kemudian pada tahun 2008 yang lalu program tersebut berganti menjadi Jamkesmas sebagaimana diatur dalam S.K. Menkes No. 125 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas Tahun 2008.

Tidak adanya perlindungan di bidang promotif dan preventif serta terdapatnya pembatasan-pembatasan pelayanan di bidang kuratif dan rehabilitatif yang diterapkan dalam penyelenggaraan program Jamkesmas ini (misalnya pembatasan biaya kaca mata, alat bantu dengar, tongkat/alat bantu berjalan bagi mereka yang lumpuh) menyebabkan pelayanan kepada mereka yang membutuhkan sekali alat bantu tersebut menjadi terhambat. Selain itu di bidang rehabilitatif (pemulihan kesehatan), seperti pemeriksaan pasca pengobatan, tidak ditanggung dalam program Jamkesmas. Disamping pembatasan masih ada lagi jenis pelayanan yang tidak ditanggung sama sekali oleh program Jamkesmas ini seperti untuk *general check up*, *prothesis* gigi tiruan, kosmetika, pengobatan alternative, penunjang diagnosa canggih, kecuali untuk penyelamatan jiwa (*life saving*), serta *infertilitas* sebagaimana tercantum dalam S.K. Menkes No. 125 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas Tahun 2008 tersebut. Dengan demikian berdasarkan uraian analisis hubungan antara pola pelayanan kesehatan melalui program JAMKESMAS yang dilaksanakan saat ini dan penanggulangan masalah kesehatan bagi masyarakat miskin yang dalam hal ini adalah berupa terwujudnya pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang ideal tersebut di atas, dapat ditarik kesimpulan yakni bahwa pelaksanaa pelayanan kesehatan masyarakat miskin melalui program Jamkesmas 2008 sebagaimana tercantum dalam S.K. Menkes

No. 125 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas Tahun 2008 menyebabkan dilanggarnya hak masyarakat miskin untuk hidup sehat, karena pedoman pelaksanaan Jamkesmas tersebut di dalamnya terdapat beberapa pembatasan pelayanan kesehatan dan terdapat pula pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang tidak dijamin oleh program Jamkesmas. Padahal pelayanan kesehatan yang dibatasi dan pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang tidak dijamin oleh program Jamkesmas tersebut itu merupakan pelayanan kesehatan yang termasuk ke dalam upaya kesehatan sebagaimana yang diamanatkan oleh UU Kesehatan.

