EVALUASI PENENTUAN DAN PEMANFAATAN PROGRAM JARING PENGAMAN BIDANG KESEHATAN

Oleh:
Sumaryanto

Abstract

Social Protection Sector Development Programs is the one another of the efforts to resolving the economic crisis effects. Concern on the healthy status, specifically on behalf of destitute families, that the sphere employing to be valued on the village's midwife, Society Health Center until the next reconciliation for the hospitals.

This research was purposed to understanding the precision of the target defining and benefiting by the receivers of the Social Protection Sector Development Programs. The research's work-area was in the Society Health Center of Kalasan II at Purwomartani Village and at the Selomartani village, the Subdistrict of Kalasan of the Sleman Regency. The research kinds were the surveying with the data taking methods using the questionnaires. Finally, the data being analyzed using the percentage qualitative description analyst.

The results shown which where to defining of these Social Protection Sector Development Programs were appropriately matched on their receiver targets, and the receivers had been obtaining the benefits. The most purpose of the services was the basic medicinal treatments and the elucidation for the medical officials.

Keywords: social, protection, sector, development, programs.

Pendahuluan

Memiliki kualitas hidup yang tinggi merupakan idaman bagi segenap lapisan masyarakat. Dalam pembangunan bidang kesehatan pemerintah bersama masyarakat akan berusaha

mewujudkan suatu perikehidupan yang di dalamnya tercapai derajat kesehatan yang optimal. Menurut M. Ichsan (1988: 1) hidup sehat merupakan suatu kebutuhan dasar bagi kehidupan manusia, tetapi hal itu tidak dapat dicapai secara otomatis. Sehat memerlukan pemeliharaan dan pembinaan semua faktor yang secara universal mempengaruhinya. Faktor-faktor tersebut terdiri atas faktor keadaan biologis (keturunan), lingkungan, dan kegiatan (pekerjaan) pada setiap orang yang secara ekologis dapat mempengaruhi keadaan kesehatannya.

Pada saat ini pembangunan kesehatan sedang memasuki tahap yang menentukan. Dikatakan demikian, karena terdapat banyak tantangan yang harus dihadapi dan dipecahkan dalam waktu yang sangat mendesak. Seperti yang telah dirumuskan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (*Word Health Organization*), untuk mewujudkan "sehat bagi semua pada tahun 2000" harus dilaksanakan melalui usaha yang sungguh-sungguh dan memerlukan komitmen dari seluruh pihak yang terkait dalam bidang kesehatan, yaitu pihak pemerintah dan masyarakat sendiri (Muhammad, 1980: 1).

Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah harus mengindahkan prinsip kemanusiaan dan kepatutan dengan memberikan perhatian khusus kepada masyarakat yang bertempat tinggal di daerah potensial dalam menghadapi masalah kesehatan.

Untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan pemerintah telah membangun Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di setiap kecamatan. Di samping itu, dibangun Puskesmas Pembantu yang ada di tingkat desa, penyediaan perawat kesehatan/bidan di desa, pos pelayanan terpadu (Posyandu) dan kelompok keluarga beserta dukungan rujukannya (Depkes, 1991:1).

Krisis moneter yang terjadi di Indonesia sejak pertengahan tahun 1997 dikhawatirkan dapat memberikan dampak buruk terhadap status kesehatan dan gizi masyarakat, terutama masyarakat miskin. Untuk mengatasi dampak krisis tersebut, khususnya yang berkaitan dengan kesehatan, pemerintah membuat program yang harus segera dilaksanakan untuk membantu keluarga miskin di seluruh Indonesia agar tetap terpelihara kesehatannya. Program pemerintah itu dinamakan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK).

Program JPS-BK oleh pemerintah dicanangkan untuk segera diatasi masalah kesehatan yang timbul di masyarakat, terutama masalah yang berhubungan dengan bidang pelayanan kesehatan dan gizi. Pelaksanaan Program JPS-BK tersebut dilakukan melalui dua lembaga yaitu Lembaga Pemerintah Desa dan Lembaga Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Adapun tugas tiap-tiap lembaga tersebut berbeda. Lembaga Pemerintah Desa bertugas mencari, mendata, dan menentukan anggota

masyarakat yang berhak memperoleh program jaring pengaman sosial bidang kesehatan, sedangkan Pusat Kesehatan Masyarakat bertugas memberikan pelayanan dalam bidang kesehatan. Bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas meliputi pelayanan kesehatan yang terdiri atas: pelayanan pengobatan dasar, pelayanan kesehatan di dalam gedung, dan pelayanan kesehatan di luar gedung.

Untuk mengetahui tepat tidaknya lembaga pemerintah desa di dalam menentukan anggota masyarakat yang berhak memperoleh pelayanan program JPS-BK, dan pemanfaatan program JPS-BK oleh para pesertanya, sangat perlu untuk diteliti dan/atau dikaji.

Kesehatan Keluarga

Seseorang yang dapat bertingkah laku secara positif dalam kehidupan sehari-hari harus dapat memperhatikan dan bertanggung jawab terhadap keadaan jasmani, rohani, dan hubungan sosialnya sehingga ia dapat hidup lebih berdaya guna dan berhasil guna bagi kepentingan dirinya sendiri dan masyarakat sekitarnya. Baik buruknya derajat kesehatan masyarakat ditunjukkan oleh keadaan tingkat kesakitan (*morbility*), tingkat kematian (*mortality*), dan tingkat kelahiran (*fertility*) (M. Ichsan, 1988: 2).

Masalah kesehatan dalam keluarga sangat berkaitan erat dengan keadaan kesehatan pada anggota keluarga itu sendiri. Apabila dalam keluarga itu ada salah satu anggota keluarga yang menderita sakit, keadaan tersebut dapat mempengaruhi anggota yang lain, bahkan menurut Beaaglenole dkk. (1983:13), dalam proses pengukuran beban sakit harus mencakup tanda-tanda pengaruh suatu penyakit terhadap masyarakat sekitarnya. Kekuatan keluarga dapat menentukan dan membentuk lingkungan yang serasi bagi perkembangan setiap individu anggota keluarga. Keluarga merupakan wahana yang efektif untuk menyalurkan pencakupan program kesehatan.

Kekuatan keluarga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan anggota keluarga, lingkungan, dan tingkat kesejahteraannya. Masalah dan kondisi kesehatan yang timbul di pedesaan pada umumnya menurut Sarosa (1980: 7) berkaitan erat dengan keadaan ekonomi dan taraf pendidikan.

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kualitas kesehatan termasuk jangkauan pelayanannya. Bentuk pelayanan yang diberikan termasuk di dalamnya adalah pelayanan dalam perbaikan gizi. Pembangunan kesehatan diharapkan juga dapat mendorong peran serta masyarakat atau upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat dan bersih serta peduli terhadap lingkungan. Hal ini akan terwujud apabila didukung oleh

sumber daya yang cukup memadai dan handal termasuk industri farmasi. Langkah nyata pembangunan kesehatan ini berupa rumusan secara spesifik norma dan etika kesehatan, sehingga perilaku hidup sehat akan lebih membudaya, kemandirian masyarakat akan lebih mantap, dan pelayanan kesehatan akan meningkat mutunya.

Usaha untuk meningkatkan kesehatan masyarakat menjadi program utama dalam rangka peningkatan kualitas hidup keluarga. Dalam hal ini pemerintah memberikan bantuan kepada keluarga miskin yang berbentuk pelayanan kesehatan, pelayanan kebidanan, pemberian makanan tambahan, dan pemulihan serta pemeliharaan kesehatan (Depkes RI, 1999: 2). Untuk pelaksanaan di lapangan agar bantuan dari pemerintah tersebut dapat mencapai sasarannya diperlukan dukungan dan peran serta aktif dari masyarakat, swasta, dan ikatan profesi yang terkait. Usaha peningkatan derajat kesehatan menurut Anwar (1985: 21) secara sederhana dapat diwujudkan seperti menjalankan kebiasaan hidup sehat secara individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat umum.

Pada umumnya kesehatan tidak dianggap sebagai unsur yang penting dalam kesejahteraan keluarga. Seringkali kesehatan ditafsirkan berbeda oleh setiap orang. Apabila seseorang jatuh sakit barulah ia menjadi sadar terhadap kenyataan bahwa biaya pengobatan sangatlah mahal, dan bahkan mungkin di luar

kemampuan keluarga untuk membayarnya. Oleh karena itu, biaya sakit dan nilai kesehatan (timbul cacat) seharusnya dipertimbangkan secara serius dalam sistem perencanaan keluarga.

Seseorang berperilaku dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya adalah faktor predisposisi, dan adanya beberapa faktor pendukung. Selanjutnya, perilaku sehat akan terbentuk jika terdapat faktor pendukung yang kuat yaitu tersedianya pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya (Sarwono, 1997: 65).

Tujuan pemberian Program Jaring Pengaman Sosial ini adalah untuk meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan dan status gizi keluarga miskin (Depkes RI, 1998/1999: 2). Adapun salah satu tujuan khususnya adalah memberikan bantuan biaya pelayanan kesehatan dasar dan rujukan bagi keluarga miskin.

Implementasi JPS-BK

Dalam realitas pada setiap pelaksanaan program pembangunan terdapat dua faktor utama yang keberadaannya tidak dapat dikesampingkan, yaitu faktor birokrasi dan kelompok sasaran program pembangunan itu sendiri. Oleh karena itu, dalam membicarakan program pembangunan pemerintah termasuk di dalamnya program JPS-BK tidak dapat diabaikan peranan yang diemban oleh kedua faktor tersebut. Intensitas peranan yang

ditampilkan oleh birokrasi (pemerintah desa dan Puskesmas) dan masyarakat sasaran program JPS-BK, menjadi penentu keberhasilan ataupun kegagalan dari program JPS-BK.

Menurut F. Winarni (1994: 141) sesungguhnya partisipasi telah menjadi mitos pembangunan sehingga praktis hampir semua negara mengumumkan secara luas kebutuhan akan partisipasi masyarakat dalam semua kegiatan pembangunan. Program yang berakar dari aspirasi dan harapan masyarakat akan mampu tumbuh dan berkembang dalam kegiatan-kegiatannya. Berakarnya program hanya mungkin terjadi apabila masyarakat terlibat aktif di dalam proses penentuan dari setiap program yang diperuntukkan bagi mereka.

Sasaran pemberian program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) ini dikhususkan bagi keluarga dengan kriteria prasejahtera 1 (Depkes RI, 1998/1999: 31). Untuk menentukan sasaran yang berhak mendapatkan program JPS-BK dibentuk tim di bawah koordinasi Pemerintah Desa yang terdiri atas: Seksi Kesehatan Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa, Tim Penggerak Pendidikan Keterampilan Keluarga (PKK), Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (PLKB), bidan di desa (bidan yang ditunjuk), dan tokoh masyarakat.

Lebih lanjut, Depkes RI (1999: 03) menyatakan bahwa peserta program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan adalah

kepala keluarga yang paling tidak memenuhi salah satu dari kriteria penerima program JPS-BK, yaitu:

1. anggota keluarga yang tidak mampu makan sebanyak 2 kali dalam sehari;
2. keluarga tersebut tidak mampu mengobatkan anak atau anggota keluarga ke rumah sakit atau Puskesmas;
3. kepala keluarga terkena pemutusan hubungan kerja (PHK); dan
4. anggota keluarga ada yang terkena *"drop out"* atau dikeluarkan atau keluar dari sekolah karena alasan ekonomi.

Berbagai bentuk pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah melalui program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan adalah pelayanan pengobatan dasar, pelayanan kesehatan di dalam gedung, dan pelayanan kesehatan di luar gedung (Depkes RI, 1999: 5-7). Pengobatan dasar meliputi: pelayanan keluarga berencana (KB), pertolongan gawat darurat terbatas, rujukan ke puskesmas, dan penyuluhan kesehatan. Pelayanan kesehatan dalam gedung meliputi: pemberian obat, pertolongan gawat darurat dan rujukan, pemeriksaan kesehatan rutin, pelayanan ibu nifas dan bayinya, pelayanan KB, imunisasi, penyuluhan kesehatan, dan rujukan ke rumah sakit. Pelayanan

kesehatan di luar gedung meliputi: penyuluhan, pelayanan Posyandu, Puskesmas keliling, dan kunjungan ke rumah.

Cara Penelitian

Desain penelitian ini adalah survei *cross sectional*. Wilayah generalisasi penelitian yaitu penerima program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan di Kabupaten Sleman.

Adapun populasi penelitiannya adalah para penerima program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan di Kecamatan Kalasan, khususnya di wilayah kerja Puskesmas Kalasan II, yang terdiri atas masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah Desa Purwomartani dan Desa Selomartani. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *Proporsional Random Sampling*.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang mengungkapkan identifikasi penentuan penerima dan pemanfaatan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan.

Selanjutnya, metode pengumpulan data yang dipakai dalam penelitian ini adalah survei. Data yang diperoleh dianalisis dengan teknik deskriptif kualitatif yang diwujudkan dalam bentuk persentase.

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Keterlibatan masyarakat dalam keseluruhan proses pembangunan khususnya pembangunan dalam bidang kesehatan memberikan peluang untuk berinisiatif, kreatif, dan menggali berbagai potensi sumber daya yang mereka miliki. Tingkat pemanfaatan suatu program oleh kelompok sasaran berkaitan dengan perasaan mereka, apakah program itu sungguh-sungguh dapat memecahkan masalah yang mereka hadapi.

Di samping mengkaji keberadaan kelompok sasaran penerima program, kajian yang berorientasi pada petugas yang menentukan dan petugas yang memberikan layanan program juga harus diperhatikan. Selama ini orientasi kinerja birokrasi masih terkesan kental dengan seremonial administratif dan juga berorientasi pada target. Hal itu dapat menghambat atau tidak sesuai dengan iklim yang menumbuhkan partisipasi masyarakat. Oleh karena itu, budaya administrasi baru perlu ditanamkan pada semua aparat birokrasi (F. Winarni, 1994: 143).

Betapapun hebatnya pemerintah yang dalam hal ini adalah para penentu dan pelayan program JPS-BK memberikan kesempatan dan layanan yang optimal, namun apabila masyarakat (kelompok sasaran program) kurang tanggap untuk memanfaatkan dan melaksanakannya, hal itu berarti usaha yang dilaksanakan pemerintah pasti tidak akan memberikan manfaat bagi masyarakat.

Tingkat pendidikan anggota masyarakat, khususnya masyarakat penerima program JPS-BK merupakan faktor yang tidak boleh diabaikan apabila ingin mengetahui gambaran seberapa jauh partisipasi masyarakat dalam merespons program JPS-BK. Hal ini senada dengan yang dikatakan Subandiah (1983: 5) bahwa perbedaan sikap ataupun perilaku seseorang sangat ditentukan oleh jenjang pendidikan yang pernah dialami. Untuk itu, penelitian ini juga mengidentifikasi jenjang pendidikan para penerima program JPS-BK di samping mengungkapkan bagaimana penentuan sasaran program, kecenderungan para peserta program JPS-BK memanfaatkan layanan kesehatan, dan bagaimana persepsi masyarakat tentang manfaat program JPS-BK.

Hasil penelitian dari 130 subjek penelitian sekaligus pembahasan atas hasil penelitian dapat diuraikan sebagai berikut.

A. Jenjang pendidikan penerima program JPS-BK

Pendidikan para kepala keluarga di wilayah penelitian adalah: 12% lulusan SLTA, 15% lulusan SLTP, 47% lulusan SD, dan 26% tidak lulus SD. Pendidikan para isteri adalah: 6% lulusan SLTA, 18% lulusan SLTP, 42% lulusan SD dan 34% tidak lulus SD. Mengacu pada hasil tersebut dapat dinyatakan bahwa sebagian besar para peserta penerima program JPS-BK adalah lulusan SD atau tidak lulus SD. Rendahnya tingkat pendidikan akan berhubungan erat dengan sikap pengambilan

keputusan keluarga, terutama keputusan yang berkaitan dengan upaya pemecahan masalah kesehatan yang mereka alami. Selanjutnya, pendidikan yang sedang ditempuh oleh anak dari kepala keluarga penerima program JPS-BK adalah: 26% sedang di SMU, 16% sedang di SLTP, 55% sedang di SD, dan 3% belum sekolah.

B. Penentuan sasaran penerima program JPS-BK

Sasaran penerima JPS-BK ditandai dengan pemberian kartu sehat (KS) setelah diseleksi berdasarkan kriteria dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) yang terdiri atas beberapa kelompok berikut ini.

Untuk kriteria anggota keluarga bisa makan dua kali sehari, sebanyak 95% responden menyatakan *ya*. Dengan mengacu pada kriteria yang ditetapkan, penentuan sasaran penerimaan JPS-BK dapat dinyatakan tidak tepat, mengingat para penerima program itu dalam setiap harinya mampu makan dua kali.

Adapun untuk kriteria keluarga tidak mampu mengobatkan anak atau anggota keluarga yang sakit ke rumah sakit, sebanyak 89% responden menyatakan *ya*. Hal ini berarti penentuan sasaran JPS-BK dapat dinyatakan sudah tepat sebab pelayanan kesehatan dalam program JPS-BK memang secara spesifik

ditujukan kepada mereka yang tidak mampu mengobatkan anggota keluarga apabila terdapat anggota keluarga menderita sakit.

Selanjutnya, untuk kriteria kepala keluarga terkena pemutusan hubungan kerja (PHK) sebanyak 21% responden menyatakan *ya*. Dengan demikian, dapat dinyatakan bahwa penentuan sasaran JPS-BK ini kurang tepat sebab program JPS-BK seharusnya diterimakan kepada mereka yang mengalami pemutusan hubungan kerja.

Adapun untuk kriteria anggota keluarga ada yang *"drop out"* (dikeluarkan atau keluar) sekolah karena masalah ekonomi, hanya terdapat 16% responden yang memberikan jawaban *ya*. Hal ini berarti penentuan sasaran program JPS-BK kurang tepat.

Oleh karena Departemen Kesehatan RI menyatakan bahwa yang berhak menerima program JPS-BK adalah mereka yang mengalami salah satu atau lebih dari keempat kriteria tersebut dengan mengacu hasil di atas, dapat dinyatakan bahwa penentuan peserta program JPS-BK oleh pemerintah desa sudah tepat.

C. Kecenderungan pemanfatan program JPS-BK

Jenis pelayanan kesehatan yang disediakan dalam program JPS-BK ini meliputi tiga bentuk, yaitu: (1) pelayanan dasar, (2) pelayanan kesehatan di dalam gedung, dan (3) pelayanan kesehatan di luar gedung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peserta program JPS-BK yang memanfaatkan layanan pengobatan dasar sebanyak 25%, pelayanan kesehatan di dalam gedung sebanyak 39%, dan pelayanan kesehatan di luar gedung sebanyak 36%.

Jenis pelayanan pengobatan dasar pelayanannya meliputi: pelayanan keluarga berencana, pertolongan gawat darurat terbatas, rujukan ke puskesmas, dan penyuluhan kesehatan. Dari 25% responden yang menggunakan jasa layanan pengobatan dasar, persentase yang paling tinggi adalah memanfaatkan layanan penyuluhan kesehatan, yaitu sebanyak 70%.

Jenis pelayanan kesehatan di dalam gedung terdiri atas: pelayanan pengobatan dasar (pemberian obat), pertolongan gawat darurat dan rujukan, pemeriksaan penunjang diagnostik, pelayanan bayi, pemeriksaan rutin pelayanan kehamilan sampai lahir, pelayanan ibu nifas dan bayinya, imunisasi, penyuluhan kesehatan, dan rujukan ke rumah sakit. Persentase yang paling

tinggi para peserta program JPS-BK memanfaatkan pelayanan itu adalah pelayanan kesehatan yang berbentuk pengobatan dasar (pemberian obat) yaitu sebanyak 49%.

Selanjutnya, jenis pelayanan kesehatan di luar gedung pelayanannya meliputi penyuluhan kesehatan, pelayanan posyandu, penpuskemas keliling, dan kunjungan rumah. Tanggapan dari para peserta program JPS-BK paling tinggi mereka memanfaatkan pelayanan penyuluhan kesehatan yaitu sebanyak 45%.

Di samping para peserta program JPS-BK ditanya mengenai jenjang pendidikan, pendidikan anggota keluarga, dan kecenderungan pemanfaatan program JPS-BK, mereka ditanya tentang persepsinya apakah program JPS-BK memberikan manfaat. Semua responden ternyata menyatakan bahwa program JPS-BK benar-benar bermanfaat. Hal ini dibuktikan dengan pernyataan bahwa program tersebut dapat menolong hambatan ekonomi khususnya hambatan pada pemeliharaan kesehatan.

Simpulan

Penentuan sasaran peserta program JPS-BK di Wilayah Kerja Puskesmas Kalasan II yaitu masyarakat penerima program JPS-BK yang bertempat tinggal di Desa Purwomartani dan

Selomartani. Ditinjau dari segi teknik penentuannya dapat dikatakan sudah tepat karena telah memenuhi salah satu kriteria dari keempat kriteria penerima Program JPS-BK yang ditentukan oleh Depkes RI.

Adapun jika ditinjau dari segi pemanfaatan, masyarakat menyampaikan tanggapan bahwa Program JPS-BK memberikan manfaat yang sangat tinggi, terutama pelayanan kesehatan dalam bentuk penyuluhan kesehatan dan pemberian pengobatan dasar.

Daftar Pustaka

Depkes RI. (1991). *Kesehatan masyarakat pedesaan.* Jakarta: IKM, IKD FKUI.

Depkes RI. (1998/1999). *Pedoman pelaksanaan Program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan.* Jakarta: Dirjend. Pembangunan Kesehatan Masyarakat.

Depkes RI. (1999). *Informasi umum Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK).* Jakarta: Depkes RI.

F. Winarni. (1994). "Peran partisispasi masyarakat dalam Program Pengentasan Kemiskinan" *Cakrawala Pendidikan* IKIP YK. No. 2. Th. XIII, Juni 1994.

J.S. Sarosa. (1980). *Masalah kesehatan dalam masyarakat desa dan kota.* Jakarta: IAKMI.

M. Ichsan. (1988). *Pendidikan kesehatan dan olahraga.* Jakarta: Depdikbud Dirjend PT.

Mohammad Isa. (1980). *Teknik merubah perilaku.* Jakarta: Pusat Pegawai Depkes RI.

M.N. Anwar. (1985). *Peran serta masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan.* Majalah Kesehatan Masyarakat, Th. XV No.6.

R. Beaaglenole, T. Kjellstroim. (1983). *Basic epidemiology.* Geneva: WHO.

Sarwono. (1997). *Sosiologi kesehatan: beberapa konsep beserta aplikasinya.* Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Subandiah. (1983). "Hubungan antara tingkat pendidikan orang tua dengan prestasi belajar siswa Sekolah Dasar IKIP Yogyakarta". *Thesis.* Yogyakarta: FIP IKIP YK.