

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, kesejahteraan keluarga dan masyarakat, serta mempertinggi kesadaran akan pentingnya hidup sehat. Terwujudnya keadaan sehat adalah kehendak semua pihak, tidak hanya oleh seseorang tetapi juga oleh keluarga, kelompok dan bahkan oleh masyarakat. Untuk dapat mewujudkan keadaan sehat tersebut banyak hal yang perlu dilakukan, salah satu diantaranya yang dinilai peranan cukup penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Kesehatan adalah upaya-upaya untuk mengatasi masalah sanitasi yang mengganggu kesehatan. Dengan kata lain kesehatan masyarakat adalah sama dengan sanitasi. Upaya memperbaiki dan meningkatkan sanitasi lingkungan merupakan kegiatan kesehatan masyarakat. Kemudian pada akhir abad ke-18 dengan diketemukan bakteri-bakteri penyebab penyakit dan beberapa jenis imunitasi, kegiatan kesehatan masyarakat adalah pencegahan penyakit yang terjadi dalam masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui imunitasi.

Kesehatan masyarakat diartikan suatu upaya integrasi antara ilmu sanitasi dengan ilmu kedokteran. Sedangkan ilmu kedokteran itu sendiri merupakan integrasi antara ilmu biologi dan ilmu sosial. Dalam perkembangan selanjutnya, kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan (kedokteran) dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Dari pengalaman-pengalaman praktik kesehatan masyarakat yang telah berjalan sampai pada awal abad ke-20, Winslow (1920) dalam Notoadmodjo 2007 akhirnya membuat batasan kesehatan masyarakat yang sampai sekarang masih relevan, yakni : kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni : mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan

Dari batasan tersebut tersirat bahwa kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang usia hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Untuk mencapai ketiga tujuan pokok tersebut, Winslow mengusulkan cara atau pendekatan yang dianggap paling efektif adalah melalui 'upaya-upaya pengorganisasian masyarakat.

Pengorganisasian masyarakat dalam rangka pencapaian tujuan-tujuan kesehatan masyarakat, pada hakikatnya adalah menghimpun potensi masyarakat atau sumber daya (*resources*) yang ada dalam masyarakat itu sendiri untuk upaya-upaya, yaitu: preventif, kuratif, promotif, dan rehabilitatif kesehatan mereka sendiri. Pengorganisasian masyarakat dalam bentuk penghimpunan dan pengembangan potensi dan sumber-sumber daya masyarakat dalam konteks ini

pada hakikatnya adalah menumbuhkan, membina, dan mengembangkan partisipasi masyarakat dibidang pembangunan kesehatan.

Melalui investasi kesehatan peningkatan produktifitas kerja seseorang dapat ditingkatkan, meningkatkan pendapatan dan tingkat pendidikannya, menurunkan angka kematian serta akhirnya menurunkan kemiskinan. Kesehatan merupakan hak dasar bagi masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan, dalam hal ini menjadi kewajiban pemerintah, baik pusat maupun daerah untuk mewujudkannya. Pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas merupakan idaman seluruh lapisan masyarakat, khususnya bagi masyarakat golongan menengah kebawah, namun pada kenyataanya masih banyak negara yang belum menyadari bahwa pelayanan kesehatan yang disediakan ternyata belum mampu memberikan pelayanan kesehatan yang mereka harapkan.

Biaya kesehatan yang semakin mahal, namun kualitas pelayanan yang diberikan banyak dikeluhkan oleh masyarakat khususnya masyarakat miskin yang sangat membutuhkan pelayanan kesehatan yang maksimal. Krisis ekonomi yang berkepanjangan menimbulkan adanya krisis kesehatan bagi penduduk miskin yaitu banyak kebutuhan kesehatan masyarakat miskin di perkotaan maupun di pedesaan yang belum dapat terpenuhi. Krisis kesehatan sebagai akibat krisis ekonomi telah membuat masyarakat miskin semakin menderita karena semakin sulitnya menjangkau biaya pelayanan kesehatan.

Maka seharusnya pemerintah lebih mengupayakan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat miskin akan kesehatan tersebut yaitu dengan pembangunan di segala bidang terutama di bidang kesehatan dengan mendirikan Puskesmas. Kedudukan puskesmas dalam Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan maupun kesehatan masyarakat.

Untuk membantu mengatasi masalah kesehatan masyarakat, pemerintah memberikan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Menurut Kertonegoro (1987 : 9) dalam Rini Yulianti. 2005 Jaminan Pemeliharaan Kesehatan tergolong dalam jaminan sosial yang merupakan perlindungan kesejahteraan masyarakat yang diselenggarakan oleh Pemerintah untuk menjaga taraf hidup rakyat. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Bermula dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) Tahun 1998–2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001.

Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS–BBM) Tahun 2002–2004. Pada Tahun 2005, pemerintah meluncurkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang dikenal dengan nama program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Penyelenggara program adalah PT Askes (Persero), yang ditugaskan Menteri Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan

Kesehatan bagi Masyarakat Miskin. Program ini merupakan bantuan sosial yang diselenggarakan dalam skema asuransi kesehatan sosial.

Setelah dilakukan evaluasi dan dalam rangka efisiensi dan kinerja, maka pada tahun 2008 dilakukan perubahan dalam sistem penyelenggaraannya. Perubahan pengelolaan program tersebut adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit. Nama program tersebut juga berubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Pelaksanaan program (Jamkesmas) dinyatakan berhasil apabila masyarakat telah merasakan langsung dari kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Pemerintah, evaluasi pelayanan (Jamkesmas) merupakan hal yang penting untuk melihat efektif tidaknya program (Jamkesmas) tersebut. Adapun program – program dari (Jamkesmas) adalah pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, sebagai langkah awal dalam rujukan ke rumah sakit meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat. Untuk mengukur berhasil atau tidaknya program (Jamkesmas) dapat dilihat dari persepsi masyarakat tentang

bagaimana kualitas pelayanan yang diberikan, kegunaan dari program (Jamkesmas), dan kemudahan yang didapat dari program (Jamkesmas). Tujuan dari program (Jamkesmas) adalah untuk menciptakan masyarakat sehat dan sejahtera. Pencapaian program (Jamkesmas) sehingga dapat dirasakan langsung oleh masyarakat merupakan tugas dari pemerintah seperti diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan merupakan salah satu komitmen pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Berdasarkan evaluasi program yang akan dicapai dari tataran pasca implementasi program ini, dapat diharapkan terjadi peningkatan status gizi dan kesehatan masyarakat, kinerja sistem pelayanan kesehatan, pelayanan umum yang berdaya guna dan berhasil guna, meningkatkan partisipasi masyarakat miskin di Kecamatan Terbanggi Besar. Keberhasilan program ini adalah terwujudnya harapan masyarakat, bila metode pelaksanaan program dilakukan secara sistematis dalam artian sesuai dengan program (Jamkesmas), sebaliknya bila pelayanan dan partisipasi masyarakat terhadap program (Jamkesmas) statis, maka perlu adanya perbaikan metode yang lebih baik lagi atau bila perlu program tersebut dihentikan.

Dengan pertimbangan untuk mengendalikan pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, serta mengingat keterbatasan pendanaan, pengelolaan program Jamkesmas tahun 2008 dilakukan langsung oleh Departemen Kesehatan. Pergantian pihak pengelola dengan tahun-tahun sebelumnya menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan dalam

pelaksanaannya, sehingga mekanisme pelaksanaan Program Jamkesmas tahun 2008 sebagai berikut:

1. Kepesertaan Jamkesmas

Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Jumlah sasaran peserta sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa.

2. Tatalaksana Pelayanan Kesehatan

Setiap peserta Jamkesmas berhak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.

Pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM), BKPM/BP4/BKIM dan rumah sakit (RS).
- b. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI dan RS Swasta yang bekerjasama dengan Departemen Kesehatan. Departemen Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas nama Menkes

membuat perjanjian kerjasama (PKS) dengan RS setempat, yang diketahui Kepala Dinas Kesehatan Provinsi meliputi berbagai aspek pengaturan.

- c. Pada keadaan gawat darurat (emergency) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan kepada peserta walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama. Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke Departemen Kesehatan melalui Tim Pengelola Kabupaten/Kota setempat setelah diverifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada program ini.
- d. RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM melaksanakan pelayanan rujukan lintas wilayah dan biayanya dapat diklaimkan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bersangkutan ke Departemen Kesehatan.

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

- a) Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya.
- b) Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu yang keabsahan kepesertaannya merujuk kepada daftar masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota setempat. Penggunaan SKTM hanya berlaku untuk setiap kali pelayanan kecuali pada kondisi pelayanan lanjutan terkait dengan penyakitnya.

Apabila peserta Jamkesmas memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus emergency.

Penamaan program Jamkesmas mengalami berbagai bentuk perubahan. Awalnya, sebelum program ini menjadi regulasi yang diamanatkan dalam Undang–Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, berbagai upaya memobilisasi dana masyarakat dengan menggunakan prinsip asuransi telah dilakukan antara lain dengan program Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM). Dengan memobilisasi masyarakat diharapkan mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan tanpa harus meningkatkan anggaran pemerintah. Konsep yang ditawarkan adalah secara perlahan pembiayaan kesehatan harus ditanggung masyarakat sementara pemerintah akan lebih berfungsi sebagai regulator. Program DUKM secara operasional dijabarkan dalam bentuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

Pelaksanaan program (Jamkesmas) dapat memberi manfaat bagi masyarakat miskin untuk dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal seperti dalam Undang – undang No.23 Tahun 1992 Pasal 4, menyatakan bahwa : ”Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal” meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat dapat tercapai.

Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah mempunyai wewenang dalam mengatur masalah kesehatan di Kabupaten Lampung Tengah tidak terkecuali dalam pelaksanaan program kesehatan bagi masyarakat miskin yaitu program (Jamkesmas).

Visi dan misi Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah adalah menciptakan warga masyarakat dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Pelaksanaan program (Jamkesmas) di Kabupaten Lampung Tengah telah dilakukan diseluruh Puskesmas, meliputi Puskesmas induk dan Puskesmas pembantu. Puskesmas induk tersebar di seluruh Kecamatan di Kabupaten Lampung Tengah termasuk Puskesmas Bandar Jaya.

Pelaksanaan Program (Jamkesmas) di Kecamatan Terbanggi Besar dilakukan sejak tahun 2005 yang sebelumnya dinamakan Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Program ini dikhususkan untuk membantu masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang gratis. Puskesmas Bandar Jaya dalam hal ini sebagai pelaksana program (Jamkesmas) yang meliputi diagnosis penyakit, perawatan, dan sosialisasi program yang bertujuan untuk menciptakan masyarakat Bandar Jaya hidup sehat dan sejahtera. Berdasarkan Laporan tahun 2008 program JAMKESMAS Puskesmas Bandar Jaya Kecamatan Terbanggi Besar untuk menciptakan masyarakat Bandar Jaya hidup sehat dan sejahtera harus diperhatikan faktor- faktor yang dapat menghambatnya yaitu kemiskinan, pengangguran, dan jumlah penduduk yang besar. Besarnya jumlah penduduk dapat menjadi penyebab dari kemiskinan, dapat dilihat dari tabel di bawah ini jumlah penduduk di Kecamatan Terbanggi Besar.

Pada Tabel 1 terlihat bahwa jumlah penduduk di Kecamatan Terbanggi Besar sebesar 29.873 jiwa, jumlah penduduk terbanyak di desa Bandar Jaya yaitu sebesar 9.894 jiwa, dan jumlah penduduk terkecil di desa Adi Jaya yaitu sebesar 2.005 jiwa,

Hal ini juga terjadi tidak terkecuali pada Kecamatan Terbanggi Besar. Jumlah penduduk miskin di Kecamatan Terbanggi Besar dapat dilihat pada Tabel 1

Tabel 1. Penduduk Kecamatan Terbanggi Besar menurut Pekon, Jenis Kelamin dan Sex Ratio Tahun 2008

No	Pekon Vilages	Laki-laki/ Male	Perempuan/ Female	Jumlah Total	Sex Ratio
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Karang Endah	2.031	1.960	3.991	103.622
2	Indra Putra subing	1.351	1.270	2.621	106.378
3	Adi Jaya	1.017	988	2.005	102.935
4	Yukum Jaya	1.748	1.635	3.383	106.911
5	Terbanggi Besar	2.746	2.609	5.355	105.251
6	Penengahan	1.368	1.256	2.624	108.917
7	Bandar Jaya	5.368	4.526	9.894	118.604
Jumlah		15.629	14.244	29.873	752.618

Sumber :Koordinator Statistik Kecamatan Terbanggi Besar 2008

Pada tabel 2. Terlihat bahwa jumlah penduduk miskin yang terbanyak di Desa Bandar Jaya sebanyak 573 kepala keluarga , dan jumlah penduduk miskin yang terkecil di Desa Adi Jaya sebanyak 99 kepala keluarga, dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat kemiskinan di Desa Bandar Jaya masih tinggi untuk itu sebagai bahan pertimbangan penulis mengambil penelitian di Desa Bandar Jaya.

Tabel 2. Jumlah Penduduk Miskin di Kecamatan Terbanggi Besar Tahun 2008 (Per Kepala Keluarga)

No	Desa	Jumlah Rumah Tangga Miskin
1.	Karang Endah	293
2.	Indra Putra subing	172
3.	Adi Jaya	99
4.	Yukum Jaya	236
5.	Terbanggi Besar	250
6.	Penengahan	150
7.	Bandar Jaya	573
Jumlah		1.773

Sumber : BPS Kabupaten Lampung Tengah

Untuk mengetahui seberapa besar penduduk miskin di Kecamatan Terbanggi Besar yang menjadi peserta (JAMKESMAS) dapat dilihat pada tabel 3. Hal ini dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 3. Jumlah Penduduk Miskin di Kecamatan Terbanggi Besar yang mendapatkan kartu peserta (Jamkesmas) Berdasarkan wilayah kerja Puskesmas Bandar Jaya 2008

NO	PEKON	JUMLAH PENDUDUK		JUMLAH
		LAKI-LAKI	PEREMPUAN	
1	Karang Endah	1.265	973	2.238
2	Indra Putra subing	852	885	1.737
3	Adi Jaya	659	682	1.341
4	Yukum Jaya	962	995	1.957
5	Terbanggi Besar	1.058	1.104	2.162
6	Penengahan	782	815	1.597
7	Bandar Jaya	2.136	2.851	4.987
TOTAL		7.714	8.305	16.019

Sumber : Puskesmas Bandar Jaya 2008

Pada tabel 3 dapat dilihat jumlah penduduk miskin di Kecamatan Terbanggi Besar yang mendapatkan kartu peserta JAMKESMAS berdasarkan wilayah kerja PUSKESMAS Bandar Jaya sebesar 16.019 penduduk.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh pemerintah daerah Kabupaten Lampung Tengah Kecamatan Terbanggi Besar untuk pembangunan kesehatan masyarakat diberbagai daerah melalui Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas adalah unit pelaksanaan pembangunan kesehatan di wilayah Kecamatan. Pembagian instalasi perawatan di Puskesmas Bandar Jaya dapat dibedakan dalam empat instalasi yaitu : Umum (dalam hal ini menangani penyakit yang bersifat umum), KIA (dalam hal ini menangani kesehatan ibu dan anak seperti imunisasi), KB (dalam hal ini menangani program KB), GIGI (dalam hal ini menangani pnyakit GIGI).

Pada tabel 4. terlihat bahwa Jumlah Pasien (Jamkesmas) yang terlayani di Puskesmas Bandar Jaya sebesar 1578 pasien, jumlah terbanyak pada instalasi umum sebesar 458 pasien, jumlah pasien terkecil pada instalasi Gigi yaitu 356 pasien.

Tabel 4. Jumlah Peserta (Jamkesmas) yang terlayani di Puskesmas Bandar Jaya menurut instalasi perawatan adalah sebagai berikut :

Triwulan	Instalasi Perawatan			
	UMUM	KIA	KB	GIGI
Triwulan I (Januari-Maret)	109	128	132	115
Triwulan II (April-Juni)	136	106	94	91
Triwulan III (Juli – Sept)	101	59	91	79
Triwulan IV (Okt – Des)	112	67	87	71
Jumlah	458	360	404	356
Jumlah Keseluruhan Pasien (Jamkesmas)				1578

Sumber : Puskesmas Bandar Jaya 2008

Puskesmas menjadi salah satu tujuan bagi masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak dan dapat menjadi suatu perwujudan atas

pelayanan publik dalam bidang kesehatan, sehingga masyarakat miskin dapat memperoleh haknya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Untuk mengetahui keseluruhan jumlah pasien Rawat Jalan di Puskesmas Bandar Jaya dapat dilihat dalam Tabel 5 berikut. Pada tabel 5. terlihat bahwa jumlah pasien di puskesmas Bandar Jaya berdasarkan instalasi perawatannya sebesar 39.198 pasien, yang terbanyak adalah pasien Umum sebesar 34.533 pasien, dan yang terkecil adalah pasien KB sebesar 503 pasien.

Tabel 5. Jumlah Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Bandar Jaya Menurut Instalasi Perawatannya Pada Tahun 2008

Triwulan	Instalasi Perawatan			
	UMUM	KIA	KB	GIGI
Triwulan I (Januari-Maret)	7293	221	215	589
Triwulan II (April-Juni)	8871	272	103	894
Triwulan III (Juli – Sept)	9040	239	87	875
Triwulan IV (Okt – Des)	9329	229	98	843
Jumlah	34.533	961	503	3.201
Jumlah keseluruhan				39.198

Sumber : Puskesmas Bandar Jaya 2008

Puskesmas memiliki tiga fungsi yaitu menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, memberdayakan masyarakat dan memberdayakan keluarga, serta memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Dalam menjalankan fungsinya maka puskesmas memegang empat azas, yaitu:

1. Azas Tanggungjawab Wilayah

Puskesmas harus bertanggung jawab atas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Artinya bila terjadi masalah kesehatan di wilayah kerjanya, puskesmaslah yang harus bertanggung jawab untuk mengatasinya. Selain itu

juga puskesmas harus produktif kelapangan mengadakan pemantauan, pembinaan dan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan

2. Azas Peran Serta Masyarakat

Dalam melaksanakan kegiatannya, puskesmas harus memandang masyarakat sebagai subyek pembangunan kesehatan, sehingga puskesmas bukan hanya bekerja untuk mereka tetapi juga bekerja bersama masyarakat. Untuk itu perlu difasilitasi pembentukan wadah masyarakat yang peduli kesehatan.

3. Azas Keterpaduan

Puskesmas dalam melakukan kegiatan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya harus melakukan kerjasama dengan berbagai pihak, bermitra dengan Badan Peduli Masyarakat (BPKM) atau Badan Penyatu Puskesmas (BPP) dan organisasi masyarakat lainnya, berkoordinasi dengan lintas sektor, agar terjadi perpaduan kegiatan di lapangan, sehingga lebih berhasil guna dan berdaya guna.

4. Azas Rujukan

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, yang bila tidak mampu mengatasi masalah karena berbagai keterbatasan, biasa melakukan rujukan baik secara vertikal ketingkat yang lebih tinggi, atau secara horizontal ke puskesmas lain.

Puskesmas Bandar Jaya merupakan salah satu puskesmas induk di wilayah Kecamatan Terbanggi Besar. Wilayah kerja Puskesmas Bandar Jaya terdiri atas 7 Pekon meliputi wilayah Pekon Bandar Jaya, Pekon Adijaya, Pekon Karang Endah, Pekon Indra Putra Subing, Pekon Taniran, Pekon Yukum Jaya, Pekon

Penengahan, mempunyai luas wilayah kerja 269,89 Km² dengan jumlah penduduk sesuai dengan data proyeksi 2008 sebanyak xxx jiwa.

Pada tabel 6 menunjukkan bahwa Puskesmas Bandar Jaya terdapat 7 wilayah kerja.

Untuk mencapai visi dan misi dituntut suatu proses perencanaan kegiatan yang matang. Ditingkat Puskesmas yang dimulai dari analisis situasi, identifikasi, dan prioritas masalah. Penetapan tujuan dan sasaran program yang akan dicapai, menyeleksi alternatif pemecahan masalah, rencana operasional kegiatan serta pembiayaan kesehatan untuk mencapai tujuan tersebut.

Tabel 6. Wilayah Kerja Puskesmas Bandar Jaya dan Jumlah Penduduk

NO	PEKON	JUMLAH PENDUDUK		JUMLAH
		LAKI-LAKI	PEREMPUAN	
1	Karang Endah	2.031	1.960	3.991
2	Indra Putra subing	1.351	1.270	2.621
3	Adi Jaya	1.017	988	2.005
4	Yukum Jaya	1.748	1.635	3.383
5	Terbanggi Besar	2.746	2.609	5.355
6	Penengahan	1.368	1.256	2.624
7	Bandar Jaya	5.368	4.526	9.894
TOTAL		15.629	14.244	29.873

Sumber : Puskesmas Bandar Jaya 2008

Dalam hal tersebut perlu dilakukan pembangunan kesehatan yang mengacu pada sistem perencanaan terpadu tingkat puskesmas yang telah lebih ditetapkan dan terintegrasi dengan renstra Kabupaten Lampung Tengah bidang kesehatan.

Tujuan dari puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan status kesehatan masyarakat dan mengurangi angka kesakitan
2. Meningkatkan kesadaran, kemauan, kemandirian dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar terwujud derajat kesehatan yang optimal

Pada Tabel 7 terlihat bahwa jumlah Pegawai di Puskesmas Bandar Jaya berjumlah 36 pegawai, terdiri dari berbagai macam lulusan yaitu S1 2 (orang), D3 23 (orang), D1 9 (orang), SMA 2 (orang). Status kepegawaian dalam Puskesmas Bandar Jaya ini pada umumnya PNS, namun terdapat 2 tenaga Honorer yang mempunyai lulusan SMA.

Tabel 7. Data Kepegawaian di Puskesmas Bandar Jaya menurut Profesi, lulusan, dan status kepegawaian

No	Profesi	Jumlah	Lulusan	Status Kepegawaian
1.	Dokter Gigi	1	S1	PNS
2.	Akademi Kebidanan	10	D3	PNS
		8	D1	PNS
3.	Akademi Keperawatan	9	D3	PNS
4.	Sanitasi (AKL)	2	D3	PNS
5.	Farmasi	1	D3	PNS
6.	Analisis Kesehatan (Lab)	1	D3	PNS
7.	Tata Usaha (TU)	1	SMA	Honorer
8.	Perawat Gigi	1	SMA	Honorer
9.	Bendahara	1	S1	PNS
10.	Ahli Gizi (SPAG)	1	D1	PNS
Jumlah		36		

Sumber : Puskesmas Bandar Jaya

Pelaksanaan Program (Jamkesmas) yang dapat dirasakan langsung oleh masyarakat merupakan suatu harapan bagi masyarakat miskin, Namun berdasarkan data yang diperoleh di Puskesmas Bandar Jaya masih banyak

masyarakat/ penduduk miskin Di Kecamatan Terbanggi Besar yang belum mendapat pelayanan kesehatan dari program (Jamkesmas) tersebut. Berdasarkan data pada latar belakang dan fakta yang terjadi dalam dunia nyata, maka penulis ingin melakukan penelitian dengan judul “**Analisis Kinerja Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kecamatan Terbanggi Besar Kabupaten Lampung Tengah (Studi Kasus Puskesmas Bandar Jaya)**”

B. Permasalahan

Sebagai masyarakat sudah sepatutnya menerima layanan kesehatan yang layak, terutama pada masyarakat miskin yang pada hakekatnya menginginkan keadaan hidup yang sehat. Kesehatan harus dipandang oleh pemerintah sebagai suatu investasi karena bila rakyatnya sehat maka rakyatnya akan hidup produktif, bahagia, dan sejahtera. Dalam hal ini merupakan kewenangan pemerintah untuk mengadakan pelayanan pada masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Pelayanan (Jamkesmas) yang dapat dirasakan langsung oleh masyarakat merupakan suatu harapan bagi masyarakat miskin, dalam pelayanan (Jamkesmas). Namun berdasarkan data yang diperoleh masih banyak masyarakat/ penduduk miskin Di Kecamatan Terbanggi Besar yang belum mendapat pelayanan kesehatan dari program (Jamkesmas) tersebut.

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan diatas, dapat dirumuskan suatu permasalahan “*Bagaimanakah kinerja Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kecamatan Terbanggi Besar Kabupaten Lampung Tengah?*”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk Menganalisis kinerja pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kecamatan Terbanggi Besar Kabupaten Lampung Tengah.

D. Kerangka Pemikiran

Menurut Michael Todaro. 2000 pembangunan merupakan suatu kenyataan fisik sekaligus tekad suatu masyarakat untuk berupaya sekeras mungkin melalui serangkaian kombinasi proses sosial, ekonomi dan institusional. Demi mencapai kehidupan yang lebih baik.

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, kesejahteraan keluarga dan masyarakat, serta mempertinggi kesadaran akan pentingnya hidup sehat, terwujudnya keadaan sehat adalah kehendak semua pihak, tidak hanya oleh seseorang tetapi juga oleh keluarga, kelompok dan bahkan oleh masyarakat. Untuk dapat mewujudkan keadaan sehat tersebut banyak hal yang perlu dilakukan, salah satu diantaranya yang dinilai peranan cukup penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan

Michael juga menambahkan bahwa pembangunan disemua masyarakat paling tidak harus memiliki 3 tujuan inti yaitu:

1. Untuk peningkatan ketersediaan serta perluasan distribusi berbagai macam barang kebutuhan hidup pokok.

2. Untuk meningkatkan taraf kehidupan, menciptakan martabat dan harga diri yang lebih besar. seperti lapangan pekerjaan, sasaran pendidikan yang lebih baik.
3. Untuk memperluas ragam pilih ekonomi dan sosial bagi masing-masing pribadi maupun Negara atau bangsa melalui usaha untuk memerdekakan diri dari perbudakan dan ketergantungan pada pihak lain

Fungsi pemerintah menurut Richard A. Musgrave dalam Mangkoesoebroto, 2000ⁱ dibedakan menjadi tiga fungsi dan tujuan kebijakan anggaran belanja pemerintah, yaitu:

1. Fungsi Alokasi (Allocation Branch)

Yaitu fungsi pemerintah untuk menyediakan pemenuhan untuk kebutuhan publik (public needs).

2. Fungsi Distribusi (Distribution Branch).

Yaitu fungsi yang dilandasi dengan mempertimbangkan pengaruh sosial ekonomis; yaitu pertimbangan tentang kekayaan dan distribusi pendapatan, kesempatan memperoleh pendidikan, mobilitas sosial, struktur pasar. Macam-ragam warga negara dengan berbagai bakatnya termasuk tugas fungsi tersebut.

3. Fungsi Stabilisasi (Stabilization Branch).

Yaitu fungsi menyangkut usaha untuk mempertahankan kestabilan dan kebijaksanaan- kebijaksanaan yang ada. Disamping itu, fungsi ini bertujuan untuk mempertahankan kestabilan perekonomian (stabilisator perekonomian).

Menurut kaum klasik yang penting bagi pemerintah adalah tidak mengerjakan aktivitas-aktivitas yang telah dilakukan oleh individu, entah itu baik atau buruk, tetapi pemerintah hendaknya mengerjakan aktivitas yang sama sekali tidak/ belum pernah dikerjakan oleh sektor swasta baik secara perorangan maupun bersama-sama. Akibat dari sifat barang publik, maka pemerintah mau tidak mau harus campur tangan dalam penyediaan barang / jasa publik.

Ada dua kendala yang dihadapi sekaligus oleh pemerintah dalam hal ini, yaitu

1. Kendala anggaran
2. Kendala ketidak puasan masyarakat.

Dilema ini timbul bila pemerintah ingin memperbanyak pengadaan barang/jasa publik maka akan menghadapi kendala anggaran yang terbatas. Pada saat yang

bersamaan dengan banyaknya barang / jasa publik ini maka beban pajak yang ditanggung oleh masyarakat akan semakin besar dan masyarakat menjadi tidak puas. Sebaliknya, bila penyediaan barang publik tidak mencukupi maka masyarakat juga merasa tidak puas walaupun disatu sisi beban pajaknya pun semakin kecil dan anggaran pemerintah pun lebih kecil.

Guritno Mangkoesobroto. 1993,86) menjelaskan bahwa ada beberapa teori yang menguraikan tentang hal ini, yaitu antara lain AC Pigou, Bowen, Indhal dan teori anggaran. Masing-masing teori mempunyai kelebihan dan kelemahan.

Kelemahan yang satu akan dicoba ditutupi oleh teori yang berkembang selanjutnya. Dalam kenyataan, sangat sulit menerapkan teori-teori diatas, dikarenakan kelemahan dalam penggunaan kurve utilitas (manfaat) dan kurve indeferen karena untuk barang publik sangat sulit menentukan bentuk kurve permintaannya dikarenakan sifat barang publik itu sendiri.

AC Pigou dalam Andriansyah. 2009 mendasarkan pada fenomena adanya *the law of diminishing marginal utility returns*, yaitu bahwa semakin banyak barang publik yang disediakan maka tambahan manfaat (marginal utility) masyarakat akan semakin berkurang karena harus membayar beban pajak lebih banyak.

Subsidi yaitu transfer pemerintah pusat kedaerah yang merupakan bagian dari pengeluaran rutin atau pengeluaran lainnya, yaitu pengeluaran negara dalam upaya pemindahan kekayaan kepada individu untuk kesejahteraan rakyat. Subsidi merupakan alat redistribusi pendapatan diartikan sebagai pajak negatif sehingga hal itu akan menambah pendapatan mereka yang menerima subsidi atau mengalami peningkatan pendapatan riil apabila mereka mengkonsumsi atau

membeli barang-barang yang disubsidi oleh pemerintah sehingga harga jualnya rendah.

Sifat dari pengeluaran pemerintah :

1. Sifat Exhaustive :

Yaitu pengeluaran Negara untuk pembelian barang dan jasa yang langsung dikonsumsi atau untuk menghasilkan barang dan jasa lainnya, lebih bersifat untuk memacu pertumbuhan ekonomi.

2. Sifat Transfer:

Segala pemindahan kekayaan kepada individu untuk kesejahteraan termasuk subsidi yang merupakan alat distribusi pendapatan

Ekonomi kesehatan adalah disiplin ilmu Ekonomi yang diterapkan kepada topik – topik kesehatan. Kesehatan adalah upaya – upaya untuk mengatasi masalah – masalah sanitasi yang mengganggu kesehatan. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang usia hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Untuk mencapai ketiga tujuan pokok tersebut, Winslow dalam Notoadmodjo 2007 mengusulkan cara atau pendekatan yang dianggap paling efektif adalah melalui upaya-upaya pengorganisasian masyarakat.

Pengorganisasian masyarakat dalam rangka pencapaian tujuan-tujuan kesehatan masyarakat, pada hakikatnya adalah menghimpun potensi masyarakat atau sumber daya (*resources*) yang ada dalam masyarakat itu sendiri untuk upaya-upaya, yaitu: preventif, kuratif, promotif, dan rehabilitatif kesehatan mereka sendiri.

Pengorganisasian masyarakat dalam bentuk penghimpunan dan pengembangan

potensi dan sumber-sumber daya masyarakat dalam konteks ini pada hakikatnya adalah menumbuhkan, membina, dan mengembangkan partisipasi masyarakat dibidang pembangunan kesehatan.

Berdasarkan undang – undang Kesehatan No.23 Tahun 1992 sehat dapat di artikan sebagai suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Untuk mewujudkan hal tersebut pemerintah mencanangkan program pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin yaitu program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional.

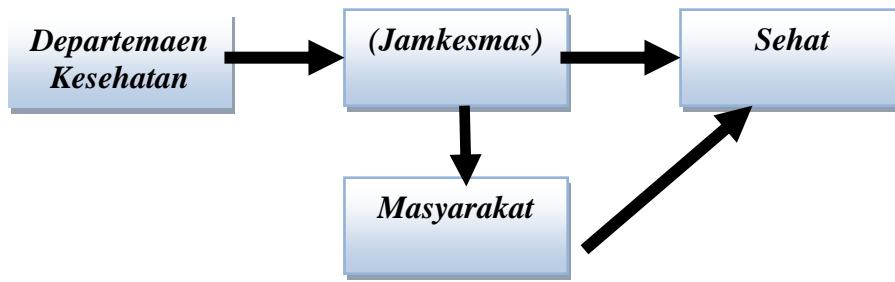
Upaya pelaksanaan Jamkesmas merupakan perwujudan pemenuhan hak rakyat atas kesehatan dan amanat Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan merupakan salah satu komitmen pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Namun karena hingga saat ini peraturan pelaksana dan lembaga yang harus dibentuk berdasarkan Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) belum terbentuk, Departemen Kesehatan mengeluarkan kebijakan program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin sebagai wujud pemenuhan hak rakyat atas kesehatan tersebut. Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor

125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Berdasarkan hal di atas, dari tataran pasca implementasi program ini, dapat diharapkan terjadi peningkatan status gizi dan kesehatan masyarakat, kinerja sistem pelayanan kesehatan, pelayanan umum yang berdaya guna dan berhasil guna, meningkatkan partisipasi masyarakat miskin di Kecamatan Terbanggi Besar. Keberhasilan program ini adalah terwujudnya harapan masyarakat, bila metode pelaksanaan program dilakukan secara sistematis dalam artian sesuai dengan program JAMKESMAS, sebaliknya bila pelayanan dan partisipasi masyarakat terhadap program JAMKESMAS statis, maka perlu adanya perbaikan metode yang lebih baik lagi atau bila perlu program tersebut dihentikan.

Kinerja pada umumnya digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan dalam melakukan suatu aktivitas atau kegiatan yang dilakukan. Dengan demikian kinerja merupakan suatu pendekatan yang digunakan untuk melihat tercapai atau tidak tercapainya tujuan atau program yang ditentukan, hal ini ditunjukkan dalam bagan alur kerangka pikiran, sebagai berikut:



Gambar 1 Bagan Alur Kerangka Pemikiran