STUDI PERENCANAAN PELAYANAN KESEHATAN KELUARGA MISKIN DI KABUPATEN MOJOKERTO

Ibnu Sutomo *)

ABSTRAK

"Program kesehatan" tidak hanya menjadi milik, apalagi hanya dapat ditangani oleh sektor kesehatan saja. "Program kesehatan" harus menjadi milik masyarakat, karena telah menjadi kebutuhan dasar. Program Kesehatan harus dapat dilaksanakan masyarakat sendiri dengan kemandiriannya; "advocacy", "fasilitasi, dan "technical assistant" dibantu oleh "multi sektoral" termasuk masyarakat bisnis. Selain itu, di sektor kesehatan upaya yang dilakukan harus mampu dan lebih bersifat preventif dan promotif, tanpa meninggalkan upaya kuratif dan rehabilitatif. Dasar pandang dalam pembangunan seperti ini dikenal sebagai Paradigma Sehat. "Pembangunan berwawasan kesehatan merupakan hak asasi manusia". Pembangunan yang tidak mengindahkan dampak positif dan dampak negatif terhadap kesehatan manusia, lingkungan, sosial, dan budaya merupakan bentuk dari pelanggaran hak asasi manusia.

Kata kunci : Keluarga Miskin, Paradigma sehat

PENDAHULUAN

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan kesehatannya dan negara bertanggung jawab mengatur terpenuhinya hak hidup penduduknya termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Banyak faktor yang menyebabkan ketimpangan pelayanan kesehatan sehingga mendorong peningkatan biaya kesehatan. Di antaranya perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembaya-

ran out of pocket, dan subsidi pemerintah untuk semua lini pelayanan. Juga inflasi di bidang kesehatan yang melebihi sektor lain.

Human Development Index (HDI) yang diterbitkan oleh United Nation Development Program setiap tahunnya, menempatkan Indonesia pada ranking yang ke 105 di antara 180 negara di dunia (1999). Tahun 2002, Indonesia berada di ranking ke 110 di antara 162 negara. Sedangkan Vietnam yang pada tahun 1995 berada di ranking ke 117, Sekarang berada di ranking ke 95 di antara 162 negara. HDI Vietnam saat ini lebih baik dari Indonesia. Bisa dibayangkan bila ranking anak kita berada pada urutan ke 105 atau 110 dari 180 murid di kelasnya, sangat meresahkan dan tidak menggembirakan kedua orang tuanya. Juga

*) Fungsional Perencana Balitbang Provinsi Jawa Timur

bisa dibayangkan pula bagaimana dia akan dapat bersaing dengan teman-temannya yang berada di ranking 1, 2 atau di 10 besar lainnya.

Ada 3 (tiga) *domain* utama yang dinilai pada *HDI* tersebut di atas, yaitu:

1. Kesehatan, diurutkan pertama,
2. Pendidikan, diurutkan kedua, dan
3. Ekonomi, diurutkan ketiga.

Ketiga *domain* tersebut saling berinteraksi dan berinterrelasi satu dengan yang lainnya. Dapat dimengerti bahwa, tanpa kesehatan yang baik, pendidikan tidak mungkin dapat berjalan dengan baik, tanpa kesehatan yang baik dan pendidikan yang baik mustahil ekonomi keluarga masyarakat dapat membaik pula. Tanpa kesehatan dan pendidikan yang baik, ekonomi hanya merupakan "ekonomi kaki lima".

Sebaliknya, tanpa ekonomi yang kuat, kesehatan dan pendidikan keluarga/masyarakat pun tidak mungkin dapat membaik pula. Yang jelas di sini bahwa *HDI* merupakan "cermin dari kecerdasan, kesejahteraan dan kemakmuran bangsa". *HDI* merupakan tolak ukur dari *masyarakat madani*. Masyarakat yang dicitakan bersama, yaitu tatanan masyarakat modern (masyarakat yang dapat menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagai sarana hidupnya), masyarakat yang berbudaya, masyarakat yang beradab (sehat fisik, mental dan sosialnya), dan masyarakat yang beragam.

Sekali lagi bahwa, program-program tersebut di atas, "*mind stream*" pembangunan yang berkelanjutan tersebut di atas, jelas memerlukan perlindungan hukum

yang pasti. Dalam proses desentralisasi yang kita hadapi dewasa ini, diharapkan tiap daerah dapat membuat model dan skenario ke arah tujuan ini. Model, skenario, dan indikator pencapaian dapat disesuaikan dengan kondisi, tempat, waktu, dan latar belakang sosial budaya setempat. Karena masalah yang dihadapi dan harus diselesaikan tidak pernah sama dengan tingkat pemikiran kita masing-masing. Namun yang jelas dan perlu diwaspadai adalah bahwa kesehatan dan pendidikan akan menjadi suatu *komoditi* yang tidak dapat dielakkan lagi di masa datang.

Perlu diketahui bahwa peran sektor kesehatan semakin diakui dalam ekonomi pembangunan dewasa ini yaitu untuk menaikkan kualitas pertumbuhan. Tingkat kesehatan masyarakat tidak hanya merupakan input di dalam jalur pertumbuhan suatu masyarakat, namun dampak dari kaum miskin untuk menjadi tingkat pengembangan kapasitas Sumber Daya Masyarakat (SDM). Pengeluaran masyarakat miskin pada kesehatan adalah suatu bentuk saluran redistribusi pendapatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Secara spesifik, bahwa yang dinamakan dengan pelayanan kesehatan keluarga miskin adalah yang termasuk yang terjadi di Rumah Sakit, Puskesmas, dan termasuk apa yang dikerjakan oleh dokter, perawat, termasuk juga dalam kategori pelayanan kesehatan adalah ketersediaan obat, air bersih dan listrik yang memungkinkan kelompok keluarga miskin bisa menikmati.

Perlu diketahui bahwa jumlah penduduk rumah tangga miskin di Kabupaten Mojokerto pada tahun 2005

berjumlah 62.768 KK (BPS). Sedangkan anggota rumah tangga miskin berjumlah 206.455 jiwa. Hal tersebut oleh Pemerintah Kabupaten Mojokerto ditindak lanjuti dengan Surat Keputusan Bupati Mojokerto Nomor 188.45/947/HK/416-012/2006 tentang Penetapan Masyarakat Miskin sebagai peserta Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPK-MM) yang dilaksanakan oleh PT ASKES sejumlah 206.455 KK.

Peraturan tersebut dinilai oleh masyarakat merupakan program pelayanan kesehatan masyarakat miskin secara gratis yang telah dilakukan selama ini. Terakhir pelayanan maskin diberikan mengacu pada SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) dari Kepala Desa. Hasilnya membludak, masyarakat berbondong-bondong menggunakannya yang berdampak pada APBN sehingga tidak mampu menyangga dan membiayainya sehingga muncul kasus belum terbayarkannya Klaim PT AKSES pada Puskesmas dan Rumah Sakit.

Berkaitan dengan permasalahan tersebut sehingga Pemerintah melalui Menteri Kesehatan mengeluarkan SK Menteri Kesehatan Nomor 417 tahun 2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Isinya mengatur penghapusan subsidi untuk obat bermerk. Pemerintah Kabupaten Mojokerto perlu menindak lanjuti keputusan tersebut melalui perencanaan pelayanan kesehatan yang berbasis keluarga miskin. Juga mengetahui sejauh mana peran lembaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga miskin yang jumlahnya lebih

besar daripada quota ASKESKIN Pemerintah Kabupaten Mojokerto melalui Studi Perencanaan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin.

Kegiatan ini bertujuan untuk : Untuk mengidentifikasi jumlah penduduk keluarga miskin yang ada, baik yang sudah mendapatkan maupun yang belum mendapatkan pelayanan kesehatan melalui ASKESKIN; Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin agar tercapai derajat kesehatan yang optimal; Terselenggaranya pelayanan kesehatan miskin sesuai standar

Dalam penelitian ini data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner atau daftar isian, dan dokumentasi, serta fokus group diskusi. Sumber data meliputi dokumen kesehatan, kepala puskesmas, rumah sakit, Kepala Dinas kesehtan, Kantor BPS, Kantor Askes, kader kesehatan/ masyarakat. Sedangkan teknik analisis yang digunakan adalah statistik deskriptif dengan penyajian tabel distribusi frekuensi, tabel silang, dan ukuran gelaja pusat. Untuk menggambar profil pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin digunakan teknik deskriptip, serta dilengkapi pemikiran logis (*logical thinking*). Kerangka berfikir dalam kegiatan ini dapat dijelaskan secara gamblang pada gambar 1.

TEMUAN PENELITIAN

Program pelayanan gratis dari PKPS-BBM bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan mutu dan akses pelayanan kesehatan. Hasil wawancara dengan pasien miskin sekeluarnya dari fasilitas pelayanan kesehatan (*exit polls*)

Gambar 1 :
Alur pikir pelayanan esehatan

menunjukkan bahwa program PKPS-BBM dirasakan sangat bermanfaat dan membantu akses pelayanan kesehatan orang miskin. Hal senada disampaikan oleh informan dari PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) yang menyatakan bahwa PKPS-BBM telah meningkatkan kemauan orang miskin untuk berobat ke Puskesmas jika menderita sakit, ditandai dengan kunjungan Askeskin yang meningkat dan meningkatnya mutu pelayanan.

Angka kunjungan penduduk miskin ke puskesmas dan jaringannya ditargetkan 15% dengan target angka rujukan 12% dari angka kunjungan. Laporan PT Askes mengemukakan pencapaian angka kunjungan ke puskesmas sebesar 15.3% dengan angka rujukan 8.42% (Rakerkesnas Medan, April 2006).

Di daerah penelitian, peningkatan kunjungan ke puskesmas yang menonjol terjadi di beberapa tempat, namun tidak menyeluruh. Juga ditengarai ada puskesmas yang angka kunjungannya

rendah. Mutu pelayanan Puskesmas meningkat karena PKPS-BBM membantu dalam pengadaan obat dan menyediakan dana untuk pengadaan sarana dan perbaikan fisik sehingga Puskesmas tidak perlu memikirkan dana operasional.

Meski secara umum PKPS-BBM diakui sangat bermanfaat, namun dari sisi masyarakat masih ditemukan ketidakpuasan. Keluhan yang disampaikan oleh masyarakat, umumnya berkaitan dengan penetapan sasaran yang dianggap tidak adil serta kesalahan dalam penetapan sasaran orang miskin, ketidakjelasan prosedur dan cakupan pelayanan, pendistribusian kartu dan pasien miskin masih harus membayar obat-obat diluar DPHO. Ada orang miskin tidak mendapatkan kartu Askeskin dan sebaliknya orang yang lebih mampu diberi kartu itu. Pada tingkat individu orang miskin masih terdapat hambatan akses karena sebagian pemegang kartu masih membayar, biaya transport tidak ada, apalagi untuk yang

bermukim di daerah terpencil dan jauh dari sarana kesehatan, serta tidak punya biaya untuk pendamping pasien orang miskin yang dirawat di RS. Prosedur dan cakupan pelayanan masih belum dipahami oleh orang miskin karena sosialisasi kepada masyarakat miskin tidak dilakukan. Di sejumlah rumah sakit pelayanan obat non-DPHO harus dibayar oleh pasien miskin.

Dari pihak Puskesmas, program pelayanan gratis menyulitkan Puskesmas dalam memenuhi target setoran retribusi ke kas daerah sebagai PAD (pendapatan asli daerah), karena berkurangnya jumlah pengunjung Puskesmas yang harus membayar retribusi (tinggal pasien non-miskin yang membayar retribusi). Selain itu, Puskesmas harus mengeluarkan biaya untuk pembuatan STNK kendaraan roda dua yang didrop dari pusat karena pengadaan kendaraan oleh Depkes tidak dilengkapi dengan alokasi dana untuk pembuatan nomor kendaraannya (*off the road*). Banyak di antara puskesmas yang tidak memiliki sumber dana untuk itu.

Program PKPS-BBM juga meningkatkan beban pelaporan oleh Puskesmas. Puskesmas juga mengeluhkan soal peraturan yang berubah-ubah dan peraturan yang berlaku surut tanpa disertai sosialisasi yang memadai (sosialisasi kurang), termasuk sosialisasi yang sangat kurang mengenai prosedur klaim bagi puskesmas saat semester satu. Sementara itu, Rumah Sakit mengeluhkan keterlambatan pembayaran klaim dan tidak semua tagihan/klaim rumah sakit dibayar oleh Askes.

Selain itu, tarif pelayanan Askes tidak sesuai dengan *actual service cost* dan

tidak adanya dana untuk pengantaran jenazah pasien miskin. Sedangkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengeluhkan soal pengadaan kendaraan roda dua yang didrop Depkes tidak sesuai dengan kondisi lapangan, misalnya Depkes mengirim kendaraan jenis laki-laki padahal petugas yang akan memakai perempuan.

Supervisi dan monitoring dari provinsi kurang, bahkan dari Depkes tidak ada. Di Provinsi Jawa Timur, luncheon dana Puskesmas untuk semester dua 2005 tidak mungkin diserap atau di-SPJ-kan pada bulan Maret 2006 karena baru turun pada Februari 2006 dan di daerah masih ada sisa dana lain. Keberlangsungan (*sustainability*) program PKPS-BBM juga dipertanyakan oleh daerah terkait dengan ketersediaan dana pemerintah dan prinsip pemberdayaan dan otonomi daerah. Dalam hal pendanaan untuk keberlangsungan program, informan Depkes dan Bappenas menyatakan bahwa pemerintah memiliki komitmen kuat untuk selalu menyediakan anggaran bagi program ini di atas kebutuhan anggaran untuk program lainnya.

Kemiskinan di Indonesia merupakan kemiskinan multidimensi. Berbagai kebijakan pemerintah untuk menurunkan angka kemiskinan diarahkan ke dalam bentuk peningkatan kesejahteraan penduduk miskin.

Upaya untuk mencapai sasaran tersebut diarahkan pada 4 fokus kebijakan pembangunan untuk menanggulangi kemiskinan, yaitu (1) perluasan akses masyarakat miskin atas pendidikan, kesehatan dan infrastruktur dasar; (2) perlindungan sosial; (3) penanganan

masalah gizi kurang dan rawan pangan; serta (4) perluasan kesempatan berusaha. Sehubungan dengan itu, usaha untuk menanggulangi kemiskinan merupakan tanggung jawab bersama bagi seluruh pihak, baik instansi pemerintah, instansi swasta maupun masyarakat pada umumnya.

Tingginya jumlah penduduk miskin juga disebabkan oleh (1) penyebaran pembangunan yang belum merata terutama di perdesaan; (2) terbatasnya akses terhadap layanan dasar (kesehatan, pendidikan, perumahan, permukiman, infrastruktur, permodalan/kredit, dan informasi) dan bantuan sosial bagi masyarakat miskin; (3) masih terdapatnya kawasan kumuh yang luas dan kantong-kantong kemiskinan di perkotaan; (4) tingginya harga bahan kebutuhan pokok, terutama beras dengan kenaikan harga mencapai 33 persen pada tahun 2007 akibat dampak larangan impor beras; (5) rendahnya kapasitas dan produktivitas usaha serta keterbatasan akses terhadap sumber-sumber pendanaan; serta (6) lemahnya kelembagaan pengarusutamaan gender.

Bila dicermati maka indikator utama kemiskinan adalah: (1) terbatasnya kecukupan dan mutu pangan; (2) terbatasnya akses dan rendahnya mutu layanan kesehatan; (3) terbatasnya akses dan rendahnya mutu layanan pendidikan; (4) terbatasnya kesempatan kerja dan berusaha; (5) lemahnya perlindungan terhadap aset usaha, dan perbedaan upah; (6) terbatasnya akses layanan perumahan dan sanitasi; (7) terbatasnya akses terhadap air bersih; (8) lemahnya kepastian

kepemilikan dan penguasaan tanah; (9) memburuknya kondisi lingkungan hidup dan sumberdaya alam, serta terbatasnya akses masyarakat terhadap sumber daya alam; (10) lemahnya jaminan rasa aman; (11) lemahnya partisipasi; (12) besarnya beban kependudukan yang disebabkan oleh besarnya tanggungan keluarga; (13) tata kelola pemerintahan yang buruk yang menyebabkan inefisiensi dan inefektivitas dalam pelayanan publik, meluasnya korupsi dan rendahnya jaminan sosial terhadap masyarakat.

Berkaitan dengan salah satu kebutuhan dasar penduduk miskin, yang dalam hal ini adalah kesehatan, ternyata selama ini belum menunjukkan hasil yang menggembirakan. Filosofi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termuat pada pasal 10 dimana upaya kesehatan dilakukan melalui pendekatan *promotive* (pemeliharaan, peningkatan kesehatan), *preventive* (pencegahan penyakit), *curative* (penyembuhan penyakit) dan *rehabilitative* (pemulihan kesehatan) yang dilakukan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

UU No. 23 Tahun 1992 ini juga telah mengatur adanya sanksi bagi para pelaku tindakan medis untuk menjamin keamanan pasien sebagai konsumen atas jasa yang diberikan oleh tenaga medis maupun perlindungan bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas sesuai dengan profesinya (pasal 53, 54 dan 55). Pada pasal 53 ayat (1), disebutkan secara tegas bahwa tenaga kesehatan berhak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya. Pasal 54 ayat (1) menyebutkan bahwa terhadap

tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesinya dapat dikenakan tindakan disiplin. Begitu pula dengan adanya pasal 55 ayat (1) yang menjamin kemungkinan adanya pemberian ganti rugi bagi pasien atas kelalaian atau kesalahan yang dilakukan tenaga kesehatan.

Keberadaan UU No. 23 Tahun 1992 saat ini sedang dalam wacana untuk dilakukan revisi, mengingat sebagian masyarakat menilai UU tersebut belum mencerminkan asas keadilan yang sesungguhnya. UU tersebut masih dianggap diskriminatif karena belum adanya sangsi pidana (hanya perdata)

yang dapat dikenakan pada tenaga kesehatan (pasal 55 ayat 1) atas kelalaian maupun kesalahan yang mungkin dilakukan terhadap pasien. Tuntutan ini didasarkan fenomena semakin maraknya dugaan mal praktek yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, sehingga menimbulkan kerugian terhadap pasien.

Kondisi yang terjadi di Indonesia termasuk juga di Kabupaten Mojokerto, ternyata masalah kesehatan khususnya bagi orang miskin, masih cukup tinggi. Hal ini dibuktikan dengan belum semua target pelayanan kesehatan dapat terpenuhi dengan baik. Demikian juga masalah gisi seperti yang tampak pada tabel berikut.

Tabel 1
Jumlah balita gizi buruk (BB/U < -3SD) dan gizi kurang (BB/U < -2SD)
Susenas 1989-2003

Tahun	Total Penduduk	Total Balita	Prevalensi (%)			Jumlah Balita dengan		
			Gizi buruk	Gizi Kurang	Buruk+Kurang	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Buruk+Kurang
1989	177,614,965	21,313,796	6.3	31.2	37.5	1,342,769	6,643,510	7,986,279
1992	185,323,458	22,238,815	7.2	28.3	35.6	1,607,866	6,302,480	7,910,346
1995	195,860,899	21,544,699	11.6	20.0	31.6	2,490,567	4,313,249	6,803,816
1998	206,398,340	20,639,834	10.5	19.0	29.5	2,169,247	3,921,568	6,090,815
1999	209,910,821	19,941,528	8.1	18.3	26.4	1,617,258	3,639,329	5,256,587
2000	203,456,005	17,904,128	7.5	17.1	24.7	1,348,181	3,066,977	4,415,158
2001	206,070,543	18,134,208	6.3	19.8	26.1	1,142,455	3,590,573	4,733,028
2002	208,749,460	18,369,952	8.0	19.3	27.3	1,469,596	3,545,401	5,014,997
2003	211,463,203	18,608,762	8.3	19.2	27.5	1,544,527	3,572,882	5,117,409

Sumber Data: Dirjen Binas Kesmas Depkes

Meskipun secara prevalensi kelihatan menurun namun jika memperhatikan terhadap jumlah penduduk dan proporsi balita pada tahun yang sama terlihat beban masalah yang dihadapi cukup besar.

Pelayanan kesehatan melalui program Asuransi Kesehatan untuk Rakyat Miskin atau Askeskin dituntut lebih

terbuka, terutama dalam pengelolaan dana dan pemberian informasi kepada masyarakat. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta Askeskin.

Program puskesmas gratis yang akan diterapkan Dinas Kesehatan Kabupaten, hanya diperuntukkan bagi masyarakat yang belum terdaftar Asuransi Kesehatan

Masyarakat Miskin (Askeskin) dan Asuransi Kesehatan (Askes) Wajib PNS. Anggaran untuk mendapatkan pelayanan puskesmas gratis, di luar jumlah penduduk yang telah mengikuti Askeskin dan Askes PNS, sehingga tidak terjadi tumpang tindih.

Inti program puskesmas gratis agar masyarakat yang mampu atau tidak terlayani gratis di setiap puskesmas. Sedangkan peserta Askeskin dan Askes PNS, otomatis terlayani pengobatan gratis di puskesmas. Yang terlayani puskesmas gratis hanya penduduk Salatiga berdasarkan KTP.

Pengobatan gratis dilayani dengan standar puskesmas, sehingga jika berobat di tempat lain mereka tidak akan mendapat pelayanan gratis itu. Puskesmas gratis hanya melayani penduduk yang menjadi wilayah operasional puskesmas itu.

Masyarakat Kabupaten Mojokerto mendesak Pemkab agar tetap memberikan pelayanan kesehatan gratis pada keluarga miskin (gakin) yang memegang surat keterangan miskin (SKM) dari desa. Ini menyusul belum diterimanya kartu asuransi kesehatan keluarga miskin (askeskin) yang baru, sementara kartu lama masa berlakunya habis.

Ponidi (45), salah satu warga asal Pucuk Kec. Dawarblandong Mojokerto pemegang kartu askeskin, mengatakan, ia dan warga tak mampu lainnya kini was-was karena kartu yang dikeluarkan PT Askes itu sudah habis masa berlakunya, dan sampai kini belum menerima yang baru. Bapak empat anak ini berharap tetap mendapatkan fasilitas layanan kesehatan gratis sementara masa berlaku kartu askeskin habis dengan cukup membawa

SKM. "Saya berharap sebelum kartu askeskin baru keluar, warga miskin masih tetap mendapatkan pelayanan kesehatan gratis dari pemerintah cukup dengan memberi surat keterangan tidak mampu dari desa," ujar Ponidi ditemui saat membesuk rekannya di RSUD Gedeg Kab Mojokerto. "Kalau syarat itu bisa, tentu warga miskin akan senang. Kalau sebaliknya, maka warga miskin seperti kami sangat dirugikan, dan ini akan menjadi momok bagi warga miskin yang membutuhkan jasa tersebut," ujarnya.

Kondisi ini bisa dimaklumi mengingatkan mahalnya biaya pelayanan kesehatan jika tak dibantu pemerintah melalui program askeskin. "Untuk makan sehari-hari saja pas-pasan, kalau sakit disuruh bayar ini yang repot buat kami," katanya. Untuk itu, lelaki berkulit sawo matang ini berharap Pemkab bisa secepatnya merespon dan mencari jalan keluarnya agar warga miskin di wilayah ini tetap bisa mendapat pelayanan kesehatan gratis. Selain itu, menurutnya, pemerintah diharapkan segera mengeluarkan kartu askeskin baru.

Tak jauh beda dengan Tugino (50). Warga miskin asal Desa Jedong Kecamatan Ngoro Mojokerto ini berharap kartu askeskin lama yang sudah habis masa berlakunya masih bisa dipergunakan. "Kami berharap bisa memakai kartu lama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis dari pemerintah sebelum kartu askeskin baru keluar saat kami sakit," ujarnya.

Sementara itu Asisten Administrasi Pemkab, Drs Rustamadji MM mengimbau warga miskin di wilayahnya agar tak resah,

dan tetap tenang menghadapi hal ini. Karena, menurutnya, warga miskin dijamin akan tetap mendapatkan pelayanan kesehatan gratis seperti biasanya dengan cukup dilengkapi dengan SKM dari desa hingga kartu yang baru dibuat PT Askes dikeluarkan. Saat ini Pemkab masih mendata kembali gakin agar mendapatkan data akurat. Setelah pendataan selesai maka bupati akan memberi surat keputusan validasi peserta askeskin dengan dicantumkan nama dan alamat masing-masing orang penerima askeskin.

Berkaitan dengan program Askeskin di Puskesmas, pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin diarahkan pada pelayanan kesehatan dasar dan persalinan. Perbaikan pengelolaan Askeskin perlu diupayakan melalui berbagai aspek/cara, di antaranya dengan perbaikan pengelolaan keuangan lewat penyaluran dana langsung Puskesmas dan jaringannya melalui Kantor Pos. Untuk rumah sakit, selain perbaikan sistem verifikasi pengelolaan dana Askeskin, diperlukan pula perbaikan mekanisme klaim pembayaran oleh PT Askes. Selain itu diperlukan penambahan kapasitas fisik rumah sakit yaitu penambahan kapasitas tempat tidur kelas III dan penambahan kapasitas SDM Kesehatan yang bekerja di rumah sakit. Berdasar pengalaman Puskesmas di kabupaten Natuna, maka perlu lebih diperhitungkan faktor-faktor transportasi dan sebaran penduduk, keberadaan tenaga kesehatan, kebiasaan mencari pelayanan kesehatan masyarakat dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan.

Sejak tahun 2005-2006, program Askeskin telah mencakup 60 juta

penduduk miskin dan hampir miskin. Jumlahnya meningkat menjadi 76,4 juta jiwa untuk tahun 2007. Pemanfaatannya pun terus meningkat. Pada tahun 2006, jumlah kunjungan rawat jalan tingkat pertama di Puskesmas mencapai sekitar 110 juta kunjungan, kunjungan rawat jalan tingkat lanjut di RS mencapai hampir 7 juta kunjungan dan pemanfaatan rawat inap tingkat lanjut di RS mencapai hampir 1,6 juta orang. Selain itu, masyarakat miskin mendapatkan akses pelayanan kasus khusus seperti pertolongan persalinan, haemodialisa, operasi jantung dan operasi Caesar. Untuk penanggulangan penyakit menular, khusus Tuberkulosis (TB) Paru, diusahakan agar Case Detection Rate TB Paru meningkat hingga lebih dari 70%. Seluruh penderita DBD dan Avian Influenza/Flu Burung perlu mendapat penanganan, kemudian seluruh penderita Malaria mendapatkan pengobatan dan seluruh Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) perlu mendapat pertolongan *Anti Retroviral Treatment (ATR)*.

Identifikasi beberapa upaya perbaikan penting yang perlu dilakukan dalam program PKPS-BBM Bidang Kesehatan sebagai berikut:

Desain Program

Pendekatan program yang berorientasi 'demand dan supply' berbentuk jaminan/asuransi social penduduk miskin yang dibiayai pemerintah dan pendanaan puskesmas, lebih dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan dibandingkan yang berbasis 'supply'/provider. Status pihak ketiga sebagai pengelola dana, perlu ditegaskan

dengan fungsi pengelolaan kepesertaan, pengendalian dana dan pengelolaan pelayanan kesehatan yang terukur sebagai keberhasilan kinerjanya.

Bila status pengelola dana tetap sebagai TPA (*third party administrator*) yang tidak menanggung kerugian, perlu mulai ditetapkan biaya operasional pengelolaan yang wajar baginya disesuaikan dengan kinerja kemitraannya di pelbagai jenjang administrasi dalam trias pengelolaan tersebut. Hal ini akan berdampak pada efektivitas program, sistem transparansi dan akuntabilitas, serta partisipasi luas yang diperlukan dalam program dan kebijakan publik untuk pengentasan kemiskinan di bidang kesehatan.

Untuk dapat makin menjangkau penduduk miskin terutama di daerah terpencil, perlu segera diperbaiki desain program atau dikembangkan desain baru yang memperbaiki hal-hal berikut:

- Kesulitan akses masyarakat miskin karena masalah geografi, transportasi dan sebaran pelayanan kesehatan
- Ketiadaan biaya pendamping orang sakit dan transportasi jenazah.
- Kurangnya orientasi promotif dan preventif dalam program.
- Keterlibatan fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang menurut data Susenas 2004 cukup banyak (36%) digunakan oleh penduduk miskin.

Penetapan Sasaran Program dan Distribusi Kartu Identitasnya

Targeting belum efektif, perlu dibenahi agar penerima manfaat adalah betul masyarakat miskin. Secara bertahap perlu ditingkatkan cakupan masyarakat

miskin yang memiliki kartu resmi. Perlu ditetapkan kriteria baku penduduk miskin yang dapat berlaku di semua daerah. Hal ini akan menajamkan sasaran program dan mendorong pendampingan penduduk miskin oleh pelbagai sektor terkait secara lebih terpadu, sehingga dapat menghasilkan efek ganda dalam pengentasan kemiskinan.

Kartu identitas berbasis keluarga memudahkan penetapan penerima dan sejalan dengan banyak program yang tertuju untuk rumahtangga miskin. Di samping itu, pendekatan keluarga/rumahtangga akan mengefisiensikan administrasi dan meredam potensi konflik di masyarakat.

Sosialisasi Program

Sosialisasi belum banyak menjangkau masyarakat miskin, masih terbatas pada birokrasi dan provider. Akibatnya masyarakat miskin tidak banyak tahu, kurang memanfaatkan program sehingga utilitasnya rendah, tidak berdampak bermakna pada perbaikan kesehatan mereka. Perlu intensifikasi sosialisasi tentang hak dan prosedur pelayanan bagi masyarakat miskin, mengutamakan metode tatap muka dengan pendampingan fasilitator dan informan program di dekat keberadaan mereka.

Alokasi, Penyaluran, Penyerapan dan Pemanfaatan Dana Program

Alokasi pendanaan berdasarkan jumlah masyarakat miskin saja belum tepat, karena terdapat pengaruh geografi, jarak dan perbedaan dalam status kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan yang

tersedia. Alokasi dana perlu mempertimbangkan kondisi wilayah dan hal-hal berikut:

- Status kesehatan masyarakat miskin, seperti angka gizi buruk, kesertaan KB, ketercakupannya dalam imunisasi, pelayanan antenatal, persalinan dan nifas dsbnya.
- Kesulitan geografis
- Kemiskinan wilayah (*poverty index*) dan Kemampuan Daerah

Penyaluran dan absorpsi dana sering terlambat dan menggunakan sistem yang sering berubah. Tanpa informasi cukup, hal ini berpeluang menghambat absorpsi dan menimbulkan kebocoran. Dana belum sepenuhnya dimanfaatkan karena aliran yang terlambat. Untuk mengatasi hal ini, perlu informasi jelas tentang pendanaan, cara penggunaan dengan kemungkinan modifikasi yang terfokus pada pelayanan kesehatan masyarakat miskin, didampingi sistem akuntabilitas penggunaan yang efektif.

Untuk memperkecil potensi kebocoran dana yang juga dapat terjadi pada utilisasi oleh pengguna kartu tak resmi/SKTM, perlu ditingkatkan pemantauan dengan sistem telaah utilisasi pendanaan (verifikasi dan penelusuran), yang dikaitkan dengan utilisasi pelayanan kesehatan dalam sistem monitoring-evaluasi pendanaan di berbagai tingkat.

Transparansi dan Akuntabilitas

Prosedur dan mekanisme pendanaan program kurang transparan. Pengelola program di daerah sulit mengetahui aliran dan penggunaan dana,

khususnya yang diserahkan kepada pengelola dana. Diperlukan peningkatan transparansi dan akuntabilitas, dengan cara:

- Kejelasan tertulis yang tepat waktu tentang alokasi, pengaliran dan cara pemanfaatan dana antara pengelola, penerima dana dan pengguna dana.
- Ketepatan waktu dan jumlah dalam penyaluran dan pertanggungjawaban dana
- Musyawarah desa untuk penetapan masyarakat miskin
- Distribusi kartu hingga betul-betul sampai ke tangan masyarakat miskin yang memenuhi kriteria.

Penanganan Keluhan

Kelembagaan penanganan keluhan belum terbentuk di beberapa daerah dan belum berfungsi optimal di daerah lain. Akibatnya, di satu sisi penyedia program tidak mendapat masukan dari masyarakat dan tidak dapat memperbaiki program sesuai masukan tersebut, di sisi lain masyarakat miskin tidak terdorong untuk berpartisipasi dalam program. Perlu dibangun kembali kelembagaan penanganan keluhan, mengingat pentingnya penanganan mutu dan kepuasan penduduk miskin atas pelayanan yang diterimanya.

Pemantauan dan Evaluasi Program

Pemantauan dan evaluasi program belum berjalan efektif. Diperlukan arahan dan pembinaan yang sungguh-sungguh untuk memperbaiki arus informasi dan pelaporan beserta feed-back timbal balik guna menajamkan pemantauan kemajuan

program dan evaluasinya. Bentuk pemantauan dan evaluasi berbasis wilayah setempat (PWS seperti pada program KIA, Gizi, P2M) perlu dikembangkan agar tiap pimpinan program menguasai kinerja program di wilayahnya.

Kelemahan sistim pemantauan pendanaan yang ditemukan dalam studi lapangan, perlu segera diatasi dengan pengembangan sistim verifikasi, telaah utilisasi dan penelusuran dana oleh pemerintah (pusat dan daerah) terhadap pengelola dana. Sistim pemantauan pendanaan ini harus mejadi bagian integral sistim pemantauan program yang menyeluruh dan berbasis wilayah (pemantauan wilayah setempat dalam PKPS-BBM Bidkes).

Kelembagaan dan Tatalaksana Program

Tatalaksana program belum optimal karena mekanisme koordinasi dan interaksi antar para pelaku kurang erat. Tatalaksana program juga dijalankan sangat sentralistik, padahal tujuan program ini adalah menjangkau penduduk miskin di daerah dan sangat menuntut keterlibatan berbagai pihak terkait di semua jenjang. Keterlibatan Pemda mutlak untuk efektivitas pendampingan dan pemberdayaan masyarakat miskin dan kesinambungan pendanaan program.

Sebagai kebijakan publik yang strategis, PKPS-BBM Bidkes perlu dikelola oleh unit organisasi pemerintah yang khusus dan permanen di pelbagai jenjang, sehingga secara sistematis dapat dihimpun pengalaman program yang berharga dan dapat dikembangkan keahlian serta

profesionalisme yang dibutuhkan untuk mengawal program ke pencapaian tujuan luhurnya.

Partisipasi swasta termasuk PPK swasta yang masih dibatasi dalam kebijakan publik ini perlu segera ditingkatkan agar penduduk miskin memperoleh akses lebih besar dan kapasitas program menjadi lebih besar juga dalam menjangkau penduduk miskin.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Desain program PKPS-BBM 2005 Bidang kesehatan yang berorientasi "demand dan supply" dengan alokasi biaya yang lebih tinggi dibandingkan sistim yang berorientasi "supply" saja pada tahun-tahun sebelumnya, mendorong meningkatnya pemanfaatan pelayanan, terutama di rumah sakit. Namun, prinsip-prinsip penyelenggaraan program yang seharusnya mencakup efektivitas program, transparansi dan akuntabilitas, serta partisipasi yang luas, belum dipegang dan terlaksana secara utuh dalam program PKPS-BBM Bidang Kesehatan. Untuk itu diidentifikasi beberapa upaya perbaikan penting yang perlu dilakukan dalam program serupa di masa datang.

Saran

Diperlukan revisi tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan untuk kejelasan fungsi dalam program PKPS-BBM Bidang Kesehatan. Perlu ditegaskan kembali bahwa Dinkes sebagai mitra teknis Depkes di daerah adalah pemrakarsa, pemilik dan penanggungjawab program. Sisi positif alternatif ini adalah timbul kejelasan

pertanggungjawaban kinerja pelayanan gakin dan Dinkes memiliki kejelasan tugas dan fungsi dalam program. Sedangkan sisi negatifnya adalah Perubahan SOTK (Struktur Organisasi dan Tata Kerja) Dinas Kesehatan Daerah dan terjadinya sentimen terhadap Dinkes berkaitan dengan tugas baru yang pendanaannya besar.

Penetapan struktur sementara (*ad hoc*) Tim *Safeguarding* di Dinkes. Alternatif ini memiliki sisi positif yaitu likuid dan efektif. Namun, sisi negatifnya adalah pendanaan APBD sulit, akuntabilitas terbatas, relatif tidak terkait dengan sistem karir dan hubungan dengan struktur vertikal tidak jelas. Bila alternatif ini dipilih maka perlu adanya alokasi khusus dalam APBD untuk penanganan masyarakat miskin.

Untuk pengembangan pertanggungjawaban program berdasar pada kinerja, dibutuhkan hal-hal berikut: Perlu pelibatan dan rumusan resmi tupoksi Pemda di segala jenjang administrasi dalam penyelenggaraan PKPS-BBM Bidkes. Juga dalam MOU antara Depkes dan PT Askes perlu dinyatakan pula mekanisme hubungan antara PT Askes dengan Dinkes/ Pemda. Perlu dirumuskan kembali tupoksi yang tegas dari masing-masing lembaga yang terkait dalam program PKPS-BBM Bidkes, terutama pada deskripsi mekanisme hubungan kerja antar lembaga di pusat sampai di daerah sehingga transparan dan akuntabel dalam mendukung sarana pelayanan kesehatan mencapai

populasi sasaran. Perlu dijabarkan peran dan tupoksi aparat pengawasan fungsional intern dan ekstern serta pengawasan pihak independen dan kontrol sosial masyarakat, untuk memperbaiki transparansi dan akuntabilitas program sehingga dapat memacu pencapaian indikator keberhasilan program secara efisien, efektif dan akuntabel. Berkaitan dengan masih banyak warga miskin yang belum berkesempatan menerima kartu Askeskin, hendaknya ada kebijakan dari pemerintah daerah memfasilitasi kebutuhan kesehatan bagi penduduk miskin melalui dana APBD, misalnya berupa program Puskesmas Gratis, atau kartu Miskin.

DAFTAR PUSTAKA:

- Bappenas, Strategi Nasional
Penanggulangan Kemiskinan, 2005
- Departemen Kesehatan, Status Gizi dan
Imunisasi Ibu dan Anak di
Indonesia, Jakarta, 1999
- Departemen Kesehatan, Tuntutan Praktis
Bagi Tenaga gizi Puskesmas,
Bekalku Membina Keluarga Sadar
Gizi (Ka'darzi), Jakarta, 1999
- Depkes RI, Pengembangan Pelayanan
Kesehatan bagi Penduduk Miskin,
Jakarta, 2004.
- Depkes RI, Pedoman Jaminan
Pemeliharaan Kesehatan
Masyarakat Miskin, Jakarta, 2005.

Depkes RI, Pedoman Pelayanan

Kesehatan di Puskesmas, Rawat

Jalan Rujukan dan Rawat Inap

Klas 3 Rumahsakit yang Dijamin

Pemerintah, Jakarta, 2005.

Menko Kesra, Hasil Studi 56 Universitas

tentang Program PKPS-BBM 2005,

Jakarta 2005.

PT Askes (Persero), Laporan Pelaksanaan

Program Askeskin Tahun 2005,

Jakarta, 2006

____The Impact of Asian Financial Crisis

on Health Sector in Indonesia,

www.health_indonesia, 12 Maret

2002

UNICEF, Strategy for Improved Nutrition

of Children and Women in

Developing Countries, New York,

1992